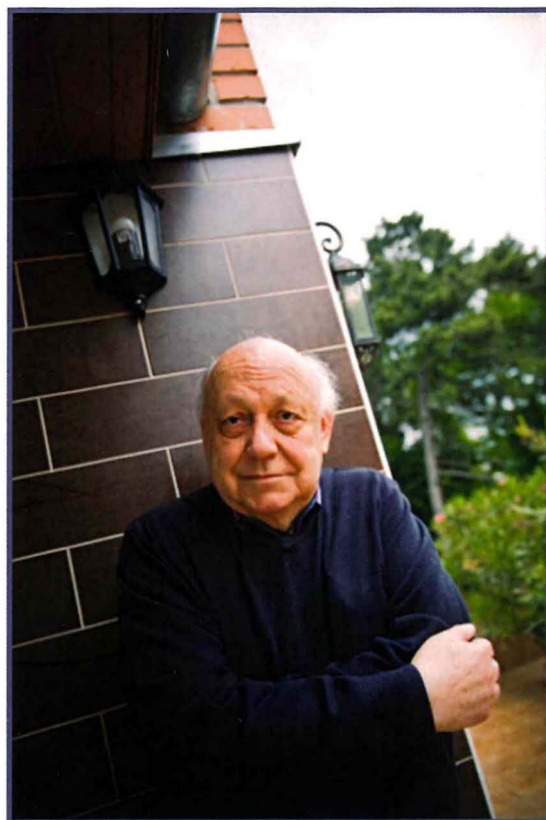


# Kapocs

XIII. évf. emlékszáma

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata



In memoriam Buda Béla

**K**ülönös dolog a sors és az életút! Lehet rossz-  
szkor és rossz helyen születni, évtizedeken át  
bajok közepette élni, de lehet mindezeket a  
körülményeket úgy is átgondolni, hogy valaki nagyon  
gyáva volt, nem mert változtatni, kezdeményezni.

...szegény, egyszerű családból lettem ér-  
telmiségi, orvos. Nagyon sok adaptációs nehézség  
árán. Ma sem tudom, hogy fájdalmasan és rácso-  
dálkozóan átélt létem hatására fordultam-e a tár-  
sadalomtudományok felé. Merthogy ide sorolom  
azt a lélektant – pszichiátriát, pszichoterápiát –,  
amelyben hivatásszerűen tevékenykedtem.

Rögös út volt, nem voltak megfelelő  
munkakörülményeim, magamban és magányosan  
dolgoztam... „Muszáj-Herkulesként” két tucat  
területen jutottam el a nemzetközi ismertségig és  
a maradandó alkotás határáig... Pszichoterápia,  
szexológia, szuicidológia, addiktológia, kommuni-  
kációelmélet, közösségfejlesztés, egészségpromóció,  
mentálhigiéné, krízisellátás, önségítés, szervezet-  
elmélet, szociálpszichológia, devianciakutatás stb.  
Cyranóval együtt én is ráírathatnám sírkövemre:  
...qui fut tout et qui ne fut rien.

Ha volt alkotásom, az talán írásaimban és  
szakelőadásaimban tükröződik (tizenegy szaklap-  
nak voltam szerkesztője, több mint hetven könyvet  
írtam és szerkesztettem, tucatnál többet idegen  
nyelven). Ha volt hatásom, az „katalitikus” volt, ez a  
„beilleszkedési zavarok” kutatásától különféle szak-  
mai társulások létrehozásán át a mentálhigiéné és a  
nemzeti egészségmegőrzés programjaiig terjedt.

Közben életem nagyon gazdag és színes  
lett... Az átélésem virtuális szintjein. Egy szürke vi-  
lág, amiben kezdtem, különös módon bontakozott ki  
előttem. Nyelvi (szemantikai, hermeneutikai) univer-  
zumokba merültem. Közel került hozzám a kultúra  
és a társadalom sok működési módja, folyamata.  
Megtaláltam az empátia mágikus hullámhosszát,  
amelyen át nagyon sok emberhez úgy kerülhettem  
közel, hogy sokat, lényegeset tudtam segíteni nekik.  
A kommunikáció is mágikus eszköz, amely révén  
alakítóan lehet belépni a pszichoszociális világba.

Lett családom, lettek barátaim, értek tra-  
gédiák, de nem csalódtam. Ha nem ennyire nyitott  
értelemmel és reálisan élek ebben a nagy magyar  
világban, talán megmaradni se tudtam volna...

*Részletek Buda Béla Életút című írásából*

2013. július 7-én 74 évesen tragikus hirtelenséggel elhunyt Prof. Buda Béla pszichiáter, pszichoterapeuta és addiktológus.

Az utolsó években az NCSSZI Nemzeti Drogmegelőzési Irodájának tanácsadójaként végezte feladatát. 2013 őszén emlékkonferencia keretében tisztelegtünk munkássága előtt, s róla kapta nevét az Intézet könyvtára, mely ezentúl Buda Béla Társadalomtudományi Szakkönyvtárként működik.

A Kapocs szakmai folyóirat pedig e szerény különszámmal szeretne Rá emlékezni, az utolsó polihisztorra. Az emlékszám az őszi konferencia előadásainak írott változatai mellett azoknak a szellemi műhelyeknek a munkatársait kérte fel tanulmány írására, amelyekben Tanár Úr tevékenykedett.

Tringer László

## Buda Béla pályaképe

Nem is gondoltam volna, hogy ilyen nehéz feladat elé állít a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet tisztelt vezetése, amikor a Buda Béla-emlékülésen előadás tartására kértek fel. Hiszen visszaemlékezésem nem lehet mentes személyes elfogultságoktól, a közelség és a távolságtartás fokozatosan változó szempontjaitól.

Elnézést kérek hallgatóimtól (és olvasóimtól is) amiatt, hogy a bevezetőben saját személyemet is beleszövöm Buda Béláról írott visszaemlékezésembe.

Bélával egy napon születünk (1939. április 2.). Mindketten „alacsony” sorból származunk, ő Budapestről, én vidékről. Mindketten „elit” gimnáziumba jártunk, Béla a Madách Imre Gimnáziumba, én Pannonhalmán a bencésekhez. Mindketten az iskola „kiemelkedő” tanulói voltunk. Az egyetemre érettségi után rögtön bekerültünk (1957), és ugyanabba a csoportba jártunk 6 éven keresztül. Az egyetemi csoportban is az elsők között voltunk. Együtt harcoltunk a csoport becsületéért, amikor a marxista szeminárium vezetője (az érdektelenség miatt) minősíthetetlen hangnemet ütött meg velünk szemben. (Ennek eredményeképpen a színjeles Béla elégséges osztályzatot kapott, nekem meg odalett a „Sub auspiciis” diploma reménye, mivel az én feleletemet is leminősítette az említett szemináriumvezető). Mindegyikünk a pszichiátria iránt érdeklődött elsősorban. Az egyetlen klinikai álláshelyet Nyíró

professzor meghívása alapján ugyan én nyertem el (egy ehhez kapcsolódó dolgozatom miatt), de Béla is megfelelő álláshoz jutott, amely megítélem szerint jelentős hatással volt pályájának alakulására. Végül is mindketten pszichoterápiás orientációjú pszichiáterek lettünk – itt azonban már elágazott a két, addig párhuzamosan futó szakmai pálya. Béla a dinamikus pszichoterápia területén folytatott tanulmányokat, én pedig a kísérleti lélektan bűvkörébe kerültem.

A párhuzamos életrajzok érzelmi hatása is érthetővé teszi, hogy amikor 2013. július 7-én este a tv-híradó nézése közben elfutott előttem a szalaghír, amely Buda Béla halálát adta tudtul, semmi másra nem tudtam figyelni többé. Mintha egy – ugyan a távolban lakó és ritkán látott – testvérem haláláról adtak volna hírt.

Buda Béla már az egyetemi évek alatt kitűnt klasszika-filológiai műveltségével (úgy emlékszem, eredetileg filológusnak készült), hatalmas nyelvismeretével. A pszichiátria iránti érdeklődése ugyanakkor korán megmutatkozott. Még talán IV. évesek voltunk, amikor Freudot kezdte tanulmányozni. Majd szigorlóként az Orvosi Hetilap szerkesztőségének munkatársa lett. Ezzel szakmai életének első nagy kreatív korszaka kezdődött el. Már ekkor megmutatkozott íráskészsége, amely egész életén végigvonuló hatalmas kreatív oeuvreben testesül meg.

## Buda Béla, a pszichiáter

Szakmai pályafutását a neurózis osztályon kezdte (az akkori József Attila Szanatóriumban, Szinetár főorvos mellett), ahol döntően pszichoterápiás tevékenység folyt. Ez az intézmény volt akkor a hazai, lassan „megtúrt” és befogadott pszichanalitikus iskola fellegvára. Az akkori pszichoterapeuták a pszichiátriát katasztrofálisan megosztó biológiai versus szociális iskolák küzdelmében egyértelműen a szociálpszichiátriai nézetek hangsúlyozása mellett tették le szavazatukat. Buda Béla neve hamarosan a szociálpszichiáterek zászlójára került. Ebben a helyzetben nem is volt módja a pszichózisok világában elmerülni, ahol a biológiai megalapozott mentális zavaroknak nagyobb szerep jut. Kívülállása szakmailag is „megalapozódott”. Egyrészt távolra került a biológiai medicina egészétől (már IV. éves korától Freudot olvasott, a kötelező stúdiumokon és vizsgákon túl a szomatikus medicina iránt pedig kevésbé érdeklődött). Másrészt távolra került a „nagy” pszichiáterektől is, akik a pszichózisokkal foglalkoztak, és a felvirágzó farmakoterápiákban jeleskedtek. Mindezekkel szemben mértéktartó, de kritikus álláspontot alakított ki. Így volt lehetséges, hogy az emlékezetes Szendi-vitában, ha nem is harcos módon, de a „depresszió-ipar” ellen foglalt állást.<sup>1</sup> Ugyanakkor tájékozott volt a biológiai pszichiátria legújabb eredményei terén is. Ennek megnyilatkozásaiban számtalan jelét adta. A „hivatalos”, intézményes pszichiátriával szemben többnyire tartózkodó, kritikus, kívülálló volt.

*„... a pszichiátria jelenlegi hatalma pl. nem a pszichiáterek, hanem a kémikusok, biológusok, ipari menedzserek stb. érdeme... A pszichiátria túl fontos ahhoz, hogy csak a pszichiáterekre lehessen bízni. A társadalmi párbeszéd nagyon fontos...”<sup>2</sup>*

Klinikus pszichiáterként iskolát alapított. A Sportkórház Mentálhigiénés Osztályát vezetve – bár döntően pszichoterápiás profilú osztályként tevékenykedett – a biológiai pszichiátria eszközeivel is szakszerűen élt (1978–1995).

1973–78 között az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézetben dolgozott, mint tudományos kutató. A szerdai tudományos előadások meghatározó személyisége volt.

## A magas szintű tudománynépszerűsítő

Még szigorló korában tanulmányokat jelentetett meg a freudi lélektanról. Lett is belőle baja! Az egyetem marxista tanszékének egyik docense kelt ki ellene egy újságban azzal, hogy burzsoá tanokat terjeszt. Az Orvosi Hetilap publicitását felhasználva megkezdte azt a tevékenységet, amely pályájának egyik legfőbb jellemzője: a magas szintű tudománynépszerűsítés, tudásközvetítés. A hetilap hasábjain referáló rovatot vezetett, amelynek keretében a nálunk még akkor ismeretlen modern pszichiátriai és pszichológiai ismereteket hintette szét az orvostársadalomban. Ugyancsak a hetilap hasábjain tette közzé nagy, több részes tanulmányait a homoszexualitásról,<sup>3</sup> majd az öngyilkosságról.<sup>4</sup> Mindkét téma tabu volt abban az időben. Tanulmányai a nemzetközi szakirodalom legkorszerűbb nézeteit foglalták össze.

*„Közben engem éppen az újonnan megjelenő pszichológia kezdett foglalkoztatni, felfedeztem magamnak Freudot és a pszichoanalízist, megismerhettem, hogy az amerikai pszichiátriában ennek vezető szerepe van, és a nyugat-európai pszichiátria is sokrétebb, mint ami nálunk kialakult. Kezdtém látni és belátni, hogy érdeklődésem nem biztosít könnyű pályát számomra”* – írja pályája kezdetéről, utalva a Nyíró Gyulának akkor megjelent *Psychiatria* című tankönyvére (amely számára az „egyetemi”, „iskolai” pszichiátriát képviseli). Már ekkor különutas pozíciót foglalt el.

Ha más természetű alkotásai nem lennének, akkor is kiemelkedő alakja lenne korunk pszichiátriatorténájának. Egész életén végigvonuló nagy, összefoglaló művek jelzik tevékenységét, amelynek eredményeképp a magyar pszichológiai kultúra és gondolkodás a késői Kádár-korszaktól kezdve fokozatosan behozta a szerencsésebb országokkal szembeni lemaradását. Buda Bélának ebben elvülhetetlen érdemei vannak. A sok kiadást megért nagy művei között megemlítem a Szexualitás modern elmélete c. könyvét<sup>5</sup> és az empátiáról szóló monográfiáját.<sup>6</sup> Különösen a könyvreferátumok írásának volt utólérhetetlen mestere, amely „mesterséget” az Orvosi Hetilapnál fejlesztette tökélyre. Hatalmas mennyiségű könyvet olvasott el viszonylag rövid idő alatt. Az adott könyv lényegét olyan tömörséggel tudta összefoglalni egy-egy referátumban, hogy az olvasó a mű egészére rálátást

nyerhetett. Különösen nagyra értékelem az Élet és Tudományban megjelenő referátumait, amelyeket – szomorú szívvel – még halála után is olvashattam, a szerkesztőség fiókjában ugyanis még számos könyvismertetés húzódott meg a „Buda-készletből”, amelyek immáron fekete keretbe ágyazott névvel jelentek meg. A népszerű tudományos hetilapban közölni írásokat: Buda Béla számára igazi, a szó eredeti értelmében vett „impakt faktoros” tevékenység volt.

A példa nélkül álló tudásanyag, és főleg ennek magas szinten történő átadására való képesség jellemezte minden írását. Ez az adottság valójában egyetemi szintű közegben érhetett volna be igazán. Pályájának kanyarulataiban azonban – egy rövid, kései időszakot leszámítva – az egyetemi közeg ritkán bukkant fel.

### A tömegkommunikáció kutatója

Ahogy kezdeti irodalmi tevékenysége is a szélesebb olvasóközönséget célozta meg, úgy egész munkásságára jellemző, hogy nem csak a szűk szakmai közönség érdeklődését tartotta szem előtt. Nem véletlen, hogy tudományos tevékenységének egyik fő csapásiránya a kommunikációkutatás. Első nagyobb műveinek jelentős része is ebbe a sorba illeszkedik.<sup>7</sup> Életének bármely állomásán is időzött, a tömegtájékoztatással való kapcsolatát mindvégig megtartotta. Voltak időszakok, amikor – természetesen a csípős nyelvek szerint – „még a vízcsapból is Buda Béla folyt”. Nyilatkozatai, legyenek azok akár milyen rövidiek, mindig magukon viselték a hatalmas tudás biztonságát és szilárdságát. Kiemelkedik ezek közül az a személyes interjú, amelyet 70. születésnapja alkalmából a Magyar Televízió mutatott be. Ilyen módon neve fogalommá vált a közvéleményben. Nincs olyan – akár csak félművelt – ember hazánkban, aki e nevet ne ismerné. Nyilvánvaló, hogy ennek az egész életen keresztül tartó – pszichológiai kultúrát terjesztő – nemes szerepnek is köszönhető, hogy élete utolsó szakaszában a Prima Primissima díjjal tüntették ki (2011). 2004-ben megkapta a Magyar Köztársasági Érdemrend Lovagkeresztje polgári tagozata kitüntetését. 2009-ben a kommunikációtudomány hazai megalapozásában, fejlesztésében, művelésében végzett sokoldalú munkássága alapján a Magyar Köztár-

asági Érdemrend Középkeresztjével tüntették ki. Egyéb díjait és kitüntetéseit felesleges lenne itt felsorolni.

Hatalmas levelezést bonyolított, a levélírás kedvenc műfaja volt. Egyszer azt nyilatkozta valahol, hogy levelezése Voltaire-éhez hasonló nagyságrendű.

Külön kell megemlítenünk Buda Béla szerepét a tudományos sajtó területén. Alapító főszerkesztője volt a Magyar Pszichiátriai Társaság lapjának, a *Psychiatria Hungaricának*. Ugyancsak ő alapította a *Pszichoterápia* (1992–2001) és az *Alkohológia* c. lapokat. 1993–2002 között pedig a *Szenvedélybetegségek* című lap főszerkesztője volt. Mindezeket éveken keresztül magas szakmai igényességgel szerkesztette is. Számos hazai és külföldi folyóirat szerkesztőbizottságának volt tagja. Mint említettem, 25 éven keresztül jelentős szerepet játszott az Orvosi Hetilap szerkesztésében is.

### A devianciák kutatója

Buda Béla a 80-as évek jelentős, egyben a hazai szakma első nagy mentális kutatási programjában (Társadalmi beilleszkedési zavarok) is jelentős szerepet játszott. A vizsgálat az egész országot átfogta, ő az öngyilkosság témakörének volt a vezetője.<sup>8</sup> Már ekkor nyilvánvaló volt, hogy a társadalmi kérdések, a szociális viselkedés anomáliái iránt kifejezett érzékenységgel rendelkezik. Számos, szociológusokkal együtt folytatott kutatási programban vett részt. Kiemelendő Andorka Rudolf-fal való szoros szakmai (és baráti) kapcsolata. Ha pályafutására leginkább jellemző rövid megfogalmazást keresnénk, a „devianciák kutatója” kifejezés jól megközelítené az igazságot. A devianciákkal kapcsolatban elsősorban a sociogenetikus nézeteket képviselte. A kóros viselkedés szociális háttere érdekelte. Vonzotta a kivülálló, az eltérő, az egyedi. Ugyanakkor soha nem vált szélsőséges irányzatok szószólójává, még akkor sem, ha sokan visszaéltek egyes megállapításaival. Kiegyensúlyozó álláspontot képviselt például az addiktológia területén is. A különleges, az „eltérő”, a „deviáns” iránti vonzódása már a 60-as évek végén megmutatkozott, amikor a Magyarország c. hetilap hasábjain a nemi identitás zavarairól (transzszexualizmus), a nemet átalakító műtétekről jelentek meg rövid tudósításai. (A Magyarország akkoriban bizonyos politikai lazulást jelenített meg az érett Kádár-korszakban).<sup>9</sup>



## A mentális egészség harcosa

Munkásságának zöme nagyrészt a pszichopatólógia és a normál pszichológia területét öleli fel. Sokan ezért pszichológusnak tartották. Felismerte, hogy a mentális betegségek elleni küzdelemben leghatékonyabb stratégia a megelőzés. A már említett devianciakutatás volt az első országos program, amelybe bekapcsolódott. Ezt követően szinte megszámlálhatatlan akcióban, programban vett részt. Országos hatáskörű, a mentális egészséget szolgáló intézményeknek volt vezetője vagy vezető munkatársa, mint például az Országos Addiktológiai Intézetnek, tudományos igazgatója volt a Nemzeti Drogmegelőzési és Módszertani Kutató Intézetnek vagy a Nemzeti Egészségvédelmi Intézetnek (1992–1995), legutóbb pedig a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Nemzeti Drogmegelőzési Irodájának volt tanácsadója. Számos nemzetközi szervezetben tevékenykedett, amelyek a mentális egészséggel kapcsolatosak (Egészségügyi Világszervezet, európai szakbizottságok). Az öngyilkosság és a szexualitás témakörén túlmenően foglalkozott az alkoholizmus, a szenvedélybetegségek megelőzésének kérdéseivel. Kiemelt szerepet tulajdonított a családnak a mentális zavarok megelőzésének és rehabilitációjának szempontjából.<sup>10</sup>

## A szintetizáló gondolkodó

Ritkán találkozunk olyan írásával, amely a tág értelemben vett pszichiátria, pszichológia, szociológia egy-egy szűk részkerdeésével foglalkozna. Amennyiben igen, akkor is kitekintést nyújt a nagy összefüggésekre. Igazában a nagy átfogó elméletek, rendszerek világában van otthon. Az a ritka fajta kutató, aki valódi, új ismeretekre tesz szert azáltal, hogy a tudományos „aprómunka” adatait nagy összefüggésekbe illesztve rámutat a részismeret igazi, heurisztikus (ezt a szót – nem véletlenül – gyakran használja) jelentőségére. Buda Béla olyan kutató, aki az erdő egészsét szem előtt tartva írja le a fa szerepét, jelentőségét. Az erdőtől kiindulva jut el a fáig. Igazi deduktív elme. Nem véletlen, hogy – hatalmas irodalmi munkássága ellenére – soha nem lett belőle „impakt faktor-vadász”. Nagy értékű alkotásai nem

annyira a cikkek, tanulmányok (amelyek száma több százra rúg), hanem az összefoglaló jellegű, átfogó témaköröket korszerű ismeretekkel fölvetve bemutató könyvek. A teljesség igénye nélkül felsorolhatunk néhány ilyen területet: szociálpszichiátria és pszichológia, szexualitás, empátia, pszichoterápia, öngyilkosság, addiktológia, szociálpolitika stb. A szűkebb szakmákhoz tartozó területeket – minden műve ezt sugallja – széles történelmi, kulturális háttérbe ágyazva képes láttatni az olvasóval.

## Buda Béla, a „különálló”

A devianciák iránti érdeklődés háttérében – mint mindig – természetesen maga a személy áll. Buda Béla szakmai pályafutása egészét is jellemezhetjük valami nemes „devianciával”.

*„Végül mégis a pályára kerültem, ha perifériára is, ún. neurózis osztályra... Pszichiáter lettem, ha nem is szabályos.”<sup>11</sup>*

Soha nem tagozódott be egyetlen csoportba, „iskolába” vagy szakmai lobbicsoportba sem. Megőrizte nemes függetlenségét, különállását. Bár esetenként közéleti funkciókat is vállalt (pl. a Magyar Pszichiátriai Társaság alelnökeként), mindezek csak átmeneti állomások voltak. Hatalmas tudása, utólérhetetlen irodalmi produktivitása, nemzetközi ismertsége alapján egyetlen lett volna a helye. Amikor azonban – inkább kényszerű megoldásként – a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének munkatársa, majd igazgatóhelyettese lett, már késő volt ahhoz, hogy az egyetemhez „szocializálódjék” (1995–2001). Bár igazgatói nyomásra alávetette magát a számára már megszégyenítő PhD-fokozat megszerzéséhez szükséges (az ő esetében ostoba) eljárásoknak, és egyetemi docensi kinevezést kapott, az egyetemet hamarosan elhagyta. Ezzel párhuzamosan számára testhezállobb feladatra kérték fel a Károli Gáspár Református Egyetemen, ahol a Kommunikáció és Médiatudományi Tanszék alapította meg és vezette (1998–2002). Számos országos jelentőségű intézetet és programot irányított hosszabb-rövidebb ideig, mint például a Nemzeti Egészségvédelmi Intézetet (1992–1995), Nemzeti Drogmegelőzés és Módszertani Kutatóintézetet (tudományos igazgató) vagy korábban az Országos Alkohológiai Intézetet (2004–).

Az orvosképző egyetemekkel kapcsolatban hűvös, tartózkodó és kritikus volt. Számos alkalommal bírálta a képzés elégtelenségét, különösen a pszichiátriai képzés egyoldalúságait. Az egyetemekkel kapcsolatos kritikus beállítottsága bizonyos esetekben „vakfoltta” alakult. Néha tárgyi tévedésbe is bonyolódott, pl. úgy vélte, hogy a pszichiátria még mindig féléves tárgy, akkor, amikor már több mint húsz éve egyéves tárgy és főképpen államvizsga (záróvizsga) tárgy rangjára emelkedett, a nagy klinikai tárgyakkal egy sorban.<sup>12</sup> Nem vett tudomást arról sem, hogy közben a „pszichoterápia” is kötelező tantárgy lett a Semmelweis Egyetemen (2011-től).

Sokoldalú szakmai identitását is a „kívülállóság” jellemzi. Orvosok között pszichiáter, pszichiáterek között pszichoterapeuta és szociálpszichiáter, utóbbiak között kommunikációs szakember, utóbbiak között a mentális szociálpolitika szakértője, mindezek hátterében a „bölcész” kultúrájával.

*...nem találtam a helyemet, rossz körülmények közül kerültem még rosszabba, de folyamatosan próbáltam megszólalni a szakmai, tudományos érvény nevében, és indirekt módon sok emberre tudtam hatni.”<sup>13</sup>*

Írásaiban folyamatosan egy szakmailag megalapozott kritikai állásfoglalás tükröződik, amelyben pontosan leírja azt az álláspontot (álláspontokat), amelyekről finoman elhatárolja magát. Ugyanakkor kimondatlanul is kifejezi saját álláspontjának magasabbrendűségét. Kritikái néha – különösen korábban – élesek, többnyire azonban nem bántóak (előbbieik közé tarozik a Juhász–Pethő-féle pszichiátriai kézikönyv bírálata). A kritikai irány azonban többnyire nem személy(ek)re irányul, hanem valami – közelebről meg nem jelenített – rendszerre, politikumra, érdekcsoportokra, egyszóval hatalmat képviselő intézményekre.

*„A kilencvenes évek második felében azonban (a hazai pszichiátria elutasítóan fogadta amerikai betegjogi aktivisták kritikáját, amelyek az elme-szociális otthonok gyakorlatát bírálták, főleg azért, mert onnan nem volt visszaút, a betegekkel keveset foglalkoztak, és ez elősegítette leépülésüket. A betegjogi perspektíva, a humánus törekvésű gyógyító rendszerekben megmaradt korlátozások feltárása már nagyon zavarta a pszichiátria szakmai vezetését, nem illett bele a pszichiátria akkori önképébe.”<sup>14</sup>*

Sokszor az „egyetemek” is mintha ebbe a homályos hatalmi csoportba tartoznának.

*„...a mai orvosnak nincs is alkalma arra, hogy az orvos-beteg kapcsolat lényegét tudatosítsa, hiszen ehhez sem az egyetemen, sem valamilyen általános továbbképzés keretében nem kap szempontokat, koncepciókat sehol a világon..”<sup>15</sup>*

Kritikai állásfoglalása itt egy – az egész világra kiterjedő – általánosításra ragadtatja. A kritikai hangvétel nem ritkán a „bezzeg Nyugaton!” struktúrát ölti. Az elérhetetlenre, a meg nem valósultra való hivatkozás gyakorta a közelebről meg nem határozott Nyugatot jelenti, amelynek fényében a kritikai pozíció megfogalmazható.

