



Rubeus Egyesület „Szedervessző”

1122 Budapest, Krisztina Krt. 2-4.

www.rubeus.hu e-mail: rubeus@rubeus.hu

Jonkl Marianna: A szociális munka és a serdülőkorban szerzett X60-84 BNO-kódok találkozása

Műhelytanulmány



Budapest

2018

© Jonkl Marianna

A szociális munka és a serdülőkorban szerzett X60-84 BNO-kódok találkozása

Lektor:

Rácz Andrea

Szöveget gondozta:

Gyarmati Andrea

Borítókép:

Balogh Dorina, Igazgyöngy Alapítvány

ISBN 978-615-80264-8-2

Rubeus Egyesület „Szédervessző”

1122, Budapest, Krisztina kert. 2-4.

Felelős kiadó:

Rubeus Egyesület elnöke

Budapest, 2018

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	4
1. <i>“Ezek a mai fiatalok!”</i>	5
2. Az öngyilkosság fogalmi keretei	7
3. A serdülőkori életszakasz jellemzői	10
4. Serdülőkori öngyilkosság a statisztika tükrében	11
5. A serdülőkori öngyilkosság	12
6. Prevenációs lehetőségek, eszközök	13
6.1. Internet szerepe a prevenció területén	15
6.2. Telefonos lelkisegély szolgálatok.....	18
6.3. Iskolai szociális munka	19
7. Kórházon innen és túl	21
7.1. <i>„Safety zone”</i> – laikus segítők a világhálón.....	22
7.2. A vonal túlsó végén.....	26
7.3. Családgondozói szemmel	28
7.4. Pszichológusi támogatás, de kinek?	31
7.5. <i>„Lóg a levegőben”</i>	32
7.6. Kórházon innen.....	35
Összegzés.....	37
Felhasznált irodalom.....	39

*„Holnap vagyok itt utoljára. Kezet csókoltam mindenkinek.
Más okból voltam én itt. Fedő bűnnel sikerül eltakarnom
azt az igazít, azt, amit nem, nem, nem lehet se elviselni, se
kimondani.”*

/Pilinszky J.- B.I. kisasszony/

Bevezetés

A BNO kódrendszerében – amelyet az egészségügyben alkalmaznak a betegségek nemzetközi osztályozására – X60-tól X84-ig jelölik a szándékos önártalmak különböző formáit. Ezek között az öngyilkosság elkövetésére alkalmas eszközök széles tárháza megtalálható az akasztástól az alkoholon át a különféle lőfegyverekig.¹ Azért használtam szándékosan a kódokat, mert azt gondolom, ez egyszerre fejezi ki a medikális szemléletet, amely tapasztalataim szerint gyakran megjelenik a gyakorlatban az önsértő magatartásokkal kapcsolatban, illetve annak tabuságát, és a háttérben sokszor megbúvó traumák kimondatlanságát, kimondhatatlanságát. Magában foglalja az eszközök sokfélesége mellett a lélektelennek tűnő kódok mögött rejlő nagyon is személyes sorsok sokféleségét is. Felfedezőként eredtem ennek a viszonylag kis esetszámú, nehezen felderíthető csoportnak a nyomába, és kezdetben nem is igazán tudtam, hogy a kórház falain túl merre keressem azokat az intézményeket, ahol megjelenik ez a probléma. Mindezt pedig szociális munkás szemmel tettem, hogy is tehettem volna másként? Ki akartam nyúlni a kórház medikális szemlélete behatárolta falakon túlra, hogy felleljem azokat a pontokat, ahol szociális munkásként – a kompetencia-határok szem előtt tartásával – nekem is feladatomban lehet az öngyilkosság prevenciójában, intervenciójában. A fókusz pedig a serdülő korosztályra irányult, főként abból adódóan, hogy ebben az életszakaszban a legmagasabb az öngyilkosságok elkövetésének és az önsértő magatartásoknak az előfordulása. Azon gyakorlati tapasztalat birtokában kezdtem meg a témát árnyaltan feltárni, hogy a viszonylag rövid kórházi tartózkodás után a serdülők – és családjuk – kezükben a zárójelentéssel sokszor nem, vagy nehézségek árán tudnak hozzájutni a szükséges további terápiás ellátásokhoz. Ennek okai lehetnek: a szakemberhiány okozta ellátási deficit, amelynek súlyosságát fokozza a csaknem minden területen érzékelhető területi egyenlőtlenség; valamint mivel az ezzel a problémával érintett serdülők gyakran több szempontból is terhelt családokban élnek, ezért feltételezem a szülők nem mindig képesek megszerezni számukra az ellátást, vagy nem is érzik ennek szükségességét.

Jelen tanulmány alapjául az Eötvös Loránd Tudományegyetem Szociális Munka (BA) szakán 2017-ben Rác Andrea témavezetésével készült szakdolgozat szolgál.

¹ <http://www.orvosok.hu/bno-kod-kereso/V01-Y98> (Utolsó letöltés: 2017.10.13.)

A szakirodalmi áttekintéssel igyekeztem közelebb kerülni az öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet és az ezidáig hazánkban kevésbé kutatott önsértések megértéséhez, illetve ahhoz, hogy miért kiemelt jelentőségű ebben a problémakörben a serdülőkor életszakasza, továbbá a bemutatott prevenciók lehetőségeivel elméleti háttérrel nyújtani az interjúalanyok gyakorlati tapasztalataihoz.

1. *“Ezek a mai fiatalok!”*

Azt gondolom, nem én vagyok az egyetlen, aki rendszeresen hallja idősebb generációk szájából a címben szereplő mondatot, amikor mondjuk, egy fiatal nem adja át a helyét a tömegközlekedési eszközön, vagy túl hangosan hallgatja a zenét stb. Olyan átéléssel tudják ezt mondani, mintha tényleg értenék a mai fiatalok életét, de vajon valóban így van? Tágabb kontextusból indítva a tanulmányt, röviden összefoglalom, mit is lehet és érdemes tudni a „mai fiatalok”-ról, hogy valódi ismeretek birtokában jelenthessük ki: ezek a mai fiatalok.

Az ifjúsági korszakváltás során a fiatalok életmódja és a társadalomban elfoglalt helyük, szerepük nagymértékben megváltozott. A posztindusztriális társadalmakban a szakképzetlen munkaerővel szemben megnövekedett a képzett munkaerő iránti kereslet, amely az iskolai életút egyre hosszabbá válását idézte elő, ezáltal pedig az ifjúsági életszakasz kitolódását és önálló szakasszá válását eredményezte. Mindez a fiatalok szabadidő eltöltésében is változásokat hozott: tevékenységeik kikerülnek a családi, iskolai, és egyéb ifjúsági intézmények köréből és áttevődnek a szolgáltató ipar őket célzó központjaira. A fogyasztói társadalom tehát arra sarkallja a fiatalokat, hogy minél korábban vegyék ki a részüket a fogyasztásból. Ezzel szemben a munka világában egyre később találják meg a helyüket. Így a szüleiknél látott lineáris életút minták teljesen irrelevánssá váltak a fiatalok számára, amely növelte a generációk közötti szakadékot. Az ő életeseeményeik flexibilissé váltak, és a tanulás, munka, családalapítás hármasa egymásba csúszhat, felcserélődhet, váltakozhat (Gábor, Jancsák, 2006).

E változásokat kiválóan szemlélteti a legfrissebb ifjúságkutatás (Bauer és mtsai., 2016), mely eredményei szerint napjainkban a fiatalok – 15-29 év közöttiek – a felnőtté válásról azt gondolják, kevésbé az életkor függvénye- csupán a megkérdezettek csupán 3%-a vélekedik így. Sokkal inkább olyan életeseemények határozzák meg azt, mint az önálló döntések hozása (64%), a munkavállalás (58%), a gyermekvállalás (52%), a házasság kötés (50%), a szülőktől való elköltözés (30%). A megkérdezettek 68% tartja magát felnőttnek, 56%-a fejezte be a tanulmányait, 37%-uk vesz részt valamilyen képzésben, és a válaszadók fele dolgozik. Mindössze 24%-a költözött el a szülői háztól, 10%-uk házas és 16%-uk él együtt az élettársával. Gyermekvállalás tekintetében sem mutatnak kimagasló eredményeket a fiatalok, 14 százalékuknak születetett gyermeke, és a

gyermektelenek 48%-ának van csak elképzelése arról, hogy a jövőben mikor szeretne gyermeket vállalni: 28 évesen. Ezek alapján a kutatásba bevont fiatalok jelentős hányada az önmaguk által felsorolt szempontok szerint nem tekinthető felnőtteknek.

Szabadidős tevékenységeikben kiugróan magas arányban jelennek meg a „képernyős elfoglaltságok” a hétköznapiakban 72%-uk tévét néz, 70% internetezik, számítógépezik, 56% pedig facebookozik vagy chatel. Így nem meglepőek az infokommunikációs eszközök ellátottságát mutató számok sem. A fiatalok 85%-ának van számítógépe otthon, 87 százalékuk pedig internet-hozzáférése is hozzá. Az okostelefonok jelenléte hasonló eredményeket mutatnak: a válaszadók 85%-a rendelkezik eszközzel, míg internet előfizetéssel 70%-uk. Ily módon feltételezhető az online aktivitás magas aránya is: a fiatalok 88%-a napi internethasználó, negyedük pedig folyamatosan elérhető az online térben. Mindezen mutatók egészen hasonlóan oszlanak meg területileg és iskolai végzettség tekintetében: a nyugati és központi régiók felülreprezentálnak, míg az Észak-Alföld, Észak-Magyarország térsége elmarad az átlagtól; az iskolai végzettség emelkedésével javul az ellátottság és hozzáférés helyzete, de a választóvonal az alap- és középfokú végzettségeik között húzható meg leginkább.

A közösségi oldalak – mely alapvetően és elsősorban a Facebookot jelenti – jelentősége kiemelkedő, a megkérdezettek 80%-a használja naponta - leginkább szórakozásra és információszerzésre (Bauer és mtsai., 2016).

Az adatokból következően jól látszik az infokommunikációs eszközök, és az online jelenlét egyre erősödő térhódítása, amely mindenképpen figyelemre méltó, valamint gondolkodásra ad okot a különböző szakemberek számára a fiatalokkal való kapcsolódás, információ átadás, megszólítás, segítségnyújtás tekintetében.

Jóllehet a kutatás által vizsgált korosztály életkora nem egyezik teljes mértékben az általam vizsgált serdülőkével, azonban mivel ilyen átfogó felmérés ezt a korosztályt érintően nem készült, ezért használtam fel ennek adatait arra, hogy röviden szemléltessem, hogyan is vannak jelen a fiatalok ma a világban. Jellemzőiket tekintve, mint például a szabadidős tevékenységeik, azt gondolom, egészen hasonlóak, illetve napjainkban, amikor a tankötelezettség korhatára 16 év, még inkább összekuszálódhat a felnőtté válás folyamatában a tanulás, munkavállalás, családalapítás hármasa, ezért nem is lehet már olyan élesen meghúzni a határt a serdülők és a fiatal felnőttek között.

2. Az öngyilkosság fogalmi keretei

Öngyilkosságot követ el az, aki saját maga vet véget életének, melyhez három feltétel kapcsolódik. Az egyik a halál okozásának tudatos szándéka – ez teszi kizárólag emberhez kötötté az öngyilkosság műfaját. A második a módszer kitalálása, tervezése, a harmadik pedig ennek megvalósítása. Az öngyilkossághoz szorosan kapcsolódó fogalmak még az öngyilkossági kísérlet, amely esetben az utolsó kritérium, azaz a halál nem következik be. Ennek okai a következők lehetnek: a halál vágya nem elég erős vagy egyértelmű; a módszer nem kellően „hatékony”; a szuicid cselekmény inadekvát; még a halál beállta előtt hatásos segítséghez jut (Buda, 1997).

Ugyanakkor ennek ellenkezője is előfordulhat, amikor az öngyilkossági kísérlet vagy az önsértő magatartás mintegy véletlenül, akaratlanul végződik mégis halállal. Halál esetén azonban már nem használatosak – azok minősítő jellege miatt – a sikeres vagy eredményes jelzők, amelyek korábban nemcsak a közbeszédben, de a szakirodalomban is teljes természetességgel voltak használatosak.

További fogalmak a szándékos önkárosítás – mely azonban inkább csak az angolszász országokban használatos, például a halálvágytól független nagy mennyiségű gyógyszer bevitelre, vagy a halállal nem végződő, de szuicid indíttatású cselekedetekre –, az önsértés, az önsértő magatartás, az öngyilkos magatartás. Ezek azonban nem annyira egyértelműen definiálhatók és szétválaszthatók. Az *önsértésnek*, melynek célja a feszültségoldás, s nem a halál okozása, végkimenetele is lehet halál, ha olyan súlyosságú a módszer – pl. falcolás, ami mélyebbre ment, ollót a combba vágva artériát ér. Az *önkárosító magatartások*, mint az alkohol-drogfogyasztás, evészavarok, szintén nem okoznak közvetlenül halált és nincs mögöttük tudatos indíték, mégis található olyan esetek, amikor egy rosszul számított dózis stb. miatt a végkifejlete halál, és utólag nehéz megállapítani, hogy a szándékos önkezdés volt-e az okozója. Mindemellett az öngyilkos cselekedetek gyakran alkoholos vagy egyéb tudatmódosító szerek hatása alatt zajlanak, így ezen esetekben is problémás lehet a tudatosság, illetve a szándék feltárása (Csorba, 2010).

Továbbá, bár a sikeres, eredményes öngyilkossághoz hasonlóan letűnőben van már, de még nyomokban fellelhető a *paraszuicidum* fogalma, mely a cry for help és a preszuicidális szindróma elméleteinek megjelenésével párhuzamosan kopott ki, s azokra az esetekre használták, amikor a tudatos szándék nem volt egyértelmű az öngyilkosság hátterében. Ezeket a fenyegetőzéseket, fantáziálásokat, kísérletezéseket ily módon nem is kezelték kellő komolysággal (Csorba, 2010).

Egy 2015-ös hazai tanulmány azonban felhívja a figyelmet a *nem-szuicidális önsértés* – non-suicidal self injury, rövidítve NSSI – jelentőségére, amely a nemzetközihez képest hazánkban kevésbé kutatott jelenség, így erre „*nincs általánosan elfogadott kifejezésünk*” (Horváth és mtsai., 2015) sem. A

fontosságát mutatja az is, hogy bár csak a további tanulmányozásra érdemes részbe, de bekerült a DSM-5-be², mint önálló kategória.

