



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

Segítői kézikönyv a mentális elsősegélynyújtásról

Készült a Mentális elsősegély képzés
részvevői számára,
Budapest, 2019

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001
„Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER ÉS SZOLGÁLTATÁSOK FEJLESZTÉSE ALPROJEKT
„Lakossági mentális egészségtudatosság és támogató hálózat fejlesztése” című
munkacsoport



A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

TARTALOMJEGYZÉK

1. SEGÍTŐI KÉZIKÖNYV A MENTÁLIS ELSŐSEGÉLYNYÚJTÁSRÓL	5
1.1. A SEGÍTSÉGNYÚJTÁST MEGHATÁROZÓ PSZICHOLÓGIAI TÉNYEZŐK	5
1.2. A LÉLEKTANI KRÍZISÁLLAPOT FOGALMA, TÍPUSAI ÉS OKAI	7
1.3. AZ EGYÉNI ÉLETSZAKASZVÁLTÁS KRÍZISEI	7
1.4. A CSALÁDI ÉLETSZAKASZVÁLTÁSOK JELENTŐSÉGE	9
1.5. MÁSODLAGOS KRÍZIS, MÁSODLAGOS TRAUMATIZÁCIÓ	10
1.6. A KRÍZISÁLLAPOT SZAKASZAI	12
1.7. A GÁTOLT MENEKÜLÉS MODELLJE	13
1.8. A KRÍZISÁLLAPOT FELISMERÉSE.....	14
1.9. A MENTÁLIS ELSŐSEGÉLYNYÚJTÁS ALAPJAI, GLOBÁLIS ÉSZLELÉSI LEHETŐSÉGEK.....	15
1.9.1. A MENTÁLIS ELSŐSEGÉLY DEFINIÁLÁSA	15
1.9.2. A MENTÁLIS ELSŐSEGÉLYNYÚJTÁS LÉPÉSEI.....	17
1.9.3. GYAKORLATI TEENDŐK A KRÍZIS LEKÜZDÉSÉNEK ELŐSEGÍTÉSÉRE	19
2. SPECIÁLIS TARTALMAK AZ AZONNALI MENTÁLIS ELSŐSEGÉLYNYÚJTÁSHOZ.....	21
2.1. AZ ÖNGYILKOSSÁGI KRÍZIS	21
2.1.1. BEVEZETÉS, EPIDEMIOLOGIA.....	21
2.1.2. AZ ÖNGYILKOSSÁG ÉS A DEPRESSZIÓ KAPCSOLATA	22
2.1.3. MILYEN JELEKBŐL VEHETJÜK ÉSZRE AZ ÖNGYILKOSSÁGI VESZÉLYT?	22
2.1.4. PRESZUICIDÁLIS SZINDRÓMA.....	22
2.1.5. AZ ÖNGYILKOSSÁGGAL KAPCSOLATOS TÉVHITEK.....	23
2.1.6. KÉRDÉSEK ÖNGYILKOSSÁGI VESZÉLY ESETÉN, A KOCKÁZAT FELMÉRÉSÉRE.....	24
2.1.7. KRÍZISHELYZET ESETÉN KÖVETENDŐ KOMMUNIKÁCIÓS MINTÁK	26
2.1.8. A SEGÍTŐ ÖNSEGÍTÉSE – AZ ELSŐSEGÉLYNYÚJTÁS UTÁNI TEENDŐK.....	27
2.2. PSZICHOTIKUS ÁLLAPOTOK	27
2.3. VESZÉLYEZTETŐ ÁLLAPOTOK.....	29
2.4. A KRÍZISHELYZET FELISMERÉSE A KÖZÖSSÉGI MÉDIÁBAN.....	30
2.4.1. DEPRESSZIÓ.....	31
2.4.2. ÖNGYILKOSSÁGI KRÍZISRE UTALÓ JELEK A KÖZÖSSÉGI MÉDIÁBAN.....	32
2.4.3. SZKIZOFRÉNYIA, PSZICHÓZIS.....	32
3. KAPUŐR-CSOPORTONKÉNTI SPECIÁLIS TARTALMAK A MENTÁLIS ELSŐSEGÉLYRE VONATKOZÓAN.....	34
3.1. PEDAGÓGUSOK	34
3.1.1. SPECIÁLIS KRÍZISHELYZETEK KEZELÉSE – SERDÜLŐKORI KRÍZIS ÉS SERDÜLŐKORI ÖNGYILKOSSÁG..	36
3.1.2. GYÁSZ	39
3.1.3. SZÜLŐK VÁLÁSA	42
3.1.4. INTERNETES ZAKLATÁS (CYBER-BULLYING)	44