*„A pszichiátrikritikákat valójában a már említett sikerkorszak, a biológiai pszichiátria, a pszichofarmakológia minden (gazdasági, tudományos, oktatási, szervezeti stb.) szempontból kialakult uralma halkította le és oltotta ki, illetve szorította ki teljesen a pszichiátriából. Néhány, még létező kritikus a szakmán belüli ortodoxiákat, ideologikus problémakezelési mechanizmusokat bírálja. Az ideológia mindig az uralom eszköze.”<sup>16</sup>*

Írásainak jelentős része többek között emiatt is melankolikus hangvételű, amelyet logikus érvrendszere cáfolhatatlanná kristályosít. Saját magát – természetesen indokolatlanul – gyakran helyezi „lúzer” pozícióba.

*„A szakma nagy drámájának szereplői vagyunk valamennyien... A morális parancs talán ott érvényesül, hogy kilátástalan helyzetekben, „lúzerként” is meg kell próbálni szólni, kommunikációt kezdeményezni.”<sup>17</sup>*

Óvatos és visszafogott volt az újításokkal kapcsolatban. Megvárta, míg az „új” beilleszthető valamely koherens gondolati rendszerbe. Óvatos volt az információs robbanással szemben is. Bár – úgy tudom – elektronikus levelezést használt, írásait azonban nagyrészt a (térdere fektetett) írógéppel vetette papírra.

Tevékenysége kimondatlanul is tudomány-filozófiai jelentőségű. Csaknem minden eredeti írása bölcséleti elmélyültségről tanúskodik. (A Semmelweis Egyetemen orvosi antropológiát is tanított.) Életkora előrehaladtával ez a „filozofikus” nyelvezet kifejezettebbé válik, egyes szövegeiben az elvont fogalmak aránya már-már próbára teszi az olvasót.

Buda Béla a mentális és a társadalomtudományok, a kommunikáció tudományának megismételhetetlen géniusza, aki igen jelentős mértékben hozzájárult ahhoz, hogy a hazai tudományos gondolkodás az európai szellemtudományok egészébe illeszkedjék.

## Jegyzetek

- 1 Buda B. (2011): Az elme gyógyítása. Háttér Kiadó, Budapest.
- 2 Id. mű: 316. old.
- 3 Buda B. (1969): Homoszexualitás. Orvosi Hetilap. 110(37): 2137–2145.
- 4 Buda B. (1971): Az öngyilkosság. I–IV. Orvosi Hetilap. 112. évf.
- 5 Buda B. (1972): A szexualitás modern elmélete. Tankönyvkiadó, Budapest.
- 6 Buda B. (1980): Az empátia. A beleélés lélektana. (2. átdolg. kiadás). Gondolat, Budapest.
- 7 Buda B. (1988): A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei. (3. átdolg. kiadás). Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest.
- 8 Buda B. (1980): Az öngyilkosság fogalmi meghatározása. In: Münnich I. (szerk.): Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarok köréből. Statisztikai Kiadó, Budapest (53–68.)
- 9 Buda B. (1986): Szexológiai és szexuálpatólogiai tanulmányok. Szexológiai szöveggyűjtemény. SZOTE jegyzet.
- 10 Buda B. (1980): A család szerepe a deviáns magatartásformák kialakításában. In: Bálint I. (szerk.): Megelőzés – Gyógyítás – Rehabilitáció. Medicina, Budapest. (76–95.)
- 11 Buda Béla: Az elme gyógyítása. Háttér Kiadó, Budapest, 2011. (12. old.)
- 12 Id. mű: 180. old.
- 13 Id. mű: 13. old.
- 14 Id. mű: 17. old.
- 15 Id. mű: 180. old.
- 16 Id. mű: 38. old.
- 17 Id. mű: 378. old.



Koós Tamás

## Buda Béla munkássága az addiktológia területén

Lehet-e egy hatalmas életművet összefoglalni néhány hónap távlatából? Eléggé távol vagyunk-e már Buda Béla életművétől, hogy lássuk annak minden elemét?

A válasz valószínűleg: nem.

A gondolatok még hatnak, az írásokat olvassák, a tanítványok dolgoznak. Azok a folyamatok, amelyeknek elindításában Buda Béla részt vett, még zajlanak. Azok a programok, kezdeményezések, amelyeknek kialakításában része volt, még nem értek véget. Van olyan alkoholpolitikai dokumentum, amelynek elindításánál ott volt, és amely 2014 első harmadában még az államigazgatás egyeztetési folyamataiban bolyongott.

Korai még az addiktológiai munkásságát összefoglalni, talán évek múltán lesz elég távlatunk ahhoz, hogy érdemben beszélhessünk róla. Hatásait összefoglalni ma még lehetetlen, ez a kísérlet is csak rövid tisztelgés egy életmű legfontosabb pillanatainak bemutatásával.

A teljes életműből nem is lehet minden esetben kiválasztani, hogy mi tartozik az addiktológiai munkához, és mi a mentálhigiéné tárgykörébe, mi a kommunikációs munkásság része, és mi az, ami nem elsősorban a tudós, hanem a gyógyító ember tevékenységéhez köthető. A határok nem húzhatók meg egyértelműen, és talán nincs is értelme ezeket a határokat így meghúzni egy összefüggő, koherens életművön belül. Amikor a devianciáról írt Buda Béla, akkor a szenvedélybetegségekről kialakított képünk is változott, a közösségek szerepéről írva a szenvedélybeteg ellátásnak formái is előkerültek. Nem izolált, egymástól független területeken működött, hanem – korunk lélek-polihisztoraként – az egymással rokon, egymásból következő és egymással természetesen összekapcsolódó szakterületeket művelt egy időben, egy-egy íráson, előadáson belül is.

Buda Béla írta saját alkotói hitvallásaként: *„katalízis: megindítani és fenntartani folyamatokat, azokkal elvegyülve, de a végén eredeti formában kiválva”.*

Ez a katalízis még mindig történik, a folyamatok zajlanak, még ha a katalizátor, amely elindította őket, már nincs is személyében jelen. De szellemében ott van.

Ahogy a munkamódszer a katalízis volt, a munka célja az emberi szenvedés enyhítése. Buda Béla minden munkája, minden előadása és írása erről szólt. Az addiktológiai munkássága is az emberi szenvedés enyhítése köré szerveződött.

A hippokratészi eskü szövege szerint:

„...Tehetségemhez és tudásomhoz mérten fogom megszabni a betegek életmódját az ő javukra, és mindent elhárítok, ami ártana nekik.”

Buda Béla addiktológiai munkásságának hármassága is e köré a gondolat köré csoportosítható:

- „tehetségemhez és tudásomhoz mérten” – a tudóslét, a tudás és a saját – és mások – tehetségének és képességének gyarapítása;
- „megszabni a betegek életmódját az ő javukra” – a gyógyítás mindennapjai;
- „és mindent elhárítok, ami ártana nekik” – a társadalompolitikai szerepvállalás, igazgatási feladatok, az emberi lelket nyomorító dogmák elleni fellépés.

Ez a három együtt teszi ki azt a teljességet, ami Buda Béla addiktológiai tevékenységét jellemezte. Olvasott és írt, tanult és tanított. Gyógyított: vagy mint pszichiáter, pszichoterapeuta, vagy mint kórházi osztály vezetője, egy egész szervezeti egységet irányítva. És időnként minden belső vívódásának dacára igazgatási feladatokat vállalt, országos intézetekben volt vezető, nemzeti programok kialakításában vett részt, bár „zászló” vagy zászlóvivő soha nem szeretett volna lenni.

Ebben is, ahogy magában az addiktológiában és általában a gyógyításban a holisztikus szemléletet képviselte. A „holosz” (χολος) szó teljességet jelent, és Buda Béla, a gyógyító, a tanító és vezető az embert egésznek tekintette, a test, a lélek és a szellem egységét kereste. Ezt a kihívást kevesen tudták kezelni, képviselni az addiktológia területén – egyben látni az egyén szenvedését, a család számára jelentett kihívásokat,

a közösség felelősségét és szerepvállalását, valamint a társadalom viszonyát a szenvedő emberhez, illetve a függőséget okozó szerhez.

Mindez a teljesség, a szerfogyasztás okozta problémák átlátása, a komplex, az egyén, a környezete és a társadalom szintjén történő együttes megértés és beavatkozás lehetősége a szenvedés enyhítése iránti elkötelezettségből táplálkozott, és ez volt az a hajtóerő, ami a teljes addiktológiai spektrum áttekintésére és tanulmányozására, a gyógyító munka végzésére ösztönözte Buda Bélát.

Művei ezt a látásmódot tükrözik vissza. Nem egy esetben hazai viszonylatban új látásmódok és koncepciók jelentek meg írásaiban, olyan ismeretek és elképzelések, amelyek az adott időszak szemléletmódját vizsgálják, megkövesedett hiedelmeket és dogmákat kérdőjeleznek meg, és a tudomány eszközeit veszik igénybe a hatékony intervenciók megtervezéséhez.

Az alkoholprobléma témakörében írott könyvek, könyvfejezetek, szakirodalmi publikációk száma óriási, részletes áttekintésük és értékelésük talán csak évek múltán lesz lehetséges, maguknak a szakirodalmi közleményeknek a lajstromba vétele is hosszú időt vesz majd igénybe. Ebben a rövid írásban csak a legfontosabb, korszakhatárokat jelző, és a mostani szakértő generációknak utat mutató írásokat emelem ki.

Az egyik ilyen „Az alkoholológia új távlatai. Utak az alkoholproblémák megértéséhez, megelőzéséhez és korai kezelésbe vételéhez” című írás. A maga korában úttörő jelentőségű volt. Az alkoholprobléma területén a korai kezelésbe vétel alkalmazása, a rövid intervenció széles körű elterjesztésének gondolata 20 évvel ezelőtt forradalmi gondolat volt. Az elképzelés népegészségügyi jelentőségű gondolat, a világ szakmai közösségében akkoriban keresett magának utat ez az eszme. A hagyományos terápiás megközelítés mellett itt jelent meg az elsők között a tömegesen alkalmazható, egyszerű, mindenütt megjelenni képes probléma-szűrés, és a ráépített célzott, személyes intervenció gondolköre. A rendszerszintű megvalósítással mindmáig adós a magyar egészségügyi ellátórendszer és népegészségügyi szakma. Az utolsó, részletesen kidolgozott, erre irányuló szakmai dokumentumsorozat is Buda Béla aktív közreműködésével jött létre 2010-ben.

A gyógyító megközelítésben a „Szenvedélyeink. Megelőzés, felismerés, rehabilitálás” című munkája a holisztikus szemlélet megjelenítése. E szerint a szenvedélybetegségek megelőzése, kezelése és a rehabilitáció egységes folyamat, amely az ember

és közösségeinek szerepéről és megerősítéséről szól. Nem önmagában szemléli a szenvedélybeteget, illetve szerfogyasztót, hanem környezetében, közösségében vizsgálja, mint ahogy a terápia lehetőségei is csak ilyen módon értelmezhetőek Buda Béla szerint.

Az alkoholprobléma társadalmi szintű megértésének igénye már évtizedekkel ezelőtt megjelent Buda Béla munkásságában. Szerzőtársaival (Andorka Rudolf és Cseh-Szombathy László) számos olyan kötetet publikáltak, amelyek teljesen új értelmezést adtak az alkohol és társadalom viszonyának. Ilyen például – csak a korszakos jelentőségűeket említve – „Az alkoholizmus kifejlődésének tényezői” 1972-ből, valamint az ezzel foglalkozó tudósgenerációk számára irányítúként szolgáló „A társadalmi beilleszkedés zavarái Magyarországon” 1986-ból. Ezek a munkák a szenvedélyproblémát társadalmi kontextusban értelmezték. Újszerű megközelítést jelentettek, a szűkebb értelemben vett orvosi-biológiai szemléletet meghaladó értelmezési keretet adtak egy olyan korban, amely tagadta és rejtette a társadalmi diszfunkciónak a létezését is.

A szenvedő ember ettől kezdve nemcsak a deviáns, bűnös szerepében jelent meg a társadalom számára, hanem sajátos társadalmi konstellációk áldozataként is. Ez a betegek stigmatizációját csökkentette, egyben az alkoholprobléma társadalmi működésének megértését is elősegítette.

A gyógyító munka a gyógyító ember számára magától értetődő tevékenység. Buda Béla esetében a gyógyító munka a betegellátás mellett kiegészült gyógyítást végző osztályvezető főorvosi munkával. A gyógyítás során olyan új szellemiséget árasztva végezte munkáját, amely az osztályokon dolgozó orvosok, pszichológusok és ápolók tevékenységén keresztül messze sugározva meghatározta az adott osztály szervezeti környezetét.

Buda Béla munkásságának is hatalmas része volt abban, hogy az orvosegyetemi oktatásban előtérbe került az orvos-beteg kommunikáció jelentősége; az orvosegyetemi oktatói munka, a „gyógyítók” felkészítése révén a hazai betegellátásban dolgozók felkészültsége növekedett meg, és ezen keresztül a betegek ellátása vált emberibbé, nem utolsó sorban a betegek számára érthetőbbé és átláthatóbbá, elfogadhatóbbá.

A legnagyobb kihívás a tudós és gyógyító számára az államigazgatási szerep vállalása volt. Az adminisztratív körülmények okozta nehézségek vállalására az az ethosz vezette, amely a szenvedések enyhítésében az „és mindent elhárítok, ami ártana nekik”

mondatban fogalmazható meg. Vállalta a vezetői szereppel járó nehézségeket és feszültségeket annak érdekében, hogy országos szinten is hozzájárulhasson a betegek, családjaikat és a közösségeket sújtó szenvedélyproblémák enyhítéséhez, az alkohol- és drogprobléma visszaszorításához.

Emiatt vállalta a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet, az Országos Addiktológiai Intézet igazgatását, továbbá részt vett a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megalapításában és működtetésében tudományos igazgatóként. E szerepvállalásokat a társadalmi szintű beavatkozás ígérete és lehetőségei motiválták, szolgálatot vállalt az ágazati szintű intézményeknél végzett vezetői megbízásokkal. Mindezt olyan forrongó időszakban tette, amikor az adott szakmák kialakulóban voltak, vagy éppen radikális szakmai változásokon mentek keresztül. Tevékenységét a gyakran turbulens politikai közeg sem segítette, gondoljunk itt a rendszerváltozást követő évekre, vagy éppen a 2006–2010 közötti időszak pszichiátriai és addiktológiai ellátó-rendszert sújtó intézkedéseire.

Nehézséget okozott számára a mindennapi munkában az államigazgatás közelsége és a szakmai autonómia összeegyeztethetősége. Mindezen nehéz körülmények ellenére és között az általa vezetett intézményekben innovatív intézményi projektek és gyakorlatok jöttek létre és honosodtak meg. Csak kiragadott példaként: részt vett a drogmegelőzés hazai rendszerének létrehozásában és szakmai megalapozásában; vezetése alatt jött létre a korszerű kábítószer-kezelési adatgyűjtési rendszer; innovatív, a szűrést, helyi együttműködést és korai kezelésbe vétel előmozdító projektek valósultak meg; kialakult a korszerű egészségkommunikáció elmélete és gyakorlata.

A legnagyobb dilemmát és kihívást a nemzeti politikák megalkotásában való részvétel jelentette. Ezekben ott volt a hatni képesség lehetősége és varázsa az „és mindent elhárítok” félmondatával. A másik oldala ennek az ígéretnek és lehetőségnek a politika „labirintusa”, a szellemiségétől idegen működési mechanizmusok (lásd: empátia és politika viszonya), az eltérő időtávok alkalmazásának nehézségei voltak.

Buda Bélát ebben a tekintetben a megértés és együttműködés szándéka vezette, tudósi és gyógyítói idejét és energiáját saját maga korlátozta egy átfogóbb beavatkozás-rendszer létrehozásának reményében.

Az alkoholpolitikai erőfeszítések nem hoztak átütő eredményt, a hazai, 2001-ben, 2003-ban és 2006-ban elkészült dokumentumok – részben

egy átfogó népegészségügyi program részeként, részben önálló szakmapolitikai dokumentumként – nem tudtak a megvalósulás irányába látható lépéseket tenni, annak ellenére sem, hogy szinkronban voltak a legjobb nemzetközi ajánlásokkal és dokumentumokkal. A munkássága utolsó két évében elkészült alkoholpolitikai szakpolitikai program még véglegesítésre és elfogadásra vár, ennek működését, hatásait már sajnos nem láthatja.

Gyümölcsözőbb volt a mindenkori drogstratégiákban való részvétele. Igaz ez a 2000–2010-es stratégiai dokumentumra, amely a nemzeti szintű előrelépés igényével és várakozásával jött létre, és feladatát számos ponton be is teljesítette. Nemcsak intézmények, működési modellek, szakmák jöttek létre Buda Béla részvételével, hanem a tőle tanultak mindmáig meghatározzák sok-sok szakember működését, ezen keresztül alrendszereket, egyetemi tanszékeket és intézeteket, országos intézményeket.

A 2013-ban elfogadott drogstratégia megvalósulását már nem láthatta, a hozzá kapcsolódó akcióterv kialakításának elkezdésében még részt vett, csakúgy, mint a stratégiát alapjaiban támogató kutatási program megtervezésében és lebonyolításának felügyeletében.

Ahogy Selye János írja *Alomtól a felfedezésig* című könyvében: „... a tudomány nemcsak felfedezés, hanem életszemlélet, jellem, temperamentum és képzelőerő dolga is. Korunk a tudományra épül, és igényli a tudós emberi megnyilatkozását, indítékainak, eszméinek, véleményének ismeretét is.”

Buda Béla addiktológiai munkássága a tudós munkássága, a gyógyító emberé és a nemzet jövőjéért aggódó szellemi iránymutató munkássága. Buda Béla életműve és munkássága az addiktológia területén is olyan, mint egy kristály. A kristály minden oldala tükröz, és belenézve egy kicsit magunkat – kérdéseinket, dilemmáinkat, hitünket – is látjuk benne. Minden oldala más, minden átsütő sugár eltérő színt mutat. Egységes egész, amelyet a különböző irányokból szemlélve egy kicsit mindig mást és mást látunk, de a lényeg: a tudás, az emberség, a tenni akarás és a példamutatás egysége minden kicsiny részletében benne van.

Ezt a munkásságot értékelni óriási feladat, az időtávlat ehhez nélkülözhetetlen, mint ahogy az is, hogy az általa teremtett, elindított szakmais-kolák saját eredettörténetükbe beépítsék mindazt, amit Buda Béla szellemi kisugárzása jelentett az addiktológia területén.

Komlósi Piroska

## Buda Béla – a segítő szakmák kommunikációs mestere

**B**uda Béla szerteágazó munkássága közismert. Mintegy tucatnyi szakterületen gazdagította a segítő szakmabeliek szemléletmódját és gyakorlati munkáját. Írásai a hazai szakemberek mindennapi munkájához adtak lényeges ismereteket a pszichiátria, pszichológia, pedagógia, szociológia, kommunikációtudomány, mentálhigiéne, pszichoterápia, szuicidológia, drogprevenció, alkohol- és devianciakutatás területén, míg a nemzetközi szakma számára elsősorban a társadalmi léptékű konceptuális és stratégiai elgondolásai voltak keresettek, értékesek.

Szinte valamennyi írásán és kollégialis kapcsolatán végighúzódik egy szándék, amit küldetészerűen képviselt. Annak „tanítása”, hogy az ember-ember közötti kölcsönös kapcsolat a legfontosabb, s ennek fejlesztése és működtetése az egyének, a családok, az iskola és a közösségek feladata. Ezt szolgálta könyveivel, írásaival, beszámolóinak szaklapokban való fíradhatatlan publikálásával, valamint rádió- és tv-szerepléseivel, s a számtalan szakmai rendezvényen való előadásával. De ehhez nyújtott segítséget a hihetetlenül kiterjedt levelezésével is, amelyben kollégáit bátorította szakmai tevékenységükben. A hazai és a határainkon túli segítő szakmában dolgozók folyamatos szellemi táplálékot és iránymutatást kaphattak Buda Bélától, aki a tudását szívesen továbbadta, megmutatva, merre haladnak a vonatkozó tudományok, a nemzetközi szakmapolitika és a gyakorlat. Bár néha rezignáltnak tapasztalta, hogy a szakemberek egyre kevesebbet olvasnak, nem adta fel, hogy ismeretei javát leírja.

Munkásságának címzettjei az ún. humán segítő szakmákban dolgozók. Ők valamennyien hivatásuk során legfőbb eszközükként a beszédet használják, vagyis a közvetlen emberi kommunikációt. Mára már az is köztudott, hogy a teljes személyiségük megjelenik ebben a kommunikációs kapcsolatban, ezért hangoztatta Buda Béla fíradhatatlanul az önismeret és az önfejlesztés szükségességét a segítő szakmákban.

### A kommunikáció fontosságáról

A munkáit olvasó szakemberek számára világossá vált, hogy a kommunikáción keresztül tudnak hatékonyak lenni. Egyik önvallomásában így írt: *„A kommunikáció is mágikus eszköz, amely révén alakítóan lehet belépni a pszichoszociális világba.”*

A kommunikációhoz fűződő mély elköteleződéséről 1998-ban így vallott:

*„...az elmúlt kb. negyven évben mindig egy dolog foglalkoztatott: a kommunikáció. Mindennek a kommunikációs, társaslélektani vetülete érdekelt, ebből a szempontból nyúltam minden kérdéshez, ebben láttam az újat, a hasznosíthatót. Igazából mentálhigiéne írásaim szemléleti fókuszában is a kommunikáció áll. A segítő kommunikáció, a fejlődést felszabadító, aktiváló, a másik ember felé fordító kommunikációs rendszere, a személyközi kommunikációs hálózat, a tömegkommunikáció világa.”* ( Buda, 1998. 293. o.)

Az itt említett évtizedek alatt Buda Béla érdeklődése a kommunikáció iránt azt is jelentette, hogy ami elérhető szakirodalmat fellelt és idegen nyelven el tudott olvasni, arról a hazai szakmát azonnal értesítette. Sok száz könyvrecenziójában, külföldi konferenciákról szaklapoknak írt beszámolóiban (főleg, amikor még alig lehetett Nyugatra utazni, de őt meghívták előadni ezekre a nemzetközi szakmai rendezvényekre), majd könyveiben és számtalan hazai konferencián tartott előadásában osztotta meg a kollégákkal, hogy mit érdemes beépíteni a korszerű szemléletbe, mire érdemes figyelni, mit kell tanulni, merre tart a tudomány és a gyakorlat. Nem véletlen, hogy annyi szakterületre hívták előadni, s az előadásain mindig megteltek a termék az érdeklődőkkel.

Elsők között volt hazánkban, aki alaposan tanulmányozta a 60-70-es években nagy lendülettel fejlődő amerikai kommunikációkutatás ered-

ményeit, és a magyar szakma számára azonnal elérhetővé tette. Az ELTE számára 1974-ben készített jegyzet, a *Kommunikációelméleti szöveggyűjtemény I. Általános kommunikációelmélet*, valamint *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei* című könyve korszakindítóak voltak.

Száma a kommunikáció a kultúra és a személyiség összefonódásának megnyilvánulása. Egyetértett a Stanfordini iskola kultúranthropológus vezetőjével, Gregory Batesonnal abban, hogy a kultúra kommunikációs folyamatokban nyilvánul meg és alakul, ugyanakkor ezek a kommunikációs hatások formálják az emberek személyiségét is, akik azután a kultúra hordozói lesznek. Ez a segítő szakemberekre úgyszintén érvényes, akik az aktuális intézményi, szervezeti és társadalmi kultúra által formálódtak.

### A kommunikáció jelentőségéről az orvosi munkában

Buda Béla az Orvosi Hetilap munkatársaként évtizedeken keresztül rálátott számtalan orvosi szakterület problémáira, és egyre nagyobb jelentőséget tulajdonított annak, hogy „*az orvosi munka számottevő részét különféle kapcsolatformában zajló kommunikáció teszi ki.*” (Buda, 2004. 61.) A beteggel való kapcsolatfelvételhez és eredményes anamnéziszfelvételhez például az orvosnak mozgósítania kell kommunikációs képességeit, hogy a különféle karakterű, állapotú, kultúrájú betegekkel történő beszélgetés során ki tudja váltani belőlük a bizalmat, biztonságérzést, az önmegmutatásra való készségeit.

Az orvosok figyelmét arra irányította, hogy a munkájuk hatékonysága nagymértékben függ a kommunikációjuk színvonalától, s e képességük folyamatos fejlesztése lenne kívánatos. Ezért is kezdett már a 70-es évek végén küzdeni azért, hogy az orvosképzésbe beépítsék a kommunikáció oktatását. Azt hangsúlyozta, hogy „*az egyetemi oktatás során a beteggel való és a beteggel kapcsolatos kommunikációk fajtáinak, változatainak alkalmait kellene süríteni, és így megtanítani a hallgatókat a megfelelő – gyakorlott és bizonyos önismerettel kísért – orvosi kommunikációra.*” (Buda, 1998. 88.)

A kommunikációs folyamatokban a nyelv és a nyelvi szimbólumok fontosságán túl nagy hangsúlyt fektetett a nem verbális csatornák tuda-

tosítására. Például „*a beteg kommunikációjában az anamnéziszfelvétel során megfigyelhető verbális és nonverbális jelzések a diagnosztikai hipotézis felállítását is segíthetik.*” (Buda, 2004. 63.)

Az utóbbi évtizedben divattá vált narratív szemléletet messze megelőzve hangsúlyozta, hogy például „*Sokat elárul a betegről, hogyan beszél el, hogyan szövi történetét a betegségével kapcsolatos mozzanatok.*” (Buda, 2004. 64.)

Gyakran tapasztaljuk, nem csak az orvos-beteg kapcsolatban, de mindenütt a segítő szakmákban, hogy két fél között konfliktusok alakulhatnak ki. Ennek gyakori okaként Buda a „kommunikációs zavarokat” nevezi meg, amit bármelyik félben előidézhethet a felerősödő ambivalencia vagy a beteg regressziójának meg nem értése. Máskor viszont épp a gyógyítás nehéz, és kritikus helyzetekben komoly erőforrás tud lenni, ha az orvos jól kommunikál. „*Az ilyen helyzetek kezelésében tűnik ki az orvos »kommunikációs művészete«*”, írja Buda Béla. (Buda, 2004. 66.)

De mi minden kell a zavarok elkerüléséhez, illetve a művészi fokon gyakorolt kommunikációhoz?

### Az elfogadó és hiteles kommunikáció

Ennek szerepe döntő fontosságú, s a mibenlétéről sokat olvashatunk Buda Béla legjelentősebbnek tartott könyvében: „*A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei*”-ben. (Buda, 1974., 2002.)

A hitelességet a verbális üzeneteket kísérő nonverbális jelek erősítik meg. Ezek ugyanis az érzelmekről, indulatokról, szándékokról adnak jelzést, és ezzel vagy megerősítik a kimondottakat, vagy éppen arról „árulkodnak”, hogy az illető mást mond és mást érez. Ezáltal érvénytelenítve lesz a verbális üzenet. Fontos, hogy a szakember igyekezzen ezeket tudatosan dekódolni a kliens kommunikációjában, s a „mit mond?” mellett a „hogyan mondja?” is kapjon érdemi odafigyelést.