A 20. században a nemzetközi szakirodalomban olyan kifejezések voltak használatosak, mint a – már említett – *paraszuicidum*, *lokalizált öndestrukción*, *önconkítás*, *szándékos önkárosítás szindróma*, míg hazánkban ezek mellett a *falcolás*, *csuklómetszés/vágás*, *önvagdosás*, *önkarcolás* kifejezéseket használták, bár egyik sem fedte le a maga komplexitásában a jelenséget. A szerzők szemléletváltóként mutatják be Favazza és Simeon 2001-es munkájában megjelenő *önsértő magatartás (self-injurious behaviors, SIB)* kifejezést a jelenségre, amelybe ők minden olyan viselkedést beleértene, amelyek kulturális kontextusba nem illeszkedően a saját test károsodását okozzák tudatosan és direkt módon a halál szándéka nélkül. Ezt követően napjainkig a nemzetközi szakirodalomban a fent említett NSSI terjedt el leginkább (Horváth és mtsai., 2015:14-17). Annak ellenére, hogy a definíció hangsúlyozza a halálvágy hiányát, szoros összefüggést mutat az öngyilkos magatartással: normál populációban 50%, klinikai mintán közel 70% az együttjárás aránya (Horváth és mtsai., 2015:20). Ennek magyarázatára több elmélet is született. Az egyik szerint az NSSI folyamata során a személy megszokja az ezzel járó fájdalmat és a hozzákapcsolódó félelmeket, amelyek visszatartó erők lehetnek az öngyilkossági kísérlettel szemben. Más elmélet azt hangsúlyozza, hogy a két jelenség háttérében ugyanazon pszichiátriai betegségek állhatnak, s ez a kiváltója az öndestrukciónak. A szerzők kiemelik, hogy a legegységesebb rizikófaktora az öngyilkosságnak az azt megelőző NSSI cselekedetek száma (Horváth és mtsai., 2015:20).

Az öngyilkossági kísérletek megértése, elemzése, kutatásokba való bevonása már az 1960-as évek végén felmerült igényként, amikor elterjedt az a felfogás, – a kutatási eredmények következményeként – hogy a befejezett öngyilkosságok csak a jéghegy csúcsát képezik ebben a jelenségkörben. Még ha összetettsége, mélylélektani értelmezési keretei miatt nem is terjedt el a kutatási gyakorlatban, Shneidman 1968-ban négy fő kategóriába és azon belül is tizenöt alkategóriába sorolta az öngyilkossági kísérleteket. Az elkövető halálhoz való viszonya alapján szándékos, félig szándékos, akaratlan és szándékellenes osztályokat hozott létre (Buda, 1997).

Tehát az öngyilkosság meghatározása, kritériumokkal való alátámasztása sokszor korlátokba ütközik, annak ellenére, hogy egyértelmű keretek között mozognak tűnhet első ránézésre, ha csak azt nézzük, hogy akkor történik szuicidum, ha az egyén önkézüleg, a saját elhatározásából vet véget az életének. Az élet, a gyakorlat, ahogy általában, most is árnyalja ezt az egyszerűnek tűnő képet, és ugyanez mondható el a hozzá szorosan kötődő fogalmakról is – olyannyira, hogy

² A DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – az Amerikai Pszichiátriai Egyesület által szerkesztett kézikönyv, mely a mentális betegségek diagnosztikáját segíti elő oly módon, hogy kategorizálja az egyes zavarokat lehetséges tüneteik alapján és kóddal látja el azokat. Ennek a kézikönyvnek a legújabb kiadása a „DSM-5 a diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve”.

Magyarországon statisztikai vonatkozásban sem válnak el egymástól a fogalmak, nincsen külön statisztika az önsértő magatartásokról. Amennyire az öngyilkosság definíciója, az azt magyarázó elméletek is ennyire sokszínűek.

A *biológiai* megközelítésben az örökletes tényezők kerülnek előtérbe, az eredmények azonban ambivalensek. Levin például azt állította, kapcsolat áll fenn a szerotonin szint és az öngyilkosság között, ugyanis az azt elkövetők agyában kevesebb szerotonin metabolitot találtak, mint a kontroll csoport személyei között. Ezt az állítást azonban négy évvel később Blanchard cáfolta, szerinte ugyanis a szuicidumot elkövetőknek csupán mintegy harminc százalékára lehet érvényes ez az állítás (Bakó, 1992).

Az *evolúciós* nézőpont egyik képviselője, Catanzaro szerint, a gének mutálódása, újabb és újabb kombinációi révén egy patológiásnak ítélt folyamat során jönnek létre a túléléshez nem alkalmazkodó egyének. Az elmélet szerint evolúciós szempontból rendellenes jelenség az öngyilkosság, annak szándékos és tudatos túlélésellenes jellege miatt. Szerintük a normális genotípus mindenekelőtt adaptív, és nem csak fizikai értelemben nyújt védelmet a káros hatásokkal szemben, de a psziché oldaláról is, így a stresszhatások tekintetében is. Úgy gondolják, a szokványostól kimagaslóan eltérő ártalmak szükségesek ahhoz, hogy egy normális, az alkalmazkodásra képes génállománnyal rendelkező személy az öngyilkossághoz folyamodjék. Wenz ezt a képet azzal árnyalja, hogy „*ha van is genetikus diszpozíció az öngyilkosságra, ezt módosíthatja a kultúra*” (Bakó, 1992:33). Ezt erősíti meg Skinner is azzal az állításával, mely szerint az öngyilkosságot a kulturális és a tanult tényezők határozzák meg (Bakó, 1992).

A *szociológia* is górcső alá vette az öngyilkosság kérdéskörét. Durkheim 1897-ben publikált *Az öngyilkosság* című kötetében statisztikai adatokkal alátámasztva arra a következtetésre jutott, hogy a korszak elméleteivel ellentétben sem a faji tényezők, sem az utánpótlás, sem pszichopatológiák nem lehetnek elsődleges okai az öngyilkos cselekedeteknek. Úgy gondolta, a társadalmi integráció hiánya, zavara manifesztálódik a szuicidumokban. Durkheim ez alapján három kategóriába sorolta az öngyilkosságokat. Egoista öngyilkosságról beszél akkor, amikor a társadalom integráltsága, az egyének közösségbe tagoltsága fellazul és az individualista szempontokat előtérbe helyezve csak az egyéni célok elérésére törekszenek a társadalom tagjai. Így eltűnik az az emberi kötelék, védőháló, amely segíthetné az egyes egyének túlélését. Ennek ellentéte az altruista öngyilkosság, amely akkor következik be, ha a társadalom integráltsága – talán túlságosan is – erős, és a konformizmus megköveteli, hogy adott helyzetben és körülmények között lévők erre az útra lépjenek. A harmadik az anómiás öngyilkosság kategóriája, melyet a gazdasági válságok idején történő szuicidumok statisztikájára építve mond ki, „*ha a társadalmi valóság erősen eltér az egyén vágyaitól, elvárásaitól, az egyén az öngyilkosságra hajlamosabbá válik*” (Bakó, 1992:36).

A *szocializációs* elméletek a család és más társas környezet hatásait vizsgálják, amelyek szerepet játszhatnak az öngyilkos cselekedetek létrejöttében, és mint elsődleges szocializációs színtér a család kerül a fókuszba. Ezzel kapcsolatban egyrészt olyan családi eseményeket lehet vizsgálni, amelyek az öngyilkosságot elkövetők anamnézisében fellelhetők (mint pl. a gyermekkorban elvesztett szülő(k), válás, szülők közti konfliktusok). Másfelől Ringel már 1953-ban arra a megállapításra jutott, hogy azokban a családokban, ahol a gyermek valamely családtag, rokon öngyilkosságát – ha nem is közvetlenül – de megtapasztalta, ott ez, mint lehetséges megoldási mód rögzül. Ez a modellkövetés pedig nem csak a szűken vagy akár tágan vett családi körre igaz, hanem egy tágabb közösség vagy falu esetére is érvényes lehet (Bakó, 1992).

A *kommunikációt* előtérbe helyező megközelítések értelmezhetőek a később kialakult cry for help elmélet előfutáraitaként is. Az öngyilkosságra egyfajta kommunikációs formaként tekintenek, melynek célja annak az üzenetnek az átadása az elkövető környezete számára, hogy a fennálló körülmények között nem képes működni és segítséget remél. Tehát úgy gondolják, a hangsúly nem a halálon van, hanem ezen az üzeneten, mely, ha nem is a megszokott, adaptív formában, de a változás, a megoldás irányába tett lépésként értelmezhető. Mindezt azokra a statisztikákra alapozzák, melyekből kiderül, hogy az elkövetők 40-60 százaléka az öngyilkosságot megelőző egy évben (más kutatások szerint egy hónappal korábban) járt valamilyen szakembernél (Bakó, 1992).

A *pszichodinamikus* elméletek szakirodalma még az előzőekénél is széleskörűbb, ezért csak Freud elméletét villantanám fel – pusztán abból az igényből, hogy ne menjek el szó nélkül ezen teóriák mellett sem. Az 1916-ban megjelent *Gyász és melankólia* című művében fejtette ki pszichoanalitikus elméletét az öngyilkosság mechanizmusát illetően. Úgy tekint az öngyilkosságra, mint egy gyűlöleti reakcióra, és minél inkább legátolja a személy a kifelé irányuló agresszióját, annál inkább nő az autoagresszív cselekmény. Az agresszív készítés pedig abból táplálkozik, hogy van egy személy az elkövető életében, akinek a szeretetét elvesztette, és vele azonosítva magát fordul önmaga ellen. Így szimbolikusan megöli ezt a személyt is, ily módon „minden öngyilkosság gyilkosság is egyben” (Bakó, 1992:47).

3. A serdülőkori életszakasz jellemzői

Ebben a fejezetben arra szeretnék rávilágítani az életszakasz bemutatásával, hogy miért veszélyeztetettebbek a serdülők az önsértő magatartások különböző formáival szemben.

A személyiség fejlődés ezen szakaszában egyszerre kell megküzdniük a serdülőknek biológiai-testi, pszichés és pszichoszociális változásokkal, amelyek legtöbbször nem egy időben és párhuzamosan mennek végbe (Kulcsár, 2005:36). Megváltozik a testük mérete és formája,

kialakulnak a nemi jellegek, megjelenik a szexuális érdeklődés, mindeközben fennáll a pályaválasztás döntésének terhe; a kortárskapcsolatok fokozódó szerepe és hatása; a párkapcsolat kialakításának nyomása; a szülőkről való leválás és az önállósodás igénye a családi kapcsolatokban konfliktusokkal terhelte teszi ezt az időszakot (Fábián, 2009:98). Mindezek természetes, ámde nem könnyű velejárái ennek az életszakasznak, amely minden ember számára krízishelyzeteket okozhatnak. Erik Erikson pszichoszociális fejlődélméletében, melyben a személyiség egy életen át tartó kríziseken keresztül végbe menő fejlődését írja le, a serdülőkor krízisének kimenetele az identitás vagy szerepdiffúzió lehet. „*A serdülők egyfajta személyes identitást alakítanak ki a társas csoport részeként, vagy összezavarodnak abban a tekintetben, hogy kik ők, és mit akarnak az életben.*” (Cole és Cole, 1997:395) Az identitás eléréséhez a korábbi négy fejlődési krízist kell a serdülőknak újra feldolgozniuk.

Elsőként a csecsemőkorban felmerülő bizalom megalapozása kerül újra terítékre, amely megjelenik mind a baráti, szerelmi kapcsolatok kialakításakor, mind az ideológiai, vallási, politikai eszmék melletti elköteleződések esetén. A csecsemőkor végén megjelenő autonómia kérdése a szülőkről való leválás időszakában, az önálló döntések meghozatalával kerül középpontba a serdülő életében. A kisgyermekkor kezdeményezés igénye szintén újra előkerül, de itt most már a saját életcélok és vágyak kijelölését jelenti. Végezetül pedig az iskoláskor elérésével a teljesítmény igénye nem korlátozódik az iskolai feladatok teljesítésére, hanem minden olyan területen megjelenik a serdülő életében, ahol a céljai eléréséért dolgozik (Kulcsár, 2005:21).

Ezek alapján látható, hogy a fejlődésnek ez a szakaza jelenti talán a legnagyobb kihívást az életben, és nagyban meghatározza a továbblépés kimenetelét a korábbi szakaszok kríziseinek megoldásának minősége.

4. Serdülőkori öngyilkosság a statisztika tükrében

Jellemzően ott, ahol magas a felnőtt öngyilkossági arány, a fiatalok (15-29 évesek) is magas lesz, de globálisan nézve a serdülő korosztályból átlagosan 1-6 haláleset jut százezer lakosra (Csorba, 2010). Magyarországon a százezer megfelelő korú lakosra jutó öngyilkosságok száma 2014-ben a 7-14 évesek esetében 0,3; nemenkénti megoszlása: fiúk 0,5; lányok 0,0; a 15-19 éves korcsoportban összesen 4,3; nemeként pedig fiúk 7,3 - lányok 1,2; 20-24 évesek körében összesen 9,1; fiúk 16,2 – lányok 1,6. Ebből látható, hogy az életkor előrehaladtával emelkedik a halállal végződő öngyilkosságok száma mindkét nem esetében, ugyanakkor a fiúk minden korosztályban megelőzik a lányokat. Ez azonban nemcsak a serdülőkorra és hazánkban jellemző, hanem

globálisan minden korosztályra jellemző az, hogy bár a férfiaknál kevesebb a kísérlet, de több a befejezett és az agresszívabb, durvább módszerű öngyilkosság, amelyek esetében kevésbé van esély arra, hogy ha időben észreveszik visszafordítható a cselekedet. A lányok esetében azonban sokkal magasabb a kísérletek száma, bár a statisztika egyelőre csak a befejezett szuicidumokat méri. Az 1980-as évektől kezdődően csökken az öngyilkosságok száma minden korosztályban (KSH, 2015).

5. A serdülőkori öngyilkosság

„Mintha még az utolsó pillanatban el kellene dönteniük: kívánják-e lélni életüket, vagy nem.” (Vikár, 1999:127.)

Vikár (1999) könyvében a serdülőkori öngyilkosság hátterében meghúzódó okok tárgyalásakor alapul vette a korábban említett preszuicidális szindróma elméletét, mely Ringel nevéhez fűződik. Úgy gondolta, hogy ez az öngyilkosságot megelőző időszak, melyet három összetevő alkot, minden szuicidum, vagy annak kísérlete esetében megfigyelhető. Az „öngyilkossági triászt” a tudat fokozódó dinamikus beszűkülése, a kifelé irányuló agresszió gátja, az öngyilkos fantáziákba való menekülés alkotják. Ringel azonban kiemeli, hogy ezek sohasem önmagukban, hanem egymással összefüggésben értelmezhetők csak, és együttes jelenlétük az, ami figyelemfelkeltő (Bakó,1992). Ez a tünetegyüttes erősen depresszív színezetű: a beszűkülés jelenti egyszerre a tudat szűkülését és a környezettel való kapcsolat szűkülését is, a veszélyeztetett személy számára az énré egyre nagyobb hangsúly helyeződik az elszigetelődés miatt, mely lehetetlenné teszi az agresszió külső levezetését, így az elhárító mechanizmusok közül az önmaga ellen irányuló agresszió kerül előtérbe (Bakó, 1992). A serdülő életkor pedig hajlamosíthat a depresszióra a maga átmeneti, bizonytalanságokkal teli időszakában, melyet lényegesen meghatároz a gyermekkor milyensége. Például különösen nehéz elszakadni a gyermekkortól, ha az abban az időszakban szükséges szeretetet nem kapta meg valaki (Vikár, 1999).