3.2.	LEHETŐSÉGEK KRÍZISHELYZET UTÁN.....	46
3.2.1.	RENŐRŐK.....	47
3.2.2.	LELKÉSZEK.....	49
3.2.3.	HÁZIORVOSOK.....	50
4.	JOGI SZEMPONTOK.....	52

1. Segítői kézikönyv a mentális elsősegélynyújtásról

1.1. A segítségnyújtást meghatározó pszichológiai tényezők

A segítő magatartást számos szociálpszichológiai kutatásban vizsgálták, hogy közelebb kerüljenek annak megértéséhez és befolyásoló tényezőinek megismeréséhez. A korábbi nézetek szerint minden ilyen magatartást végső soron személyes érdekek motiválnak, valódi altruizmus (mások megsegítése személyes jutalom nélkül) nem létezik. Az újabb kutatások szerint létezik altruizmus, amelyet kulturális tanulás eredményének tekintünk, és az alábbi igazságok jelenthetők ki róla (Klama, 1988):

1. Az empátia – mások érzéseivel való azonosulás képessége – növeli a segítő magatartást, még kisgyermeknél is.
2. Egy társadalmon belüli normák nagyon sokszor rögzítik az altruista magatartás mikéntjét (pl. szívesebben segítünk egy járdán fekvő beteg, mint részeg embernek)(Simon, 1990).
3. Feltételezzük, hogy vissza fogjuk kapni másoktól, ha mi magunk is segítséget nyújtunk. Ez a reciprocitás elve.

A segítségnyújtás első lépése, hogy észleljük a segítségre szorulókat. A kutatások szerint a jobbkedvű, nyitottabb emberek nagyobb valószínűséggel segítenek, és így jó hangulatuk fennmarad, szemben a rosszkedvű személyekkel. A segítségnyújtás eltereli figyelmet a saját problémánkról, csökkenti szomorúságunkat, csalódottságunkat és büntudatunkat. A depresszióban szenvedők azonban túlzott mértékben magukra fókuszálnak, így észre sem veszik, hogy segíthetnének és ezzel javíthatnának saját hangulatukon (Cialdini és mtsai., 1973, idézi Smith és Mackie, 2004).

Minden egyes segítségnyújtást számos mérlegelendő kérdés előz meg:

- Helyes-e segíteni, mi van, ha tolakodásnak fogja venni a másik, és nem lesz hálás érte?
- Akár veszélybe is sodorhatom magam?
- A költségek vagy a jutalmak nagyobbak-e?

Ha már észleljük a segítségre szoruló egyént, a segítségnyújtást még mindig számos tényező befolyásolja. Ezek a következők:

1. **Megérdemeltség:** Ha úgy gondoljuk, valaki önhibáján kívül került ilyen helyzetbe, szívesen segítünk, míg ha felelősnek hisszük őket, nem vagyunk motiváltak a segítségnyújtásra.
2. **Hasonlóság:** A hozzánk hasonlóknak segítünk szívesebben, főleg ha az barátunk vagy hozzátartozónk.
3. **Költségek:** elvesztett idő, zavar, pénz, a környezet rosszállása vagy a fizikai veszély.
4. **Érzelmi nyereségek:** az áldozat hálája, a segítség viszonzása, meg vagyunk elégedve önmagunkkal, ez a belső jutalom erősebb motiváció lehet, mint a külső.
5. **Segítségnyújtó képességei:** Azok, akik rendelkeznek a megfelelő képességgel, nagyobb eséllyel és hatékonyabban nyújtanak segítséget (Cramer és mtsai., 1988).
6. **Empátia-altruizmus modell:** Az áldozat szenvedése iránti aggodalom motiválja a segítségnyújtást, még akkor is, ha ezért nincsen személyes jutalom. A magas empátiával rendelkezők olyankor is segítenek, amikor nem muszáj (Batson és mtsai., 1981).
7. **Társas normák** szerint viszonzunk kell a másoktól való segítséget, illetve segítenünk kell azokon, akik nem tudnak magukon segíteni. Vannak normák azonban, amik akadályozzák a segítségnyújtást. Ilyen például a családi élet szentségének normája, vagy a „mindenki törődjön a saját dolgával”.
8. Szintén gátolja a segítségnyújtást, ha a **felelősség megoszlik mások jelenlétében.** Ilyenkor mindenki úgy gondolkodik, hogy majd a másik segíteni fog, ezáltal senki sem segít, mivel kevésbé érzik kötelességüknek a segítségnyújtást, ha nem egyedüli szemtanúi a problémás helyzetnek (Darley és Latané, 1968, idézi Smith és Mackie, 2004).