Ugyanakkor az orvos saját kommunikációjában is szerepet játszanak a verbális közléseit kísérő nonverbális jelek. Megjelennek általuk az orvosban éppen meglévő érzések és indulatok, a fáradtsága, a bizonytalansága, a reménytelenségérzése stb. Ha ezeket a verbális üzenettel tagadja, akkor ezek ronthatják a kommunikációjuk hitelességét, és ezáltal megzavarhatják az orvos-beteg kapcsolatot. Mit lehet ez ellen tenni?

Ennek kivédésére szolgálhat például, hogy a kommunikációs helyzeteket megtervezik, előkészítik, mint a műtétet, megkeresik hozzá a legmegfelelőbb körülményeket, de akár el is halaszthatják.

„A jó kommunikáció műveleti célra irányul, folyamata van, fel kell készülni az elképzelhető akadályokra (...), és nehéz kommunikációs feladatokhoz stratégiát és taktikát lehet alkalmazni.” (Buda, 2004. 80.)

A kommunikáció munkaeszköz, amit karban kell tartani és folyamatosan fejleszteni kell. Fontos lépés ennek érdekében a saját kommunikációra irányuló belső figyelem kialakítása. Napjainkban a segítő beszélgetéseket, konzultációt vagy éppen pszichoterápiát végző szakemberek számára ez a követelmény jól ismert. Ennek a fontosságát Buda Béla számos írásában és előadásában igyekezett tudatosítani a szakemberekben. Sokat tett azért, hogy a segítő szakmabeliek képzésébe beletartozzék az önismeret és önreflexió fejlesztése, hogy képessé váljanak tudatosan feldolgozni, kezelni az ambivalens helyzeteket, ami a kongruens kommunikáció előfeltétele.

Az orvosi tevékenység a betegen kívül sok más személy bevonásával történik, így a kommunikáció összetett helyzetekben zajlik. Az orvosnak sokszor külön erőfeszítésébe telik, hogy a beteggel való kommunikáció megfelelő, megnyugtató körülmények között történjen.

### ***Az empátia mint a gyógyítás eszköze***

A hatékony segítő kommunikáció másik feltétele a beteghez való empátiás viszonyulás, ami „a beleélő megértést jelenti, vagyis a megszokottnál mélyebb, egyedi, elfogadó megértést.”

Buda leírja, hogy az orvosi foglalkozásban (is) észrevehető, hogy az empátiás készség funkcionálisan sorvad. Az orvos-beteg kapcsolatban gyakran jelenik meg nyílt vagy rejtett érdekkonfliktus, ami az empátia kialakulását gátolja. Gyakran védekezésből fakad az empátia hiánya, ami viszont a gyógyításra nézve káros következményekkel járhat. A mai orvoslás időnyomás alatt zajlik, a beteg mondanóját gyakran megszakítja az orvos, így egyre többször érzi, hogy nem tud empátiás lenni, nem tud eléggé nyitott lenni a beteg élményeinek befogadására,

s így nem sikerül például a beteg szorongásait oldani. Az empátiás készség változik az egyénben, függ az aktuális lelkiállapottól, terhelhetőségtől, körülmények nyugodt voltától, de lehet tudatosan figyelni ennek a működtetésére. A fejlesztését szolgálhatják az orvos által megélt lelki krízisek és veszteségek, de lényeges eleme a tudatos gyakorlás is, vagyis a szándékos ráhangolódás a másik ember érzéseire, majd önmagában hasonlók felidézése, végül a kliens/páciens érzelmi állapotával való gondolati foglalkozás. Az empátiafejlesztés egyik módszereként jelöli meg Buda az empátiás beszélgetések megfigyelését, majd megbeszélését, amit az orvosképzésben is szorgalmazott.

### **A kommunikáció jelentőségéről a nevelésben**

Fiatal orvosként a pszichiátria felé fordult, s első figyelmet felkeltő írása a Magyar Pszichológiai Szemlében 1965-ben jelent meg a Palo Alto-i kommunikációkutatásokról. Ez az írása: „*Double-bind*”. *Kommunikációs-szociálpszichológiai elmélet a schizophrénia kezeléséről* nemcsak a szűk szakmához jutott el, hanem a pszichológus és pedagógus szakma érdeklődését is hirtelen a kommunikáció felé fordította. Megdöbbenést keltett az az információ, hogy egy gyermek személyiségfejlődését komolyan károsíthatja, ha a szülői kommunikációban tartósan jellemző a verbális és nonverbális üzenetek közötti ellentmondás. Ez a zavart keltő sajátosság a gyermek realitáshoz való viszonyát kóros irányba tolhatja, a kapcsolatokról s a világról kialakuló képében mély nyomot hagynak az anya ellentmondásos közlései. Például: „Menj csak!” – küldi az anya a verbális üzenetével a gyermekét a játszótársai közé, miközben a hangszíne, mimikája szorongásról vagy megbántottságról árulkodik. A gyermeknek nem könnyű eligazodni, hogy melyik üzenetet kövesse, melyiknek higgyen.

Buda Béláról tudni lehetett, hogy a pszichológia és szociológia tudományterületein is alapos tudásra tett szert, s ezeket folyamatosan integrálta a társas világunkról való gondolkodásában. A pedagógusok számára kidolgozta a tanár-diák viszonyban megragadható legfontosabb jellegzetességeket, s a Pedagógiai Szemlében közölte „*A közvetlen emberi kommunikáció modern elmélete és ennek pedagógiai perspektívái*” című tanulmányában. (Buda, 1967.)



Az 1970-es évektől hazánkban is erősödött a humán segítő szakmákban az érdeklődés a személyközi kommunikáció iránt. Buda Béla 1974-ben megjelent könyve, „A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei”, nyugodtan mondhatjuk, mérföldkő volt. A kommunikációkutatások akkori eredményeit nemcsak bemutatta, hanem integrálta más tudományok eredményeivel, és gyakorlati vonatkozásaival együtt mutatta be a közvetlen emberi kapcsolatok működését. A közvetlen emberi kommunikáció verbális és nem verbális csatornája mellett érdekes elemzést adja a kulturális szignálok kommunikatív jelentőségének.

### ***A kulturális szignálok mint „útjelzők” a tanár-diák viszonyban***

A pedagógusok munkájában nagyfokú tudatosságot igénylő, s a mindennapokban értően kezelendő jelenségkör, hogy a különböző életkorú gyerekek számára a saját szubkultúrájuk kulturális szignáljai (öltözködés, hajviselet, szóhasználat stb.) elemien fontosak, ezekhez görcsösen tudnak ragaszkodni, hiszen ezen keresztül remélnék elfogadottságot a kortársaiktól. Ezekről írva (Buda, 1974, 2002. 98–104.) a segítő szakemberek szemléletét ráirányítja a közvetlen emberi kommunikáció társadalmi beágyazottságára. Minden segítő interakció normatív térben zajlik, pl. mást vár el az egészségügy, és mást az oktatásügy, mást az iskolaigazgató, és mást a szülők. Az öltözködéstől a viselkedés számos eleméig az adott társadalmi réteg örzi és elvárja a maga szignáljait. Az egyén ehhez igazodik, miközben hozza magával a saját szocializációjából fakadó kommunikációs stílusát, és saját döntésével választja ki a kommunikációs viselkedésjegyeit.

Buda Béla említett könyve (amit az egyetemisták csak „K.E.K.SZ.”-nek neveznek), komoly segítséget nyújt a társadalom különböző szintjein a kommunikáció eszközével dolgozó szakembereknek – az egészségügyben és oktatásügyben, valamint a rádióban, televízióban dolgozóknak – azért, hogy sajátos kommunikációs helyzeteket segít összerakásukban is megérteni, és irányt mutat a szükséges kompetenciák fejlesztéséhez. Érthető, hogy ez az 1974-ben megírt, azóta több kiadást és átdolgozást megért könyve lett Buda Béla legtöbbször idézett munkája, s évtizedek óta egyetemi tankönyv. (Buda, 2002.)

### ***Az iskolai kontextusba ágyazott kommunikáció***

Az iskola a család és társadalom érintkezési felülete, ahol a kétféle irányból kiinduló szocializációs hatások találkoznak és formálják egymást. A pedagógusoknak ezt a változási folyamatot kell kommunikációs eszközökkel kézben tartaniuk, amihez sajnálatos módon nem kapnak elég felkészítést – sem a gyermekben, illetve a csoportban zajló lélektani történések megértéséhez nem elegendő a tanult tudásuk, sem a gyermekek mögött álló szülőkkel való kapcsolatkezeléshez nincs elég gazdag kommunikációs repertoárjuk. Ezen összetett feladatok miatt folyamatosan szükségük lenne kommunikációs és viselkedési tréningekre, stresszfeldolgozó és személyiségfejlesztő módszerekre.

### ***Az iskolai kommunikáció sajátosságairól***

Buda Béla nagyon fontosnak, felelősségteljesnek tartotta a nevelést, a ránk bízottak folyamatos fejlesztését. Így a pedagógus szakmának is – nem csak az orvosinak – folyamatosan a segítségére volt. Nemcsak akkor, amikor előadni hívták, koncepciókat kidolgozni, tv- és rádióműsorokban beszélni, hanem számtalan esetben ő maga „előre küldte” frissen szerzett ismereteit, gondolatait, s azonnal alkalmazta az iskolai és családi nevelésre vonatkozóan.

A kommunikáció kontextusba ágyazottságának szempontját előszeretettel hangoztatta az iskola tekintetében is. Az iskola szervezeti felépítéséből adódó kommunikációs sajátosságokra, többnyire nehézségekre – amelyek mögött a konfliktusok többnyire kommunikációs zavarokból adódnak – számos előadásában hívta fel a figyelmet, s tanulmányban összegezte (Buda, 1997.).

A diákok motiválása, érdeklődésük felkeltése ugyanúgy a tanári kommunikáció eszközével történik, mint a munkájuk értékelése, a büntetés és jutalmazás (amire sokszor csupán nonverbális visszajelzések jutnak), vagy mint a tantermi viselkedésszabályozást elérni próbáló kommunikációs erőfeszítések. Ezekben a helyzetekben is sokat segíthetnek a kommunikációs készségek fejlesztését célzó továbbképzések, tréningek.

A pedagógus kommunikációjában kulcsfontosságú a hitelesség, ami a bizalmat megalapozza. Ehhez stabil szerepazonosságra és identit-

tásra van szükség. Az iskolai konfliktuskezelés a kommunikációs események folyamatszémleletét, nyílt kommunikálását és tudatos elemzését kívánja. Ezen a téren a résztvevők tudatosságát és a kommunikáció differenciáltabb lehetőségeit is fejleszteni kell.

Az empátia szerepe a nevelői munkában, a pedagógusok mindennapi tevékenységében napjainkra egyértelmű, s a közbeszédben is helyet kapott már. Gyermekek és szülők egyaránt elvárja ezt a pedagógustól, miközben kérdés, hogy a családi nevelésben a szülő nyújt-e erre mintát a gyermekével való kapcsolatban. Ebből eredhetne, hogy a gyermekek között több lenne a megértő, elfogadó viszonyulás, és kevesebb a türelmetlen, agresszív, elutasító interakció, ami már az óvodában is szaporodó mobbinghoz és bullyinghoz vezet, s a pedagógusok szinte tehetetlenek az agresszió ilyen kommunikációs megnyilvánulásaival szemben.

### Az empátiáról – minden segítő szakmabelinek

Buda Béla a kapcsolati kommunikáció lélektani aspektusait is tanulmányozva jutott el az empátia jelentőségének felismeréséhez. „Az empátia jelensége és jelentősége a pszichiátriában” című írása mondhatni korszakot nyitott a lelki problémákkal foglalkozó szakemberek munkájában (Buda, 1976). Ennek sokrétű tudományos ki-munkálásából született a másik legjelentősebb könyve: az „*Empátia – a beleélés lélektana*” (Buda, 1978.), amely további kiadások után 2012-ben átdolgozott formában jelent meg a Károli Könyvek egyetemi könyvsorozatban a L’Harmattan Kiadó gondozásában.

Ennek a könyvnek a jelentősége elsősorban a humán segítő szakmabeliek számára nagy. Mondhatni alapvető, a segítő szakmai személyiség kimunkálásához nélkülözhetetlen. Eligazít azon képesség fejlesztésében, amellyel a másik, ránk bízott emberrel hiteles, őszinte, biztonságot nyújtó kapcsolatot tudunk kialakítani és ápolni, megőrizni. Az empátias készség segítségével tudjuk átérzeni és megérteni aktuális lelkiállapotát. Kommunikációs jelzéseire odafigyelve bennünk is felidéződik hasonló, a múltban tapasztalt érzés, így együtt tudunk érezni vele, majd ebből az ér-

zésből kilépve képessé válunk gondolkodni az ő sajátos, egyedi helyzetéről. Ez teszi lehetővé, hogy segíteni tudjunk neki. Érzéseit elfogadva érzelmi biztonságot adunk neki, s ettől lehetővé válik, hogy gondolatilag tovább kísérjük, megoldást keresve problémájára.

A könyv a kommunikációnak olyan fontos és napjainkban is kutatott aspektusait vizsgálja, amelyekkel érdemes itt alaposabban foglalkozni. Mi is az oly gyakran használt, divatosá vált fogalom, az empátia pontos jelentése?

A másik ember megértésének módja, melynek során az ember önmagáról igyekszik megfeledkezni, csak *a másikra összpontosít*, és a másik ember lelkiállapotát próbálja önmagában létrehozni a *beleélés módszerével*. Ez a beleélés olyan *sajátos kommunikációs folyamatban* történik, ahol a cél a megértés, és a téma a megértett lelki tartalmak megbeszélése.

Az emberi kapcsolatokban a kölcsönös-ségre képes ember számára az empátias megértés *pozitív élmény*, amely a felé forduló iránt érdeklődést és vonzalmat kelt. Vannak azonban olyan helyzetek, amelyekben az *empátias megértés alig segít* a viselkedésváltozás előkészítésében, például a szerfüggőség állapotában, téveszmékkel teli gondolkodásnál, az alaphangulat erős nyomottsága vagy épp a felhangoltság állapotaiban.

Míg a mindennapi megértésben a saját értékszempontok és értelmezési sémák képezik a kiindulópontot, addig az empátias megértés arra törekszik, hogy rekonstruálja, ahogy a másik ember látja a saját dolgait és a vele történő eseményeket. A hétköznapiakban nem könnyű ezt az állapotot létrehozni, mert a saját rendszerünkbe igyekszünk behelyezni a másik személy élménymódját, és minősítjük jónak vagy értelmetlennek a viselkedését, ahelyett, hogy mi próbálnánk az ő érzéseivel közelebb kerülni. Ez a gátja a mindennapi életben való empátiánknak.

Az átdolgozott kiadás elejére új fejezet került, amelynek címe: *A másik ember megértése*. Ebben Buda Béla megpróbálja áttekinteni emberi világunkat, és megfogalmazza azt a hipotézisét, hogy miért is a 20-21. században lett központi kérdés ennek a megismerési módnak a tanulmányozása. Úgy látja, hogy míg a korábbi századokban az emberi viszonyokat határozott sémák, normák irányították, az ember ismerős körülmények között élt, addig korunkban a kapcsolatokat nem

eléggé kísérik olyan tájékozódást segítő információk, mint a tekintély, a rang jelzései, a származás jelei, az öltözködési sémák. A normál észlelésen túl másfajta megismerési mód nyújthat támpontokat ahhoz, hogy kivel is kerültünk kommunikációs helyzetbe.

Túl ezen az egyén önmaga sajátos módon felértékelődik, és alig határozható meg, hogy hová tartozik. Buda idézi Adyt, kedvenc költőjét, aki így fejezte ki ezt a hangulatot:

*Sem utódja, sem boldog őse...*

*Sem rokona, sem ismerőse  
Nem vagyok senkinek,  
Nem vagyok senkinek.*

*Vagyok, mint minden ember: fenség,  
Észak-fok, titok, idegenség  
Lidérces, messze fény,  
Lidérces, messze fény.*

Az egyén felértékelődését pedig a belső világunk megismerésére való törekvés követi – annak a belső világnak a megismeréséé, amely a gyorsan változó társadalom és az információáramlás következtében egyre bonyolultabbá válik. A szubjektum, az egyéni élmények rendszere lényeges lett.

A „szeretném magam megmutatni”, a „szeretném, ha szeretnének” pedig az érzelmi távolság áthidalására vonatkozó vágyakat, törekvéseket fejezik ki. Megismerni a másik ember hovatartozását, érdeklődési körét, politikai preferenciáit stb., ami egyben rámutat egy ellenkező irányú törekvésre is: a másiktól való távolságtartás igényére, amely igényünket nagy kihívások érik a „civilizáció áldásai” révén, mint a tömegkultúra, a mobiltelefon vagy az internet.

Mindezekhez kapunk ugyan némi tájékoztatást külső dolgokból, a kulturális szignálokból (zászlók, jelvények, ékszerek, ruházat), de igazi támpontokat a közvetlen emberi kommunikációs helyzetből nyerhetünk, empátiás készségünk gyakorlása során.

Új fejezet az 5. is, amelynek címe: *Tudományos kutatások és elméletek – újabb adatok*. Az empátiát tehát Buda Béla sajátos kommunikációként írja le. Úgy látja, hogy ezt a szemléletet alátámasztják a tudományos adatok is. Míg a különféle meghatározások empátiaként nagyjából ugyanazt

írják le, e bonyolult jelenségnek ki az egyik, ki a másik szempontját emeli ki. Freudhoz nyúl vissza, aki szerint ez az a mechanizmus, amely egyáltalán képessé teszi az embert, hogy a másik ember lelki tartalmaihoz viszonyuljon.

Az empátia fogalmát vizsgálva sok szerzőtől idézi feltett kérdéseiket: Mi az empátia lényege? Folyamat-e vagy egy folyamat vég-eredménye? Eszköz, képesség, kommunikációs forma-e? Odafigyelési mód vagy befelé tekintés (introspekció)? Észlelési forma, megfigyelési forma, diszpozíció, aktivitás vagy érzés? Esetleg hatalomgyakorlási mód? Stb.

Úgy tűnik, Buda Béla hajlott arra, hogy egyetértsen azzal az összefoglalással, amely szerint „az empátia elsősorban képesség, amely lehetővé teszi, hogy olyan mélységekig értsük meg egy másik személy érzéseit, gondolatait és motivációit, hogy az övéhez hasonló következtetéseket és jóslatokat tudjunk tenni”. Kialakulásában szerepet játszik az utánczás, az azonosulás és tudatos erőfeszítés is. Ennél fogva az empátiás készség tanulható, fejleszhető.

Az empátiának minden kétséget kizárva evolúciós gyökerei vannak, az állatok a másik megnyilvánulásaiból észlelik annak szándékát (szinkronicitás). Nagy ugrás történik ezen a területen az ember esetében, ahol a verbális és nem verbális csatornák rendkívül bonyolult inger-együtteseket képesek közvetíteni.

Különleges jelentőséget kap mindez az anya és a csecsemő kapcsolatában, ahol a direkt verbális csatorna még nem működik. A pszichoanalitikus indíttatású kutatások jutottak legmesszebbre ezen a területen. Heinz Kohut patológia- és terápiaelmélete pedig középpontba helyezi az empátia jelenségét. Egy mondatban: az empátia hiánya megbetegít, megléte gyógyhatású.

Új út az úgynevezett fejlődési pszichopatológia – amely szintén a pszichoanalízisből nőtt ki – mára külön tudományterületté vált. Képviselői, közöttük Fónagy Péter és Gergely György, azt vizsgálják, hogy milyen szerepet játszik bizonyos felnőtt patológiás állapotokban az anya-csecsemő kapcsolat hangulódási és empátia-avara.

A mai kutatási módszerek lehetővé teszik, hogy azt vizsgálják, hogy ezek a bonyolult jelenségek hogyan mutatkoznak meg a neurobi-

ológiai alapok területén. Felfedezték a tükörneuronokat, amelyek az utánzás központi idegrendszeri „szervei”. Valószínű, hogy ezek képezik az empátia biológiai alapját.

Szorosan kapcsolódik az empátiához a Fónagy–Target-kutatócsoport által bevezetett fogalom: a „mentalizáció” is. Eszerint minden embernek rendelkeznie kell valamilyen „elmeelmélettel” (theory of mind) a másik emberrel kapcsolatban azért, hogy sejtése legyen arról, hogy a másik mit érez, mit gondol, mire készül. Ezt a képességet nevezi Fónagy mentalizációnak, és azt gondolja, hogy súlyosabb felnőtt pszichopatológia (schizofrénia, borderline-állapotok, súlyosabb narcisztikus zavarok) eseteinél ez a funkció működik rosszul.

Ezekkel a gondolatokkal azt szerettem volna illusztrálni, hogy Buda Béla a klasszikussá vált Empátia könyvét is átdolgozta, korszerűsítette, hogy a tanulni vágyóknak – ebben az esetben a Károli egyetem hallgatói számára kértük az átdolgozást – a legkorszerűbb ismereteket adhassa át.

## Irodalom

„Double-bind”. Kommunikációs-szociálpszichológiai elmélet a schizofrenia keletkezéséről. Magyar Pszichológiai Szemle, XXII. 3–4. 540–541. o.

„A közvetlen emberi kommunikáció modern elmélete és ennek pedagógiai perspektívái” Magyar Pedagógiai Szemle

A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei. Tömegkommunikációs Kutatóközpont, majd a 3. átdolgozott kiadás, Animula, Bp. 1994. 2002.

Kommunikációelméleti szöveggyűjtemény. I. Általános kommunikáció-elmélet, Tankönyvkiadó, ELTE jegyzet, Bp.

Az empátia jelensége és jelentősége a pszichiátriában. Magyar Pszichológiai Szemle, XXXIII. 2. szám, 107–126. o.

Empátia – A beleélés lélektana. Gondolat, Bp., 1978, átdolgozva, L'Harmattan, Bp. 2012.

Az orvosegyetemi oktatás kommunikációs kérdései. Orvosi Hetilap, 1979. In.: Buda Béla: Elmélet és alkalmazás a mentálhigiénében. TÁMASZ-OAI, Bp. 1998. 84–93. o.

Kommunikáció az osztályban. A tanári munka kommunikációs eszközei. In.: Mészáros Aranka (szerk.): Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága. ELTE Eötvös Kiadó. Bp.

Farkas Péter

# A szeretet intimitása

## Buda Béla fontosabb családügyi munkáinak áttekintése

**B**uda Béla Tanár Úr korunk ritka polihistorainak egyike volt. Hihetetlenül gazdag munkássága kötetek sokaságában testesült meg. Munkái számos terület alapműveivé váltak. Hatalmas műveltsége révén új szakterületi utakat jelölt ki. Halála után Bagdy Emőke egy interjúban azt mondta róla, hogy olyan zászlóvivő volt ő, aki mögött nem volt tábor, mert annyira messze járt előttük.

Így volt ez sokrétű családügyi kutatásai terén is. Megteremtője volt a rendszerszemléletű családmodellnek, foglalkozott a család-társaslélektani rendszer funkcióival, éppen úgy, mint a családsegítés vagy a családi életre nevelés kérdéseivel. Vizsgálta a házasság dilemmáit napjaink társadalmában, kifejtette a család lélektani rendszerének fejlődését és változásait, sokat tett a családok lelki egészségvédelméért. Hazánkban a szexológia első átfogó kutatója, aki e tárgykörből is alapműveket publikált. Utolsó publikációja a házasság és a család mai problémáit vizsgálta – tanulmánya éppen Kapocs folyóiratunkban jelent meg. E cikkben lényegében kijelölte egy új családpolitika feladatait is. Tartozunk azzal a Tanár Úrnak, hogy törekszünk átfogó javaslatai megvalósítására, építve a „szereket intimitását”.

Ebben az írásműben családügyi munkássága előtt akarunk tisztelni, a teljesség igénye nélkül.

### A család fontosabb fogalmi jellemzői

„A család a társadalom minden változása, bonyolódása ellenére alapvető intézmény maradt, amely az egyén életérzésének és életvezetésének fontos meghatározója.”<sup>1</sup> A család ma valamennyi társadalomtudományi ág érdeklődésének középpontjában áll.

A család egyetemes emberi jelenség.<sup>2</sup> Minden ismert kultúrában és társadalomban megtalálható. A rokonsági rendszer magva, és a munkamegosztás prototípusa. A család magán hordozza a kultúra és a társadalmi struktúra jegyeit. A család-kultúra-társadalmi

strukturális kapcsolatrendszer kétoldalú: a család egyrészt hordozza a kultúra és a társadalmi struktúra jegyeit, ugyanakkor a kultúra képviselő, fenntartó, továbbadó szerve és a társadalmi struktúra alapeleme.

Amellett, hogy a család stabil társadalmi jelenség, állandó változásban is van.<sup>3</sup> A változás mechanizmusai és mozgatói nem ismertek eléggé. Nem tudni, hogy a változások üteme vagy mértéke az egész társadalmi rendszer felől nézve mennyire adekvát, eleget-e, vagy éppen – a szociológiai funkcionalizmus kifejezését kölcsönözve – „diszfunkcionálisan” túlzott.

A család folyamat, amely fázisaiban jellegét és társadalmi szerepét, jelentőségét változtatja. Szociális és kulturális tényezők befolyását ebben a megváltozott társadalmi jelentőségben nem tudjuk. A folyamatot alapvetően biológiai törvényszerűségek mozgatják. A család biológiai, lélektani és szociális megnyilvánulások komplex egysége is, amelyben az egyes jelenségszintek egymással való kapcsolata és relatív jelentősége nem világos.

A család rendkívül rugalmas, szinte Próteusz-szerű társadalmi képződmény, a legkülönbözőbb emberi kapcsolatformákat képes magában foglalni, különböző funkciókat tud betölteni, variációi igen széles skálát alkotnak, ugyanakkor a változások „közös nevezője” alig állapítható meg.

Szereposztási és kommunikációs mintái a társadalom intézményeinek viszonyismái számára is prototípusok.<sup>4</sup> Látszólagos egyszerűsége ellenére is bonyolult szervezet. Gazdasági egység, mint az otthon, az élet kerete, vitális lélektani szükségletek teljesülésének terve, a szociális integráció központja, a gyerekek számára a társadalmi környezet első megjelenése.

### Házasság és család a modernitás és a posztmodernitás időszakában

A modernitás együtt járt az individualizációval, liberalizációval, s az anyagi jólét új életperspektíváit nyitotta meg.<sup>5</sup> Létrejött a nukleáris család, melynek

során csökkent a gyermekszám, nőtt a válások és különélések száma. Ugyanakkor nőtt a pszichoszociális homogámia, a szexuális összhangot viszont csökkentette az új partnerek bekapcsolódása. A korszak magával hozta a tanácsadási és terápiás szolgáltatások, valamint a családterápia kiépülését. A posztmodernitás pedig a házasságkötések életkori kitolódását, számszerű csökkenését, illetve a házasság nélküli, átmeneti, akár családszerű együttélések számának emelkedését.<sup>6</sup> A kéleltetett felnőtté válás összefügg a pszichoszexuális és pszichoszociális éretlenséggel. A születésszám pedig tovább csökkent. Mindkét nemre jellemző a magány vagy a „szingliség” érzése. Ezzel egyidejűleg a posztmodern korban megnőtt az igény a közösségek és a spiritualitás iránt. Magyarországon is megjelent a posztadoleszcencia. Elterjedt a fogyasztói mentalitás, az „élménytársadalom”, illetve a „kockázati társadalom”. Ugyanakkor a szocializmusban az abortusz lett a „családtervezés” eszköze. A nyolcvanas évektől csökkent a születésszám, nőtt a válások és együttélések száma.