A serdülőkorban elkövetett öngyilkosság megértéséhez Vikár (1999) visszanyúl Durkheim – már korábban felvázolt – kategóriáihoz, mely kiválóan illik a kamaszok sajátos jellemzőire. A serdülő már nem gyerek – még nem felnőtt. A szülőktől elszakadó, de önmagára és a saját közegére még rá nem találó életszakasz tökéletes utat biztosít számukra a durkheimi egoista öngyilkosság felé, mely a társadalom atomizálódása révén magára maradottság okán létrejövő szuicidum. A szülei és a társadalom értékeit, normáit, határait megkérdőjelező, feszegető serdülők ezzel a vonásukkal az anómiás öngyilkosság felé tarthatnak, ha a szakadék a társadalmi

valóság és az általuk vágyott között elviselhetetlenné válik. Az altruista öngyilkosság szempontjából pedig azáltal sérülékenyebbek a kamaszok más korcsoportokkal szemben, hogy az önmaguk, értékei, világnézetei keresése közepette képesek lehetnek akár szuicidumot is elkövetni valamely eszméért.

Ha nem Durkheim szociológiai megközelítésével élünk, milyen magyarázatok találhatók még az ifjúkorban elkövetett öngyilkosságok és kísérletek jelenségére, amely – a kutatók egybehangzó állítása szerint – a pubertás kezdetétől „hirtelen megemelkedik és a fiatal felnőttkor végéig lassabb ütemben, de folyamatosan tovább emelkedik” (Csorba, 2010)? Sőt ebben az életkorban a balesetből adódó halálozást is megelőzi. Én téma felvetésem szempontjából és a dolgozat keretei miatt röviden csak a család szerepét emelem ki. Csorba (2010) kijelenti az általa vizsgált szakirodalmak, kutatások alapján, hogy az egyik legfontosabb tényezője a serdülők veszélyeztetettségének, ha a családban korábban már előfordult öngyilkosság vagy annak kísérlete. Erről korábban a szocializációs elméleteknél már esett szó, ez egyrészt modellkövetésből adódik, másrészt a családtag szuicid tartalmú rendszeres kijelentései, fenyegetései hatással vannak a serdülőkre, jelentőséget tulajdonítanak neki. Emellett kiemelendő családi rizikótényezők még a szülő elvesztése, elvált szülők, diszfunkcionális, maladaptív, konfliktusterhelt családok; szülők nevelési attitűdje tekintetében apa hideg-büntető, anya rideg-elutasító nevelési stílusa, elhanyagoló gondoskodás, gyermek fizikális, szexuális bántalmazása, szülő(k) pszichiátriai betegsége (Csorba, 2010:22-25).

Az öngyilkosság témaköréhez kapcsolódó terminológia, a cselekmény megértéséhez közelebb vivő elméletek és a serdülőkorosztály e szempontból való sérülékenységének áttekintése után a következőkben olyan kezdeményezéseket és kutatásokat mutatok be, amelyek célja, hogy időben felismerve a jeleket, adekvát segítséget tudjon nyújtani a depresszióval, öngyilkossági gondolatokkal küzdőknek, valamint kiemelek néhány mindezen tudásokon alapuló lehetséges megelőzési módszert.

6. Prevenációs lehetőségek, eszközök

Magyarország 2005-ben a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének képviselével kapcsolódott be az uniós finanszírozással működtetett Európai Szövetség a depresszió ellen (European Alliance Against Depression – EAAD) nemzetközi népegészségügyi programjába, melynek tagjai hazánk mellett Németország, Írország, Portugália, Anglia, Észtország, Belgium,

Ausztria, Finnország, Franciaország, Görögország, Izland, Skócia, Szlovénia, Spanyolország, Olaszország (Csépe, 2007).

A projekt a „Nürnbergi Szövetség a Depresszió Ellen programjának” tapasztalataira épülve – a következőkben ismertetett – négy szintű modellt alkalmazza azzal a céllal, hogy csökkentse a depresszió kezelésének hiányosságait és növelje a korai felismerések számát. Továbbá információt szolgáltatson a depresszió kezeléséről, csökkentse a betegséggel kapcsolatos stigmatizációt.

1. *Együttműködés a háziorvosokkal, pszichiáterekkel, pszichológusokkal:* ennek keretében képzéseket tartottak házi orvosok részére a depresszió felismeréséről, valamint egy videó anyagot is kaptak, melyet továbbíthatnak betegek számára, ezzel segítve a tájékoztatást.
2. *Nyilvános kampány,* mely során edukációs céllal plakátok, szórólapok, tájékoztató füzetek, honlap, moziban levetített társadalmi célú reklám készült, melyek segítségével igyekeztek minél szélesebb körhöz eljuttatni az információkat.
3. *Együttműködés, képzés az információk lehetséges közvetítőivel,* akik az ún. kapuőr szerepében közvetlen kapcsolatban állhatnak a veszélyeztetett csoportokkal úgy, mint pedagógusok, védőnők, lelkisegély szolgálatok munkatársai, rendőrök, pszichológusok, szociális munkások, lelkészek, gyógyszerészek.
4. *Veszélyeztetett csoportok,* illetve öngyilkosságot már megkísérelt személyek számára egy „életmentő kártyát” adnak, amelyen olyan szolgáltatások elérhetőségei szerepelnek, ahol bármikor segítséget kaphatnak (Csépe, 2007:21-24).

Az EAAD négy szintű programját Magyarországon elsőként Szolnokon és a szolnoki kistérségben hajtották végre, kontroll-régióként Cegléd és kistérsége szolgált. Eredményeik meghozták a várakozásokat, ugyanis az előző kilenc év átlagához képest 2005-ben 57%-kal csökkent az öngyilkosságok száma. Tényleges adatok tekintetében azt láthatjuk, hogy a program elindulása előtti évben, 2004-ben 30.1 százalékre volt Szolnok öngyilkossági mutatója, amely a program első évében 13.1 százalékre csökkent. Különösen látványos javulás a férfiak esetében volt tapasztalható: a programot megelőző 45 százalékról 2005-re több, mint felére 20 százalékre csökkent az öngyilkosságok aránya, a csökkenő tendencia pedig a program végeztével is fennmaradt. Ezeket az eredményeket támasztja alá az is, hogy a lelkisegély telefonszolgáltatókhoz beérkező hívások száma nőtt, főképp a férfiak esetében, nőtt a pszichiátriai gondozókat depressziós tünetekkel felkeresők száma is. Ennek okát a Munkacsoport abban látja, hogy a háziorvosok – a képzések, edukációs célú szóróanyagok által – több alkalommal ismerték fel a depressziós tüneteket. A program sikerességéhez továbbá hozzájárult a helyi segítő szakemberek

közötti együttműködés javítása, valamint a depresszió és öngyilkosság destigmatizációja irányába tett lépések.³

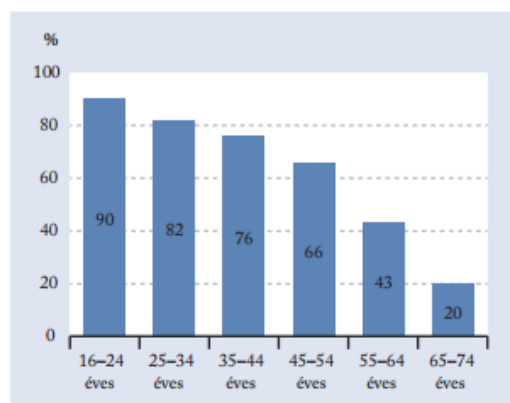
A program sikeressége adta meg a következő projekt – amely az Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe, rövidítve OSPI nevet viseli – elindításának alapját, mely szintén uniós forrásokból jöhetett létre. A közösségi alapú megelőzési program követi az EAAD négy szintből álló módszerét, kiegészítve egy újabb szinttel, ahol a cél „a halálos eszközök” elleni küzdelem, melynek során feltérképezték az öngyilkosság szempontjából kockázatosnak tekinthető helyszíneket, eszközöket a vizsgált térségben, és ajánlásokat fogalmaznak meg arra vonatkozóan, hogyan lehetne megakadályozni az öngyilkosságok elkövetését. A projekt 2010. januárjától 18 hónapon át zajlott Miskolcon, ennek eredményeiről azonban már nem találtam beszámolót, ahogyan további programok indulásáról sem.⁴

Azért tartottam fontosnak bemutatni az EAAD és az OSPI programokat, mert ezek voltak az általam fellelt egyetlen mintái annak, hogy bármilyen szervezett, kutatási alapokon nyugvó, tudományosan kidolgozott módszerekkel operáló program működne – vagyis csak működött – hazánkban.

Én a saját érdeklődésem és az interjúkból a számomra levonható következtetések miatt is az internet szerepét, az iskolai szociális munkát és a telefonos lelkisegély- szolgáltatásokat emelem ki, mint a prevenció lehetséges területeit.

6.1. Internet szerepe a prevenció területén

Bár a magyar háztartások internettel való ellátottsága kis mértékben elmarad az európai uniós átlagtól, de hazai viszonylatban folyamatos emelkedést mutat. 2015-ben hazánk háztartásainak 76%-a rendelkezett internet hozzáféréssel, mely 7 százalékponttal alacsonyabb az uniós átlag eredményénél. Hazánkban az emberek 63 százaléka napi rendszerességgel internetezik 2015-ben. Várakozásaimnak megfelelően a fiatalok nagyobb mértékben, mint az idősebb korosztály. Ahogyan az ábrán (KSH, 2016: 86) is jól látszik – bár a legalacsonyabb korcsoportot, azt gondolom jóval 16 év alatt kellene már meghatározni – a 16-24



1. ábra Napi rendszerességgel internetezők aránya korcsoportok szerint, 2015

³ OSPI bemutató füzet: Többszintű akcióprogram a depresszió
<http://depressziostop.magtud.hu/index.html> (Utolsó letöltés: .

⁴ OSPI bemutató füzet: Többszintű akcióprogram a depresszió
<http://depressziostop.magtud.hu/index.html> (Utolsó letöltés: .

éves korosztály 90%-a, a 25-34 évesek 82%-a használja napi rendszerességgel az internetet. Az életkor emelkedésével fokozatosan csökken ez az arány, amely tendencia megegyezik az Unióban tapasztaltakkal, kivéve az utolsó két korcsoportot, – 55-74 éves kor között – ahol jelentős elmaradás figyelhető meg. Tevékenységeik eloszlása pedig a következőképpen alakul: a rendszeres felhasználók 93%-a e-mailezik, míg 83%-a közösségi oldalakon böngész, 86% pedig híreket olvas (KSH, 2016).

A KSH Eurostat rendszeres internethasználók arányait elemző táblájából kiderül, – bár ez a 16 – 74 éves korcsoport egészét figyelembe véve összesít – hogy 2006-2016 között csaknem megduplázódott az internethasználók aránya: 41%-ról egy évtized alatt 78%-ra emelkedett. Ennek okán magától értetődően vetődik fel, hogy az önsértő magatartások megelőzésének színtereként vessek egy pillantást az internetre, ahol a fiatalok mind nagyobb százaléka idejük egyre nagyobb részét töltik.⁵

Erre reflektálva jelentek meg olyan chatelési lehetőségek a világhálón, – hogy csak a két legismertebbet említsem – mint a Hintalovon Alapítvány Yelon névre keresztelt oldala, amelynek célja, hogy testről, lélekről, szexualitásról tabuk nélkül lehessen beszélgetni serdülőknél felnőttekkel. A Yelon már telefonra letölthető applikációval is rendelkezik, így bárhol, bármikor elérhető a chat szolgáltatásuk.⁶ A Gyermekkrízis Alapítvány Kék Vonalnál pedig a lelkeségély telefonvonal mellett megjelent a honlapjukon keresztül írható levél, vagy a szintén itt elérhető chat szoba is.⁷ Valamint a Kék Vonallal és két amerikai alapítvánnyal karöltve – The Jed Foundation, Clinton Foundation – a Facebook is tett lépéseket az öngyilkosság megelőzés érdekében, melyre bővebben az interjúelemzés során térek ki.⁸

Fekete (2004) és munkatársai már a kilencvenes években vizsgálni kezdték a világhálón akkor még a különböző fórumok csoportjainak – ma már sokkal inkább a közösségi oldalak csoportjaira fókuszálódik az internetes interakciók jelentős része – a kommunikációját, verbális viselkedését. Az internet megjelenése merőben új kapukat nyitott meg a kutatók, a mentálhigiéné szakemberei és az önkéntes segítők számára, ugyanis egyrészt rövid időszakon belül nyerhető nagy mennyiségű, akár nemzetközi adatmennyiség, melynek szuicid vonatkozása, hogy olyan személyekről is sokat tudhatunk meg, akik nem kerülnek az intézményes ellátások látókörébe, így a kutatók számára sem elérhetőek. Másrészt a prevenció szempontjából is hasznos lehet kihasználni ezen csoportok elérését, interakcióba vonását az internet által, hiszen ez egyszerre

⁵ https://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/tab1/tin00091.html (Utolsó letöltés: 2017.10.14.)

⁶ <https://yelon.hu/>

⁷ <https://www.kek-vonal.hu/index.php/hu/>

⁸ Az együttműködés keretében készült szórólap a Mellékletekben található.

„biztosítja az intimitás, emocionális közelség lehetőségét és ugyanakkor a térbeli távolság biztonságát” (Fekete, 2004:116), s ez a körülmény kiemelt jelentőséggel bír a vizsgált csoportok számára.

Három hónapos időszakban tanulmányozták a négy csoport – szuicid, depresszív, szorongásos és normál kontrollcsoportok – összes üzenetét, melyekből feltárható volt, hogy a *„a pszichopatológia megjelenik, kifejeződik a nyelvi kommunikációban”* (Fekete, 2004:124). A tartalomelemzés során az alábbi következtetésekre jutottak, melyek közül én csak a szuicidumra vonatkozó lényeges részleteket emelem ki: a szuicid csoport viselkedése a többivel összehasonlítva kevésbé konform; írásaikban jelentős az énközpontúság, a tagadás és dichotómia, a racionalizáció ezzel szemben alacsony. További jellemzői a nagymértékű ambivalencia, öngyilkossági ideáció, a hagyományos segítőszolgáltatásokkal szembeni elutasítás, a válaszlevelek alacsony aránya, mely a kötődés és a kapcsolatteremtés nehézségeire enged következtetni; fontos elem, hogy ebben a csoportban a többihez képest kevésbé jelennek meg a segítő szolgáltatásokról szóló információk, azok elérhetőségei. Ezek mindegyike *„a szuicid folyamatot megalapozó pszichopatológiát tükrözi”* (Fekete, 2004:125). Érdekes továbbá, hogy ezek a csoportok egymástól elkülönülten saját, nyilvános, az internet jellegéből adódóan a világ bármely pontjáról elérhető honlappal rendelkeznek, ahol mindenféle dokumentumok megtalálhatók búcsúlevelektől elkezdve, a lehetséges öngyilkossági módszerek leírásain át a krízis telefonvonalak elérhetőségéig. Minthogy önálló, kialakult csoportként működnek a virtuális térben, ugyanúgy kialakul a csoportidentitás, a szabályok, a szokások rendszere, ahogyan az offline csoportok esetében is megfigyelhető. Mindhárom csoportban jelen van a tolerancia, az önsegítés elve és a pszichés problémák megosztása, azonban csak a szuicid csoportra jellemző az agresszió, amellyel a csoportot kívülről érő „támadásokra” reagálnak; az öngyilkosság megoldási eszközként való elfogadása, a személyes szabadság túlhangsúlyozása, krízishelyzetek, és olyan pszichopatológiai jellemzők, mint a borderline, nárcisztikus és hisztrionikus vonások (Fekete, 2004).