A segítői viselkedés valószínűsége az alábbi esetekben a legnagyobb (Smith és Mackie, 2004):

1. Ha a segítségnyújtásra közvetlen felszólítás, kérés érkezik az egyénhez.
2. Ha mások segítenek körülöttünk, nagyobb valószínűséggel segítünk mi is.
3. Ha önképünk része a segítőkészség.

Irodalom

Batson, CD., Dyck, JL., Brandt, JR., & Batson, JG. (1988). Five studies testing two new egoistic alternatives to the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55: 52–77.

Cramer, RE., McMaster, MR., & Bartell, PA. (1988). Subject competence and minimization of the bystander effect. *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 1133–1148.

Klama, J. (1988): *Agression: The myth of the beast within*. New York: John Wiley & Sons.

Simon, HA. (1990). A mechanism for social selection and successful altruism. *Science*, 250, 1665–1668.

Smith, ER., & Mackie, DM. (2004). *Szociálpszichológia*. Budapest: Osiris.

1.2. A lélektani krízisállapot fogalma, típusai és okai

A mentális elsősegély gyakorlati alkalmazásának áttekintése előtt rendkívül fontos a krízisállapot fogalmának definiálása. A következőkben részletesen bemutatjuk, hogy mit tekintünk krízisnek, milyen típusai, kiváltói és kimenetelei lehetnek, valamint azt, hogy milyen jelekről ismerhető fel ez a lélektanilag kritikus állapot.

A fogalmat először Caplan definiálta 1964-ben, amely szerint a krízis, *olyan állapot, melyben az egyén kénytelen szembenézni lelki egyensúlyát veszélyeztető tényezőkkel, és ezeket sem elkerülni, sem eddig megszokott problémamegoldó módszereivel megoldani nem tudja, és ebben a lélektanilag kritikus állapotban az egyén minden figyelme, erőfeszítése magára a problémára irányul*”.

Két fajtáját különböztetjük meg: **fejlődési** és **akcidentális krízis**. Előbbi az életszakasz-változások között történik, és a normális fejlődés velejárója. Az eddigi megküzdési stratégiák labilissá válhatnak, és a krízis sikeres megoldása elengedhetetlen a következő életszakaszba való továbblépéshez (Hajduska, 2012).

1.3. Az egyéni életszakaszváltás krízisei

Az egyéni életút során Erikson szerint folyamatos a fejlődés, újabb és újabb életszakaszok váltják egymást. Minden szakasz új készségeket követel meg, valamennyinek megvannak a saját feladatai, melyek teljesítésével növekszik az egyéni kompetenciaérzés, az önbizalom, és

színesedik a konfliktuskezelési repertoár (Hajduska, 2012). Az egyes életszakaszokat és legfőbb feladatokat Erikson az alábbiakban jelölte meg:

1. csecsemőkor (bizalom),
2. kisgyermekkor (2–3 év) (autonómia),
3. óvodáskor (3–5 év) (kezdeményezés),
4. iskoláskor (6–11 év) (teljesítmény),
5. serdülőkor (12–20 év) (identitás),
6. fiatal felnőttkor (25 évig) (intimitás),
7. felnőttkor (60 évig) (generativitás),
8. időskor (énintegritás).