### Családi életre nevelés

A családi életre nevelés igen komplex feladatkör, melynek nincs standard megoldási módja.<sup>7</sup> Folyamat, amely során a következő nevelési, illetve pszichológiai feladatoknak kell megvalósulniuk különböző mértékben és különböző konstellációkban az egyes életszakaszokban:

- a) a biopszichológiai fejlődés folyamatainak felszabadítása, segítése
- b) fejlődési különbségek kompenzációja
- c) a fejlődést zavaró külső (például családi traumák) ellensúlyozása
- d) nemspecifikus, feltételszerű készségek és képességek fejlesztése
- e) ismeretközlés
- f) készségtréning, új szociális képességek (skillek) tanítása
- g) indirekt nevelési effektusok a pedagógus személyiségének, modelljének hatásán át, a pedagógia által képviselt értékek azonosulása és mintakövető átadása révén.

A lehetőségekhez és a feltételekhez (például a felkészültség feltétele szerint a pedagógusokat illetően) célszerű programokat kialakítani. Általában jobb több, különböző, egymásra épülő időszakokban érvényesülő rövid, intenzív programokat beiktatni, mint tantárgy-

szerűen és az iskoláskor meghatározott szakaszaira koncentráltan foglalkozni a családi életre neveléssel.

A családi életre nevelésbe speciális képzettségű szakemberek (például képességfejlesztő trénerek, kommunikációs szakemberek stb.) bevonására is szükség lehet. A szülők támogatása lényegesen segíti a nevelők munkáját. A szülőkkel való foglalkozás pedig fejleszti a szülői családi minták pozitív érvényesülését.

Fontos tényező, hogy a családi életre nevelés segítse elő a párkapcsolati kultúrát! Rendkívül jelentős meglátása ez Buda Bélának több évtizeddel ezelőtt, melyet jószerével csak ma hangsúlyozunk kellő mértékben. Elkészült egy tankönyv és gyakorlati kézikönyv részletes koncepciója is, mely a családi életre neveléssel foglalkozik.<sup>8</sup> (Sajnos a kötet megírására már nem került sor.) Csak a koncepció fejezetcímeit ismertetjük, azonban ez is igen gazdag tematikát takar:

1. A családi élet motivációs és készségvilága
2. Ideálok, értékek, normák a családra vonatkozóan
3. Családi életre nevelés – a hiány anatómiája
4. CSÉN-megközelítés útjai – a tudományos adatok szempontjából
5. A szexuális nevelésfolyamat, fázisok, kölcsönhatások és együttműködések
6. A gyermek vállalása – a családi fejlődési ciklus egyik fordulópontja
7. Intézményes nevelési lehetőségek
8. Családi élet és társadalom.

A nevelés eredménye az alkalmasság, mely azt jelenti, hogy valaki felnövekedvén képes a megfelelő pár megtalálásra, vele szoros kapcsolat kialakítására, családalapításra és gyermekek harmonikus felnevelésére.

### A család segítésének és erősítésének irányelvei<sup>9</sup>

#### A/ Irányelvek

1. „Ismerjük meg a családot! A meglévő ismereteken túlmenően” a segítéshez további szempontok is szükségesek. Ezért érdemes megkérdezni munkatársakat, tanulmányozni – ha vannak – feljegyzéseket, és arra használni a családdal való érintkezés különféle alkalmait, hogy az empátia segítségével jobban megértjük a problémákat, de az erőforrásokat is.
2. Tisztázzuk saját érzelmi viszonyunkat a családdal! Segíteni csak feltétel nélküli elfogadás (Rogers) és tisztelet alapján lehet. Negatív érzelmeink zavarhatják saját hitelességünket.



3. A segítő is rászorul a segítségre, kell tehát a team támogatása, szükség lehet szupervíziora, gyakran tanácsra (például etikai és jogi dilemmák esetében).
  4. A teljes család helyzetének és érdekeinek figyelembevétele szükséges. A bajban lévő, beteg, problémás stb. családtag ügye az egész család viszonyaira sokszor árnyékot vet.
  5. A segítőnek saját személyiségét és a kialakult (optimálisan szolgáltató jellegű) kapcsolatot kell felhasználnia a segítségre.
  6. Új típusú, lehetőleg az egész családot magába foglaló megbeszélés(ek) szükséges(ek) a segítséghez, amikor a körvonalazódó megoldási módok kerülnek elő.
  7. A család saját erőinek, aktivitásának mozgósítása, támogatása az igazi segítség, továbbá a rokonsági és baráti rendszer vagy a közösség célzott (katalitikus) bevonása; „katalitikusan” célszerű az anyagi és szervezési támogatás (empowerment).
  8. A problémás család rendszerint „elveszett” az államigazgatás, a társadalombiztosítás, a jog stb. világában; az információk, pszichoedukáció, ügyintézési segítség gyakran nélkülözhetetlen, és többet érhet, mint az anyagi támogatás vagy a pszichológiai beavatkozás.
  9. A továbbküldés a segítő felelősségére történjen, vagyis lehetőleg meglévő kapcsolat vagy hálózatiság alapján, amely az illető hatósággal, szervvel, intézménnyel vagy személlyel való kapcsolatfelvételt jelent.
  10. Önsegítés, kölcsönös támogatás, érdekképviselő kezdeményezése – ha csak lehetséges – fontos, és megelőzési, erősítési távlatokkal bír.
  11. A segítség próbáljon kapcsolódni közösségi, területi programokhoz, ha ilyenek vannak (például kisebbségek, hátrányos helyzetűek támogatása, egészségisiskola-mozgalom, demonstrációs projektek, gyermekvédelmi, tehetség gondozási stb. munka), ugyanis ilyenkor nemcsak pénzügyi lehetőségek, hanem motivációk is jobban mozgósíthatók.
  12. A segítséghez szükséges hálózatiság (azaz kapcsolatok az önkormányzat, az egészségügy, a szociális gondoskodás stb. más tényezőivel) fontos része, hogy más hasonló segítőkkal is legyen kapcsolat. A leggyakoribb párhuzam egyházi és világi intézmények, csoportok, szakemberek tevékenysége között alakul ki, és ezek együttműködése nagyon hasznos lehet.
- Itt feladatmegosztási lehetőségek is adódnak.
13. A segítség minden formájában optimális, ha a segítő rövid és tárgyyszerű módon, szükség esetén több, összehangolt fázisban beavatkozik, úgy, hogy ezzel a család autonómiáját, saját döntését respektálja, és ezen át mozgósít, aktivizál.
  14. A segítő családodinamikai, családterápiás, illetve családpszichológiai képzettsége, jártassága előnyös a családot fejlesztő-erősítő munkában.
  15. A segítőnek magának is fejlődnie kell, ezért tapasztalatainak diszciplinált összegyűjtése, értékelése, megbeszélése előnyös, mert fejlesztő visszajelzéseket adhat.
- B/ Családsegítés – a Magyar Katolikus Püspöki Konferencia *Boldogabb családokért* című körleveléből kerültek a kötetbe a szerző által írt javaslatok:<sup>10</sup>
1. Az egyház képviselje a jól működő család értékét, emberi, társadalmi jelentőségét.
  2. Alakítson ki segítő családpolitikát a saját működésén belül.
  3. Segítse az egyház a nem keresztény családokat, a nem házasságban élőket.
  4. Komplex emberképet közvetítsen.
  5. Az egyház képviselje a szaktudományok szempontjait. Munkája során alkalmazza a következőket:
    - önsegítés és kölcsönös támogatás
    - tanácsadás és terápia
    - megelőzés, fejlesztés, tréning
    - a nevelés lehetőségei.
- Szexuális viselkedés<sup>11</sup>**
- Sokan e témakör kutatásáért Buda Bélát „szexológusként” kiszorították a szakmai közéletből. Ez a szocialista prűd rendszer megszűnte után sem változott jelentősen. Így ír erről a *Szexuális viselkedés* című kötete előszavában: *„Megjelenő tanulmányaim nem váltottak ki visszhangot. Könyvek révén az általános közvéleményre sikerült valamelyes befolyást gyakorolnom, de a medicinára nem, és saját szakmámban, a pszichiátriában, és azon belül a pszichoterápiában is inkább izolálódtam a salonképtelen szexológia miatt.”*
- Buda Béla e téren is igen széleskörű munkásságát jól tükrözik a kötetében taglalt témakörök:
- I. Szexualitás és társadalom
  - II. Nemiség, biológia, tudomány
  - III. Önkielégítés
  - IV. Szexuálpatólógia

- V. Impotencia  
VI. Homoszexualitás

A következőkben csak két témakört érintünk vázlatosan:

- a szexualitás szociológiája fejezetből röviden a mai trendeket
- a szexuális nevelésfolyamat főbb szempontjait.

### A modern társadalom szexualitásában bekövetkezett trendek<sup>12</sup>

Az egyik irányvonal, hogy a különböző iskolázottságú rétegek nemi életében eltérések vannak. Ezek főleg a férfiak között kifejezettek. Az iskolázottság foka ugyanis leginkább a társadalmi réteghellyel korrelál. A felső rétegek fiaira és lányaira a nemi élet késleltetése a jellemző, míg az alacsonyabb rétegeknél előbb kezdik a nemi életet. A promiskuitás a férfiak között nagy, a szexuális élet nem stabil. A középső réteg szabályszerűségeiben a két szélső réteg közt helyezkedik el.

Egy másik trend, hogy a szexualitás kulturális különbségei fokozatosan eltűnőben vannak, és a nemi élet mindinkább a kölcsönösség és az egyenlőség, valamint a változatosság felé halad, noha az emberek többségének körében ez még nem jellemző.

A harmadik trend a nemi élet korai megkezdésének és általában nagyobb gyakoriságának trendje.

A „szexuális forradalom” sokkal inkább a szexuális audiovizuális ingerek és tömegkommunikáció által közölt stimulusok „forradalma”, és kevésbé a tényleges viselkedés, amely általában egyik generációról a másikra még modern körülmények között sem változik túlzottan nagymértékben.

### A szexuális nevelésfolyamat<sup>13</sup>

- Ismeretek a szexualitásról – családi és intézményes feladatok fejlődéslélektani folyamatmodellben.
- Önértékelés, empátia, intimitás fejlesztése – az identitást kívülről érő pressziók (kortárs csoport, deviáns minták, pornográfia stb.) kivédésének technikái, a nemi sztereotípiák (a szépségideálok) lebontása.
- A pszichoszexuális fejlődés fejlesztő tudatosítása és segítő kísérlete – konzultációs lehetőségek, közvetítés konfliktushelyzetekben, krízisintervenció.

- A szexualitással és párkapcsolatokkal összefüggő hiteles és fejlesztő kommunikáció elősegítése – a szülői háztól az iskolán át a társadalomig.
- A szexuális identitás erősítése a kölcsönösség és tolerancia, a fejlődés és az alkalmazkodás dimenzióiban.

### A házasság és család a mai társadalomban<sup>14</sup>

A házasságról sokan leírták már: válságban van. Azonban az élettársi kapcsolat nem igazi alternatívája a házasságnak. Nem lehet a házasságot „leírni”, elparentálni. De nem lehet magára hagyni sem. A házasság és a család kulturális „univerzáléként” értelmezhető, melynek funkciói:

- individuális élettér
- életszervezési, gazdasági egység, munkamegosztási alapstruktúra
- szexualitás és gyermekvállalás, szocializáció
- szakrális esemény (integrálnak a rítusok)
- jogi rendszer és szabályozás.

Ugyanakkor a házasság nemcsak azért létezik és mondható életképesnek, mert nincs alternatívája – az embernek, a modern embernek is, igen nagy lelki szüksége van rá. Még a lelki fejlődés sem haladhat zavartalanul, ha valaki fiatal felnőttkorát magában éli. Sokat jelent a másik teljes elvállalása is. Ebben rejlik a házasságnak mint klasszikus együttélési formának a sajátos értéke, előnye is.

Mindezek figyelembevételével Buda Béla a következő családszociológiai ajánlásokat fogalmazta meg:<sup>15</sup>

- Fokozni kell a családokkal kapcsolatos társadalmi és politikai tudatosságot tudományos alapon.
- Legiszlatív és adminisztrációs családpolitika helyett segítő és erősítő családpolitikára van szükség.
- A család tényleges funkcióit és nem kereteit kellene védeni.
- A szociálpolitika mellett a lélektani és pszichoszociális segítség a fontos.
- A családsegítés közösségi változatait kell segíteni.
- A családi életre nevelés elsősorban a párkapcsolati viselkedés, kommunikáció és szexualitás témaköreire koncentráljon (marriage enrichment, marital communication training, marital problem solving).
- A média támogassa a CSÉN-t.

## Társadalomlélektani irányelvek egy új családpolitikához<sup>16</sup>

[Buda Béla megfogalmazott irányelvei egyben összegzésként szolgálnak ez irányú munkássága előtt tisztelgő emléktanulmányunkhoz.]

- A nehézségek dacára a házasság és a család értékének helyreállítása és erősítése elsőrendű társadalmi érték!
- Jelentős a keresztény hit és értékrendszer szerepe a házasság és család megőrzésében – ez kutatási feladat. Fontos, hogy a család- és közösségi terápiák terjedjenek ki a lelki, viselkedési problémákkal küzdőkre. A család erőforrás számukra.
- A terápiás ellátásokban a társas rendszerek koevolúciója kiemelt cél.
- A házasság és a család tagjainak konvergens személyiségfejlesztése sokat segíthet (technikák: mediáció, coaching, párkapcsolati kommunikáció, konfliktus- és krízismegoldás fejlesztése, szociális marketing).
- A házasság- és családsegítő munkához szükséges lenne – társadalomlélektani szempontból – a kvalitatív új technikák révén a valóság megismerésére.
- A házassággal és családdal kapcsolatos fejlődési igények serkentő tényezője kell legyen az új spontán tanulás örömeinek élménye.

## Irodalom

A személyiségfejlődés és a nevelés szociálpszichológiája. 1994 [1986] Tankönyvkiadó, Budapest

Empátia – a beleélés lélektana. 1994, 4. kiadás, Ego School, Budapest

A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei. 1988, 3. kiadás, Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest

A szexualitás modern elmélete. A szexuális viselkedés lélektana. 1986, 6. kiadás, Tankönyvkiadó, Budapest

Párválasztás. A partnerkapcsolatok pszichológiája. (Szilágyi Vilmosmal közösen). 1988, 2. kiadás, Gondolat, Budapest

Szexuális viselkedés. Jelenségek és zavarok – társadalmi és orvosi dilemmák. Tanulmányok. 1994, Animula, Budapest

Mentálhigiéné. A lelki egészség társadalmi, munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei. Tanulmánygyűjtemény. 1994, Animula, Budapest

Elmélet és alkalmazás a mentálhigiénében. 1998, OAI-Támasz, Budapest

A pszichoterápia alapkérdései. 1999, OAI-Támasz, Budapest

A lélek közegészségtana. 2001, Animula, Budapest

Buda B. – Hajnal A.: A család. 1972, Tempó, Budapest

A házasság és a család problémái – a társadalomlélektan szempontjából. In.: Kapocs, XII. évf. 2. szám, 2013 nyár

## Jegyzetek

- 1 Buda Béla: A lélek közegészségtana, Animula Kiadó, 2001., 83–86. o.
- 2 Buda Béla – Hajnal Albert: A család, kézirat pszichológus hallgatók számára, Tempó Kiadó, 1973., 62–63. o.
- 3 Buda – Hajnal id. mű, 62–63. o.
- 4 Buda Béla id. mű, 128–134. o.
- 5 Buda Béla: A házasság és család problémái. In.: Kapocs XII/2, nyár, 2013., 2–14. o.
- 6 Buda Béla id. mű, 2–14. o.
- 7 Buda Béla: Családi életre nevelés. In.: A lélek közegészségtana, Animula Kiadó, 2001., 89–113. o.
- 8 Buda Béla: Családi életre nevelés, Tankönyv és gyakorlati kézikönyv koncepciója, In.: Buda Béla: A lélek közegészségtana, Animula Kiadó, 2001., 114–116. o.
- 9 Buda Béla id. mű, 87–88. o.
- 10 Buda Béla: A családsegítés útjai, In.: A lélek közegészségtana, Animula Kiadó, 2001., 135–148. o.
- 11 Buda Béla: Szexuális viselkedés, Animula Kiadó, 1994. és A szexualitás modern elmélete, Tankönyvkiadó, 1986.
- 12 Buda Béla: A szexualitás szociológiája. In.: Szexuális viselkedés, Animula Kiadó, 1994., 31–48. o.
- 13 Buda Béla: Családi életre nevelés. In.: A lélek közegészségtana, Animula Kiadó, 2001., 114–116. o.
- 14 Buda Béla: Házasság és család a mai magyar társadalomban. id. mű, 117–123. o.
- 15 Buda Béla: Kell-e reformálni a családot? id. mű, 123–128. o.
- 16 Buda Béla: A házasság és család problémái. In.: Kapocs XII/2, nyár, 2013., 2–14. o.

Túry Ferenc – Mezei Ágnes – Leindler Milán

# A multiplex családterápia megjelenése

– különös tekintettel az evészavarok és az addikciók kezelésére

**B**uda Béla kitörölhetetlen nyomot hagyott a magyar pszichiátria történetében. Szellemi öröksége hatalmas, generációk tanítómestere volt. Számos területen elsőként hozott a hazai szakirodalomba alapvetően fontos tudásanyagot. Jelen dolgozat két kedves témakörét érintve tiszteleg emléke előtt: az egyik a családterápia, a másik pedig az addikciók világa. Egy újszerűnek számító, de régi gyökerekkel rendelkező módszert mutatunk be.

## Bevezetés

A családterápia kialakulásában három paradigmátikus értékű kórképet tartanak számon, amelyekben a módszer elsődleges jelentőséggel bírhat. Az egyik a szkizofrénia, a másik az anorexia nervosa, a harmadik az alkoholizmus. Ahogyan a pszichoanalízis létrejöttében a hisztéria, a viselkedésterápiákban a fóbák voltak azok a tipikus zavarok, amelyek segítségül szolgáltak az adott módszer kidolgozásához, úgy e három kórkép adott hátteret a családterápiás iskolák kibontakozásának.

A több családdal egyszerre folytatott családterápiát (családcsoporthoz vagy multiplex családterápia: MCST) meglehetősen korán – már a családterápiás iskolák kialakulásának első évtizedében – először Laqueur és munkatársai (1964) írták le. Ez a módszer ötvözi a családterápia és a csoportterápia előnyeit: a diszfunkcionális minták elemzését és a változásra törekvést, valamint a kölcsönös támogatást és konfrontációt, a tapasztalatok megosztását, a modellnyújtást. Az első nemzetközi konferenciát a témakörben 2004-ben rendezték, s ezen érintett családok tagjai is részt vettek. A legfontosabb tanulság az volt, hogy a családok egymástól specifikus segítséget kapnak, amelyeket más terápiás eszközökkel nem lehet elérni. Az MCST lényeges vonása, hogy a családok öngyógyító képességét mobilizálja, a betegség kezelésében tanúsított kompetenciáját fokozza.

A családok saját életük legjobb szakértői, s ezt a szerepet az MCST megerősíti. Ennek eredményeképpen csökken az izoláció és a stigmatizáció, a résztvevők aktívabbak, mint más terápiaformáknál, a családok kapcsolódni tudnak más családokhoz, kölcsönös feedbacket és támogatást nyújtanak, megosztják tapasztalataikat, szolidaritást és reményt, valamint új szempontokat kapnak egymástól (Schmidt és Asen, 2005).

## Az evészavarok multiplex családterápiája

Először az MCST evészavarokban történő alkalmazásáról szóló legfontosabb tanulmányokat összegezzük (korábbi rövid hazai áttekintés: Túry és mtsai, 2012). Ezek mintául szolgálhatnak más kórképekben is, tehát ezúttal nem a speciális betegcsoport érdekes számunkra, hanem a módszer, amelyet széles körben lehetne alkalmazni.

Az anorexia nervosa (AN) krónikus, magas mortalitású, az életminőséget jelentősen rontó kórkép, amely jellegzetesen fiatal nők betegsége. Kezelésében a gyógyszeres terápia kevés szerepet játszik, a pszichoterápiák elkerülhetetlenek. A családterápia a tizenéves, eredeti családjukkal élő betegek számára elsődlegesen ajánlott kezelési eljárásá vált, amelyet ma már nemzetközi ajánlások is megerősítenek (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004). Fontos kiemelni, hogy a család nem hibáztatható a kórkép kialakulásáért, mert minden családtagnak megvan a sajátos szerepe az esetleges diszfunkciókban – inkább erőforrásként tekintünk a családra (Le Grange és mtsai, 2010). A másik alapvető evészavar, a bulimia nervosa (BN) 1970-es évekbeli megjelenésével a családterápia ezen a téren is feltűnt. Az evészavarok családterápiájára vonatkozóan egyre több kontrollált vizsgálat áll rendelkezésre (hazai áttekintés: Túry és Pászthy, 2008). Az egy családdal folytatott terápia mellett

az MCST az elmúlt egy-két évtizedben népszerűvé vált ebben a kórkepcsoportban, több modell is született. A következőkben ezeket tekintjük át, néhányat részletesen is bemutatva.

A BN kezelésében is hamar megjelent az MCST. Wooley és Lewis (1987) egy többnapos rendszerről számolt be, amely része volt egy komplex és intenzív kezelési programnak. Egyszerre 6-8 beteget vettek fel egy hónapra, s a napi nyolc órát kitevő pszichoterápia központi eleme a családterápia volt. A program hat része:

1. Naponkénti ételcsoport, amely az ételekkel és az evéssel foglalkozik.
2. Naponkénti pszichoterápiás csoport, ami családi témákat megvilágító szerepjátékokat és dialógusokat jelent, valamint felkészíti a betegeket a többcsaládos ülésre.
3. Naponkénti testképterápia: imaginációk, művészet- és mozgásterápia – elsősorban családi témák feldolgozásával.
4. Heti 2-3 egyéni terápiás ülés.
5. Heti 2-3 edukációs szeminárium: a biológiai, élettani alapoktól a szimbolikus jelentésig, a kulturális hatásokig több témát felölelően.
6. Családterápia, amely elsősorban egy kétnapos, többcsaládos ülést tartalmaz.

A kétnapos családterápiás ülést tíz nappal a felvétel után tartják. Mindegyik beteg meghívja az eredeti családját – az elvált szülőt is beleértve –, illetve a jelenlegi családját a hétéves kor fölötti gyerekekkel együtt. Mivel messziről érkeznek a családtagok, a kétnapos program kényelmesebb. A családtagok és betegek ugyanabban a szállodában vannak. Minden ülésen 30-45 családtag van jelen, legalább három generációt képviselve, továbbá hat teamtag. A program képzéssel kezdődik. A második lépésben a terapeuták a családi kapcsolatokat elemzik, genogramot is készítenek, színekkel kódolva különböző jellegzetességeket. A terapeuták nem értelmeznek, csak megkérdézik, mit tanultak a genogram készítéséből a családtagok – így utalnak a transzgenerációs mintákra. Gyakran előkerülnek titkos információk is a családtagok számára (házasságon kívül született gyerek stb.). Ezután szerepcsoportokba osztják a családokat. Így a családi határokon túlmutatató támogatás alakul ki.

A terápiás folyamatot a terapeuta egy család fókuszba állításával kezdi. A család a szoba közepén foglal helyet egy körben, ami nem zavaró

a család számára, mert a kölcsönösség megakadályozza a mások előtt való feltárulkozás félelmét. Sok családtag a fókuszcsaládon keresztül beszél saját családtagjaihoz. Néha a szerepcsoportok nemek szerint oszlanak meg. Miután a diszfunkcionális interakciós mintákat azonosították, diádikus, triádikus, valamint teljes családi kapcsolatrendszerre vonatkozó gyakorlatok következnek. A témák a korábbi fázisokból nőnek ki (szeparáció, érzelmek kifejezése, szexuális feszültségek, szülői egyetértés hiánya stb.).

Egy példa a ki nem fejezett dühök eljáratására anya-lánya között: a tenyereket összetéve egymást el kell tolni, közben dühös hangokat kell kiadni. Specifikus problémákra specifikus diádokkal végzik a gyakorlást (ilyen diád lehet például az apa és a bulimiás lánya). Élő szoborcsoportot is csinálnak az erő és dependencia viszonyainak illusztrálására. A többcsaládos ülések mindig úgy fejeződnek be, hogy a gyermekek külön ülnek a szülőktől.

A „hello-goodbye” gyakorlatban a bulimiás beteg osztja két részre a felsorakozott családtagokat: azokra, akikkel nagyobb távolságot szeretne tartani, és azokra, akiktől több érzelmi odafordulást igényelne. Az első csoportnak ezután „goodbye”-t mond, ami gyakran sírásba torkolló érzelmekifejezéssel jár, a másik csoportnak pedig „hello”-val köszön. A „goodbye” csoportban általában a szülők vannak, akiknek így át kell élniük, hogy a szeparáció mit jelent. A házastársak számára is katartikus élményeket nyújt ez a forma. Az egyik férj úgy fogalmazta meg válaszát feleségének, hogy bár hat hónapja házasok, de igazából csak az elmúlt két nap óta érzi magát házasnak.

A későbbi csoportfoglalkozások során a családterápiás ülésen történetek felhasználhatók, s a csoporttagokra való átvitel gyakori, így duplikálódnak a családi témák. Egy csoportgyakorlat: képzeletbeli telefonbeszélgetést folytatnak, a beteg egy év után telefonál apjának. A terápia hatékony, egyéves követés után a falásrohamok gyakorisága a betegek 91%-ánál csökkent. A pszichológiai mutatókban további jelentős változások észlelhetők.

Scholz és munkatársai az MCST-t egy drezdai nappali klinika keretei között alkalmazták (Scholz és Asen, 2001; Scholz és mtsai, 2005). Hatnyolc család vett részt a terápiában, amely egyéves időszaktot ölelt fel. Kezdetben a többcsaládos terápiát kombinálták egyéni vagy egycsaládos terápiával is, később önmagában alkalmazták a módszert.