A tanulmányom szempontjából e kutatás tapasztalatainak bemutatása azért releváns, mert a témám körbejárása során olyan laikus segítőkkal is készítettem interjút, akik az öngyilkosság gondolatával foglalkozó, esetleg kísérleten átesett és/vagy önsértő fiatalokat összegyűjtő Facebook csoportokban vállalták az admin szerepét, és az általuk elmondottak illeszkedni látszanak a fentiekhez.

6.2. Telefonos lelkiségély szolgálatok

A telefonos lelkiségély szolgálatok kialakulásának története egészen 1885-ig nyúlik vissza, amikor is egy new york-i szálloda vendége sürgősen beszélni akart egy lelkésszel, azonban a portás az éjszaka közepén nem tudott elérni egyetlen lelkészt sem, és mire reggel utolértek egy baptista lelkészt, – nevezetesen Harry Warren-t – a hölgy már elkövette az öngyilkosságot. Ennek hatására alapította Warren az első telefonos lelkiségély szolgálatot (Balikó, 1990), ezt követően pedig gombamód szaporodtak a lelkiségély mellett a különböző csoportokat célzó telefonvonalak úgy, mint a gyermek és ifjúság, vagy a szenvedély betegek számára nyújtott tanácsadó szolgálatok, melyben szerepet játszott az is, hogy a telefonszolgáltatók ingyenessé tették ezeket a vonalakat (Kelemen, 2000). Majd 1964-ben megalapult a Telefonos Lelkiségélyszolgálatok Nemzetközi Szövetsége (International Federation of Telephonic Emergency Service, IFOTES), amely egységes alapelveket, célokat és módszertant dolgozott ki a hozzájuk csatlakozó nemzeti telefonszolgálatok számára. Alapelveik az állandó elérhetőség; az anonimitás, a bizalom megőrzése érdekében; a hívó személyiségének és szabadságának tiszteletben tartása; az önkéntesség; a non-profit működés; az élet, mint érték képviselője (Csépe, 2007:112). Emellett fontosnak tartom még kiemelni, a telefonszolgálatok megbízhatóságát, hogy adott időben mindig elérhetőek, így egy biztos pontot jelentenek a hívó számára.

Magyarországon 1971-ben alapították meg Debrecenben az első szolgálatot, amely rövid működés után le is állt néhány évre. Ekkor kérdéses volt, hogy mennyire tud fennmaradni ez a kezdeményezés, hiszen ha történeti kontextusban nézzük, a telefonszolgálatok elterjedését a technikai fejlődés elősegítette, azonban ilyen alapelvek mellett – anonimitás, autonóm működés, önkéntesség – a szocialista államban a hatalom birtokosai nem nézték jó szemmel létrejöttüket. Ugyanakkor az 50-es évektől a növekvő öngyilkossági ráta a politikai vezetést is nyugtalanította, így végül hazánkban is meg tudott honosodni az alacsonyküszöbű szolgáltatás ezen formája (Kelemen, 2000). Ily módon három évvel később Budapesten, '75-ben pedig Pécsen jöttek létre az első szolgálatok, majd a 80-as években egyre növekedett a számuk (Balikó, 1990). Napjainkban már 32 szolgálat működik, – ezeket a Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége (LESZ) fogja közre – amelyek az összesen nagyjából 800-900 ezer hívásból, mintegy 200-240 ezret tudnak fogadni, ezek 5-7%-a szuicid, és 20-25%-a krízis hívás. A különböző telefonszolgálatok a LESZ által deklarált feladata az öngyilkosság-megelőzés, a krízisintervenció és a mentálhigiénés prevenció.⁹

⁹ <https://www.sos116-123.hu/index.php/rolunk/bemutakozas> (Utolsó letöltés: 2017.11.03)

Miben rejlik a telefonos elsősegély szolgálat ereje a szuicid prevenció területén? Egyrészt az anonimitásnak és a láthatatlanságnak kiemelt jelentősége van, hiszen kiiktatja a hívó azon szorongását, hogy valamely külső tulajdonsága miatt ítékezzenek felette, legyen szó a bőrszínéről, testsúlyáról stb. Ily módon a klasszikus face to face segítőkapsolatokhoz képest kisebb az esélye, hogy önmagunk sztereotipizálása vagy a másik fél velünk szembeni sztereotípiái elfedjék a személyiség lényegiségét. Valamint felszabadítólag hathat a kommunikációra a testhelyzet szabad megválasztása és a szemkontaktus kontrolláló hatásának hiánya is (Kelemen, 2000). Továbbá kulcsfontosságú szerepe van a képzett ügyelőnek, aki nem lehet „*kriminalizáló, medikalizáló vagy pszichiátrixáló, nem kezelik áldozatként a hívót, s a kérdezősi stílusuk sem diagnosztizáló, hanem támogató, reményt és bizakodást keltő*” (Kelemen, 2000:11). A kontroll pedig a folyamat egésze során a hívó kezében van. Az ügyelő feladata, hogy a beszélgetés során kérdéseivel segítse megfogalmazni a hívó problémáit, érzéseinek kifejezését, elakadásainak újrafogalmazását (Kelemen, 2000:11).

6.3. Iskolai szociális munka

A következőkben az iskolai szociális munka lehetőségeire szeretném felhívni a figyelmet a serdülőkori szuicidumok megelőzése területén. Hipotézisemhez illeszkedik a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum és a Mental Disability Rights International közös kutatásának eredménye – bár ezek 2003-as adatok –, mely szerint mind a gyermekpszichiátriával foglalkozó osztályok száma, mind azok kapacitása elégtelen (Csépe, 2007). Napjainkban a gyermek-és ifjúságpszichiátriai osztályok száma mindösszesen öt, melyek meglehetősen aránytalanul oszlanak el területileg: három a fővárosban található, egy Szegeden és egy Pécsen. A szakrendelők, gondozó intézetek száma már kicsit pozitívabb képet mutat a maga 24 intézményével országszerte. 2016-os adatok szerint 82 ezer fő volt az éves betegforgalom, és 4 355 új gondozásba vett beteg volt ezekben az intézményekben.¹⁰ Ugyanez a tanulmány megállapította azt is, hogy sok esetben gyerekek terápiája kimerül a gyógyszeres kezelésben (Csépe, 2007), annak ellenére, hogy a pszichoterápiában részesülő gyerekek 79%-a könnyebben illeszkedik be újra a környezetébe (Rosenblatt, 2002, idézi Csépe, 2007:93).

Mindehhez természetesen hozzájárul az ezen a területen is jelentkező szakemberhiány. A szakorvos képzés hossza miatt lassan és kevés pszichiáter képződik, ezt tetézi a külföldön való munkavállalás problémája, illetve hogy mire szakorvossá válnának – többségében nők – éppen a

¹⁰ https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek004.html (Utolsó letöltés: 2017.11.02.)

gyermekvállalás klasszikus életkorába érkeznek, így sokszor még egy-három évet kell várnia a kórházaknak a szakorvosok érkezésére.

A gyermekpszichiátriai ellátó rendszer hiányosságai következtében úgy gondolom, mind nagyobb hangsúly kell, hogy kerüljön a megelőzésre, és annak egyéb, nem egészségügyi intézményekben való megjelenésére. Az emberi jogok a gyermekpszichiátriában tanulmány (2003) kutatásai alapján javaslatokat fogalmazott meg, melyek között szerepel a közösségi alapú pszichoszociális ellátórendszer megszervezése a pszichés problémával küzdő gyerekek és családjaik számára. Ezen belül pedig kiemelik az iskolai szociális munka szerepét, hiszen *„a 6-18 éves korosztály idejének nagy részét az iskolákban tölti el, egy sor viselkedési, érzelmi, családi, tanulási probléma legelőször ott jelentkezik”* (Gombos, 2003:40). A köznevelési törvény az egészséges életmódra nevelést is a köznevelés feladatai közé sorolja¹¹, így ennek keretén belül helyet kaphatna a szuicidprevenció is, amely Amerikában és Kanadában már évtizedek óta hivatalos része a tantervnek (Smith, 1991, idézi Csépe, 2007). Kérdés, hogy ez kinek a feladat- és kompetenciakörébe kellene tartozzon. A már korábban bemutatott EAAD program az erre speciálisan felkészített pedagógusok körébe helyezi, én azonban azt gondolom, az iskolai szociális munkás a megfelelő ismeretek birtokában hatékonyabban tudna működni ebben, hiszen egészen másként tud jelen lenni az iskolai közösség életében, a gyerekekkel lehetősége van szerepéből kifolyólag egyenrangú, partneri kapcsolatot kialakítani, amelyre a mai közoktatási miliőben a pedagógusnak talán kevésbé lehet alkalma.

Klein-Heißling és Lohaus kidolgoztak alsótagozatosok számára egy szuicidprevenációs programot, melyet indirekt módon, valójában stresszkezelési módszerek megtanításán keresztül valósítanak meg. Szerepjátékok segítségével 10 héten át 8 dupla órán ismerkednek meg a gyerekek a különböző stresszituációkkal és az arra adott reakcióikkal, melyeket tudatosítva gyakorolják be a megküzdési stratégiákat. Kutatásaik alapján elmondható, hogy azok a gyerekek, akik részt vettek a tréningen hatékonyabban küzdenek meg a stresszituációkkal, mint a kontrollcsoport tagjai (Csépe, 2007:96). Az EAAD program ajánlása szerint ez hazánkban is megvalósítható lenne a felsőtagozatokban, középiskolákban pedig kiegészülhetne a különböző tantárgyak keretén belül a téma feldolgozásával, amely a diákokkal közösen zajlana. Például biológia órán a születés mellett a halálról való beszélgetés; magyar órán Rómeó és Júlia története vagy Az ifjú Werther szenvedései (amely egyébként is elindított egy öngyilkos hullámot megjelenésekor, a modellkövetésen alapuló öngyilkosságokra ezért a Werther-hatás kifejezést használják.) Ily módon a pedagógia és a szociális munka egyaránt kivenné a részét a tágan értelmezett öngyilkosság prevencióból.

¹¹ 2011. évi CXCV. törvény https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100190.TV (Utolsó letöltés: 2017.11.02.)

7. Kórházon innen és túl

A kutatás során az volt az elsődleges célom, hogy feltárjam, hogy egy az önsértő formák bármelyikével küzdő serdülő kikkel kerülhet kapcsolatba, és ők mit tesznek, milyen eszközökkel, lehetőségekkel, módszerekkel tudnak segíteni ebben a nagyon összetett problémakörben. Mindezt azzal a fókusszal tettem, hogy milyen – ha nem is kimondottan szuicid prevenció néven tartják számon – megelőzési lehetőségek rejlnek az egészségügyi- és szociális ellátórendszerben, illetve hogy ebben a szociális munkának hol van szerepe. A gyakorlati életben gyakran szembesültem a medikális nézőpontot hangsúlyozó látásmóddal, ugyanakkor úgy hiszem, a probléma jóval sokoldalúbb annál mintsem, hogy beérjük egyetlen megközelítéssel annak értelmezésére, megoldására. Ezért a kórház falain túl jártam utána annak, hogy a különböző területen dolgozó szakemberek és laikus segítők, hol, miképpen találkoznak önsértő fiatalokkal, és hogyan dolgoznak velük.

Interjúkat készítettem két laikus segítőtől, akik Facebook csoportok adminjaiként végeznek - kimondva vagy kimondatlanul- prevenciós munkát; az egyik fővárosi kerület Családsegítő Központjának szociális munkásával, aki mentoráció keretein belül segíti a fiatalokat; egy másik kerület két szociális munkásával, akik esetmenedzserként, illetve jelzőrendszeri koordinátorként dolgoznak; egy iskolapszichológussal; az egyik lelkesegély szolgálat szakmai vezetőjével; valamint az egyik fővárosi gyermekkorház pszichiáterével, aki egyetemi szinten is kutatója a témának.

A interjúvázlatom kérdéseit sorvezetőként használtam az interjúk elkészítése során, hiszen a különböző – noha egymással, sokszor nem annyira láthatóan, de szoros összeköttetésben lévő – területeken dolgozó segítők különböző módokon kapcsolódnak az önsértő fiatalokhoz. A két laikus segítőtől értelemszerűen nem tudtam ugyanazokat kérdezni, mint egy pszichiátertől. Ugyanakkor tapasztalataikban mindannyiuknál megjelentek a válaszok arra vonatkozóan, hogy milyen hátterek jelennek meg az önsértések mögött. Ez az egész egyre nagyobb teret hódító problémakör megértéséhez visz közelebb, még akkor is, ha nem lehet általánosságokban beszélni róla, hiszen annyira egyedi ezek a történetek. Ha statisztikai kategóriákat nem is tudunk létrehozni a miértek kapcsán, fontos megérteni milyen életesemények vezetnek a különböző súlyosságú öndestruktív cselekedetekhez, mert ekkor lehet hatékonyan beavatkozni és megelőzni. Kíváncsi voltam arra, léteznek-e átfogó programok a prevenció tekintetében, és hogy hol, milyen intézményekben, milyen módszerekkel, eszközökkel, kik tudnak ebben szerepet vállalni. Feltételezem e területen – ahogy sok más esetben is – nagy ellátási hiányok vannak mind a kezelés, intervenció, mind a megelőzés tekintetében. Az érintett fiatalok ellátatlanságához hozzájárul az önsértő magatartások különböző formáinak tabusága és látenciában maradása is.

Mivel statisztikailag nem kiugróan magas problémakör a befejezett szuicidum, az önsértések számát pedig nem ismerjük pontosan, ezért kevésbé veszik komolyan ahhoz, hogy átfogó megoldási koncepciók szülessenek a kezelésére, illetve prevenciójára.