Az életszakaszváltások sérülékeny időszakok, mivel az eddig használt megoldási stratégiák és konfliktuskezelési módok már nem elegendők, viszont az új készségek még nem stabilizálódtak. Ezekben az időszakokban a konfliktushelyzetek, a párkapcsolatok megszakadása, a veszteségélmények, vagy a teljesítménykudarok krízissé fokozódhatnak. A krízisek és öngyilkossági magatartás szempontjából legveszélyeztetettebb életszakaszok a **serdülőkor, az életközép és az időskor**.

A gyermek- és felnőttkor közötti átmeneti állapotot jelenti a **serdülőkor**, ennek problémáit jelezheti az identitáskrízis (*Ki vagyok én valójában?*), az autoritáskrízis (*Ki az, aki megmondhatja, mit csináljak?*), és a teljesítménykrízis (*Szeretnék a lehető legjobban teljesíteni az iskolában, a másik nemnél és a sportpályán is*). A serdülő amúgy is labilis önértékelése könnyen sérülhet akár kisebb konfliktusok, sérelmek miatt is. Ilyenkor megnőhet a szorongás, fokozódhatnak a depressziós tünetek, impulzív, agresszív fantáziák törhetnek elő. Ebben a helyzetben a fennálló nehézségek és az útkeresés sikertelenségei miatt megnőhet az önsértés, az öngyilkossági magatartás esélye. Magyarországon 2009-ben mind a férfiak, mind a nők esetén vezető halálok volt az öngyilkosság a 15-24 éves korosztályban, megelőzve a gépjárműbaleseteket és a daganatos betegségeket (Kalmár, 2012). Az öngyilkosságot megkísérlő serdülők leggyakrabban párkapcsolati, családi, kapcsolati problémákat, izolációt, illetve iskolai kudarcokat jelölnek meg öngyilkosságot kiváltó okként.

A következő kitüntetett időszak az **életközép**, melyet először Jung írt le (idézi Hajduska, 2012). Ebben az időszakban az addigi célokat, szokásokat a személy megunhatja,

kiégettséget élhet át. Tipikusan két területet érinthet a válság: a karriert és a párkapcsolatot. Általában 40–45 éves kor körül fogalmazódik meg az egyénben, hogy még van lehetőség váltani, új életet kezdeni. Pszichológiai értelemben ezt az időszakot gyakran jellemezheti önértékelési zavar: tett-e eleget az egyén, képes-e többre is? A párkapcsolatában hiányérzet léphet fel, szeretne intenzívebb érzéseket, esetleg kalandokat átélni. A kihívás és a kreativitás iránti igény is gyakori ebben az időszakban. Az életközépi válság (midlife crisis) gyakran torkollik családi konfliktusokba, megcsalásba, válásba, mivel a házastárs sok esetben nem képes megújulni, illetve a kapcsolatot új keretben elfogadni. Magyarországon a befejezett öngyilkosságra vonatkozóan az egyik legveszélyeztetettebb korcsoport a 45-49 évesek, mindkét nemet tekintve (Kalmár, 2012).

A 65 év feletti korosztályban jellemző az **időskori krízis**, mely halmozott veszteségélmények talaján bontakozik ki: megkezdődik a nyugdíjazás, a közeli hozzátartozók megbetegednek, illetve meghalnak, az egyén fizikai és kognitív funkciói romlanak, illetve beszűkülnek. A saját gyermekek önálló családot alapítanak, s ez előhívhatja a feleslegesség, illetve a reménytelenség érzését, mely csökkent társas támasszal párosul. Ezek mind növelik az öngyilkossági magatartás rizikóját.

1.4. A családi életszakaszváltások jelentősége

Az egyéni életszakaszváltásokon kívül rendkívül fontos szerepe van a családi életszakaszváltásoknak is, melyek szintén nagy kihívás elé állítják az egyes családtagokat. A korábbi megküzdési stratégiák helyett újakra van szükség, ezek alkalmazása azonban nem minden esetben gördülékeny. A következő periódusok lehetnek azok a fordulópontok, melyek során a családok gyakran családterápiás konzultációra szorulhatnak (Duvall, 1977):