Először minden családdal motivációs beszélgetést folytatnak, majd a program egy ötnapos intenzív héttel indul (ez napi 6-7 órás közös munkát jelent). Három hét után további három intenzív nap következik. Ezután havi kétnapos találkozások vannak, ez később havi egy napra csökken az egyéves kezelés végén. Lényeges része az együttlétnék az együtt étkezés (ez más többcsaládos program esetén is így van). Ezek alkalmával néha gyermeket cserélnek a családok, azaz a beteg családtag más családoknál eszik, s a szülők azzal szembesülhetnek, hogy a gyermek jobban eszik más család társaságában. A csoport új családjai a kezelést már korábban elkezdett családokkal is találkoznak, aminek kifejezett motiváló hatása van a bizonytalanságokkal küzdő, a kezelés elején tartó családokra. Ahogyan az egycsaládos terápiában is szokásos, a kezelés első fázisában a tünetekkel kiemelten foglalkoznak. Ez növeli a szülők kompetenciaérzését és felelősségvállalását. A csoportban erős kohézió alakul ki. A kezelés második fázisában a család kapcsolati viszonyain, azaz a pszichológiai háttértényezőknön van a hangsúly (hierarchia, szövetségek vagy koalíciók, kommunikációs zavarok, a kifejezett érzelmek). Több generáció figyelembevételével elemzik a betegség családbeli jelentését. A terápia harmadik fázisának célja az elért eredmények stabilizálása, a relapszusok megelőzése.

Eisler (2005) az MCST alkalmazását tekintette át az AN-ra vonatkozóan. Lényegesnek tartja, hogy a módszer a családok saját adaptív mechanizmusait segíti, s a családi erőforrásokat mobilizálja. Ugyanez a munkacsoport részletesen ismertetett egy Londonban működő, AN-es betegek számára szervezett programot (Eisler és mtsai, 2010). Az MCST felépítése hasonló az egycsaládos családterápiához. Problémafókuszú részzel indul, melynek során a terapeuták arra bátorítják a szülőket, hogy segítsenek gyermeküknek túljutni az evéssel és a testsúlyukkal kapcsolatos félelmeiken, és ezt követően lépnek át a serdülőkorral és a családon belüli kapcsolatokkal foglalkozó szakaszba. A csoporthoz való csatlakozást megelőzően a család legalább egy, de inkább több egycsaládos terápiás ülésen vesz részt. Ez a találkozás segíti a felmerülő kételyek megbeszélését s a terápiás szövetség kialakítását.

Az első többcsaládos ülés egy négynapos intenzív program keretein belül zajlik, amit a

következő, egyéves időszak alatt 5-6 találkozással toldanak meg. A legfontosabb cél a családi erőforrások kiaknázása, s annak a felismertetése, hogy a család felelős azért, ami velük történik a terápia során, nem pedig a terapeuta. A csoportdinamika segítségével maximalizálni lehet a családok erőforrásait és az adaptív mechanizmusokat. A csoport segíti a kapcsolatokban rejlő lehetőségek kiaknázását, valamint enyhíti a családok izoláltságérzését – azt az érzést, hogy senki más nem értheti meg, min is mennek keresztül. A tapasztalatok csoportban való megosztása gyorsan létrehozza a csoportkohéziót és a támogató közeget. A családok ugyanakkor azt is megtapasztalják, hogy mindannyian más-más szinten vannak. Az első találkozás egy informális bemutatkozó est, amikor is a terapeuták ismertetik a program részleteit, illetve pszichoedukációt tartanak az éhezés lehetséges következményeiről és szövődményeiről. Ezenkívül bemutatkozik egy „végzett” család, akik elmesélik a családcsoporttal kapcsolatos tapasztalataikat. A csoportos találkozások mellett egycsaládos terápiák is folynak az igényeknek megfelelő gyakorisággal.

A négynapos program a következő egységekből épül fel: csoportos családi beszélgetések zajlanak, szülő- és gyermekcsoportok alakulnak különböző témák köré csoportosulva (például: együttélés az anorexiával, a betegség hatása a család életére, az étkezésekkel kapcsolatban felmerülő problémák praktikus kezelése, a betegek motivációjának növelése). Számos kreatív verbális és nonverbális technikát alkalmaznak a terapeuták, így: családszobor készítését, szerepjátékokat, rajzolást. Vannak feladatok, melyeket kisebb csoportokban végeznek el, majd közösen megbeszélik. A szülők külön csoportban beszélgetnek azokról a trükkökről, amelyekkel a betegség jár. Az együttes étkezés e programban is alapszabály, s a tünethordozók „kicserélése” a családok között.

Nézzük az intenzív négynapos program második napjának menetét:

- szülők csoportja: mi működik és mi nem az étkezésekkel kapcsolatban;
- serdülők csoportja: ételek képét tartalmazó magazinokkal és papírtányérokkel megoldva a feladatot, „mi az az étel, amit elkészítenék a szüleim számára?”;



- szerepjáték az étkezéssel kapcsolatban (a serdülők és a szülők együtt játszanak);
- „az internalizált másik” meginterjúvolása (a serdülőket kérdezik a szüleik bőrében, miközben a szülők detektívtükrön keresztül figyelik őket).

Az ülések során nagyon lényeges az „itt és most” helyzetre való rálátás szélesítése, például olyan feladatokkal, hogy a beteg képzelje el magát húsz évvel később, amint egy újságíró interjút vagy filmet készít vele arról, hogyan gyógyult meg az AN-ból, és hogyan változott meg az élete ennek során. A feladatok elvégzése közben érdekes beszélgetések alakulnak ki a tagok között. A szülők detektívtükrön keresztül megfigyelve gyermekeiket hasznos tapasztalatokat szerezhetnek. A családcsoport lezárására vonatkozóan érdemes megemlíteni, hogy egyes családoknál a lezárás egyszerű, más családoknak igényük van további egycsaládos folytatásra.

Depestele és Vandereycken (2009) a költség-haszon arányt kedvezőnek találták ebben a módszerben. A terápiás hatótényezők között a tükrözést (kölcsönös megfigyelést), a gondolatok kicserélését, a támogatást, a családok nagyobb kompetenciaérzését emelték ki. A csoportos ülések kötetlenebbek, kisebb a feszültség, mint az egycsaládos terápiák esetén. A modellnyújtás az interakciók oldottságát tekintve ad segítséget a kliensek számára. A csapdák között nem elhanyagolható, hogy a családok tartanak a más családokkal való konfrontációtól. A szociális megfelelés nyomása a csoportban nagyobb, azaz a családok igyekeznek „normális” benyomást kelteni. Mindezek ellenére a részvétel visszautasítása ritka volt a szülők részéről. Problémát okozhat, hogy az elvált szülők nem mindig akarnak egymással találkozni csoportülésein.

Egy AN-ban szenvedő betegeket kezelő programot ismertetnek Treasure és munkatársai (2011). Ez tulajdonképpen háromnapos pszichoedukációs családcsoportot jelent, amelynek módszerei között elsősorban a kognitív viselkedésterápia elemeit használták (például a hozzátartozók depressziójának és szorongásának csökkentésére). A munka középpontjában a magas „expressed emotion”-szint, azaz a családon belüli kritikusság, a szülői hiperprotektivitás, valamint a kommunikációs zavarok állottak.

Az említett programok mellett más beszámolókból is olvashatunk az MCST sike-

res alkalmazásáról evészavarokban. Colahan és Robinson (2002) szerint a résztvevők kedvezően fogadták a módszert. Tantillo (2006) pszichoedukációs alapokra építve alkalmazta az MCST-t. Érdekes szempontokat olvashatunk egy anorexiás lány és édesanyja leírásában, hogyan élték át belülről az MCST-t (Poser, 2005a; Poser, 2005b). Meg kell említeni azt is, hogy nem csupán AN-ban és BN-ban próbálták ki, hanem adolezscens lányok számára kidolgozott testsúlycsökkentő programban is (Kitzman-Ulrich és mtsai, 2009).

### **Multiplex családterápia addikciók kezelésében**

Az addiktív zavarokban a család szerepe közismert – nem csupán háttértényezőről van szó, hanem a család működésében fellelhető speciális jellegzetességekről, így például a társfüggőségről. Ezért a család- vagy párterápia a népbetegségeként értékelhető addiktív zavarokban a terápiás eszköztár első vonalába került a járóbetegekre, vagy az intézeti rezsimekre vonatkozóan is. Tekintsünk át néhány olyan modellt, amelyben az MCST kiemelkedő szerepet kapott.

Boylin és munkatársai (1997) egy szerhasználókkal foglalkozó klinikán többszaládos csoport felállítását szorgalmazták, hogy ellensúlyozzák a nők túl magas lemorzsolódási arányát. Az intézmény az anonim alkoholisták (AA) filozófiáját követte a kezelés során, családterápiás megközelítésben, 90 napos, kötött kezelési idővel. A heti rendszerességű csoportokon átlagosan 50 résztvevőt számoltak. Az egyik évben az intézménybe felvett 219 betegből 24 nő és 51 férfi jelentkezett a többszaládos terápiára. A szerzők konklúziója szerint a többszaládos terápiás alkalma hozzájárultak ahhoz, hogy a nők nagyobb eséllyel maradjanak kezelésben – ennek egyik oka az lehet, hogy a benn lakó beteg megbizonyosodhat arról, hogy a család megőrzi funkcionálisát arra az időre is, amíg ő a kórházban tartózkodik. A csoportfoglalkozások alkalmával a családtagok rálátása nagyobb lesz a betegsége, így ők maguk is nagyobb eséllyel biztatják a szerhasználó családtagot, hogy maradjon a kezelésben.

Conner és munkatársai (1998) 164 alkohol- vagy kokainfüggő személy kezelésben maradási arányát igyekezett javítani a többsza-

lados csoportmódszer bevezetésével. A csoport témái 8 hetente ismétlődtek, és olyan témákat érintettek, mint a gyász folyamata, spiritualitás, gyógyulási történetek, családindinamika. A résztvevők 89%-a férfi volt. A folyamat végeztével a szerzők megállapították, hogy a leginkább szignifikáns hatása a „jelentős másik személy” részvételének volt mind rövid, mind hosszú távon. Összességében a csoportban való részvétel is elősegítette a kezelésben maradást, s ez az eredmény főleg rövid távon jelentkezett. Említésre méltó még, hogy a család részvétele nagyobb hatással volt a kokainfüggő (57%), mint az alkoholfüggő (43%) csoportra.

Springer és Orsbon (2002) egy új elméleti keret kidolgozására vállalkozott, mely az egyéni és családterápia mellett az MCST-t is magába foglalja a szerhasználók kezelésére. A következő területekről emeltek be módszereket: megoldásközpontú terápia, strukturális családterápia, interperszonális terápia és a kölcsönös segítség megközelítése. Következtetésük szerint a serdülő szerhasználók és családjaik sokat profitálhatnak a módszerekből, hiszen a kezelést jól egészíti ki, elősegítve az erősségekre való koncentrációt, a kommunikációt és az együttműködést.

### A multiplex családterápia egyéb zavarokban

A fenti területek a legnépszerűbbnek számítanak az MCST alkalmazásának terén. Ezek mellett más pszichiátriai/viselkedési zavarokban is kipróbálták a módszert mind felnőttkorú, mind gyermekkorú betegek családjában, s hasznosnak bizonyult.

A skizofrénia első szociogenetikai elmélete a kettős kötés elmélete volt, amely a speciális családi kommunikáció döntő szerepét vetette fel a kórkép kialakulásában. Később a családterápia a skizofrénia kezelésében polgárjogot nyert, majd a szülők pszichoedukációs kiscsoportját is bevezették a kezelésbe (hazai összefoglaló: Kuipers és mtsai, 2001). Ez a multiplex családterápia egyik formájának tekinthető. Sin és Norman (2013) áttekintésükben kiemelik, hogy a pszichoedukáció hasznosabb csoportban, mint egy család számára, főleg a tapasztalatok átadásában és a skillek fejlesztésében.

Van Noppen és munkatársai (1997) kényeserbetegségben szenvedők csoportos viselkedésterápiáját és az MCST viselkedésterápiás változatát hasonlították össze. Az előbbi módszerben 10 nő és 7 férfi, utóbbiban pedig 14 nő és 5 férfi vett részt. A terápiás ülések tartama két óra volt, összesen 10 ülés zajlott le. A hatékonyságvizsgálat méréseit más kérdőívek mellett a Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) segítségével végezték az első alkalom előtt, az utolsó alkalom után és egy évvel később. Mindkét módszer jelentős eredményt hozott az Y-BOCS szerint, a családcsoport résztvevői minimálisan nagyobb javulást értek el. A szerzők szerint érdemes hosszabb kezelési idővel reprodukálni a vizsgálatot.

Lemmens és munkatársai (2007) integratív szemléletű többcsalados terápiás modellje a major depresszióban szenvedők kezelésére irányul, s a rendszerszemléletű, szociális konstruktivista, narratív elemeket és Rolland „csalárendszer-betegség” modelljét ötvözi. A szerzők fontosnak tartják kiemelni, hogy a csoport segítségével az individuális problémák már a megfogalmazás szintjén is kitágulnak, és a család szintjén kerülnek kifejezésre (például: „nem depressziós vagyok”, hanem „depresszióval küzdünk”). A csoportalkalmak során főleg a párokra koncentráltak, összesen két alkalomra (a második és az ötödik ülésre) hívták meg a párok gyermekeit is, hogy a többi alkalommal szabadabban beszélhessenek intim párkapcsolati problémáikról. Lemmens modelljében az első két ülés a depresszió tüneteiről, hatásáról és kezeléséről szól, valamint azonosítják a megküzdési mechanizmusokat és az erőforrásokat. A harmadik ülés során a párok kommunikációja, problémamegoldása kerül előtérbe. A negyedik és az ötödik alkalom a normatív családi funkciók visszaállítására fókuszál, míg a hatodik a visszaesés meggátolását célozza. A hetedik ülés az utánkövetést szolgálja.

Wellisch és munkatársai (1978) csoportfoglalkozást végeztek olyan családok részvételével, amelyekben egy személy rákbetegségben szenvedett. Magát a beteget az első nyolc hónapban mellőzték az ülésekről. Lényeges megállapítás, hogy a családtagok idővel belátták: a halállal kapcsolatos saját félelmeiket projektálják a betegre, növelve annak szorongását. A csoport összeállítására szempontjából fontos volt, hogy olyan családok is bekerültek, amelyek már elveszítették egy családtagjukat a betegség következtében,

így a jelenlévő betegek megbizonyosodhattak arról, hogy esetleges haláluk után méltósággal fognak emlékezni rájuk, és nem felejtik el őket. Az alapbetegséget kezelő orvosok szándékosan kimaradtak a csoportból (a terapeuták természetesen nem), hogy a tagok nyíltabban, őszintébben tudjanak viszonyulni egymáshoz. Jó példa erre, hogy a masztekatómián átesett nők férjét a többi női résztvevő rendre konfrontálta a lelki fájdalommal és veszteségélménnyel, amit a feleségnek kellett elszenvednie.

A következőkben néhány, gyermekekre vagy fiatalokúakra vonatkozó alkalmazást tekintünk át. Fristad és munkatársai (2003) 8-11 év közötti, hangulatzavarban szenvedő gyermekek és családjuk bevonásával vizsgálta a többcsaládos terápia hatékonyságát. A hathónapos, többcsaládos terápiával kiegészülő kezeléstől azt várták, hogy növekszik a szülők rálátása gyermekük tüneteire, valamint fejlődik az interakciók és a támogatás minősége a családon belül. A korosztályra való tekintettel (is) vannak olyan csoportalkalmak, amelyekben csak a szülők, vagy csak a gyermekek vesznek részt. Ez a módszer annyiban tér el az eddig említettektől, hogy a pszichoedukáció nagyobb szerepet kap. A hathónapos kezelés után a szülők arról számoltak be, hogy jobban megértik a gyermek tüneteit, és általánosságban pozitív irányba mozdult a családi interakciók minősége.

Meezan és O'Keefe (1998) az MCST-t és a tradicionális családterápiás megközelítést hasonlította össze bántalmazott gyermekeket vizsgálva, 81 család bevonásával. Kifejezetten nehéz sorsú, szegény családokat kerestek föl, de kizárták a szexuális bántalmazásban érintetteket. Fontos eredményként megemlítik – más tanulmányokkal együtt –, hogy az MCST-ben résztvevők nagyobb eséllyel maradnak kezelésben. A kutatás fő kihatása, hogy a többcsaládos terápiás csoportokban a bántalmazás és az elhanyagolás aránya csökkent a kezelés végeztével. Az ebbe a csoportba járó gyermekek asszertívebbek lettek, gondozóik pedig kevesebb magatartászavarról számoltak be.

Carr (2009) tanulmánya az elmúlt évek családterápiás eredményeit tekinti át, fókuszba helyezve a fiatalokat érintő problémaköröket. Bemutatja a főbb terápiás módszereket. Sok szó esik arról a komplex terápiáról, amelynek

keretein belül a fiatalok a családterápia mellett egyéni készségfejlesztő terápiában is részesülnek. A szerző kiemeli, hogy az öngyilkosságot megkísérlők terápiájában fontos kiegészítő elem a többcsaládos terápia a tradicionális módszerek, például a dialektikus viselkedésterápia mellett. Egy tanulmány (Rathus és Miller, 2002) összevetette a többcsaládos terápiával kiegészített dialektikus viselkedésterápia és a családterápiával kiegészített dinamikus terápia hatékonyságát. Az előbbi kezelést szignifikánsan nagyobb százlékban teljesítették a résztvevők, és kevesebben kerültek kórházba a kezelés alatt, bár mindkét módszer hatékonynak bizonyult az öngyilkossági fantáziálás csökkentésében.

## Konklúzió

Az MCST a beszámolók alapján hasznos eszköz lehet különböző mentális zavarokban. Áttekintésünkben elsősorban az evészavarok kezelésében való felhasználását emeltük ki, mert e téren található nagyobb számban pragmatikus leírások. A módszer előnyös számos olyan zavarban is, amelyekben egyes családi tényezők predispozíciós, precipitáló vagy fenntartó szerepet töltenek be. Több példát találunk az addikciók vagy a hangulatzavarok kezelésében való alkalmazásra is. Az MCST nem csupán gazdaságos, hanem speciális hatótényezőket mozgósít, például a családok megismerik egymás kultúráját és erőforrásait, hiteles tapasztalatokkal gazdagodnak, a társas támogatás új formáját kapják, kompetenciaérzésük nő. Reméljük, hogy a sok szempontból előnyös módszer a hazai pszichoterápiás életben is egyre népszerűbbé válik.

## Irodalom

Boylin, M.W., Doucette, J., Jean, F.M. (1997): Multifamily therapy in substance abuse treatment with women. *Am. J. Fam. Ther.* 25:39–47.

Carr, A. (2009): The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *J. Fam. Ther.* 31:3–45.

Colahan, M., Robinson, P.H. (2002): Multi-family groups in the treatment of young adults with eating disorders. *J. Fam. Ther.* 24:17–30.

- Conner, R.K., Shea, R.M., McDermoth, P.M., Grolling, R., Tocco, V.R., Baciewicz, G. (1998): The role of multifamily therapy in promoting retention in treatment of alcohol and cocaine dependence. *Am. J. Addict.* 7:61–73.
- Depestele, L., Vandereycken, W. (2009): Families around the table: experiences with a multi-family approach in the treatment of eating-disordered adolescents. *Int. J. Child Health Adolesc. Health* 2:255–261.
- Eisler, I. (2005): The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J. Fam. Ther.* 27:104–131.
- Eisler, I., Lock, J., le Grange, D. (2010): Family based treatments for adolescents with anorexia nervosa: single-family and multifamily approaches. In: Grilo, C.M., Mitchell, J.E. szerk.: *The treatment of eating disorders*. New York, Guilford, 150–174. old.
- Fristad, A.M., Goldberg-Arnold, S.J., Gavazzi, M.S. (2003): Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *J. Marital Fam. Ther.* 29:491–504.
- Kitzman-Ulrich, H., Hampson, R., Wilson, D.K., Presnell, K., Brown, A., O'Boyle, M. (2009): An adolescent weight-loss program integrating family variables reduces energy intake. *J. Am. Diet. Assoc.* 109:491–496.
- Kuipers, L., Leff, J., Lam, D. (2001): *A szkizofrénia család-gondozása*. Budapest, Coincidencia Kft.
- Laqueur, H.P., LaBurt, H.A., Morong, E. (1964): Multiple family therapy: further developments. *Int. J. Soc. Psychiatr.* 10:69–80.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., Nicholls, D. (2010): Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *Int. J. Eat. Disorder* 43:1–5.
- Lemmens, M.D.G., Eisler, I., Migerode, L., Heireman, M., Demyttenaere, K. (2007): Family discussion group therapy for major depression: a brief systemic multi-family group intervention for hospitalized patients and their family members. *J. Fam. Ther.* 29:49–68.
- Meezan, W., O'Keefe, M. (1998): Multifamily group therapy: impact on family functioning and child behaviour. *Fam. Soc.* 79:32–44.
- National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (2004): *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: a national clinical practice guideline*. London, NICE.
- Poser, M. (2005a): Anorexia nervosa – my story. *J. Fam. Ther.* 27:142–143.
- Poser, M. (2005b): Anorexia nervosa – a parent's perspective. *J. Fam. Ther.* 27:144–146.
- Rathus, J., Miller, A. (2002): Dialectical behaviour therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life-Threat.* 32:146–157.
- Schmidt, U., Asen, E. (2005): Does multi-family day treatment hit the spot that other treatments cannot reach? *J. Fam. Ther.* 27:101–103.
- Scholz, M., Asen, E. (2001): Multiple family therapy with eating disordered adolescents: concepts and preliminary results. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 9:33–42.
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K., Thömke, V. (2005): Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *J. Fam. Ther.* 27:101–103.
- Sin, J., Norman I. (2013): Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J. Clin. Psychiatry* 74:e1145–1162.
- Springer, W.D., Orsbon, H.S. (2002): Families helping families: implementing a multifamily therapy group with substance-abusing adolescents. *Health Soc. Work* 27:204–207.
- Tantillo, M. (2006): A relational approach to eating disorders multifamily therapy group: moving from difference and disconnection to mutual connection. *Fam. Syst. Health* 24:82–102.
- Treasure, J., Whitaker, W., Todd, G., Whitney, J. (2011): A description of multiple family workshops for carers of people with anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev.* Doi: 10.1002/erv.1075 (e-pub).
- Túry F., Mezei Á., Güleç, H. (2012): Az evészavarok kezelésében használt új pszichoterápiás módszerek. *Pszichoterápia* 21:76–84.
- Túry F., Pászthy B. (2008): Az evészavarok családterápiája az újabb adatok fényében. In: Túry F., Pászthy B. szerk.: *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest, Pro Die, 437–449. old.
- Van Noppen, B., Steketee, G., McCorkle, H.B., Pato, M. (1997): Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *J. Anxiety Disord.* 11:431–446.
- Wellisch, D., Mosher, M., Van Scoy, C. (1978): Management of family emotion stress: Family group therapy in a private oncology practice. *Int. J. Group Ther.* 28:225–231.
- Wooley, S.C. Lewis, K.G. (1987): Multi-family therapy within an intensive treatment program for bulimia. In: Harkaway, J.E. szerk.: *Eating disorders. The Family Therapy Collections* (sorozatszerk.: Hansen, J.C.). Rockville, Aspen Publishers, Inc., 12–24. old.

## Földházi Erzsébet

# A gyermekvállalási magatartás változása és összefüggései a párkapcsolatok átalakulásával

**M**agyarországon az 1980-as évek elejétől fogy a népesség, 2011-ben a lélektani határnak is számító 10 millió fő alá csökkent. A népegszökkenés oka elsősorban az, hogy kevés gyermek születik: 1990-ben még több mint 125 ezer gyermek látta meg a napvilágot, az 1990-es évek végén először esett 100 ezer alá ez a szám, 2011-ben pedig minden eddiginél kevesebb, csupán 88 ezer gyermek született. A magyarországi termékenység Európában a legalacsonyabbak közé tartozik, ez azonban nem egyedülálló jelenség: a volt szocialista országok mindegyikében korábban soha nem tapasztalt szintre süllyedt a termékenység. Ezekben az országokban az elmúlt években növekedés volt megfigyelhető, Magyarországon azonban ma is inkább a stagnálás jellemző.

A gyermekvállalási hajlandóság nagymértékű csökkenése összefüggésben áll a párkapcsolatok terén megfigyelhető változásokkal: a csökkenő házasodási kedvvel, valamint az élettársi kapcsolatok elterjedésével.

### Gyermekvállalás a rendszerváltástól napjainkig

A megszülető gyermekek számát két tényező határozza meg: a szülőképes korú nők száma a népességben, valamint az, hogy ők milyen gyakorisággal vállalnak gyermeket. A szülőképes korú nők létszáma az elmúlt két évtizedben nem csökkent olyan mértékben, mint a születések száma. Az 1990-es évek elején, amikor az 1970-es évek közepén született nagy létszámú női generációk szülőképes korba léptek, ez a létszám még növekedett is – miközben éppen a 90-es évtizedben csökkent legnagyobb mértékben a születések száma. 1990 és 2011 között a szülőképes korú nők száma 11 százalékkal csökkent, miközben a születésszám több mint 40 százalékkal lett kevesebb (Kamarás 2012).

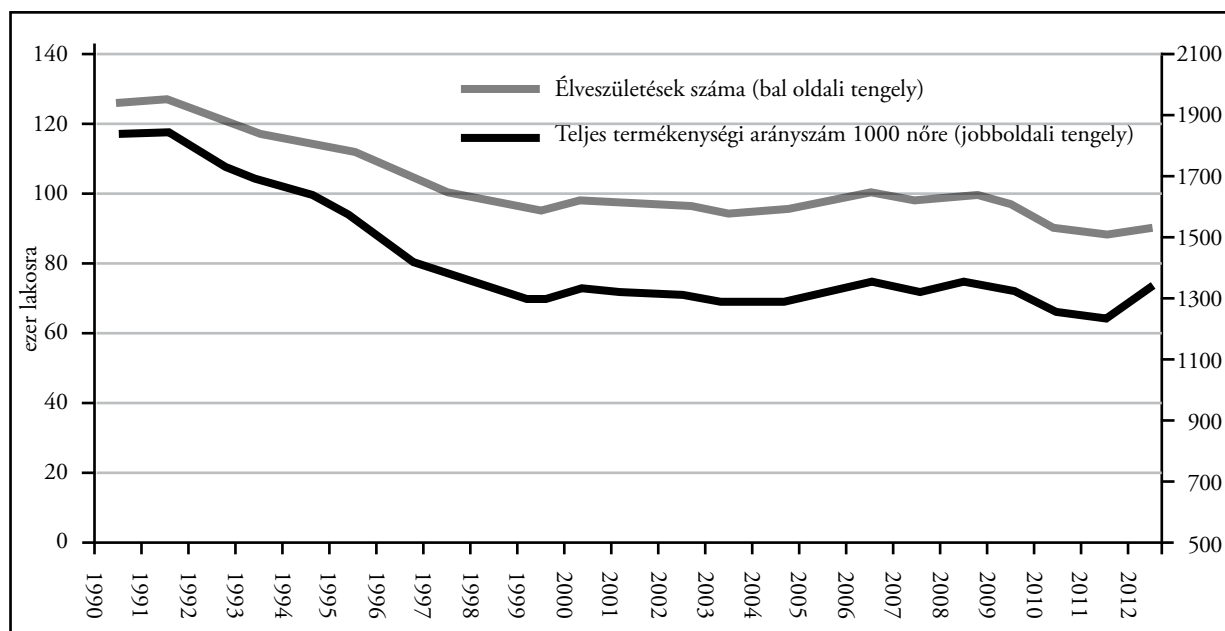
A gyermekszám mellett a termékenység fontos mutatója a teljes termékenységi arányszám, ami azt fejezi ki, hogy egy nő élete során átlagosan hány gyermeknek adna életet, ha az adott időszak termékenységi viszonyai fennmaradnának. Ez a mutatószám 1990-ben még 1,84 volt, vagyis 100 nőre 184 gyermekszülés jutott, 2012-ben azonban ugyanennyi nő esetében már csak 134 gyermek jöhetett szóba. Ennek a csökkenésnek a túlnyomó része – összhangban a gyermekszám csökkenésével – az 1990-es évtizedben következett be, ezt követően 1,3 körül ingadozik a teljes termékenységi arányszám. (1. ábra)

A születések számának csökkenését tehát nem a szülőképes korú nők számának csökkenése idézte elő, hanem részben az életkori összetételben történt változások, részben pedig az, hogy életkor szerint erőteljesen differenciálódott a gyermekvállalási hajlandóság.