7.1. „*Safety zone*” – laikus segítők a világhálón

Ha beírjuk a Facebook keresőjébe az öngyilkosság szót, olyan csoportokkal találkozhatunk, mint „*Depresszió, öngyilkosság, vagdosás*”, „*Az Öngyilkosság Árnyékában*”, „*Öngyilkosság észzel, vagy mi...*”, „*Öngyilkosság helyett a Mennyországot választom*”, „*Csoportos Öngyilkosság*”, „*Tömeges öngyilkosság*”. Van, amelyik azt hirdeti, ha már öngyilkos leszel, tedd úgy, hogy nem veszélyeztetsz közben másokat, és olyan módszert válassz, amely meghagyja a lehetőséget a szervdonációra, hogy ezzel értelmet nyerjen a tetted. Van olyan csoport, amelyik azt hirdeti, nyugodtan kövess el öngyilkosságot, majd Isten megment. Vannak, amelyek a csoportos öngyilkosságot hirdetik. Persze jóllehet ezek némelyike nem valós oldal, vagy viccből létrehozott. Azonban rögtön kitűnik az első két csoport a felsorolásomból, amelyek viszonylag magas létszámmal működnek: egyik 315, míg a másik 181 tagot számlál.¹²

Minden Facebook csoportoknak van úgynevezett adminisztrátora, – röviden admin – illetve moderátora is. Mint ahogyan azt a Facebook súgójából megtudható az admin feladata és joga hivatalosan, hogy más tagokat beállítson adminnak vagy moderátornak, és ezeket a jogokat visszavonja tőlük; a csoport beállításait kezelje a csoport nevével kezdve az adatvédelmi beállításokig – amelynek azt gondolom, kiemelt szerepe van az olyan egyébként is sérülékeny csoportok esetében, mint amilyen az általam is tárgyalt. Továbbá a csoportba jelentkezők jóváhagyása és elutasítása; a bejegyzések jóváhagyása, elutasítása; a bejegyzések és az azokhoz fűzött hozzászólások törlése; tagok eltávolítása, kitiltása a csoportból. A moderátor is hasonló jogosultságokkal bír, de nem kezelheti a csoport beállításait, és nem nevezhet ki és vonhat vissza senkitől adminisztrátori vagy moderátori jogot.¹³ Tehát ők tekinthetők a csoportok vezetőinek és egyfajta őrzőinek, akik meghatározzák és betartatják a csoport szabályait. Persze a különböző csoportokban különböző komolysággal veszik az ezzel járó felelősséget. Az imént említett nagyobb létszámú öngyilkossági témájú csoportokat az a két laikus segítő vezeti, akikkel az elsőként bemutatásra kerülő interjúmat készítettem.

¹² <https://www.facebook.com/search/groups/?q=%C3%B6ngyilkoss%C3%A1g> (Utolsó letöltés: 2017.10.22.)

¹³ https://www.facebook.com/help/901690736606156?helpref=faq_content (Utolsó letöltés: 2017.10.22.)

Egy gimnazista lány, Sz., és egy zenetanár, Zs., akik Facebook csoportjaikban adminként felügyelik a közösség zavartalan működését és segítik a hozzájuk forduló fiatalokat. Az egyik csoportot Sz. alapította saját érdeklődése szerint körülbelül másfél évvel ezelőtt, akkor mintegy 30-40 taggal indultak, főképp ismerősök és azok ismerőseivel, majd egyre többen csatlakoztak hozzájuk. Ahogy mondták is, ma már mindenre alakíthat bárki csoportot, és ez sem különbözik a többitől. *„Ez egy tematikus csoport alapvetően, amire ugye érdeklődés van, arra alakul egy Facebook csoport. Az azonos érdeklődésű emberek azok szépen ott egymásra találhatnak és elkezdnek egymással beszélgetni. Ez ennyire egyszerű.”* A másik, valamivel kisebb létszámú csoportot átvették, aki azt létrehozta *„nem bírta idegeket”,* és nem is foglalkozott vele kellőképpen, pedig azt gondolom, az adminok felelősséggel tartoznak csoportjaikért és a tagok biztonságáért, annak ellenére, hogy ezek kevéssé számon kérhetők tőlük. Be kell látni, hogy *„Alapvetően ez a Facebook, nem a való élet, ezt el kell fogadni, hogy ez egy virtuális tér. Ennek vannak játékszabályai, amit minden ember saját maga alakít a saját oldalán vagy a saját csoportjában, és ezt el kell fogadni.”* Ők 16 pontban szedték össze az általuk fontosnak tartott szabályokat, amelyeket a serdülő korosztály nyelvén fogalmaztak meg, hogy jobban a magukénak tudják érezni azokat. Néhány meghatározó eleme többek között, hogy a csoportba feltöltött képeket tilos máshol felhasználni engedély nélkül; senkit nem szabad megsérteni kora, külseje, a csoportba hozott problémái vagy bármi egyéb miatt. Továbbá a veszekedéseket és a trágár beszédet is mellőzni kérik; bűncselekmény leírása, öngyilkossági ötletek adása, csoportos öngyilkosságra buzdítás szigorúan tilos. Utóbbi rendőrségi feljelentést is von maga után, ugyanis a Btk. 162. paragrafus kimondja, hogy *„Aki más öngyilkosságra rábír, vagy ennek elkövetéséhez segítséget nyújt, ha az öngyilkosságot megkísérlik vagy elkövetik, büntetett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.”*¹⁴ Ha egy nagykorú egy tizennyolcadik életévét be nem töltött személlyel teszi ugyanezt, a büntetési tétel súlyosabb: kettőtől nyolc évig is terjedhet. A szabályok megszegését pedig a csoportból való kitiltással szankcionálják. Sajnos, ennek ellenére visszatérő jelenség, és *„ez az egyik legveszélyesebb pontja a dolognak, amikor bejön egy troll és kiviszi a posztokat”* olyan csoportokba, ahol egyebek mellett ezek képzik a vicc tárgyát. Bár megtudhattam tőlük azt is, hogy sok ilyen „fekete humor” csoportban szabályozva van, hogy gyerekekről és bármilyen betegséggel küzdőkről nem lehet posztolni. Ezek elkerülése érdekében igyekeznek szűrni a csoport tagjait, hogy csak azok kerülhessenek be, akik tényleg azzal a céllal jönnek, hogy megosszák problémáikat másokkal, segítséget kérjenek, kapjanak, illetve vannak – legtöbb esetben felnőttek –, akik az adminokhoz hasonlóan segítészándékkal szeretnének részt venni a közösség virtuális életében. Tapasztalataik szerint azonban ezek a próbálkozások legtöbbször a jó szándék

¹⁴ https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200100.TV (Utolsó letöltés: 2017.10.23.)

ellenére rosszul sülnék el. Egyrészt mert a felnőtteket, így Zs.-t is, nehezebben fogadják el a serdülők. Hozzá is általában Sz. küldi azokat, akikkel elakadt és úgy érzi, már nem tud nekik érdemben segíteni, illetve az olyan „*csúnyább kategóriába*” eső fiatalokat, mint például akiknél szexuális zaklatás merül fel. Másrészt az adminok szerint olyan alapvető hibákat követtek el, mint az áldozathibáztatás, zsarolás, tippek adása, büntudatkeltése.

A két csoport közös jellemzőit tekintve elmondható, hogy az egész ország területéről, sőt a határon túlról – Románia, Szlovákia, Ukrajna – is vannak tagjaik. Legnagyobb arányban a 12-17 éves korosztály képviselteti magát, alatta csak néhány fő, felette körülbelül 15-20-an vannak. Arról, hogy milyen problémák jellemzőek a tagoknál azt mondták, „*minden, amit el tudsz képzelni. A teljes abúzus palettát lefedik tulajdonképpen.*” Tapasztalataik szerint a „*csúcsidőszakok*” a karácsony, szünetek, kiváltképp a szünet kezdete, halottak napja, télen – „*télen mindenki rosszabbul van*” – illetve az időjárás frontokkor „*egyértelműen érzékelhető a különbség, hogy olyankor több a poszt, több a jelentkező.*”

A csoporttagjai közötti kommunikációnak két színtere van: a nyilvános posztok és a privát üzenetek. Számomra meglepő módon a nyilvános posztokban a versek, idézetek, fényképek – melyek sokszor az önbántalmazásukat mutatják –, és a „*meg akarok halni*”, „*írjon rám valaki, bőgők*” tartalmú bejegyzések mellett megjelennek „*egész komoly élettörténetek*” is, melyből én a csoporton belüli bizalom minőségi voltára következtetek. A nyilvános posztok pedig katalizátorként elindítják a privát beszélgetéseket egymás között és az adminokkal is. „*Mert itt tényleg az a lényeg, hogy magányosak, tehát, hogy azt akarják, hogy foglalkozzanak velük. Tehát tők mindegy, hogy milyen hasfájást ír ki, a lényege akkor is az, hogy barátkozni akar valakivel, és ezt nem olyan közegbe akarja megtenni, ahol nincs biztonságban.*” Úgy gondolják, más, a korosztály által létrehozott csoportokban negatívan reagálnak arra, ha valaki ennyire őszintén kifejezi azt az igényét, hogy valaki foglalkozzon velük. Rendszerint ezek a fiatalok törődést szeretnének, és azt, hogy valaki meghallgassa őket, mert „*itt olyan emberekről van szó, akik az átlagosnál rosszabb minőségű emberi kapcsolatokkal rendelkeznek, akár családi, akár baráti értelemben. És a nagyon nagy probléma akkor van, amikor minden oldalról borul. Akkor jön az, hogy értéktelennek érzi magát, feleslegesnek érzi magát, és ilyenkor még az is iszonyatosan sokat számít, hogyha a számítógép másik oldalán valaki ír egy üzenetet. Nem mindig elég, de sokat tud számítani. Úgy, hogy ilyenkor beindul egy ilyen beszélgetés.*” A beszélgetéseik célja elmondásuk szerint az értő, figyelő meghallgatáson túl, hogy akár egy-egy napot végiggondolva a kérdéseik mentén, megkeressék azokat a pontokat, amelyek örömet jelentenek számukra, és azokat megragadva keressenek kapaszkodókat a mindennapokban, amelyek a sok probléma, nehézség ellenére segítségükre lehetnek. Illetve, hogy segítsék a való világ felé mozdítani őket, bátorítani arra, hogy kapcsolódni tudjanak a környezetükkel. „*A fő cél, kimozdítani abból az állapotból, és hogy legyen egy irány, amibe el tud*

indulni, ne ez a tehetetlen fekvés legyen.” Vannak azonban olyan esetek is, ahol elérve a kompetencia határait a cél a szakember irányába terelni őket, amely sokszor nem egyszerű „*sokáig kell győzködni, elmondani az előnyeit.*” Nem véletlenül, hiszen ezek a fiatalok azért is fordultak a virtuális világhoz, mert a valós életükben csalódtak, nem tudnak kötődni, nem nyertek meghallgatásra, nem bíznak.

Az online tér előnyeiről a segítőkapcsolatokban már írtam, azonban bizonyos helyzetekben a segítő eszköztelemé válnak. Például „*amikor azzal köszönt el a delikvens, hogy na, most akkor bevettem egy levél ilyen meg olyan gyógyszer.*” Ilyenkor gyakorlatilag semmit nem tehetnek, hiszen „*semmit nem tudsz a másik emberről, azt sem, hogy milyen városban lakik*”, így nem tudnak mentőt sem hívni hozzájuk. Szerencsére eddig ebből nem történt tragédia, mely elmondásuk szerint annak is köszönhető, hogy „*nincs tisztában egy 14 éves azzal, hogy milyen gyógyszerből mennyit kell bevenni*”. Legtöbbször az otthon talált fájdalomcsillapítók, nyugtatók kerülnek elő, melyek hétköznapi használatban a gyógyszeres dobozokban nem található meg végzetes mennyiségben. Ebből az látszik, hogy ezek nem jól megtervezett öngyilkossági kísérletek voltak.

Elmondásaikból látható, hogy olyan gyerekek, serdülők fordulnak az online világhoz segítségért, meghallgatásért, akiknek több szempontból terheltek az offline világban a kapcsolataik, nem tudnak kapcsolódni hozzájuk, vagy nem figyelnek rájuk eléggé. Ezekben a csoportokban az önsegítő folyamatok mellett a két laikus segítő igyekszik támogatást nyújtani, kinek amire szüksége van: meghallgatják őket, tanácsokat adnak, de volt, hogy egy gyereknek olyan szintű családi abúzusáról szereztek tudomást, hogy a történet néhány héten belül kiemeléssel végződött. Egy másik esetben jelenleg is folyik a nyomozás egy kiskorú szexuális abúzusával kapcsolatban, amelyet szintén ők jelentettek be.

A Facebook egy rengeteg lehetőséget magában rejtő felület – minden veszélyével, kockázatával, szabályaik íratlanságával együtt –, amely alkalmas lehet alacsonyküszöbének köszönhetően, hogy olyan személyeket érjen el, akik egyébként nem kerülnének a különböző ellátó rendszerek látókörébe, vagy csak későn. Akár az ellátások területi egyenlőtlenségeinek valamilyen szintű kiegyensúlyozására is alkalmas lehet – amennyiben az internet-hozzáférés is egyre szélesebb körben elérhetővé válik. Ahogyan a pedagógusok is mind gyakrabban használják ki a közösségi oldalon rejlő rendkívül gyors és hatékony információ cseréjének lehetőségét azzal, hogy osztálycsoportokat, vagy akár szülői csoportokat hoznak létre, úgy én látok lehetőséget más szakmák belépésére a virtuális világba. Természetesen nem kiváltva teljes mértékben az offline segítő kapcsolatok legkülönbözőbb formáit, hanem kiegészítve, és inkább előszobájaként annak.

A megismert önkéntes segítők olyan esetekben, amelyek további beavatkozást igényelnek – mint amilyen a családon belüli erőszak is – azt szokták javasolni, hogy forduljanak a Kék Vonal Alapítványhoz. Így érnek össze a szálak.

7.2. A vonal túlsó végén

Ahogy korábban is említettem már, a Kék Vonal szövetkezve a Facebookkal kiadott egy szórólapot, és készült egy hivatkozás is, amelyre akkor található, ha az öngyilkosság szóra keresünk Facebookon. Ekkor megjelenik egy oldal, ahol a Facebook három lehetőséget ajánl segítségként, ha úgy érzed, nehéz helyzetben vagy és támogatásra van szükséged: beszélj egy ismerősöddel – ennél a fülnél még egy példa mondatot is olvashatunk, hogyan érdemes segítséget kérni. A második fül a magyarországi segélyvonalak elérhetőségeit tartalmazza – Kék Vonal, LESZ. A harmadik pedig olyan tippet ad nehéz időkre, mint hogy menj ki a szabadba, légy kreatív, rajzol, süss valami finomat, csinálj megnyugtató dolgokat, lazíts, nézd a felhőket, olvass.¹⁵

A tárgyalt Facebook csoportokhoz hasonlóan a Gyermekkrízis Alapítvány Kék Vonala szintén olyan alacsonyküszöbű szolgáltatást nyújt, amely kifejezetten laikus, önkéntes segítők által valósul meg, akik egy képzés után „*támogatókontroll*” mellett fogadják a hívásokat. Ez, a Vonal szakmai vezetője szerint, egyrészt fenntarthatósági szempontból fontos, másrészt ennek az üzenete, hogy itt nem pszichológusok és egyéb szakemberek dolgoznak, ez nem egy terápiás hely, hanem egyszerűen csak felnőttek vannak, akiknek számítanak a gyerekek, és szabadidejüket áldozzák arra, hogy meghallgassák őket, segítsenek nekik.