- **Házasság:** a fiatal pár egymás melletti elköteleződése, elkülönülés a származási családtól, a házastárs bevonása a tágabb családba, baráti körbe.
- **Gyermekek vállaló család:** az első gyermek születése, a házastársi diád triáddá alakulása, a gyermek személyiségének elfogadása, feladatok megosztása.
- **Óvodás korú gyereket nevelő család:** A gyerek bevezetése egy új közösségbe.
- **Iskolás korú gyereket nevelő család:** A gyerek iskolai teljesítménye, magatartása a szülők nevelésének a „vizsgálója”.
- **Serdülő gyereket nevelő család:** A gyerek függetlenségi törekvéseinek, határpróbálgatásainak kezelése, a kortárs nyomás miatt a család határai

rugalmasabbá kell, hogy váljanak. A pubertás során a társas és szexuális szerepek változásának elfogadása kiemelkedő. A szülőpár házasságára, életközépi feladataira nagyobb figyelem irányul.

- **A gyerekek kirepülése** (üres fészek szindróma): A gyerek független, felnőtt szerepének elfogadása, a házastársi rendszer újra diáddá alakulása, a házastársak között egymásra nagyobb figyelem irányul.
- **Középkorú szülők:** A gyerekek elengedése, újra egymásra találás. Felnőtt–felnőtt kapcsolatok kialakulása a gyerekekkel, az idősebb generáció támogatása, ápolása.
- **Idős házaspár:** A generációs szerepek változásának elfogadása, fizikai leépülés, szellemi hanyatlás elfogadása, kortársak halálának feldolgozása és az idős kor elfogadása.

Ezekben az időszakokban lényegesen megnőhet a konfliktusok, súrlódások száma, mivel bármilyen nehézség hatványozott problémát jelenthet a családtagok számára. A családtagok megfelelő együttműködésével és külső segítség elfogadásával könnyen orvosolni lehet ezeket a helyzeteket. Az ilyenkor megjelenő tünetet értelmezhetjük úgy, mint a család képtelenségét a következő szintre való továbblépésre.

A normatív, fejlődés részeként megjelenő kríziseken túl fontos bemutatni az **akcidentális kríziseket**, melyet külső események váltanak ki (Hajduska, 2012). Ide tartoznak:

- katasztrófahelyzetek (természeti katasztrófa, háború),
- súlyos betegségek, balesetek,
- bántalmazás,
- veszteségek:
 - a. párkapcsolat megszakadása,
 - b. válás,
 - c. munkahely elvesztése,
 - d. közeli hozzátartozó halála,
 - e. egzisztenciális zuhanás.

1.5. Másodlagos krízis, másodlagos traumatizáció

Nemcsak maga az elszenvető, de egy hozzátartozója is kerülhet krízisbe, aki külső szemlélője a nehéz helyzetnek. Jó példa erre a súlyos betegséggel küzdők rokonait érintő krízis. Igaz

lehet a másodlagos traumatizáció egy súlyos helyzetet átélő, vagy azt kívülről szemlélő közösség tagjaira is, például az édesapját elvesztő tanuló osztálytársai.

Holmes és Rahe dolgozta ki az **Életesemény Skálát** (Social Readjustment Rating Scale), mely rögzíti és súlyozza azokat az érzelmileg megterhelő életeseményeket, amelyek az egyén életében előfordulhatnak (Holmes és Rahe, 1967). Ha ezek közül a krízist kiváltó események közül több is rövid időn belül (két év alatt) bekövetkezik, megnő a pszichés és/vagy pszichoszomatikus betegségek rizikója.

A skála alapján látható, hogy nemcsak a negatív, de a pozitív események is jelenthetnek érzelmi megterhelést, például a karácsony, egy új munkakör, az esküvő, vagy egy nagyobb utazás.

Ha a két év alatt történt eseményekhez tartozó pontérték több mint 325 pont, a betegségek rizikója megnövekszik. Fokozottan érdemes tehát odafigyelni azokra az egyénekre magunk körül, akik az alábbi listából több ilyen eseményt éltek át az elmúlt időszakban, főleg, ha az életkoruk miatt is egy veszélyeztetett csoportba (serdülők, középkorúak, idősek) tartoznak.