A rendszerváltást követően indult meg erőteljesebben az a folyamat, amelynek során alapvető változások következtek be a gyermekvállalási magatartásban. Korábban az első gyermek vállalásának jellemző életkori szakasza a 20-as évek első fele volt, azonban ez idővel egyre későbbre tolódott, olyannyira, hogy 2011-ben már átlagosan 28 évesnél idősebben szülik a nők első gyermeküket (ha az összes gyermekszülés átlagos életkorát vesszük figyelembe, ez már 30 éves kor körül alakul). (2. ábra) Ennek a változásnak az az eredménye, hogy a korábban fiatalabb életkorban születt gyermekek hiányoznak az évenkénti születésekből, a későbbi életkorokban születt gyermekek pedig csak részben tudták pótolni ezt a hiányt – így a születések száma és a termékenység szintje jelentősen visszaesett. Az ezredfordulóra lejátszódott a változások első nagy hulláma, azóta a születések száma 90 ezer fő körül ingadozik, a teljes termékenységi arányszám pedig 1,3 körül.

**1. ábra**

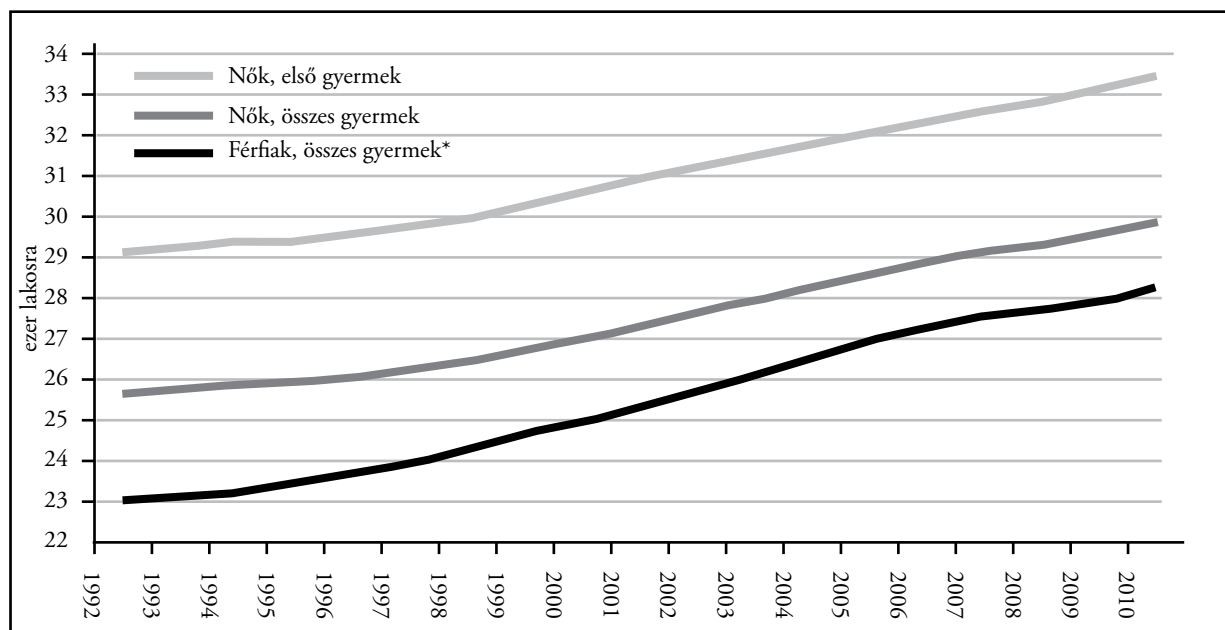
**Az elveszületések száma és a teljes termékenységi arányszám (1990–2012)**



Forrás: KSH Demográfiai évkönyvek

**2. ábra**

**A nők és a férfiak átlagos életkora Magyarországon az első és az összes gyermekük születésekor**



\* Az ismert apák esetén  
 Forrás: Kapitány – Spéder 2012.



Ez azonban nem jelenti azt, hogy a legutóbbi évtizedben semmi sem változott a termékenység kapcsán: tovább folytatódott a gyermekvállalási életkor kitolódása. Ez úgy valósult meg, hogy a 20-as éveikben járó nők termékenységének csökkenése tovább folytatódott, a 30-as éveikben járóké pedig emelkedett – és ez a 2000-es évek elejétől jó néhány évig elegendő volt ahhoz, hogy a fiatalabb korban kieső gyermekszámot pótolja, ellensúlyozza a fiatalabb korcsoportok csökkenő termékenységét. A legutóbbi években azonban már csak a 35 év feletti nők termékenysége növekedett, miközben a többi korcsoporté csökkent vagy stagnált, így ennek eredményeképpen csökkent a születések száma, és ezzel együtt a termékenység is.

A bekövetkezett változásokat jól szemlélteti, ha megvizsgáljuk, hogy a különböző női generációk milyen arányban vállaltak már legalább egy gyermeket egy adott életkorban. Az 1960-ban született nők több mint háromnegyedének volt már legalább egy gyermeke 25 éves korában; az 1970-ben születettek esetében ez az arány már csak 60 százalék, az 1980-as születésűek körében pedig nem éri el a 30 százalékot (Kapitány – Spéder 2012).

A gyermekvállalás egyre későbbi életkorra való halasztásának azonban egyrészt vannak biológiai korlátai, másrészt számos kockázati tényezőt rejt magában. A tapasztalatok szerint a szülés ideális életkora a 20-as évektől a 30-as évek elejéig terjed. Ezt követően csökkenni kezd a fogamzás esélye, majd 35 év felett egyre gyorsabbá válik ez a csökkenés, ennek következményeként ebben az életkori szakaszban már a kívánt, tervezett gyermekek nagy része nem tud megfoganni. Amennyiben azonban ez mégis megtörténik, jelentős kockázatnövekedéssel jár mind az anya, mind pedig a megszületendő gyermek egészségére nézve. Egyre bizonytalanabb lesz a terhesség kimenetele: „2011. évi adatok szerint 30 évesen még magas az esélye annak, hogy a kívánt fogamzás kimenetele élve születéssel végződjön (88%). Ez az arány 36 évesen 80 százalékra, 40 évesen pedig 65 százalékra esik, 44 év felett pedig, ha a kívánt fogamzás mégis bekövetkezne, már nagyobb az esélye a magzati halálzásnak, mint az élve születésnek. Ezek az arányok érdemben nem változtak az elmúlt évtized során.” (Kamarás 2012: 248.) Ami a megszületett gyermek egészségét illeti, a koraszülések előfordulása a 20 év alatti, illetve a 40 év feletti életkorban vállalt gyermekek esetén 50 százalékkal magasabb az átlagosnál, a csecsemőhalandóság pedig kétszerese az átlagosnak.

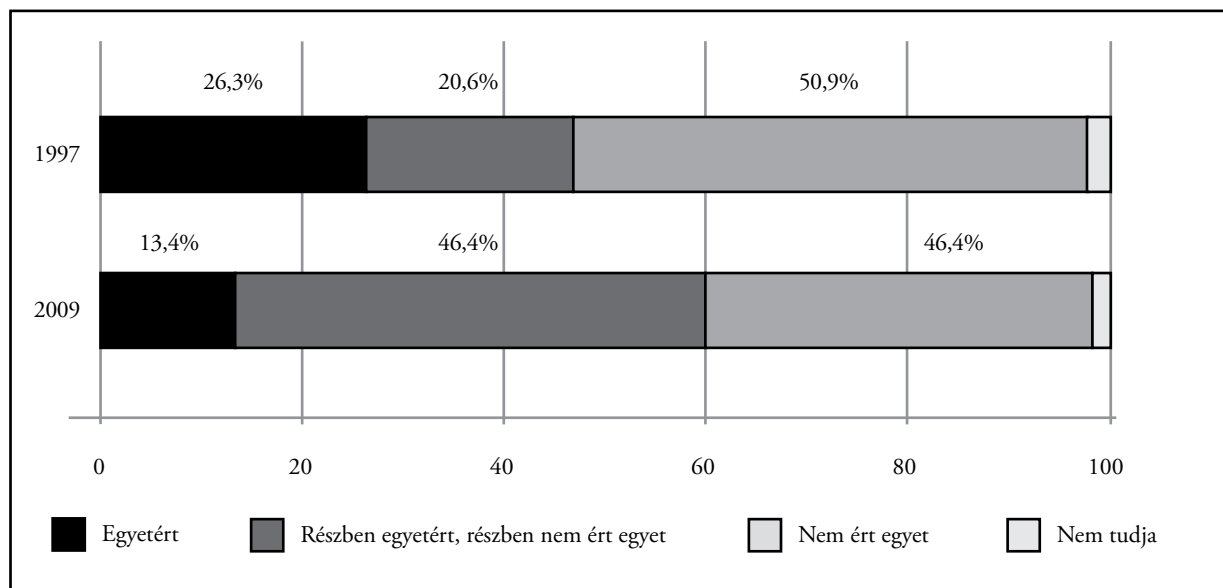
A magyar népesség döntő többsége az élet elengedhetetlen részének tartja a gyermekvállalást. A GGS nemzetközi kutatásban<sup>1</sup> arra a kérdésre, hogy hozzátartozik-e a gyermek a teljes élethez, a legtöbb országban igen magas arányban válaszoltak igennel, s a férfiak és a nők egyaránt fontosnak tartották az utódot. Magyarországon az átlagosnál is magasabb ez az arány: a nők esetében a kérdezettek 85 százaléka tartotta lényegesnek a gyermeket a teljes élethez, a férfiaknak pedig közel háromnegyed részük. (Kapitány – Spéder 2009). Hasonló eredményekre jutott Pongráczné (2013) egy nemzetközi vizsgálat<sup>2</sup> és az NKI 2009-es adatfelvételéből: azzal az állítással, hogy „Nem lehet igazán boldog, akinek nincs gyermeke” a megkérdezettek valamivel több mint egynegyede értett egyet Finnországban; Csehországban és Lengyelországban a megkérdezettek fele, míg Magyarországon 63 százaléka. 2009-re csökkent ugyan Magyarországon ez az érték (54 százalékra), de még mindig igen magas.

Úgy tűnik azonban, hogy bár az utód megléte szükséges a teljes élethez és a boldogsághoz, de kevesebb gyermek is ki tudja elégíteni ezt a szükségletet. A rendszerváltást megelőző időszakhoz viszonyítva az 50 év alattiak körében 20 százalékkal csökkent azoknak az aránya, akik szerint „nagyon jó, vagy jó, ha egy házaspárnak 2 gyermeke van”. Az egygyermekes családmódel népszerűsége 1990 és 2011 között először csökkent, majd növekedett, a háromgyermekes családmódel népszerűsége viszont egyértelműen csökken. Az eredményekből az a következtetés vonható le, hogy bár továbbra is a kétgyermekes családmódel a legvonzóbb, csökken azok aránya, akik a két- és többgyermekes családok helyzetét előnyösnek ítélik meg (Kapitány – Spéder 2012).

A gyermekvállalási magatartás változásában lényeges szerepet játszik az értékek változása is. Az individualizáció terjedése, az autonómia iránti törekvések előtérbe kerülésre, a hedonista életvitel preferálása mind olyan tényezők, amelyek a gyermekvállalás ellen hatnak. A Népességtudományi Kutatóintézet kutatásai szerint 1997 és 2009 között jelentősen megnövekedett azoknak a részaránya, akik a gyermekvállalást nehezen összeegyeztethetőnek tartják más életcélokkal: 47 százalékról 60 százalékra nőtt azoknak az aránya, akik legalább részben egyetértenek azzal az állítással, hogy „az emberek jobban meg tudják valósítani életcéljaikat, ha nincs gyermekük” (3. ábra). Különösen

## 3. ábra

*A 18–50 év közötti magyar nők és férfiak véleményének megoszlása „Az emberek jobban meg tudják valósítani életcéljaikat, ha nincs gyermekük” állításról – 1997, 2009 (%)*



Forrás: S. Molnár 2011: 81.

figyelemre méltó az a tény, hogy a bizonytalanok aránya több mint kétszeresére nőtt (20,6 százalékról 46,4 százalékra). Ennek oka vélhetően abban van, hogy az elmúlt évtizedben fölerősödött a gyermekvállalás és más, társadalmilag fontos célok, mint például a munkavállalás vagy a fogyasztás közötti konfliktus (Kapitány – Spéder 2012).

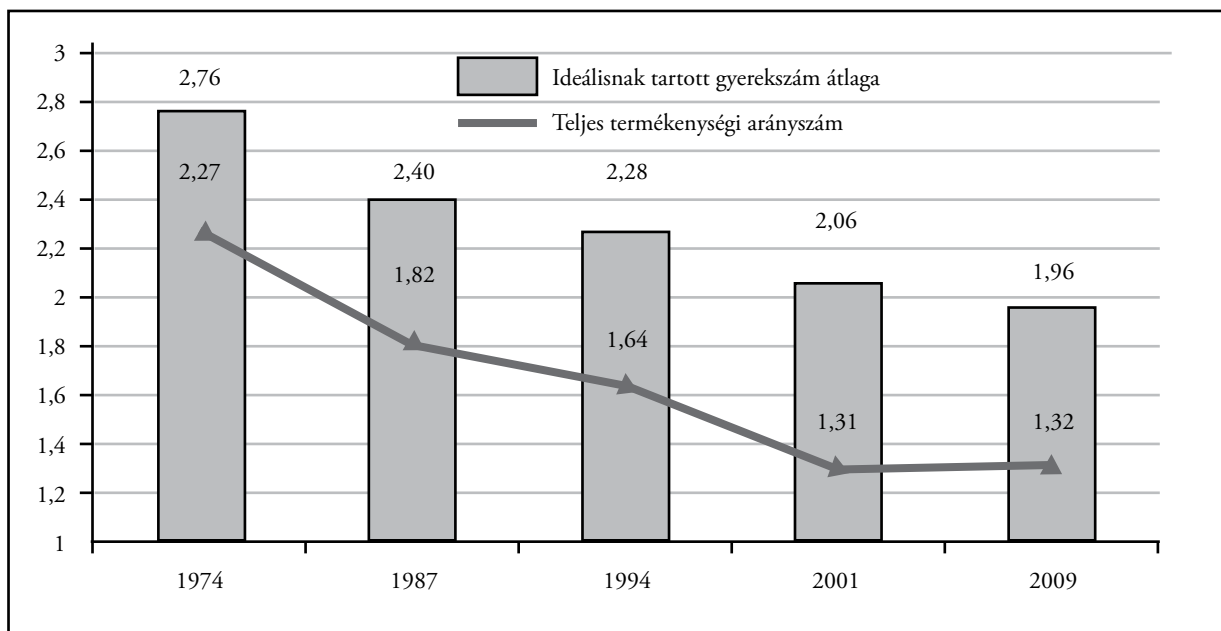
A gyermek fontosságáról vallott nézetekkel összhangban állnak a gyermekvállalási tervek is. A kutatások szerint Magyarországon az összesen kívánt gyermekszám (a már meglévő és még kívánt gyermekek számának átlaga) meghaladja a kettőt, vagyis a gyermekvállalási tervek megvalósulása esetén elegendő lenne a népesség egyszerű reprodukciójához. Az ideálisnak tartott gyermekszám 1994-ben 2,28 volt, 2001-ben is meghaladta a kettőt, és 2009-ben is csak kevéssel maradt alatta. (S. Molnár 2011). Akár a kívánt, akár az ideálisnak tartott gyermekszámhoz hasonlítjuk, a teljes termékenységi arányszám jóval ezek alatt marad, ahogyan azt már a korábbiakban is láttuk: 1994-ben 1,64 volt, 2001-ben 1,31, 2009-ben 1,32 (4. ábra). Tehát a tervezett, illetve ideálisnak tartott gyermekszámot az érintettek túlnyomó részének nem

sikerül megvalósítani. Ennek hátterében részben a már említett késői gyermekvállalás áll, részben pedig a párkapcsolatok instabilitásának növekedése. Gyakran előfordul az is, hogy olyan váratlan esemény áll a gyermekvállalás útjában, mint a párkapcsolat megromlása, a munkahely elvesztése, vagy akár külföldi munkalehetőség.

A gyermekvállalási tervek megvalósulásában mindezeket túl az adott országban tapasztalható társadalmi viszonyoknak, társadalmi kontextusnak is nagy szerepe van. Kapitány és Spéder (2011) azt vizsgálta, hogy azok a személyek, akik két éven belül gyermekvállalást terveztek, milyen arányban tudták megvalósítani ezeket a terveket három éven belül. A kutatás eredményei szerint az egyes országok között igen nagy eltérések vannak a gyermekvállalási tervek realizálásában: míg Hollandiában a tervek háromnegyed része, Svájcban több mint fele megvalósult, addig Bulgáriában és Magyarországon csupán 40 százalék körüli volt ez az arány. Az elemzés azt mutatta, hogy a volt szocialista országokban a rendszerváltást követően végbemenő gyors és sokszor váratlan változások megnehezítik a tervek valóra váltását, és sokszor azok módosulását eredményezik.

## 4. ábra

*Az ideálisnak tartott gyermekszám átlaga az 50 év alattiak körében és az adott évet jellemző teljes termékenységi arányszám*



Forrás: S. Molnár 2011.

Magyarországon a munkaerő-piaci bizonytalanságok és a családtámogatási rendszer – részben ez utóbbinak az instabilitása is – nagymértékben hozzájárul ahhoz a tendenciához, hogy a közepes pozícióban lévő nők gyermekvállalási hajlandósága 1990 óta gyorsan csökkent, és ma már körükben egyre jellemzőbb az egy gyermek. A felsőbb társadalmi rétegekben a gyermektelen és a többgyermekes nők aránya növekszik, míg az egygyermekeseké csökken.

#### A párkapcsolatok átalakulása

A termékenységi viszonyok átalakulása összefüggésben áll a párkapcsolatok változásával is. A házasságkötések száma már az 1980-as évektől kezdve hanyatlik – napjainkban már csak feleannyian kötnek házasságot, mint 1980-ban –, de a visszaesés az 1990-es években gyorsult fel (4. ábra).

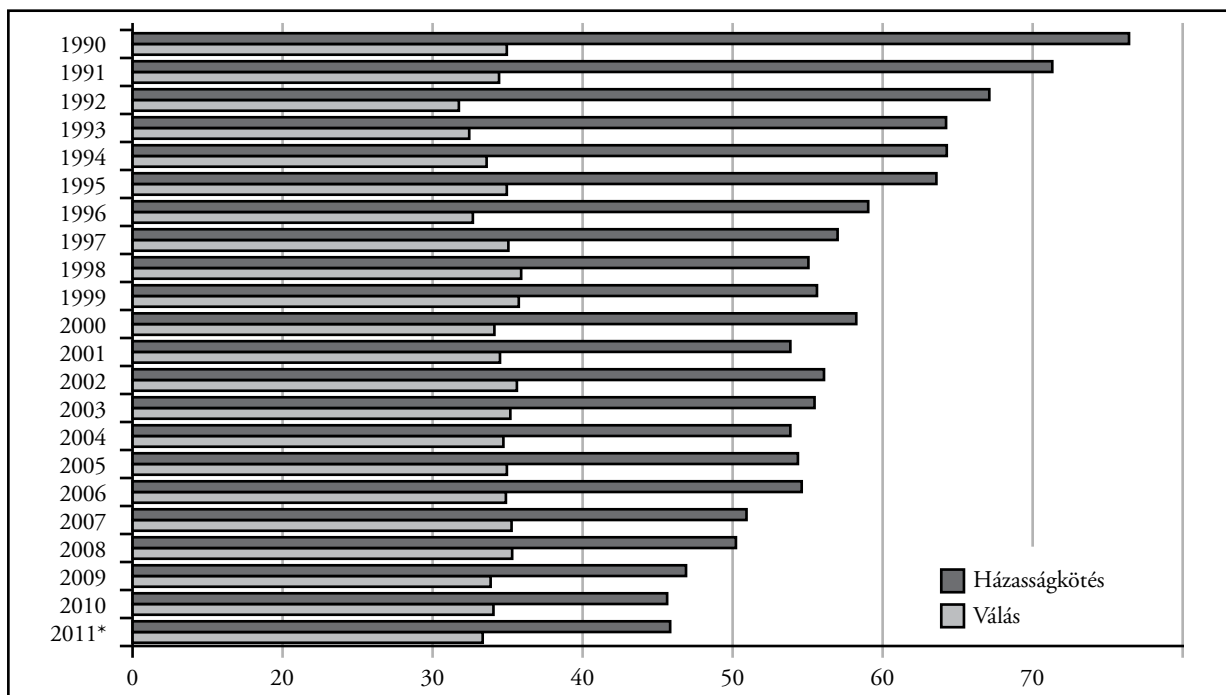
A házasságkötések számának csökkenése mind az első, mind az újrَاهázasodások terén tapasztalható: 1990 és 2011 között az első há-

zasságkötések száma felére apadt, az újrَاهázasodások száma pedig kétharmadára (Pongráczné 2012). Amennyiben a házasságkötési hajlandóság a jelenlegi szinten marad, a nők több mint 60 százaléka egyszer sem fog házasságra lépni – 1990-ben ez az arány még nem érte el a 25 százalékot. Ez nem azt jelenti, hogy párkapcsolat nélkül éli le az életét, hiszen az élettársi kapcsolatok egyre elterjedtebbé és elfogadottabbá válnak. Ezt a tendenciát jól mutatja, hogy míg a 80-as évek második felében létrejött első párkapcsolatok kétharmad-egyharmad részben alakultak házassággá, illetve élettársi kapcsolattá, addig a 2000-es évek első felére megfordult ez az arány (Spéder – Kapitány 2007).

Az újrَاهázasodások száma kisebb mértékben csökkent, mint az első házasságkötések száma. Az újrَاهázasodás az elvált férfiak körében a leggyakoribb, őket követik az elvált nők. Az özvegyek körében jóval ritkábban fordul elő új házasságkötés, de ebben az esetben is gyakoribb a férfiaknál, mint a nőknél.

5. ábra

A házasságkötések és a válások száma Magyarországon (1990–2011)



Forrás: KSH Demográfiai évkönyvek

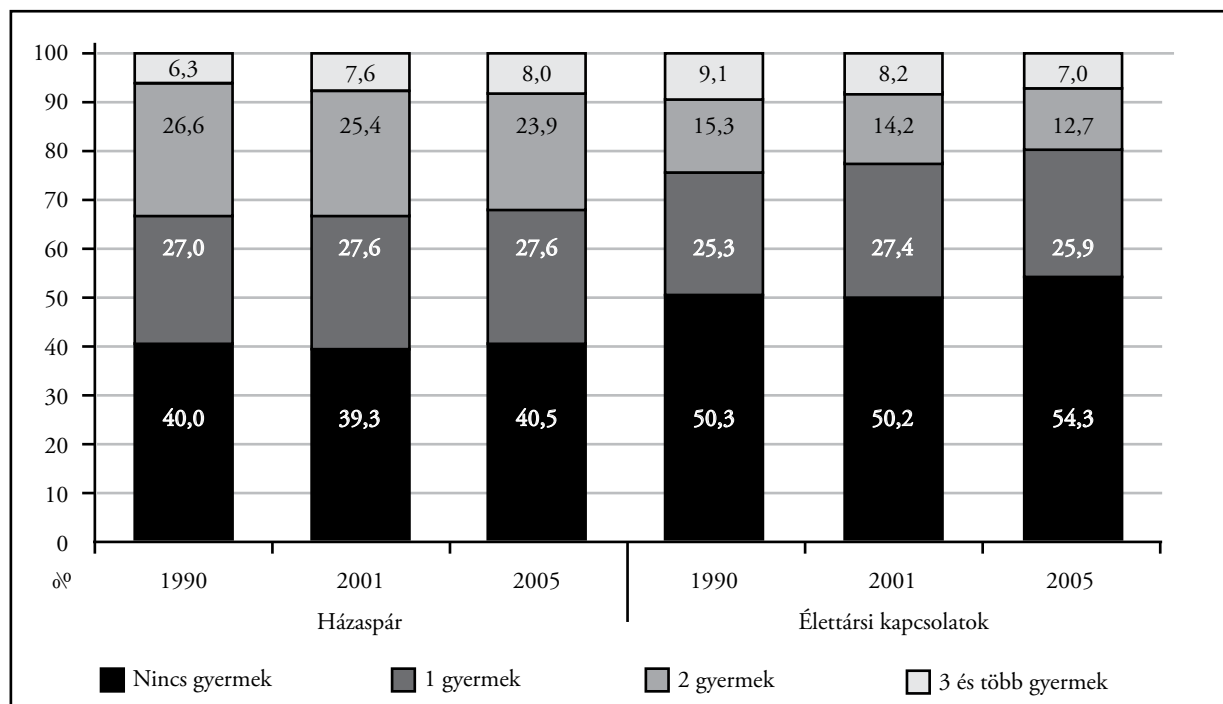
A házasságkötések számának csökkenésével párhuzamosan az élettársi kapcsolatok egyre jobban elterjednek – olyannyira, hogy a fiatalok első együttélésén alapuló párkapcsolatainak túlnyomó része már élettársi kapcsolat. Ez azért lényeges témánk szempontjából, mert az élettársi kapcsolatok hamarabb és gyakrabban bomlanak fel, mint a házasságok, és átlagosan kevesebb gyermek is születik az ilyen kapcsolatokból. Az egygyermekesek aránya hasonló az élettársi kapcsolatokban és a házasságokban is, de az élettársi kapcsolatok nagyobb arányban gyermektelenek, és kisebb közöttük a két- és többgyermekesek aránya, mint a házasságokban (6. ábra).