Az alacsonyküszöb a kiskorúak esetében azért is bír nagy jelentőséggel, mert ilyen formában úgy is tudnak segítséget kérni, hogy ahhoz nem kell a szülő vagy a gyám. Tapasztalatai szerint sok esetben „*azért marad nagyon sokáig látens valamilyen erőszak, családi probléma, vagy akár valamilyen lelki baj, mert hogy pont az elsődleges gondozókkal vagy a természetes környezettel nincs olyan kapcsolata a gyerekeknek, hogy hozzájuk forduljanak, hogy ők szerezzenek szakembert, vagy ők kérjenek segítséget.*” 1993-ban a Kék Vonal indulásakor erre a legjobb lehetőség a telefonvonal volt, de azóta már – ahogy korábban is említettem – van chatszobájuk és levelező felületük is, ahol ugyanúgy anonim módon tudnak beszélgetni, segítséget kérni. További fejlődése a szolgáltatásnak, hogy 2007 óta éjjel-nappal hívható a telefonvonal. Az öngyilkossággal kapcsolatos megkereséseikben érdekes, hogy gyakoribb az írásbeli megkeresés. „*Tehát mintha könnyebb lenne leírni azt, hogy meg akarok halni, mint ezt kimondani.*” Igaz ez egyébként a súlyos pszichés problémák és a bántalmazások esetében is.

¹⁵ <https://www.facebook.com/help/resources/63617265> (Utolsó letöltés: 2017.10.22.)

Holott ez a módszer valamelyest magasabb küszöbű, mert nem elérhető okostelefonokon, csak számítógépen, van várakozási sor is, – ha nincs éppen szabad ember a vonal másik felén – eközben pedig van idő, meggondolni, átgondolni, hogy biztosan akar-e írni, mit és hogyan oszt meg, amely mögött egy erősebb szándék feltételezhető arra, hogy megossa valakivel a problémáit, gondolatait.

2016-ban 108 öngyilkossággal kapcsolatos hívása volt a Vonalnak, azonban 2017-ben január elsejétől október elejéig már 242 ilyen eset volt. Hívóikat tekintve – nem statisztika alapján ugyan, hanem csak a szubjektív tapasztalatai szerint – inkább a 16 év fölöttiek képviseltetik magukat. A gondolat, szándék háttérben *„nagyon sokszor van mögötte valami trauma”*, amelyet felszínre hoz, felerősít egy aktuális negatív életesemény kortárs bántalmazás, iskolai sikertelenség, szakítás. Úgy gondolja, hogy *„nagyon nagy az együtt járás a szexuális zaklatás, szexuális abúzus és az öngyilkossági gondolatok között.”* Ezek mögött pedig sokféle háttér lehet: *„gátlástalan nevelő apa”*, *„rosszul definiált kamasz kapcsolat”*, *„randi erőszak”*, ami viszont közös, hogy *„a testi integritás meg ez a nagyon mély bizalomvesztés, gyakran megjelenik.”* Arról, hogy milyen társadalmi háttereket lehetne kiemelni az öngyilkosság témájával kapcsolatban, az tudtam meg, hogy ugyan *„olyan jól körülhatárolt csoport nincs”*, ugyanis *„elég sokféle szocioökonómiai háttérből vannak nagyon hasonló esetek,, ezáltal „mindenféle anyagi helyzet, meg mindenféle társadalmi réteg érintett.”* Van, ami azonban ennek ellenére kitűnik: a *„bármilyen okból perifériára került, vagy marginalizálódott családok, mintha így érintettebbek lennének.”* Jelentheti ezt az egyszülős családok, azok ahol pszichiátriai beteg van, illetve a „bevándorló” családok, akik egy költözés miatt, akár vidékről a fővárosba, vagy külföldről vissza Magyarországra és *„nincsenek olyan jól beágyazva a környezetükbe.”*

Policy a Kék Vonalnál, hogy *„minden olyan hívást, ahol elhangzik valami olyasmi, hogy jobb lenne nem élni, hogy én nem hiányoznék senkinek”* komolyan vegyenek, és feltárják, hogy valóban áll-e öngyilkossági veszély a háttérben. Vagy mennyire szól ez csak az aktuális helyzetről, vagy ez a helyzet mennyire tud utolsó csepp lenni, mennyire veszi körbe támogató közeg, van-e egyáltalán bárki, aki tud arról, hogy ennyire rossz lelki állapotban van, tud-e valakihez fordulni. Vannak azonban kifejezetten akut esetek is, amikor *„valaki már bevett valamit; megvágta magát; fél, hogy megvágja magát; egyedül van otthon és fél, hogy kárt tesz magában.”* Illetve olyan is előfordul, hogy valaki az elkövető környezetéből telefonál, hogy mit tegyen. Tapasztalataik szerint ugyanis különösen magas küszöböt jelent mentőt hívni, ennek okai lehetnek a *„szégyen, az áldozathibáztatástól való félelem, a kiderül, a mit fognak szólni”*, melyek sajnos *„mind erősebbek tudnak lenni, mint az életösztön.”* Ezekben az esetekben egyszerűbb és gyorsabb megoldás, ha a Vonal munkatársa hív mentőt, de sokat segít már az is, ha előbb nekik mondja el vagy az érintett vagy a jelenlévő, és egy pozitív reakciót hallva lesz bátorsága felhívni a mentőket is.

Nem ennyire akut helyzetekben, de ahol mégis megjelenik a falcolás, vagy az orvosi kontroll nélküli nyugtató szedése, akkor a fókuszba az kerül, hogy valamilyen adekvát szakemberhez irányítsák a hívót, feltérképezzék járt-e már korábban, ő tud-e ezekről, vissza tud-e menni hozzá.

Prevenációs lehetőségek tekintetében úgy tartja, hogy mindenkinek felelőssége van ebben, aki emberekkel foglalkozik, segítő munkát végez, így mindenkinek kellene, „*legyen rá szeme*”, hogy egy sokkal szélesebb körű megelőzés tudjon megvalósulni. „*Sokkal hatékonyabb lenne bármilyen ilyen mentálhigiénés és öngyilkosság prevenció program, ha sokkal szélesebb körben lenne a szakembereknek kompetenciája, meg felelősségérzete abban, hogy ezt felismerjék.*” Például egy bölcsődei gondozó tudja felismerni adott esetben egy anyán a szülés utáni depresszió jeleit, a háziorvos miközben felírja a nyugtatót, altatót, nézzen fel és tegyen fel néhány kérdést, amivel a depresszió tüneteit fel tudja mérni, hiszen *az öngyilkosság előzménye az nagyon gyakran egy depresszió*” vagy *„a depresszióhoz nagyon hasonló tüneteket mutatnak.”*

Mindebben a szociális munka szerepét abban tudná kiemelni, hogy az a rizikó csoportok – hajléktalanok, krízis szállókon élők, erőszak, szexuális erőszak áldozatai, szerhasználók, pszichés problémákkal küzdők stb. – sokaságával dolgozik, és sokszor könnyebben elérhetőek, alacsonyabb küszöböt kell átlépni a velük való kapcsolathoz, illetve gyakran eleve van már egy kapcsolat közöttük, és ők ebből a helyzetből már könnyebben tudják őket a megfelelő ellátás irányába közvetíteni. Mindezt azzal a személyes tapasztalatával illusztrálja, hogy amikor ő családok átmeneti otthonában egymaga dolgozott pszichológusként három otthon részlegben, két telephelyen körülbelül harminc szociális munkás mellett, akkor irreális elvárás azt gondolni, hogy ha már van egy pszichológus, akkor ráterheljük az összes felelősségét a prevenciónak, felismerésnek, szűrésnek.

7.3. Családgondozói szemmel

Ezt a fajta közvetítői szerepet hangsúlyozza és valósítja meg az általam megkérdezett két szociális munkás, akik ugyanazon Család-és Gyermejjóléti Központ esetmenedzseri, illetve jelzőrendszeri koordinátori státuszukból mondták el, hogyan találkoznak ezekkel a fiatalokkal, kik ők és milyen irányok valósulnak meg tapasztalataik szerint.

Az esetmenedzser öngyilkossági szándékkal kevésbé találkozik, bár – elmondása szerint – volt rá precedens több alkalommal is. Ilyenkor az eset súlyosságától függően beszélgetnek az érintett fiatallal, megnyugtattják, és amennyiben szükséges, mentőt hívnak hozzá. A falcolások viszont gyakoribbak, mint mondja *„a kamaszok többsége.”* Lát e mögött az elmúlt években egy divat

jelenséget is, azonban aki emiatt csinálja, az általában csak egyszer próbálja ki többször nem. A többiek úgy gondolja, javarészt „*feszültség csökkentésre használja*”, melynek sokféle oka és háttere lehet. Úgy mint családon belüli problémák, családon belüli vagy kortárs bántalmazás, rossz önértékelés, „*de mindenképpen valamilyen negatív érzélem, kisebbségi érzés társul hozzá.*” A falcolás és az öngyilkosság, öngyilkossági kísérletek közötti összefüggésről korábban már ejtettem szót, ennek ellenére az esetmenedzser úgy véli, nem volt olyan önsértő esete, amelynek „*az lett volna az oka, hogy öngyilkos akar lenni kifejezetten.*” Meglátása szerint, „*igazából a nagykamaszok azok tisztában vannak azzal, hogy ha öngyilkos akarok lenni, akkor hogy kell föl vágni az ereit, és hát ezt azért el is mondják.*” Mindezen információkat pedig szerinte a médiából, filmekből szerzik.

Ha fény derül a falcolásokra, – „*van, amikor az iskola jelezi, hogy ők észrevették, hogy falcolt a gyermek, van olyan eset, amikor maga a gyermek mondja el, van, amikor a szülő, és hát van, amikor nem beszélnek róla, de látszik*” – akkor pszichológushoz, vagy a pszichiátriai gondozóba irányítják őket. A Központnak ugyan van három pszichológusa, de csak konzultáció zajlik az intézményben, terápia nem. Azokban az esetekben viszont, amikor a falcolás súlyossága, illetve annak hátterében meghúzódó okok indokolják, a szülők „*az esetek majdhogynem 100%-ában a kerület gyerekpszichiáterével felveszik a kapcsolatot.*” Ebben pedig nagy szerep jut a szociális szakembereknek ugyanis, „*nagyon sok szülő nem veszi észre, vagy már későn veszi észre*”, és sokszor egyáltalán nem értik, hogy mi áll a probléma hátterében, így gyakran elbagatellizálják az ügyet, bekötik a kezét, de nem kérnek segítséget. Amikor mindez a családgondozók tudomására jut, és leül a szülővel beszélgetni „*az első reakció mindig a döbbenet.*” „*Általában meg szoktak ijedni a szülők, és akkor egy kicsit erősebben odafigyelnek, és ez a figyelem ez nem egy ilyen éppen most, mert van valami gond és akkor most ráfigyelek a gyerekekre, hanem azért ez így tényleg hosszabb távon is oda tudnak figyelni.*” Ezért úgy látja, sokszor elég a szülővel beszélni erről, és a szülők nagyobb odafigyelése már segít megoldani a falcolást kiváltó problémát, ugyanis tapasztalatai szerint azokban a családokban jelenik meg leginkább, ahol „*a gyerek egyedül van hagyva, tehát ahol sokat dolgoznak a szülők, ahol nincs testvér.*” Továbbá kiemeli még „*a családnak a problémákkal szembeni megoldási készségét*”, ahol elégtelen, hiányos stratégiák vannak, ott a gyerekek mintái is azok lesznek. Ennek megoldásában az iskola szerepét hangsúlyozza, ahol taníthatnának nekik „*mindenféle megoldási kísérletet, technikát*”, „*ha már a nevelést egy kicsit hangsúlyosabbá tennék, és nem csak a tanítást.*”

Az azonban mivel a falcolás gyakran „*feltételez valami egyéb pszichés problémát*”, „*e ezért tartanám fontosnak azt, hogy ilyenkor bekerüljenek pszichológushoz, pszichiáterhez, aki ezt észre tudja venni*”, és hozzáférhetőek legyenek az adekvát ellátások, ahol azonban érzékel némi ellátási hiányosságot.

A Központ jelzőrendszeri koordinátora pozíciójából adódóan természetesen a beérkező jelzésekkor találkozik a serdülők különböző önsértő magatartásaival, valamint családgondozói

múltja miatt van rálátása ezek alakulására a praxisa során. Mint azt elmondta, korábban a falcolás a szakellátásban nevelkedett, hospitalizált, rossz családi háttérű gyerekek körében volt tapasztalható leginkább. Mára ő is érzékeli ennek szélesebb körben való elterjedését, sőt *„mintbogyba az anorexiát, bulimiát váltaná fel a falcolás”*, melyre ő úgy tekint, hogy *„nem biztos, hogy nőtt a száma, hanem a dolgok formája változik. Tehát a kommunikáció változik, a közlések, a gyerekek én-közlései nagyon mások.”*

Statisztikát készíteni úgy gondolja, ebben a témakörben meglehetősen problematikus, hiszen nagyon másképp értelmezhetik a különböző fogalmakat – öngyilkossági szándék, kísérlet, falcolás – a különböző szakemberek. Lehet, hogy egy iskolai jelzéskor a pedagógus öngyilkossági kísérletről ír, miközben azt egy pszichiáter önsértésnek minősíti. Illetve, hogy talán nem is magán a szuicid szándékon vagy falcoláson kellene, legyen a hangsúly, hanem azon a problémán, ami ezt kiváltotta, de az meg csak a feltárás során kerül felszínre, és annyira sokféle, egyedi lehet, hogy nehéz kategóriákba sorolni – talán nincs is értelme.

Jelzések öngyilkossági kísérlettel kapcsolatban legtöbbször a kórházakból érkeznek, – akiknek kötelezettségük is jelezéssel élni ilyen esetekben – iskolákból kevésbé, onnan inkább a falcolásokról. Amennyiben a kórházból indul a történet, már van egy pszichiátriai, pszichológiai vonal, amelyben a családgondozó szerepe, hogy benne tartsa ezekben a terápiás kötelékekben a serdülőt, a családot.

Ha az iskola küld jelzést, akkor a családgondozónak kell ezeket a szálakat megkeresni, és ebbe az irányba terelni a segítségnyújtás folyamatát, ha volt korábban már terápiás kapcsolat, akkor azokat újra felkeresni – szuicid kísérlet esetében a koordinátor tapasztalatai szerint jellemzően volt valamilyen terápiás előzmény.

A szociális munkás szerepére vonatkozóan kiemeli, hogy *„ezeknél a történeteknél nagyon fontos, hogy milyen képzettséggel és milyen minőségű szakmaisággal áll hozzá a szociális munkás az esetvezetéshez. Tehát, hogy a segítő beszélgetés tartalmát hogyan tudja ő összerakni, és hogyan tud kommunikálni.”* Mivel a családgondozók nagyon sokféle problémával találkoznak, és ezek közül csak egy speciális témakör a fiatalok különböző önsértő formái, ezért elengedhetetlen, hogy a szakemberek utána olvassanak, továbbképzésekre, szakmai eseményekre, konferenciákra járjanak és nem csak a saját szakmájukba tartozókra, hanem társszakmákéra is adott esetben.