Életesemény	Holmes-Rahe skála:	Érték
Házastárs halála		100
Válás		73
Különélés		65
Közeli családtag halála		63
Baleset, sérülés		53
Házasság		50
Állás, munkahely elvesztése		47
Nyugdíjazás		45
Családtag betegsége		44
Terhesség		40
Szexuális problémák		39
Új családtag befogadása		39
Üzleti problémák		39
Anyagi helyzet változása		38
Házassági konfliktusok		35
Nagyobb adósságok		32
Új munkakör		29
Gyermekek elköltözése otthonról		29
Problémák anyóssal, apóssal		29
Konfliktus a főnökkel		23
A munkaidő és a munkakörülmények megváltozása		20
Költözés, lakóhelyváltozás		20
Üdülés		19
Karácsony		19

1. ábra: Holmes-Rahe Életesemény Skála (Holmes és Rahe, 1967)

1.6. A krízisállapot szakaszai

A fenti, kritikus eseményekkel szembesülve az egyén krízisállapotba kerülhet, mely az alábbi szakaszokra bontható:

1. Alarm reakció

Ebben a szakaszban zajlik le az ún. „Fight or Flight” („Küzdj, vagy menekülj”) reakció. Élettani szempontból a szimpatikus idegrendszer aktivitása figyelhető meg: emelkedett vérnyomás, szapora szívverés, izomfeszültség, megnövekedett légzésszám, pupillatágulat. Az egyén figyelme teljes mértékben a problémára fókuszált.

2. Küzdelem

Megjelennek a megoldási próbálkozások, növekszik a feszültség. Indulatosság jellemzi az egyént, melyet további beszűkültség kísér: csak az adott problémán jár az agya, nem tud másokra, másra koncentrálni. Érzelmileg zavarodottság jellemzi.

3. Kapkodás

Ebben a szakaszban már az érzelmei vezérlik a személyt, indulatos, akár agresszív reakciók is megjelenhetnek a probléma kényszeredett megoldási vágya miatt. Önbizalma csökken, beszűkültsége nő.

4. A krízis kimenetele az alábbiak lehetnek:

4.a. **Összeomlás:** Teljes problémára szűkültség, nem tud alkalmazkodni a helyzethez, nagymértékű indulatok jelennek meg saját magával szemben (öngyilkossági kockázat nagyon magas) vagy mások ellen (kriminalitás kockázata). Ha nem kap külső segítséget ebben a szakaszban, teljesen széteshet, pszichózis, vagy akár öngyilkosság is bekövetkezhet.

A krízisintervenció célja, hogy ne jusson el ide a személy, hanem a folyamatot egy korábbi szakaszban észrevegyük és megállítsuk.

4.b. **Nem hatékony megküzdés:** Ezek a megküzdési módok ugyan enyhítik a krízist, de elnyújtják és újabbakhoz vezetnek. Ide tartozik például a drog- és az alkoholfogyasztás.

- 4c. **Kompromisszumos megküzdés:** A krízis ugyan elmúlik, de olyan helyzet alakul ki, mely hosszú távon újabb problémához vezet.
- 4d. **Sikeres megküzdés és poszttraumás növekedés:** A krízist az egyén sikeresen oldja meg és abból megerősödve, új megbirkózási képességekkel, hatékonyabb magatartásmintákkal kerül ki. Önbizalma, önhatékonyága növekszik, mely felvértezi a jövőbeli krízishelyzetek sikeres megoldására.

A krízis időtartama

Maga a krízis 4–6 hét alatt lezajlik. Megoldás, segítség nélkül viszont az alábbi következményekkel kell számolnunk:

- alkalmazkodási zavar,
- szorongás,
- PTSD (poszttraumás stressz zavar),
- depresszió,
- függőségek (alkohol-, gyógyszer-, drogfüggőség),
- pszichoszomatikus zavarok,
- öngyilkosság.