Az élettársi kapcsolatokban élők többsége nem tervezi, hogy házasságot köt partnerével, és ebben – a közvélekedéssel ellentétben – nincs lényeges különbség a férfiak és a nők között, mindkét nem esetében 60 százalék körüli. (Pongráczné 2012, panel adatok alapján) Az élettársi kapcsolatban élőknel korcsoportok

és családi állapot szerint azonban lényeges különbségek vannak a házasságkötési tervekben: a 20-29 évesek 60 százaléka tervezi, hogy a későbbiekben összeházasodik partnerével, 30 éves kortól azonban a házasságot nem tervezők kerülnek túlsúlyba, és arányuk az életkor előrehaladtával egyre növekszik (7. ábra). Ez azt a feltevést valószínűsíti, hogy a fiatalok esetében az együttélés átmeneti életformának tekinthető a házasságkötést megelőzően. A családi állapotot tekintve az élettársi kapcsolatban élő nőtlenek/hajadonok csaknem fele szeretne a későbbiekben házasságot kötni a partnerével, míg az elváltaknak csupán 30 százaléka, az özvegyeknek pedig elenyésző része, 5,5 százaléka tervez hasonló. Az élettársi kapcsolatban élő elváltak és özvegyek újraházasodási hajlandósága igen alacsony; úgy tűnik, ezekben az esetekben az élettársi kapcsolat végleges életforma-választás, és ily módon az élettársi kapcsolat a házasság helyébe lép, annak szerepét tölti be. (Pongráczné 2012)

**6. ábra**

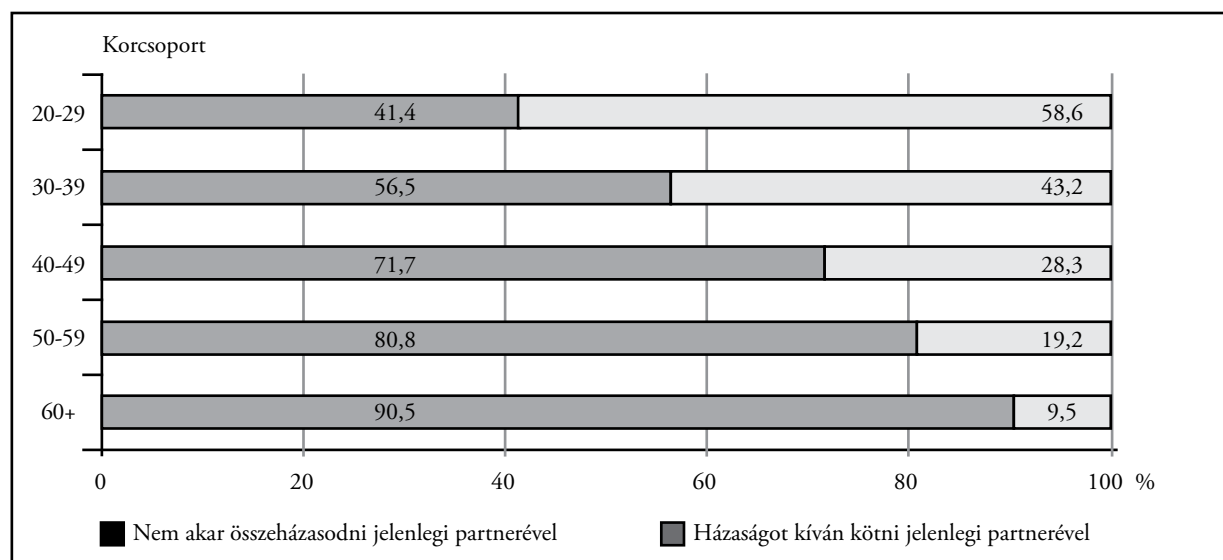
**Házasságkötési tervek változásai az élettársi kapcsolatban élők között a kor és a gyermekszám szerint – 1999, 2001, 2005**



Forrás: Földházi 2009

**7. ábra**

**Élettársi kapcsolatban élők házasságkötési tervei korcsoportok szerint (%)**



Forrás: *Életünk fordulópontjai* – demográfiai panel adatfelvétel, 2008/2009, 3. hullám (Pongráczné 2012)

A párkapcsolati formák terén bekövetkezett változások ellenére a házasság intézményét továbbra is pozitívan ítéli meg a társadalom: a házasságot elutasítók aránya 2000 és 2008 között<sup>3</sup> csaknem duplájára nőtt ugyan, de az így vélekedők még mindig kisebbségben vannak. 2008-ban a megkérdezettek négyötöde nem értett egyet azzal, hogy a házasság idejétmúlt intézmény. Még mindig a házasság a legmegfelelőbbnek tartott életforma a fiatalok számára: arra a kérdésre, hogy „Mit tanácsolna, milyen életformát válasszanak a fiatalok?”, 1991-ben a kérdezettek közel 88 százaléka, 2009-ben 80 százaléka a házasságot jelölte meg (1. táblázat). Bár a házasság népszerűsége szinte változatlan, a megvalósítás módjára vonatkozó elképzelések módosultak: folyamatosan növekszik a házasságot megelőző együttélés népszerűsége. Már 1991-ben is a megkérdezettek több mint fele az együttélést követő házasságot tartotta a legmegfelelőbb életformának, 2009-re ez az arány csaknem 70 százalékra emelkedett. Ugyanakkor nagyon kevesen gondolják azt, hogy az élettársi kapcsolat mint tartós párkapcsolati forma megfelelő lenne, bár arányuk 8 százalékról 15 százalékra emelkedett a két évtized során (Pongráczné 2012).

A közvélemény, noha nem tartja a legjobb megoldásnak, mégis egyre elfogadóbb az élettársi kapcsolatokkal: 2009-ben a kérdezettek több mint háromnegyede értett egyet azzal az állítással, hogy „Nincs abban semmi rossz, ha egy fiatal pár együtt

él anélkül, hogy házasságot akarna kötni”, míg 1991-ben csak egyegyedük.<sup>4</sup>

A párkapcsolatok terén bekövetkezett változások egyik eredménye az, hogy rohamosan növekszik a házasságon kívüli születések száma és aránya. 1990-ben még csupán az újszülöttek 13 százalékának nem éltek házasságban a szülei, 2011-ben ez az arány már meghaladta a 42 százalékot a közben eltelt időszak alatt mutatott, lényegében töretlen emelkedés eredményeként. Kutatói becslések szerint a házasságon kívül született gyermekek kétharmadának együtt élnek a szülei, de nem házasságban, hanem élettársi kapcsolatban, tehát csak egyharmad részük esetében beszélhetünk egyedülálló nők gyermekvállalásáról.

A házasságon kívüli születések ilyen rohamos terjedésének csak egyik oka az élettársi kapcsolatok egyre népszerűbbé válása. A másik ok az, hogy a házasságon kívül fogant gyermekek a korábbinál jóval nagyobb és egyre növekvő mértékben házasságon kívül is születnek meg, vagyis a szülők egyre kevésbé tartják fontosnak a házasságkötést – még akkor sem, amikor már közös gyermeket várnak (Kapitány – Spéder 2009).

A közvélemény a házasságon kívüli születések tekintetében is egyre megengedőbb. Korábban társadalmi elvárás volt, hogy a fiatal párok házassodjanak össze, ha bekövetkezett a terhesség. Ez részben a születendő gyermek státusza, részben a szülők megítélése szempontjából is fontos volt. Ez az elvá-

### 1. táblázat

*A párkapcsolatos együttélés két formájának preferálásában tapasztalt véleményváltozások, 18–50 év közötti férfiak és nők – 1991, 2001, 2004, 2009 (%)*

Javasolt életforma	1991	2001	2004*	2009
Házasság, ezen belül:	87,8	84,9	83,5	80,0
– előzetes együttélés után	55,6	67,3	69,9	69,7
– előzetes együttélés nélkül	32,2	17,6	13,6	10,3
Élettársi együttélés	7,7	9,7	11,8	15,0
Egyéb vélemény és nem tudja	4,5	5,4	4,6	5,0
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,00</b>	<b>100,0</b>
Esetszám	569	10089	7424	1515

\* 21–50 évesek

Forrás: az NKI 1991. évi, 2001. évi, 2004. évi és 2009. évi adatfelvételei (Pongráczné 2012)



rás még az 1990-es években is érvényesült, amikor a menyasszonyok közel egynegyede már gyermeket várt a házasság megkötésekor, de a házasságon kívüli születések aránya 13 százalékkal volt a mai több mint 40 százalékkal szemben. Ma már a terhesség bekövetkezésekor csak a kérdeztettek fele tartja fontosnak a házasságkötést, míg a 90-es években mintegy kétharmaduk gondolkodott így.<sup>5</sup> Ugyancsak sokat változott annak a megítélése, hogy a gyermekek számára mennyire fontos, hogy a szülei házasságban éljenek. A 90-es években még kisebbségben voltak azok, akik úgy gondolták, hogy nem számít, hogy a szülők házasságban vagy élettársi kapcsolatban élnek.<sup>6</sup> Mindössze egyötödük gondolkodott így. 2010-re azonban többségbe kerültek azok, akik szerint a gyermekeknek mindegy, hogy a szülei élettársi kapcsolatban vagy házasságban élnek (2. táblázat). A megengedőbb megítélés előtérbe kerülése és a házasságon kívüli születések arányának növekedése lényegében párhuzamos folyamatok voltak (S. Molnár 2010).

Igen nagy társadalmi különbségek figyelhetők meg a házasságon kívüli gyermekvállalás elterjedtségében. 2010-ben a legfeljebb nyolc osztályt végzett nők közel háromnegyede, a szakmunkásképzőt végzettek mintegy fele vállalta gyermekét házasságon kívül, ezzel szemben az érettségizettek esetében nem éri el a 40 százalékot ez az arány, a felsőfokú végzettségűeknél pedig csupán minden ötödik gyermek született házasságon kívül (Kapitány – Spéder 2012).

## 2. táblázat

**„A gyermekek számára ma már mindegy, hogy szülei házasságban vagy élettársi kapcsolatban élnek.”  
18–50 év közötti férfiak és nők véleménye – 1991, 1997, 2009 (%)**

Az állítással ...	1991	1997	2009
egyetért	20,4	30,7	51,7
részben egyetért, részben nem	17,2	14,2	23,1
nem ért egyet	62,4	55,0	24,3
Nem tudja	–	–	0,8
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Esetszám	569	889	1616

Forrás: az NKI 1991. évi, 1997. évi és 2009. évi adatfelvételei

## A párkapcsolatok stabilitása

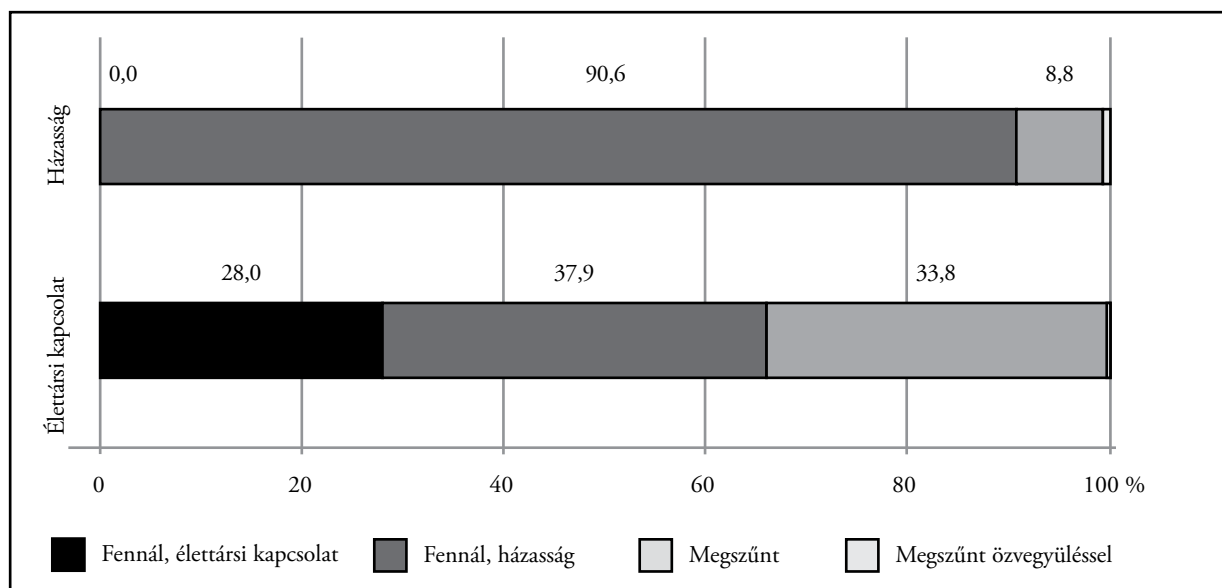
Az élettársi kapcsolatok és a házasságok között a leglényesebb különbség – az eltérő gyermekvállalási hajlandóságon túl – az, hogy az élettársi kapcsolatok általában rövidebb ideig tartanak és könnyebben felbomlanak, mint a házasságok.

Az élettársi kapcsolatokról kevesebbet tudunk, mint a házasságokról, hiszen az élettársi kapcsolatoknak sem a kezdete, sem a vége nem olyan egyértelműen dokumentálható, mint a házasságok esetén, hanem csupán az érintett felek megkérdezésével juthatunk információkhoz ezekről. Az egyik fontos forrás a már többször is idézett *Életünk fordulópontjai* című panelvizsgálat. Ez lehetőséget ad arra, hogy a párkapcsolatok történetét is kövessük, és becslést adjunk arra, hogy milyen eséllyel bomlanak fel az élettársi kötelékek.

A kapcsolat kezdetétől számított 5 éven belül minden harmadik élettársi kapcsolat felbomlik, miközben az 5 éven belül válással végződő házasságok aránya nem éri el a 10 százalékot. Az együtt élő párok 28 százaléka 5 év elteltével is élettársi kapcsolatban él, ugyanakkor közel 40 százalékuk házasságot köt partnerével (8. ábra). Az özvegyülés aránya az élettársi kapcsolatot követő házasságok, illetve az előzetes együttélés nélküli házasságok esetében is elenyésző (Földházi 2012).

## 8. ábra

**Párkapcsolati helyzet a kapcsolat kezdetétől eltelt 5 év után\***



\*1970–1999 között létrejött összes párkapcsolat

Forrás: az *Életünk fordulópontjai* című demográfiai adatfelvétel adatai, a szerző számítása

Miközben a házasságkötések száma egyre csökken, a válások száma a 2000-es évek elejétől csak kisebb ingadozásokat mutatva éves szinten 23 ezer körül mozog. Az 1970-es évek végétől kezdve napjainkig minden egyes évben több házasság szűnt meg – részben válással, részben özvegyüléssel –, mint amennyit az adott évben kötöttek. Ez azt is jelenti, hogy a felnőtt népesség egyre kisebb része él házasságban: a 15 éven felüli népesség 61 százaléka élt házasságban 1990-ben, 2011-ben pedig már kevesebb, mint fele (9. ábra).

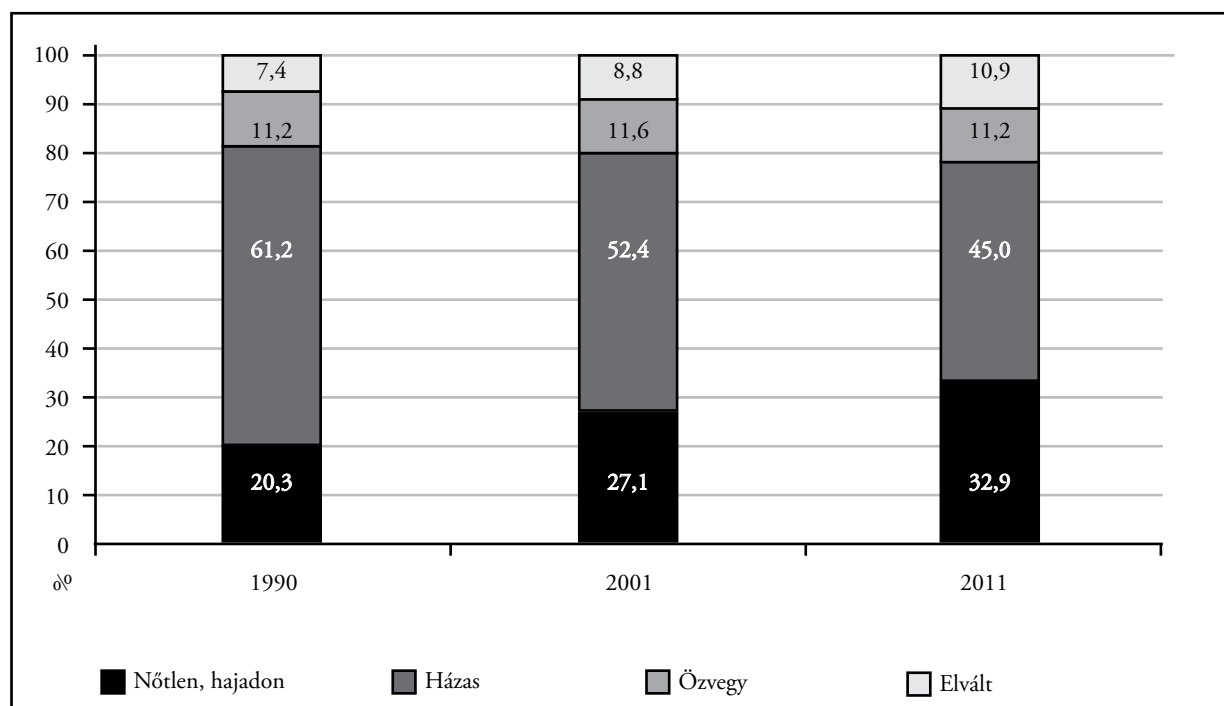
A nőtlenek és hajadonok aránya egyötöd-ről egyharmadra emelkedett az elmúlt két évtizedben, az elváltaké pedig 7,4 százalékról csaknem 11 százalékra. A válások gyakoriságát jól jelzi a teljes válási arányszám, ami becslési lehetőséget ad arra vonatkozóan, hogy az adott évben kötött házasságoknak várhatóan hány százaléka fog válással végződni. 1990-ben ez az arányszám 31 százalék, 2010-ben viszont 46 százalék, tehát a 2010-ben kötött házasságok közül várhatóan csaknem minden második a bírósági tárgyalóteremben fog véget

érni. A válási arányszámok növekedése mögött részben a válás egyre nagyobb mértékű társadalmi elfogadottsága és jogi értelemben vett könnyebbé válása áll. Ugyanakkor fontos szerepet játszik az is, hogy a házasfelek ma már elsősorban az érzelmi igényeik kielégítését várják a házasságtól, és amennyiben ezzel elégedetlenek, könnyebben kilépnek a kapcsolatból (Földházi 2012).

A válások egyre későbbi életkorban és egyre hosszabb átlagos házasságtartam után következnek be. 1990-ben még 34 éves kor körül váltak el a nők, a férfiak pedig átlagosan 37 évesen; 2010-ben mindkét nem esetében 5 évvel magasabb a váláskori átlagos életkor, vagyis nők esetében 39, a férfiaknál 42 év. A válások házasságtartam szerinti megoszlása átrendeződött az utóbbi két évtizedben: miközben a rövidebb házasságtartam után felbontott házasságok aránya csökkent, a 20 évnél régebben fennálló házasságok esetében megnőtt a felbontás gyakorisága. A felbontott házasságok között a 20 évig vagy tovább fennálló házasságok aránya 15 százalékról közel 28 százalékra emelkedett.

## 9. ábra

A 15 éves és idősebb népesség családi állapot szerint – 1990, 2001, 2011



Forrás: Demográfiai évkönyvek

Különösen fontos azoknak a válaszoknak a vizsgálata, amelyek során a váló felek gyermekei kiskorúak. Ezeknek a válaszoknak az aránya 1990 és 2010 között 67 százalékról 60 százalékra csökkent. Az egy kiskorú gyermekkel rendelkezők aránya 36 százalékról 32 százalékra, a két kiskorú gyermeket nevelőké 26 százalékról 21 százalékra esett vissza. Kismértékben emelkedett viszont a három- és több gyermekek részaránya: 5,3 százalékról 6,7 százalékra.

A váláskor gyermeket még nem nevelők részarányának megnövekedése az elváltak között abból ered, hogy az első gyermekvállalás életkora kitolódott, így sok pár még az előtt elválízik, hogy első gyermeke megszületne.

A gyermekes házaspárok válásának csökkenése mögött elsősorban demográfiai okok állnak, nem pedig a negatív társadalmi megítélés visszatartó ereje: a közvélekedés határozottan megengedőbb irányba mozdult e téren 1994 és 2009 között. Gyakorlatilag megszűnt az a hagyományos norma, hogy a házasfeleknek együtt kell maradniuk a gyermek(ek) érdekében, amíg az(ok) fel nem nő(nek).

Közvélemény-kutatások során 1994-ben és 2009-ben<sup>7</sup> is feltették a kérdést a válaszadóknak, hogy mennyire értenek egyet azzal az állítással, hogy a gyermek érdekében a rossz viszonyba került szülők mindenképpen maradjanak-e együtt (3. táblázat).

Az a követelmény, hogy a gyermekes szülők a gyermek(ek) érdekében akkor is tartsák fenn a kapcsolatot, ha az már megromlott, határozottan enyhült a két vizsgálat között eltelt 15 évben. Míg 1994-ben a kérdezettek közel egyötöde értett teljesen egyet ezzel a nézőponttal, és minden második utasította el, 2009-ben már csak minden nyolcadik megkérdezett tartozott az egyetértők közé, kétharmaduk pedig határozottan elutasította. A férfiak körében nagyobb mértékű az elmozdulás a megengedőbb álláspont felé, a nők viszont már 1994-ben is kevésbé fogadták el a megromlott kapcsolatnak a gyermek érdekében való fenntartását. Ennek elsősorban az lehet az oka, hogy a nők inkább érintettek ebben a kérdésben, hiszen az esetek túlnyomó többségében náluk marad(nak) a gyermek(ek) a kapcsolat felbomlását követően.

## 3. táblázat

„A gyermekes szülők akkor is maradjanak együtt, ha nem jönnek ki jól egymással”  
18-50 év közötti férfiak és nők véleménye – 1994, 2009 (%)

Az állítással...		Férfiak	Nők	Együtt
egyetért				
	1994	21,0	15,8	18,4
	2009	13,1	11,4	12,2
részben egyetért, részben nem				
	1994	35,0	26,6	30,5
	2009	24,7	19,3	22
nem ért egyet				
	1994	43,9	58,3	51,1
	2009	60,8	68,6	68,8

Forrás: S. Molnár, 2010: 46.

## Összegzés

A termékenységi viszonyok változásának és az így kialakuló tartósan alacsony születésszámnak a következményei sokrétűek és igen távolra mutatnak. Az egyik következményt, a népesség fogyását már említettük. A népesedés tekintetében a másik igen lényeges következmény a népesség demográfiai öregedése, vagyis az, hogy a népességben egyre nagyobb lesz az idősek száma és aránya. Ez csak részben az alacsony termékenység következménye, másik oka a születéskor várható élettartam növekedése – az, hogy egyre tovább élünk. A korszerkezet átalakulása következtében a munkaképes korúak számának csökkenése, az egy munkavállalóra jutó eltartottak számának növekedése óriási terhet ró a szociális ellátórendszerekre (Földházi 2013).

A jelenlegi születésszám fennmaradása vagy növekedése a csökkenő női népesség mellett csak növekvő gyermekvállalási hajlandóság esetén lenne lehetséges. Ezt elősegítheti a gyermeket vállaló családokat támogató családpolitika, és nem utolsósorban a párkapcsolatok nagyobb stabilitása. A népességcsökkenést ugyanakkor valamelyest mérsékelheti – a várható élettartam növekedése mellett – a nemzetközi vándorlás is. Azonban, Kamarás Ferenc írását idézve: „demográfiai gondjaink hosszú távú megoldása még ezek figyelembevételével is kétséges, mivel a reprodukciós hiányt

csak fiatal, szülőképes korú nemzedékek tartós és jelentős bevándorlásával lehetne ellensúlyozni vagy pótolni, a várható élettartam emelésére pedig a reprodukzív életcikluson túl van lehetőség. Mindezek csak megerősítik azt az aggodalmat, hogy hazánk népesedési helyzete közel sem tekinthető megnyugtatónak, demográfiai jövője pedig meglehetősen bizonytalan.” (Kamarás 2012: 266.)

## Irodalom

Földházi Erzsébet (2009): Családszerkezet. In: Monostori Judit – Őri Péter – S. Molnár Edit – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai Portré 2009*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet 2009: 99–108.

Földházi Erzsébet (2013): Magyarország népességének várható alakulása 2011–2060 között. *Demográfia*, 56. évf. 2-3. szám, 105–143.

Földházi Erzsébet (2012): Válás. In: Őri Péter – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai Portré 2012*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest: 21–30.

Kapitány Balázs – Spéder Zsolt (2011): *Factors affecting the realisation of child-bearing intentions in four European countries*. Working papers on Population, Family and welfare, No. 14. Demographic Research Institute, Budapest.

Kapitány Balázs – Spéder Zsolt (2009): Gyermekvállalás. In: Monostori Judit – Őri Péter – S. Molnár Edit – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai Portré 2009*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet 2009: 29–40.

Kapitány Balázs – Spéder Zsolt (2012): Gyermekvállalás. In: Óri Péter – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai Portré 2012*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest: 31–44.

Kamarás Ferenc (2012): A születések és a termékenység hazai irányzatai. *Demográfia*, 55. évf. 4. szám, 243–267.

Pongrácz Tiborné (2013): *Demográfiai magatartás és a családi értékek változása*. Előadás a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet alapításának 50. évfordulójára rendezett „Helyzetkép” – 50 éves az NKI című konferencián  
<http://www.demografia.hu/letoltes/50eves/Pongracz.pdf>

Pongrácz Tiborné (2012): Párkapcsolatok. In: Óri Péter – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai Portré 2012*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest: 11–20.

S. Molnár Edit (2010): Párkapcsolat létesítését/megszüntetését érintő magatartási normák változásának megfigyelése. *Demográfia* 53. évf. 2–3. szám: 234–273.

S. Molnár Edit (2011): A közvélemény gyermekszám-preferenciáinak alakulása Magyarországon az elmúlt évtizedekben. In: Pongrácz Tiborné (szerk.): *A családi értékek és a demográfiai magatartás változásai*. NKI Kutatási jelentések 91. Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest: 69–94.

Spéder Zsolt (2005): Az európai családformák változatossága. *Századvég*, 10. évfolyam 37. szám: 3–48.

Spéder Zsolt – Kapitány Balázs (2007): *Gyermekek – vágyak és tények. Dinamikus termékenységi elemzések*. Műhelytanulmányok 6. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest

## Jegyzetek

- 1 Generation and Gender Survey (Nemzedékek és nemek kutatás).
- 2 Population Policy Acceptance
- 3 Forrás: Az NKI 2000. évi adatfelvétele és az Életünk fordulópontjai című panelvizsgálat, 2008. 3. hullám (Pongráczné 2012)
- 4 Forrás: Az NKI 1991. évi, 2001. évi, 2004. évi és 2009. évi adatfelvételei; 18–50 év közötti férfiak és nők (Pongráczné 2012)
- 5 Forrás: Az NKI 2001. évi és 2009. évi adatfelvételei, 18–50 év közötti férfiak és nők (Pongráczné 2012)
- 6 A kérdés az volt, hogy mennyire értenek egyet a következő állítással: „A gyermekeknek ma már mindegy, hogy a szüleik házasságban vagy élettársi kapcsolatban élnek.” (S. Molnár 2010)
- 7 A KSH NKI közvélemény-kutatása (1994), a mintáról lásd: Pongrácz 2011: 92; „A családi értékek és a demográfiai magatartások változása” c. OTKA kutatás, KSH NKI (2009)

Horányi Özséb

Egy adalék Buda Béla *nyitottságához*

Nemrégiben írtam Buda Bélával való személyes viszonyomról: most nem ezt akarom folytatni.<sup>1</sup> Bár első látszatra talán mégis.