Úgy látja, hogy a főváros szerencsés helyzetben van lehetőségek tekintetében, hiszen piaci úton is sok elérhető pszichológiai, pszichiátriai szolgáltatás van már, és aki igazán hozzá akar jutni ezekhez az meg is fogja oldani, ebben leginkább a motiváció a lényeges, amelyben szintén lehet szerepe a családgondozóknak.

Arról, hogy milyen családok gyermekei lehetnek érintettek ezzel a problémával, úgy tartja, *„igazából szinte mindegy, hogy milyen társadalmi körből kerül ki egy-egy ilyen gyerek”,* a hangsúly a rájuk irányuló figyelem mértékén és minőségén van, illetve, hogy *„milyen körrel, baráti körrel kapcsolódik, és ott milyen mintakövetés van.”* Utóbbival kapcsolatban kiemeli a virtuális tér jelentőségét a korosztály életében, és azok hatásait, amelyek újfajta kockázati tényezőket hoznak be, így erre reflektálva *„nagy felelősséggel és biztonságos szakmai háttérrel”* a különböző segítő csoportokat *„érdemes lehet a személyi csoportokon túl kiterjeszteni a virtuális világba”* is.

7.4. Pszichológusi támogatás, de kinek?

Amíg az egyik kerületben úgy tapasztalják, bárki számára elérhetőek a pszichés ellátások, addig egy másikban szociális munkás foglalkozik mentoráció keretén belül pszichológus híján a serdülőkkel, akik közül többen is érintettek az önsértő magatartások különböző formáival. *„Sokszor volt olyan, egyébként az ilyen rendszer átka, hogy nincs pszichológus, meg hogy itt a pszichológus csak állapotot felmér, ez őt alkalom, és hogy valójában a gyereknek pszichológusra lett volna szüksége, de hogy mivel nincsen elegendő számú, ezért így bekerül hozzánk.”* Természetesen alapvetően nem emiatt lett létrehozva ez a szolgáltatás, a főtevékenysége sem ez, és nem is kimagaslóan nagyszámban előforduló jelenség, de jelen van.

Három szintéren dolgoznak a 12-18 éves korosztállyal: a Családsegítő- és Gyermejkölési Központon belül tartanak klubfoglalkozásokat, és itt folyik az egyéni eset munka, amelyet mentorációnak hívnak; iskolákban többféle témakörben tartanak csoportfoglalkozásokat osztályoknak; illetve a kerület különböző részein végeznek utcai munkát. A mentorációba *„főleg a családsegítők gyerekei járnak hozzánk, és mintegy ilyen kiegészítő elemként vagyunk a rendszerben”,* főképpen olyan esetekben, amikor a családsegítő úgy érzi, ők közelebb állnak a kamaszok nyelvéhez, stílusához, lelki alkatához, illetve gyakran a túlterheltség miatt rájuk már kevesebb idejük jutna, *„mert hogy a gyermekjólétiben egyre inkább a családdal és a felnőttel foglalkoznak.”*

Interjúalanyom ugyan nem tartja szerencsés dolognak, hogy rájuk hárul az a munka és feladat, amely nem az ő képzettségi és kompetencia körükbe tartozik, de igyekszik helytállni ebben a kihívásban. Ehhez nagy segítséget nyújt számára a Központ gyermekpszichológusa, – aki amint említettem a fentiekben csak állapotot mér fel – akivel konzultációi során ismerteti az alaptényeket, azt hogy milyen ötletei vannak, és miket kommunikált a gyerek felé eddig, és *„kérek egy ilyen visszajelzést, hogy ez rendben van e így, vagy ő még miket tartana fontosnak, és akkor azokat beépítem a következő ülésekbe.”* Szerencsére ő egy nagyon talpraesett és proaktív személy, aki nem esik

kétségbe, „*ha így elakadtam valamibe, akkor felhívtam egy szervezetet, akit úgy érzem, úgy tudom, hogy jó szakmai munkát végeznek, hogy leüljek, kérdezzek.*” A megszerzett tudást pedig átadva munkatársainak közösen építik be a mindennapi munkájukba.

Továbbá kiemeli még a jelzőrendszeri tagok fontosságát, és azt, hogy milyen kapcsolatban állnak egymással, ugyanis „*sokszor már nagyon későn jut el egy jelzés, és akkor a családsegítő kezd el vele foglalkozni, és akkor ő be tud bennünket vonni, hogy ha azt látja, hogy szükséges.*” Emiatt is fontos és hasznos a csoportjuk iskolákban végzett munkája, hiszen így nem csak a gyerekek, de „*a tanárok fejében is jobban benne vagyunk, akkor nő a bizalom és akkor elkezdene felénk fordulni, és kérdéseket feltenni*”, ezzel pedig növelik a jelzőrendszer hatékonyságát.

Úgy hiszem, mindenképpen gondolkodásra ad okot az a helyzet, amikor a pszichológus egy intézményben nem a gyerekekkel foglalkozik, hanem a szociális munkást tanítja meg arra, hogyan segítsen a gyerekeken helyette. Ez természetesen egyfelől nagyon pozitív, hogy ezzel a megoldással hidalják át a szakember hiányt, hiszen valóban könnyebben hozzáférhető egy szociális munkás jelen körülmények között, mint egy pszichológus, de azért mégiscsak rendkívül visszás helyzet mind a szociális munkás mind a gyerekekkel szemben. Hiszen egyik oldalról olyan dolgokat várnak el a szakembertől, ami nem az ő feladata, másik oldalról pedig még sincs biztosítva számára a lehetőség, hogy igénybe vegye a szolgáltatást. „*Nekem az a feladatom ebben, hogy csak melléte legyek, hogy kísérem, hogy egyfajta kísérés legyen. És ez így sokkal könnyebb, hogy ha én ezt sokszor mondom is magamnak, mert akkor én sem várok el magamtól olyan dolgokat, amiket nem tudok, és nem is akarok teljesíteni, mert hogy nem az az én feladatom.*”

Tehát ez is a valóságban előforduló egy módja annak, hogyan vehet részt valaki szociális munkásként a különböző önsértő formákkal érintett fiatalokkal végzett munkában.

7.5. „Lóg a levegőben”

A következő interjú szintén annak a képnek egy kicsit más árnyalatát tárja fel, amikor valaki egy másik szakterület feladatát vállalja magára az ellátási hiányosságok kompenzációjaként. Ez esetben egy iskolapszichológus az, aki „*támogató kapcsolatként*” definiálja azt, amikor „*hosszabb időre, ha arra van szükség, mondjuk amiatt, mert várnak az időpontra nyilván szoktam bevenni, mert nem hagyhatjuk úgy, hogy ne történjen semmi a gyerekekkel, de ugye ez nem megoldás hosszútávon.*” Ez a helyzet, noha most már pszichológusról beszélünk, akinek egy fokkal több kompetenciája lehet az önsértések kezelésében is, szintén több oldalról problémás. Az iskolapszichológusoknak interjúalanyom szerint sem a képzettségük – „*az iskolapszichológus elvileg nem klinikai szakpszichológus*” –, sem maga a szerep nem

alkalmas arra, hogy terápiát folytassanak, arról nem is beszélve, hogy interjúalanyomnak például két általános iskola is a „fennhatósága” alá tartozik, tehát kifejezetten ideje sem lenne hosszabb terápiák vitelére. A rendszer telítettségét és az abban dolgozók frusztrációját mutatja az az eset, amikor az iskolapszichológus igyekezett korábbi időpontot kicsikarni az egyik egészségügyi intézménytől, amely a próbálkozására azt a választ adta, hogy *„luxus, hogy nem csinálunk terápiát, és hogy ők nekik nem tudom milyen többszöröse a bejelentkezőknek a száma, mint amit el tudnak látni, és hogy miért nem mi.”* Ugyanis gyakran az iskolapszichológus a kapcsolatait – *„egy iskolapszichológusnak (...) azért dolga, hogy építse a kapcsolatot azokkal az ellátó intézményekkel, ahová lehet továbbirányítani”* – felhasználva igyekszik a hetes, rosszabb esetben hónapos várólistán előbbi időpontot szerezni az érintett gyerekeknek. *„Volt olyan is, hogy kaptak két hónapra időpontot, és akkor szóltam, hogy két hónapig az iskolában ezt nem tudjuk tartani ezt a helyzetet, úgy hogy még előrébb kellene, és akkor lehetett.”* Problémának tartja még azt is, hogy a kórházból kikerülve a szülők gyakran úgy gondolják, hogy mint más szomatikus betegségeknel, jó jel, ha a valakit kiengednek és az a gyógyulást jelenti, *„de hát ugye ezekben az esetekben általában ez csak az első lépés.”* *„A legnagyobb probléma az az, hogy mondjuk, a Heim Pál Pszichiátriáján bentölt két hetet, és akkor utána így lóg a levegőben. Tehát ráírják a papírjára, hogy terápia és akkor ennyi.”* Ilyenkor interjúalanyom szerint az iskolapszichológusokra hárul a feladat, hogy egyrészt információt nyújtson a szülőknek, hová lehet fordulni további terápiás lehetőségekért, másrészt, hogy akut esetekben megsürgesse az adott intézményt időpont ügyben, valamint, hogy *„nyomon kövessük az esetnek a további folyását, hogy tényleg eljutott-e a kórházból a terápiába.”* Ez egy újabb lehetőség, feladat lehet a szociális munka számára, hiszen ha a család kapcsolatban áll valamely családsegítő intézménnyel, akkor akár onnan is kaphatna támogatást, figyelemmel kísérést. Az önsértések esetében *„rendre kiderült (...), hogy családi probléma is a háttérben van, úgy hogy arra is szükség volt, hogy a családsegítő központot bevonjuk ezeknek az eseteknek a kezelésébe.”* Az együttműködésükkel kapcsolatban kiemelte, hogy bár vannak fórumai annak, hogy a jelzőrendszeri tagok időszakosan találkozzanak egymással, de ő azt gondolja, hogy *„a személyes kapcsolaton több múlik.”* Ezért, ha szükséges, ő személyesen azt a családsegítőt keresi fel, akihez az adott gyerek tartozik, ezt azonban megnehezíti, hogy *„elég nagy a fluktuáció ezen a területen.”* Így a családsegítő szolgálatokkal való szorosabb együttműködéshez, gyorsabb, hatékonyabb információ áramláshoz jótékonyan járulna hozzá szerinte a 2018-ban bevezetésre kerülő iskolai szociális munka. Valamint a témánál maradva az önsértő serdülőkkel kapcsolatban a pedagógusoknak kiemelt szerepük van a felismerésben, hiszen ők töltenek a legtöbb időt velük, azonban *„egy pedagógusnak a főszenpontja az a tanítás, az hogy leadja az anyagot és számon kérje és megtanítsa”,* így a viselkedésváltozásaik mögé ritkán néznek, és *„csak azt látják, hogy zavarja az órát.”* Ezzel szemben, ahogy az iskolapszichológus úgy az iskolai szociális munkás is más szemmel van jelen az iskolai

közösség életében, emiatt nagyobb eséllyel tudja észrevenni, jelezni és beavatkozni, ha valamilyen problémát észlel a gyerekeknél. Tapasztalata szerint a pedagógusok éppen annyira meg tudnak ijedni az olyan helyzetektől, amelyek nem az ő kompetencia határaikba tartoznak, mint a gyerekek, akiknek volt, hogy szintén megtanították, mire figyeljenek oda, és bátran jelezzék egy felnőttnek, ha valakiért aggódnak. Az önsértés kezelése valóban nem része a pedagógusi kompetenciáknak, az viszont igen, hogy *„a jeleit felismerje, vagy észrevegye a gyermek viselkedésváltozását például, vagy az, hogy jelezzen”*. Ezen félelmek elhárítására, és a krízishelyzetek kezelésének hatékonysága érdekében létrehozta egy protokollt az érintett két általános iskolában. *„Én nem ismerek olyat, hogy ilyen létezne egyébként így központilag, vagy hivatalosan, hanem inkább ez a saját intézményünkre lett szabva.”* A protokoll elkészítésének apropóját egy konkrét helyzet adta, amely nagyon is krízisállapotot – *„szakmailag nekem ez egy nagy kihívás volt”* – okozott az iskola életében. Ekkor *„egy évfolyamból ez öt gyereket is érintett, egy társaságot, és ez két osztályt jelentett”*, egymás után kerültek a gyermekpszichiátriára öngyilkossági kísérletek miatt. A protokoll tartalmaz egy elméleti részt a krízisekről; felsorolja a krízis során az annak elhárításában részt vevő és a felelőséget vállaló szakembereket, a krízis egyes szakaszaihoz kapcsolódó lépéseket. Az első fázis a prevenció, amikor az osztályoknak foglalkozásokat tartanak stresszkezelés témájában, szülői értekezleteken beszélnek a serdülőkor természetes kríziseiről, és hogy melyek azok a jelek, amelyeket komolyan kell venni. Krízis hiányában a krízisteam – *„a vezetőnek mindenképpen benne kell lennie, a gyermekvédelmisnek, az iskolapszichológusnak meg az érintetteknek, mondjuk az osztályfőnöknek”* – évente kétszer tart megbeszélést. Ha krízis áll fenn, akkor rendszeres konzultációk alkalmával állítanak össze egy krízisstratégiát, amelyben megfogalmazzák azokat a lépéseket, és a tagok részfeladatait, amelyek lehetővé teszik, hogy *„ez a krízis megnyugtatóan rendezve legyen”*. Utolsó szakasza pedig a lezárás, amely tartalmazza az utánkövetést, a visszacsatolásokat az egyes lépésekre és magára a folyamatra. A protokoll elkészülte nagyon fontos volt az intézmény életében, mert mint mondta *„olyan volt, mintha így kibújták volna a szőnyeget a lábunk alól”*, és most már van *„egy mankó arra, hogy hogyan lehet ezekben a helyzetekben lépni.”* Azóta ugyan nem volt szükség a protokoll életbe léptetésére, de interjúalanyom is kiemelte, hogy egy fajta divathullámként – *„itt a felső tagozatban 6.-7.-ben minden osztályban felüti a fejét, és azért ez ijesztő”* – söpör végig az iskolákon az önsértés. Ezért fontos, hogy a szakemberek készen álljanak, a felmerülő krízisek kezelésére, hiszen az ellátási hiányoktól függetlenül olyan nem lehet, hogy ezek a gyerekek segítség nélkül lógjanak a levegőben és ne történjen semmi.