A kommunikáció mint participáció című tanulmánygyűjtemény 2007-ben jelent meg a Typotexnél az Alkalmazott Kommunikációtudományi Intézet közreműködésével és az én szerkesztésében. A kötet számunkra (akik részt vettünk a létrehozásában: Domschitz Mátyás, Hamp Gábor, Milován Andrea, P. Szilczl Dóra, Pete Krisztián és Szabó Levente, Horányi Özséb) fontos állomása volt kutatói életünknek. Hosszú ideig készült a könyv, sok intellektuális nehézséget kellett leküzdenünk, és utóbb nem kevés bizonytalanság volt bennünk a könyv értékét illetően. Ma már persze más, megnyugtatóbb a helyzet különböző egyetemi kurzusok diákjainak észrevételei, véleménye alapján. Akkor azonban a mértékadó kutatókkal való – főként – informális beszélgetéseken elhangzottakból igyekeztünk következtetésekre jutni. Ilyen emlékezetes megbeszélésünk volt például Szakadát Istvánnal (BME), Ropolyi Lászlóval (ELTE), Buda Bélával és másokkal.

Ezek közül messze kiemelkedik – és egyáltalán nem a jelen kiadvány kedvéért mondván ezt – a Buda Bélával folytatott többórás kollokvium (műfajilag talán ez a leghelyesebb megjelölés). Már csak azért is, mert felfogása a kötetről utóbbi recenzió formájában is megjelent.<sup>2</sup> A kollokviumot 2007. június 29-én az Addiktológiai Intézetben (Budapest, XIII. Lehel út 61.) tartottuk – amelynek akkor igazgatója volt –, és részt vett rajta még: Domschitz Mátyás, Gagyai Ágnes, Hamp Gábor, Milován Andrea, Szabó Levente és Terenyi Zoltán.

Ebben a rövid írásban Buda Béla recenzióját kommentálom egy egymondatos tanulság levonásának előkészítéseként. Íme a recenzió szövege.<sup>3</sup>

*Horányi Özséb kommunikációkutató, egyetemi tanár most már több mint egy évtizede foglalkozik önálló, általános kommunikációelmélet kidolgozásával. Elméletét a kommunikáció participációs felfogásának*

*nevezi. Ennek lényege, hogy a kommunikáló – cselekvő – ember vagy társadalmi szerveződés a közösség rendszerében történelmileg és kulturálisan kialakult jelentések és szabályok szerint részt vesz valamilyen közös probléma megoldásában.*

Ennél tökéletesebben és tömörebben aligha lehetne összefoglalni törekvéseinket, vagyis azt, hogy a kommunikációt nem önmagában vizsgáljuk, hanem abban a tágabb kontextusban, amely az emberi aktivitás kiindulópontját jelenti: a problémafelismerést, illetőleg -megoldást a túlélés, valamint az életminőség javítása érdekében.

*Horányi megközelítését azért nehéz bemutatni, mert minden fogalom, amellyel dolgozik, sajátos meghatározással bír; olyan általános értelmet kap, amely – a törekvések szerint – egy adott kommunikációs, ill. kommunikatív jelenségekör teljességére akar érvényes lenni.*

Vegyük észre: Buda Béla nem azt írta, hogy lehetetlen, hanem azt, hogy *nehéz*. És azt, hogy a kötet a kommunikáció *teljességére* akar érvényes lenni. Valóban a kommunikáció participációra alapozott elmélete (PTC) nem részterületekre akar parciálisan érvényes lenni, hanem magát a kommunikáció jelenségekörét igyekszik megragadni. Buda Béla intellektuális tágasságát éppen az mutatja számomra, hogy eredendő felkészültsége ellenére (hiszen az individuális emberrel, sőt a személyiséggel foglalkozott orvosként) látja a fától (a nehézségektől) az erdőt.

*Horányi elmélete tehát magasan elvont, koncepciói speciálisak tartalmaikban és egymással való összefüggéseikben is.*

Igen, a tanulmánygyűjtemény recepciójának kétségtelen nehézsége, hogy az egyes írások a kommunikációkutatás szokásos terminusait nem mindig szokásos módon használják. És egymással összefüggően, összefüggésben használják. A terminusok elvontságával nem értek egyet, de – kétségtelen, hogy – az egyes írások (a társadalomtudományokban) szokatlanul intenzív odafigyelést, szoros olvasást igényelnek, mert hiszen nincsenek definíciók, hanem csak a



terminusok használatából lehet felismerni helyüket a PTC-ben. Egyébként ez a kötet összeállításakor is világos volt, ezért is iktattuk a végére a Kulcsfogalmak listáját, amely lehetővé tette, hogy egy-egy terminus használatának részleteit az egyes tanulmányok összevetésével is lehessen tanulmányozni.

*Horányi és munkacsoportja folyamatosan munkálta ki ezt a különös szintézist a kommunikációról, részletei, elemei már több közleményben, könyvben megjelentek, de ez a kötet, amely most az eddigi írásokat mintegy összegzi (néhány korábbi írás részletei szerepelnek a könyv függelékében, ezek olyan megfogalmazások, amelyek ebben a kötetben is használhatók modulként, építőelemként).*

Valóban, a kötet egyik célja a korábbi szövegek egybeterelése volt, illetőleg a teljes kép kialakításának érdekében való rendszerezésük.

*A szintézis nagy területre terjed ki, Horányi a kommunikációkutatásban némileg szokatlan módon támaszkodik a filozófiára, különösen az ismeretelméletre, de alapjában a társadalomtudományok talaján áll, figyelemmel van a nyelvtudományra, különösen a pragmatikára és számos alkalmazási területen is járatos, különösen a vallás és a művészetek kommunikációs elemzésében.*

Ez az összefoglalás így talán elnagyolt és némiképpen túlzottan jóindulatú. Fontos, mindenesetre, az a felismerés, hogy a kommunikációkutatás a PTC-ben csakugyan interdiszciplináris.

*Horányi nemcsak állhatatos és következetes kutató, hanem szerencsés is. A humán tudományok terén ma már ritka, hogy valaki ilyen kitartóan és szerteágazóan műveljen egy témakört, mint Horányi teszi, de ez azért is alakult ki így, mert bizonyos mértékig szerencse is kell hozzá, megfelelő szakmai érdeklődés és kutatási támogatás, nem utolsó sorban a munkatársak és tanítványok elkötelezett csapata. Horányinak megadattak e szerencsés feltételek, egyetemi oktatásai nyomán tehetséges gárdát nevelt ki, akik közül már sokan ismert kutatók, és megfelelő anyagi forrásokhoz is jutott. Ez az összegző kötet pl. egy láthatóan nagy-szabású és sok éven át tartó kutatási program révén valósulhatott meg, a támogatást az ORTT Stratégiai Kutatások és Elemzések Program adta, amelynek most az Alkalmazott Kommunikációtudományi Intézet*

*(ATKI) a jogutódja, ez az intézet a kötet társkiadója is, láthatóan a kommunikáció területén már értékes és önálló profilt szerzett Typotex segítségével az általa támogatott kutatásokról sorozatot tervez.*

A PTC-vel összefüggő kutatások valóban szerencsések. Az AKTI korábbi vezetője, Nahimi Péter – manapság ritkán tapasztalható következetességgel – támogatta a vállalkozást. De azt is vegyük észre, hogy Buda Béla milyen nagyvonalú empátiával figyelte ezt. Mindenféle irigység nélkül!

*Az elsődlegesen nyilván a médiában érdekelt támogató elismerést érdemel, hogy meglátta a participációs elmélet jelentőségét, mert ez a teória egyelőre még távol van a tömegkommunikáció világától, abban csak egy körülírt terület, esetleg még az elmélet általánosításához illesztendő jelenségsor, ill. alkalmazás. Az elmélet lényege tehát az erősen absztrakt alapfogalmak meghatározása és kidolgozása, és a köztük lévő kapcsolat modellszerű bemutatása. Értelemszerűen egy sor olyan alapfogalomról van szó, amely már a kommunikációkutatás hagyományában használatos volt, de most jelentéstartalmát specifikálni kell, és az összefüggések is már részleteikben vagy korlátozott viszonyisíkokon ismertek, de itt sajátosan jelentkeznek. A kommunikáció elméletének ugyanis az az alapproblémája, hogy nem az objektív világ feltárása zajlik benne, hanem az emberi világ alapmodalitását, mátrixát jelentő kommunikáció reflexív kifejtése, átfogalmazása, elvont rendszerekbe vonása. Az emberi kommunikáció jelentős hányada, és a belőle előálló szociokulturális kommunikáció túlnyomó része ugyanis önreflexív tudatossággal és a kommunikációban résztvevők egyetértésének, konszenzusának nagyon összetett, dinamikus, hierarchikusan rétegzett rendszerében zajlik.*

Itt volna vitánk a recenzenssel: a világ objektív voltával kapcsolatban régi előítélet, hogy a társadalomtudományok tárgyát adó jelenségek nem objektívek. Mondjuk egy büntetőbírói ítélet? Az viszont kétségtelen, hogy a fejemre eső kő objektivitása más természetű, mint a börtönbüntetésé (például ezt az objektivitást más nyelven, másféle terminológiával lehet megragadni), de mindkettő objektív például abban az értelemben, hogy kényszerít, amely kényszerből roppant nehezen vagy éppen egyáltalán nem lehet szabadulnunk. Ennek megfontolása után az utolsó mondatban írtak maradéktalanul helytállóak.

*A társas kompetencia alapfokára eljutó ún. „egyszerű ember” is magasan tudatos kommunikátor, hiszen a kommunikatív viselkedés következményei nagyon is valóságos és közvetlenek számára, ezek állandó kihívásokat jelentenek számára, és fokozatosan befolyásolják, fejlesztik. A társadalomelméletekben a Habermas által most hatékonyan megfogalmazott kommunikatív cselekvés koncepciója kezdettől fogva implikált módon a figyelem középpontjában áll. Horányi – számos munkatársával – e kötetben három kulcsfogalom fénykörében bontja ki elméletét, az intézmény, az ágens és a színtér fogalmait veszi szemügyre. A rá már jellemzőnek mondható logikai rendszerben építkezik, decimális rendszerben fejt ki témáit. E könyvben munkacsoportja nagyon sok ábrát és betűjelzést használ az összefüggések bemutatására. A fogalmazásmód – mint említettük – rendkívül elvont, bár Horányi mindent megtesz a pontos megértés érdekében, pl. igen gondosan közli forrásait, megfelelően hivatkozik a használt szakkifejezések előzetes, kiindulópontnak vehető meghatározásaira is. Eligazít az ismeretelméleti háttérrel illetően. Így is az értheti igazán ezt a szöveget, aki már kifejlődésében is követte Horányi elméletét. Magam már évek óta próbálom elsajátítani ezt a rendszert, számos kérdésben nem értem egészen, más vonatkozásban készen állnék megvitatására, azt azonban már bizonyosan állíthatom, hogy Horányi gondolatmeneteiben semmi sem felesleges és értelmetlen, alapvetően minden érthető is, a kérdőjel mindig az absztrakció mértékével, érvényével, vetületével kapcsolatos. Bizonyos azonban, hogy a megközelítésmódot komolyan kell venni, és minden kommunikációkutatónak érdemes megpróbálkoznia – a maga vonatkoztatási rendszerében – az elmélet „egzegetálásával”.*

Nem győzhetjük eléggé hangsúlyozni, hogy a recenzió számára természetes gondolkozásmód ellenében ajánlja, amit itt éppen ajánl. A kommunikációról való beszéd megannyi területén ugyanis továbbra is érvényesül az, hogy a receptkönyvek színvonalán gondolkodó szövegek vannak elméletinek tekintve. Kimondatlanul is ezek ellenében mondja a recenzió, amit mond.

*A kötet használójának azt tanácsolnám, hogy az olvasást ne – illetve ne csak – előlről kezdje. Horányi bevezetése inkább csak irányelveket ad (pl. megemlékezik az egész elemzési mód logikai, ill. nyelvészeti „patkoltságáról”, a metafora nyilván arra utal, hogy a logikai, ill. a nyelvelméleti rendszerbázis teszi lehe-*

*tővé az elmélet „futását”, mint patkó a lóét). A bevezető is utal a függelékre, szerintem megéri a függelék olvasásával kezdeni. Itt négy tanulmány olvasható. A saját forrásanyag széles merítését mutatja a kommunikációkutatás történetéről szóló, már egy másik könyvben megjelent írás, ez azután részleteiben és kibontva később megjelenik a szövegben. Ugyancsak van más, Horányi tollából megjelent, standardnak vehető leírás a participációs elméletéről, ez itt is hasznos. Még a függelékben nagyon érdekes, és mintegy elméleti „zenei kulcsot” adó két írás (Fekete<sup>4</sup> Krisztián, ill. Horányi és Milován Andrea munkái) szól a rekonstrukció folyamatáról, ez két erősen elméleti tanulmány, egyik a leírás és a magyarázat keretében, a másik a logikai és nyelvészeti háttérrel érintően vezet be – mélyen és sok tekintetben újszerűen – a kommunikációs elméletalkotásba.*

Buda Béla minden mondata egyaránt a kötet szövegének és a szerkezetének elmélyült értését illusztrálja. A szerzők csak hálásak lehetnek érte, ezért a kivételes recenzióért.

*A kommunikációelmélet ugyanis par excellence rekonstrukció.*

Talán a legfontosabb mondat és a legalapvetőbb felismerés. A kötet szempontjából is. Nincs olyan jelenség, amely primer módon kommunikatív volna; de egy elegendően hajlékony értelmezési keretben szinte minden olyan jelenség, amely emberközeli, számíthat releváns kommunikációs értelmezésre.

*A két utóbbi írás elkedvetlenítheti az olvasót, mert nagyon elvont és nehezen követhető, de megvilágítja számára, mit jelent a logikai és nyelvészeti „patkoltság” és adhat hermeneutikai eszközt a fő szövegtetek megértéséhez. A könyv három részből áll. Az elsőben az intézmény értelmezését tárgyalják a szerzők (Pete Krisztián és P. Szilczl Dóra). Az intézmény a szociológiai, ill. kultúrantropológiai tradíció legszélesebbre nyitott változataként szerepel, sajátos keret, amely emberi tevékenységet ösztönöz, fenntart, szabályoz, és amely közösséget képez. Az intézmények között említi a szöveg a nyelvet, a jogot, a morált, a vallást, művészetet, tudományt, politikát és gazdaságot. A következő fejezet a színtér fogalmát mutatja be, az nyilvánossági, ill. interakciós szituáció, jelentési kontextus, sajátos szabályrendszer. Végül az ágens meghatározását végzi el egy fejezet, ez talán a legbonyolultabb, e fejezetet Horányi akadémiai*

doktori, és szerzőtársa, Szabó Levente PhD disszertációjának alapjaként említi. A fejezet összetettsége onnan ered, hogy a szerzők a kommunikatív cselekvést végző embert készségeiben, felkészültségében, a közös cselekvési aktushoz nyújtott imputációjában is meg akarják határozni, anélkül, hogy megszemélyesíteni próbálnák, vagyis az ágens fogalmának alkalmazását szociális egységekre, szervezetekre nézve is fenn kívánják tartani. Lényegében az ágens – mondjuk így – belső, quasi kognitív és motivációs szerkezetének megállapítása sajátos rekonstrukció, inferencia, ennek a szabályait igyekeznek a szerzők általánosságban leírni. Minden fejezetben kiemelt helye van a másik két alapfogalom (tehát pl. az intézmény esetében a színtér és az ágens) kapcsolódásának, és a tárgyalt fő kategória szerinti sajátos magyarázatának kifejtése. Minden fejezetben szó van arról, hogy a kategóriáknak van ún. konstitutív alapjuk, amely az értelmüket, társadalmi és emberi jellegzetességeiket megadja, ennek jegyében legitimálódnak egyes jelenségek, pl. kommunikációs megnyilvánulásuk helyértékei, értelmezése. A participációs kommunikációfelfogásban a fókuszban mindig az áll, hogy a társadalmi jelenségek reprezentációi, a szignifikátumok hogyan alakulnak ki és aktualizálódnak a kommunikációs folyamatban. Az elmélet szerint a kommunikáció lényege mindig az, hogy a problémamegoldás törekvése kelt kommunikációs (részvételi) szándékot, és emiatt válik más ágens, ill. a közösség felkészültségi többletének igénybevétele fontossá. A probléma meghatározása a Horányi-féle teorémában az, hogy az ágens észleli, hogy a jelenlegi állapot és az optimálisnak vélt állapot között különbség van. Ez a fő motiváló erő. Horányi különben igen nagy terjedelemben, ill. kellő részletességgel mutatja ki, hogy a kommunikációs filozófiájában mindig az emberi intencionalitás, vagyis a cselekvési célra irányuló szándék az ösztönző tényező, ez az ő elméletének is alapfelvétele.

Biztosan rosszul fogalmaztunk, ha ez a recenzius benyomása. A szándék kétségtelenül a jelenség kommunikatívként való kategorizálásának egyik markáns kiindulópontja, de nem az egyetlen. A kategorizálás alapjaként számításba jön még a szokás, illetőleg a hagyomány is. Manapság már körültekintőbben fogalmazunk, és remélhetően kevesebb félreértésre adunk alkalmat.

A három tényleges fejezet közül (a könyv igazában négy fejezet, de nem igazán jogos külön fejezetnek venni Horányi néhányoldalas bevezetőjét) szerintem a legérdekesebb az intézmények bemutatása; a színteret

nem érzem eléggé kidolgozottnak, és nehezen tudom követni – ha úgy tetszik – rekonstruálni az ágens elemző fejezetet, miközben éppen itt van az egész koncepcióval kapcsolatos egyik fő kritikám, az ágensnek nincs (pszichológiai vagy szociális) „antropológiája”.

Ez a leggyakoribb kritika a PTC-vel kapcsolatban: hogy antropológiailag nincs lehorgonyozva. A PTC művelői szerint viszont le van (érdekes volna tudni, hogy Buda Béla a részleteket illetően mivel volt elégedetlen: a kollokviumon – emlékeim szerint – nem hangzott el döntő érv). A horgonyzásra egyébként ott lehet rátalálni a PTC-ben, amikor az ágens eredendő, illetőleg többletfelkészültségéről van szó (198–, különösen 202–), amely fajspecifikus (ez árulkodik arról, amit itt antropológiaként említünk): másként vagyunk mi, emberek ágensek, másként a kutyáink, másként a farkasok és megint másként a termosztátok, hogy csak néhány kiragadott esetet említsek. Két dolgot kell látni: (a) a PTC-ben nem csak humán ágensekre „van vizsgálva” a kommunikáció; az ágensen belül a humán ágens specifikus 'alfaj'; (b) maga a PTC nem klasszikus elmélet, vagyis valaminek (például itt a kommunikációnak) az elmélete, inkább sajátos jelenségtípusra vonatkozó elméletek osztálya (amelyekhez tartozó jelenségeket esetenként egyaránt a kommunikáció címkével lehet megjelölni). Ezen elméletosztály lehetséges tagjai közül csak néhány van többé-kevésbé kidolgozva, a többi egyáltalán nincs. Ezért helytálló az a mondat, hogy a PTC voltaképpen nem elmélet, hanem egy sajátos leíró nyelv, amellyel a kommunikációról lehet beszélni, értekezni.

A másik fő kifogásom a problémamegoldási, ill. a részvételi paradigma kimerevítésével kapcsolatos. Nem tudom a problémaképletbe behelyettesíteni a kommunikáció különféle intencionális vagy funkcionális eseményeit, miközben akkor, ha a társadalmi kommunikációra, a közösségekre összpontosítok, akkor tudok emellett érveket felvonultatni. Az én világom a személyközi kommunikáció, és akkor nehezen tudom a participációs elmélettel magyarázni, hogy a megszülető csecsemő azonnal az anyai tekintetet keresi, mégpedig különösen akkor, mikor nem éhes, nem fáj neki semmi, tehát – ha úgy tetszik – nincs „problémája”. Mondhatjuk, hogy a világban akar tájékozódni, és akkor az egyetlen, kedves, elfogadható partner tekintete az érdekes, de hát – és ez a könyv fő problémája – akkor a végletekig feszítem és töltöm a kulcsfogalmak jelentéseit.

Talán ez a leggyümölcsözőbb felvetése a recenzensnek, amikor olyan területre tekint, a személyközi kommunikáció területére, amelyen megkülönböztetett biztonsággal mozog, véli nyilvánvalóan. Kétségtelen, hogy ha a csecsemő azon törekvését, vagyis az anyai szemkontaktus-keresését az éhséghez hasonlítjuk, jogosnak tűnhet az aggodalom, hogy a fogalmak a *végletekig vannak feszítve*: amikor a csecsemő a szemkontaktust keresi, nincs problémája – véli a recenzens. Vagy mégis? Mert igaz ugyan, hogy nem az energiefelvétellel kapcsolatos szükségletből ered a csecsemő problémája, de az már nem igaz, hogy a biztonsággal kapcsolatos szükségletének kielégítéssel/kielégítetlensége nem idéz(het) elő problémát. Dehogyan, esetenként minden másnál nagyobbat!

Lehet, hogy a PTC antropológiai horgonyzásával nem az a baj, hogy nincs horgonyozva, hanem inkább az, hogy nincs eléggé elengedve a horgony, és egyúttal nincs eléggé expliciten megmondva, hogy hol és hogyan kell megadni a horgonyzást, a különféle horgonyzásokat.

*Éppen itt van a kételyem, van-e értelme ekkora absztrakciónak, megalkotható-e ma a kommunikáció igazán alapvető modellje.*

Ne legyenek kételyek (és ezt meg is mondtuk a recenzensnek a könyv megjelenését követő kollokviumon is), nagyon nagy szükség van *ekkorai absztrakcióra*. Csak bele kell nézni például E. Griffin *Bevezetés a kommunikációelméletbe* című tankönyvébe,<sup>5</sup> és észre kell vennünk azt a taxonómiai zűrzavart, ami az egyes elméletek összevetésében

megmutatkozik, és máris érdemben fogjuk igényelni a rendteremtő és megvilágosító absztrakciókat.<sup>6</sup> Ami persze nem jelenti, hogy a PTC minden szava ilyen rendteremtő és megvilágosító. Az a tény, hogy ezt így hozta szóba a recenzens, mutatja, hogy van még dolgunk, nem is kevés.

*Tulajdonképpen a Shannon-Weaver-modell gondja is ez volt, és élénken emlékszem a szélsőségesen pozitívista, empirikus szociológia legmarkánsabb elméletalkotójának, Doddnak álláspontjára, aki az ötvenes évek elején meghirdette, hogy a szociológiának a társadalom kvantitatív adatokkal kitölthető alapképleteit kell megalkotnia, és gyökeresen szakítania kellene a klasszikus szociológia leíró elméleteivel. De hát ezt majd még végig kell vitatni, és előzetesen tovább kell figyelemmel kísérni Horányi és tanítványi köre munkáit, pl. az intézmények elemzését, amelyet már ugyancsak a Typotex kiadásában Korpics Márta és P. Szilczl Dóra meg is kezdett (a Szakrális kommunikáció című kötetben). Horányiék könyve, elmélete, közelítésmódja a mai kommunikációkutatásban megkerülhetetlen, érdemes komolyan venni, aki elmélyed benne, annak nagyon sok perspektívát nyit ez meg, nem lehet tehát egyszerűen véleményt alkotni, itt az egész irányzattal kell foglalkozni.*

És akkor most az ígért egymondatos tanulság: Buda Béla képe a kommunikációról szinte mindenben szöges ellentéte volt a recenzeált tanulmánykötet által sugallt képnek: ez azonban nem az elutasítást, vagy különféle fenntartások hangoztatását eredményezte; ellenkezőleg, a kíváncsiságot hozta elő belőle, a megértés igényét egy egészen kivételesen nyitott emberből.<sup>7</sup>

## Jegyzetek

- 1 Emlékmorzsák Buda Béláról *Ki látott engem? Buda Béla 75*. A könyv a Károli Gáspár Református Egyetem és a L'Harmattan Kiadó közös kiadásában jelent meg.
- 2 *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2007, 8, 3, 243–248.; maga a szöveg printout formában a kollokviumon már a kezünkben volt.
- 3 A recenzio eredetileg, a printout-ban, bekezdésekre volt tagolva; nyomtatásban azonban egyetlen szövefolyamként jelent meg. Kommentárjaim nem követik az eredeti tagolást.
- 4 valójában: Pete – hö.
- 5 Budapest, Harmat, 2001; a kötet szakmai lektora egyébként Buda Béla volt.
- 6 Szerencsére vannak jó taxonómiák is a kommunikációelméletek áttekintésének területén. Ilyen például mások mellett J.F. Cragan és D.C. Shields monográfiája: *Understandig Communication Theory. The Communicative Forces for Human Action* (Allyn & Bacon, 1998, pp. 422.). De lehetne említeni S.W Littlejohn és K.A Foss hatalmas vállalkozását is: *Encyclopedia of Communication Theory* (Sage, 2009, Vol. 1-2, pp. 1105.).
- 7 Igencsak tanulságos, hogy hol látta át törekvéseinket és még tanulságosabb, hogy hol nem. De ez már a második mondat volna és csak egyről volt szó.

# Könyvajánló

## Ki látott engem?

Buda Béla 75

L'Harmattan Kiadó, 2014

**B**uda Béla tanár úr 2014 tavaszán töltene be 75. életévét. A Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsészettudományi Kara ezzel az emlékkötettel tiszteleg Kommunikáció Tanszékének alapítója előtt. *Ki látott engem?* Ez a kérdően is súlyos Ady-verscím lett emlékkötetünk címe. Buda Béla *Életút* c. írásában – a rá jellemző iróniával – így ír hatalmas életművéről: „Rögös út volt, nem voltak megfelelő munkakörülményeim, magamban és magányosan dolgoztam. Nem tudtam megmaradni egyetlen szakterületen sem. „Muszaj-Herkulesként” két tucat területen jutottam el a nemzetközi ismertségig és a maradandó alkotás határáig, de innen már nem jutottam tovább. Pszichoterápia, szexológia, szuicidológia, addiktológia, kommunikációelmélet, közösségfejlesztés, egészségpromóció, mentálhigiéné, krízisellátás, önségítés, szervezetelmélet, szociálpszichológia, devianciakutatás stb. Cyranóval együtt én is ráíráthatnám sírkövemre: „qui fut tout et qui ne fut rien.”

Mindez sokakban sokféle gondolatot, emléket, újraértékelési, újraakartozási vágyat indított el. A szerteágazó területek középpontjában mégiscsak a kommunikáció állt. A kötet eszerint öt témakör köré szerveződik. Kommunikáció és kapcsolat, Kommunikáció és társadalom, Kommunikáció és spiritualitás, Kommunikáció és művészet, Kommunikáció és gyógyítás.