7.6. Kórházon innen

Az öngyilkosság vizsgálata jelen dolgozatban éppen a medikális nézőpontra fókuszál, de természetesen nem hagyható ki ez a szemlélet sem, hiszen ahogyan azt interjúalanyom is hangsúlyozta *„mindenféle dolog arra mutat, hogy legalább 90%-ban fennáll, amikor ilyen öngyilkossági gondolatok, tervek vannak, valamilyen, többnyire nem kezelt pszichiátriai betegség a háttérben, és még a maradék 10% felénél is fennáll, ami esetleg nem meríti ki a pszichiátriai betegség kritériumát.”* Ezért a Vadaskert pszichiátere úgy gondolja, minden ilyen eset *„indokol egy akut ellátást”*, amelynek célja, hogy *„vizsgáljuk, hogy mi áll a háttérben, és utána arra egy terápiás tervet alakítsunk ki”*, valamint, hogy *„vigyázunk rá, megvárjuk, hogy lecsengjen az akut rizikó.”* A kórházi ellátást követően pedig *„a szakma szabályai szerint”*, ha az intézményben nincs lehetőség, kapacitás arra, hogy továbbkezeljék az adott személyt, akkor tovább kell irányítani valahová, és a kontrollok során figyelemmel követni, hogy sikerült-e a terápiához való hozzájutás. A pszichiátriai ellátásokhoz való hozzáféréssel kapcsolatban ő is kiemeli a területi egyenlőtlenségeket. *„Ide nekem az ország minden részéről visszajáró betegek van...”* Kutatásai – melyek egyaránt foglalkoznak az öngyilkos és az önsértő magatartásokkal, illetve ezek prevencióival – a klinikai tapasztalataiból indulnak ki. Ezek egyike volt a svéd Karolinska Institut koordinálásával, Európai Unió támogatásból megvalósuló SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) vizsgálat, melybe a részt vevő 11 európai országból 12 000 gyereket vontak be – Magyarországon 1009 középiskolás részvételével zajlott. Ennek során *„több programot hasonlítottunk össze tudományos módszerekkel”,* azzal a céllal, hogy *„olyat vigyünk az iskolákba, ami hatékony, és biztonságos. Tehát tesz az ügyért és nem ártunk.”* Végül a YAM (Youth Aware of Mental Health) rövidítéssel futó *„serdülőkori, fiatalkori önbátékonyság fejlesztő programot”* dolgozták ki, amely egy öt alkalomból álló univerzális – tehát az osztály egésze alanya a programnak, melynek egyik előnye, hogy kevésbé stigmatizál – foglalkozás 14-16 évesek számára. Az első alkalommal egy ismeretterjesztő nyitóelőadást tartanak a stresszről, depresszióról, öngyilkosságról, ezek jeleiről, illetve hogy *„ilyenkor mi a teendő, hogy ismeri fel valaki magában, vagy egy társában, hogy bajban van, és akkor mit csináljon, mert ez nem egy könnyű dolog.”* A további három foglalkozás során szerepjátékok segítségével dolgoznak fel különböző helyzeteket nem csak a szuicidumra vonatkozóan. Például, ha az öltözőben lila foltokat veszel észre az osztálytársad testén, mit teszel? A programot pedig szintén egy előadás zárja, valamint szóróanyagokat kapnak a diákok, amelyek a lelkeség szolgálatok elérhetőségei szerepelnek. A kutatás végeztével azonban elapadtak a finanszírozási források, így *„most visszük az én közvetlen kollegáimmal, PhD-hallgatóimmal teljesen karitatív alapon, amennyi kapacitásunk van, de hát az lenne jó, hogy ez beépüljön az iskolák életébe.”* Azonban mivel a program copyright-ja a Karolinska Institut-ot illeti, egyelőre – *„minisztériumi szintig elvittem és ott komoly tárgyalások voltak”* – *„arra van perpillanat jogosultságunk (...),*

hogy vigyük a programot (...) arra még nincs, hogy mi képezzük.” Ugyanis az lenne a cél, hogy minden iskolában legyen egy team olyan személyekből, akiket kiképeztek erre és meg tudják tartani a foglalkozásokat intézményen belül, hiszen *„ez egy megtanulható módszer.”* Felmerül a kérdés: kinek a feladata lehetne ez egy iskolában? A válasz pedig 2018-tól egészen egyszerűnek is tűnhetne: *„két ember kell a foglalkozáshoz, és akkor egy pszichológus meg egy szociális munkás isteniül tudja vinni az egészet.”* Azonban interjúalanyom kiemelte, hogy ugyan hazánkban úgy érzi, *„nagyon sok szakember van, nagyon sok tudás van, szerintem szándék is”, „ezek nélkül nem megy, de kell hozzá valami anyagi támogatás, és szervezeti támogatás, mert anélkül azért az még non professional marad vagy nem is megvalósítható.”* Magyarországon a viszonylag magas – bár a rendszerváltás óta jelentősen csökkenő – szuicid halálozási ráta ellenére *„nincs nemzeti stratégiánk, több országban van nemzeti, tehát kormány által támogatott, mind eszmeileg, mind anyagilag támogatott szuicid prevenciók stratégia.”* Ez úgy gondolom, hogy a befejezett szuicidumok nem kiugróan magas volta ellenére igenis indokolt lenne, mégpedig a korábban ismertetett nem-szuicidális önsértés növekvő száma miatt. A pszichiáter praxisa során szintén ezek növekedését figyelte meg, amely rendkívüli módon összecseng a kutatásomba bevont valamennyi szakember tapasztalatával. *„És azt figyeltük meg, hogy valahogy olyan, minthogyha nőne, de hát ez csak egy megfigyelés vagy érzés volt, ez nem tudományos még, hogy több gyereket látunk, aki önsért, mint régebben. Tehát, hogy terjedő jelenségről van szó...”,* emiatt *„most elég sokat foglalkozunk ezzel, és zajlik is egy vizsgálatunk.”* Amelynek eddigi eredményeiből *” úgy tűnik, ami nem annyira meglepő, de hogy egy nagyon nagy átfedés van valóban az öngyilkossági magatartás rizikó faktorai és az önsértés között.”* *„Tehát növeli az esélyét.”*

Mind a prevenció területén, mind a hétköznapi munka tekintetében úgy gondolja, hogy a szociális munka nagyobb jelenlétére lenne szükség, hogy valóban hatékony tudjon lenni az orvoslás, ezért *„mondogatom, hogy nekünk föl kéne venni egy full time szociális munkást, rengeteg munkát nálunk profibban át tudna venni.”* Szerinte ezáltal könnyebb lenne az együttműködés a gyerekekkel kapcsolatban lévő oktatási-és szociális intézményekkel. Ez pedig a munkájuknak lényeges eleme, mivel a gyerekeket egy nagyon mesterséges környezetben látják csak a kórházi kivizsgálások alkalmával, és a pontos diagnózishoz, valamint az adekvát terápiás irány felállításához szükséges, hogy a családgondozóktól *„remek heteroanamnézist”* kapjanak, információkat a család életkörülményeiről, hogy milyen hatások, stresszek érik a gyerekeket, hiszen ez a legtöbb esetben a szülők elmondásaiból nem derül ki. Továbbá fontos szerepe van abban is, hogy az esetleg látenciában maradó eseteket felismerje és segítse a megfelelő ellátáshoz való jutásukat, hiszen ő *„ott van a tűzközékelben és ismeri problémákat”.*

Zárásul pedig egy idézet a szociális munka relevanciájáról, amely szerintem fontos, hogy egy orvos szájából hangzott el, hiszen sokat hallani a szociális szakemberek méltatlan helyéről az

egészségügyi hierarchiában. *„Egyébként nagyon gyakran én azt gondolom, hogyha szociálisan stabilizáljuk a helyzetet az már jelentősen tudja javítani az esélyeket egy jobb életre.”*

Összegzés

A kutatásomba bevont, különböző területeken dolgozó, szakemberek és laikus segítők interjúi egymásra épülve és összekapcsolódva mutatják be, hogy központi, egységes stratégia hiányában, – amely azt gondolom, megengedhetetlen esetlegességet hoz létre – az ellátások szűkössége és a szakemberek alacsony száma által létrehozott visszás körülmények közepette milyen sokféle módon lehet beavatkozni és megelőzni az önsértések különböző formáit – nem elválasztva e tekintetben az öngyilkosságot és az önsértő magatartásokat. Ki-ki a maga területén sokszor a kompetencia határok feszegetésével próbál maga is túlélni miközben túlélni segít. Ennek a helyzetnek a következménye pedig annak a furcsa gyakorlatnak a kialakulása lett, amelyben a szociális munkás mentoráció keretén belül végzi a pszichológus feladatát, a pszichiáter végzi a szociális munkását – *„mi egyébként itt évek óta gondoljuk, hogy a mi munkánkban egy jelentős része az a szociális munka...”* – az iskolapszichológus meg kicsit mindkettőt, ha a helyzet azt kívánja. Hogy is van ez? Ebből viszont jól látható mennyire szorosan kapcsolódnak egymáshoz ezek a szakmák, területek, és hogy lehetetlen együttműködés nélkül hatékony munkát végezni az önsértő magatartások folyamata egésze során indulva a prevenciótól, a felismerésen, intervención, diagnosztikán, kezelésen át az utánkövetésig.

Szükség pedig nagyon is van arra, hogy foglalkozzanak, foglalkozzunk az önsértések problémájával, hiszen az interjúk mindegyike felhívja a figyelmet arra, hogy ha a befejezett szuicidumok száma nem is növekszik, valami történik itt és most a serdülő korosztályban, amely az önsértések számának ugyan statisztikailag – egyelőre – nem kimutatott, de a velük dolgozó szakemberek számára nagyon is érezhető emelkedését okozza.

Szakirodalmi áttekintésem és az interjúalanyaim tapasztalataiból levonható tanulságok fényében az mondható el, hogy a serdülőkor sérülékeny jellege miatt kiemelt figyelmet kell hogy kapjon, annak ellenére, hogy a befejezett szuicidumok száma alacsony. Egyrészt azért, mert ettől függetlenül a balesetek után ez a második halálozási ok a fiatalok körében – olykor meg is előzi azt. Másrészt, mert bár legkevésbé sem mondható reprezentatív értékűnek az állításom, de az önsértések száma a megkérdezett szakemberek szerint növekedni látszik. Ezzel pedig a pszichiátriai ellátás kapacitása nem tudja felvenni a lépést, – annak ellenére, hogy kutatások bizonyították, az önsértő magatartások minden formájának hátterében nagyon gyakran fellelhető

valamilyen pszichiátriai kórkép – amely az ellátások esetlegességét okozzák. Noha van nemzetközi kutatások által megalapozott, evidencián alapuló szuicid prevenciós stratégia, melyhez a szakember gárda is adott lehet – az iskolapszichológusok és iskolai szociális munkások jelenléte által – még sincs egy átfogó országos szintű szuicid prevenciós stratégia. Ennek hiányában pedig marad az az állapot, amelyben minden szakembernek és hétköznapi embernek a tudására, lelkiismeretére, felelősség érzetére – és még sorolhatnám mi mindenére – van bízva, hogy mihez kezd a jelenséggel; az pedig egy újabb kérdés, hogy ennek mi lesz a következménye, hiszen a jó szándék nem mindig elegendő ahhoz, hogy úgy tudjunk segítséget nyújtani, hogy biztosak lehessünk abban, nem ártunk vele. Az öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet és a nem-szuicidális jellegű önsértések háttérben meghúzódó okok sokfélék lehetnek, de az bizonyos, hogy éppen emiatt a multidiszciplináris megközelítés lehet alkalmas arra, hogy közelebb jussunk a megértéshez, ezáltal pedig hatékony intervenciós és prevenciós stratégiák születhessenek.

Amikor anyagot gyűjtöttem a tanulmányom elkészítéséhez, a könyvtáros lány megkérdezte tőlem, jól vagyok-e, minden rendben van-e, ugyanis az általam kivett könyvek mindegyike az öngyilkosságról szóltak. Azt gondolom, ez a jelenet jól példázza, hogy ellátási hiányoktól és BNO-kódoktól függetlenül nem csak a pszichiátereknek van felelősségük abban, hogy valaki eljut-e az öngyilkosságig. A kompetencia határain belül a könyvtáros lány, aki igenis rákérdez, hogy jól vagyok-e; a házi orvos, aki a receptfelíráson túl észreveszi az embert magát; a tanár, aki a nehezen kezelhető gyerekekben nem csak a plusz terhet látja, mind-mind tehetnek azért, hogy az érintett gyerekek, vagy akár felnőttek, idősek láthatóvá váljanak, beszélhessenek – hiszen „*Az öngyilkosság tett, ott a szavak elfogynak. Míg beszélünk, addig élünk*”¹⁶ –, és adott esetben eljussanak a megfelelő ellátásokig.

¹⁶Oriold Károly a Lélekben Otthon Alapítvány vezetőjének szavai <http://www.nlcafe.hu/egeszseg/20170913/ket-fiatal-no-probalja-megakadalyozni-a-tinedzser-ongyilkossagokat/> (Utolsó letöltés: 2017.11.10.)

Felhasznált irodalom

- Bakó T. (1992): *Öngyilkosság. Öngyilkossági kísérlet. Adatok és tények.* Animula Kiadó, Budapest
- Bauer B. és mtsai. (2016): *Magyar Ifjúság Kutatás 2016 első eredményei – Ezek a mai magyar fiatalok!.* Új Nemzedék Központ
- Buda B. (1997): *Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok.* Animula Kiadó, Budapest
- Cole M., Cole S.R. (1997): *Fejlődéslélektan.* Osiris Kiadó, Budapest
- Csépe A. szerk. (2007): *Összefogás a depresszió ellen – Kézikönyv a segítőfoglalkozásúak számára.* Semmelweis Kiadó, Budapest
- Csorba J. (2010): *Öngyilkos és önsértő magatartás serdülőkorban.* Animula Kiadó, Budapest
- Fábián H. (2009): *Sebzett kamaszlélek – depresszió és öngyilkosság serdülőkorban.* In: *Az iskola szocializációs funkciói.* Eötvös József Könyvkiadó, Budapest
- Fekete S. (2004): *Öngyilkosság és kultúra.* Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest
- Gábor K., Jancsák Cs. szerk. (2006): *Ifjúságszociológia – szemelvények.* Belvedere, Szeged
- Kelemen G. szerk. (2000): *Tele dialógus – Tanulmányok az öngyilkosság-megelőzés kommunikatív perspektíváiról.* Pro Pannónia Kiadói Alapítvány
- Kulcsár É. (2005): *A serdülőkori fejlődés pszichológiai jellemzői.* Trefort Kiadó és az ELTE PPK Tanárképzési és – továbbképzési Központ, Budapest
- Vikár Gy. (1999): *Az ifjúkor válságai.* Animula Kiadó, Budapest

Internetes hivatkozások

Gombos G. (2003): *Emberi jogok a gyermekpszichiátriában.* Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum, Budapest

http://www.pef.hu/pef/resources/documents/emberi_jogok_a_gyermekpszichiatriaban.pdf

(Utolsó letöltés: 2017.10.05)

Horváth L.O., Mészáros G., Balázs J. (2015): *Serdülőkori nem-szúcidális önsértés: aktuális kérdések.* In: *Neuropsychopharmacologia Hungarica XVII. Évf. 1. szám*

<http://www.mppt.hu/images/magazin/pdf/xvii-efolyam-1-szam/horvath.pdf> (Utolsó letöltés:

2017.10.29.)

KSH (2015): *Egészségügyi statisztikai évkönyv*, 2014, Internetes melléklet.

https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/evkonyv/egeszsegugyi_evkonyv_2014.pdf

(Utolsó letöltés: 2017.10.15.)

KSH (2016): *Magyarország 2015*. Internetes melléklet.

<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2015.pdf> (Utolsó letöltés: 2017.10.15.)