1.7. A gátolt menekülés modellje

Williams és munkatársai (2004) dolgozták ki a „gátolt menekülés modelljét”, mely jól bemutatja, hogy egy krízisállapot milyen lélektani jellemzők mentén vezet el öngyilkossági gondolatokhoz és készítéshez. A gátolt menekülés modelljében ezek a gondolatok és magatartás a csapdába esettség érzéséből származnak, és együtt járnak a világra és a személyre vonatkozó egyedi információfeldolgozási móddal. Öngyilkossági gondolat egy személynél addig maradhat fenn, amíg nem tud megoldást találni a problémára. Ha ez még nem is sikerül, a jövőbeni célok és az élet értelmének érzése segít túljutni az önpusztító gondolatokon. Az öngyilkossági magatartás gátolt menekülés modellje szerint azonban a nem megfelelő problémamegoldó képesség és a pesszimizmus megnöveli az esélyét a csapdába esettség érzésének, amelynek három fő jellemzője van: (1) szenzitivitás, (2) a menekülés képtelenségének érzése, (3) a reménytelenség, miszerint ennek a helyzetnek sosem lesz vége.

1. **Szenzitivitás:** a depressziós személyek hajlamosak a relatíve semleges eseményt is megalázónak megélni, ez az érzés az elviselhetetlenségig fokozódhat. Az ebből a helyzetből való menekülés az öngyilkossági kísérletek hátterében gyakran megnevezett kiváltó tényező.
2. **A helyzetből való kimenekülés képtelensége:** a gyenge problémamegoldó képességek miatt képtelenek alternatív megoldást találni problémájukra, illetve a túláltalánosított emlékezeti működésük miatt nem képesek felidézni múltbeli, sikeres probléma megoldási helyzeteket.
3. **Reménytelenség:** a személy attól tart, hogy az adott helyzet sosem ér véget, nem képes pozitív kimenetelt prognosztizálni.

1.8. A krízisállapot felismerése

Az alábbi jellemzők azok, melyek alapján felismerhető, ha valaki krízishelyzetbe került:

- problémára fókuszáltság, beszűkültség (csak ezzel tud foglalkozni, nem nyitott mások felé),
- türelmetlenség, agitáltság, idegesség,
- érzelemvezéreltség, indulat, agresszió,
- szorongás, sírás,
- zavarodottság,
- kilátástalanság, reménytelenség.

Fontos továbbá megjegyezni, hogy bizonyos pszichiátriai problémával küzdők nagyobb eséllyel kerülhetnek krízisbe, de a krízisállapot egyáltalán nem feltételezi a pszichiátriai zavart, attól függetlenül, pszichiátriai értelemben egészséges embernél is jelentkezhethet.

1.9. A mentális elsősegélynyújtás alapjai, globális észlelési lehetőségek

A krízisállapotba került személy megsegítésére a krízisintervenció és a mentális elsősegély gyakorlata használatos. Előbbi pszichológusok, pszichiáterek által végzett szakmai tevékenység, melynek gyakorlatát képzésük keretében sajátíthatják el. A mentális elsősegély ezzel szemben *szakmai háttértől függetlenül* megtanulható és alkalmazható. Abból a megfigyelésből indul ki, hogy krízishelyzetben bárki segítséget nyújthat, és ezáltal akár életet menthet.

1.9.1. A mentális elsősegély definiálása

A mentális elsősegélynek számos létező definíciója ismert, melyek közül a két legelterjedtebb a WHO által kidolgozott Pszichológiai elsősegély (WHO, 2011) és az ausztrál Mentális Egészség Elsősegély (Svensson, Hansson és Stjernsward, 2015). A projekt szakmai tartalmának összeállításakor, saját definícióink kialakításakor ezekből a fogalmakból indultunk ki.

Pszichológiai elsősegély (PFA, Psychological First Aid)

A pszichológiai elsősegély a WHO definíciója szerint egy támogatásra szoruló, **súlyos, akut krízist átélő személy** megsegítése, támogatása, melyben főként a poszttraumás stressz zavar (PTSD) és a későbbi pszichés zavarok megelőzése a cél (WHO, 2011). 8 lépésből áll. A PFA gyermekek és felnőttek számára egyaránt segítséget nyújthat. Alapelve alapján bárki végezheti, aki megkapta az ezzel kapcsolatos képzést. A pszichológiai elsősegély nem feltételezi a szakember jelenlétét, viszont nem is helyettesíti, ha szükség van rá. A pszichológiai elsősegély folyamatában nem történik oknyomozás és részletes kikérdezés. Elsődlegesen természeti katasztrófák, súlyos balesetek, és háborús traumák esetén használják, de jól alkalmazható valamennyi helyzetben, amikor krízisállapot jön létre. Ilyen például a munkahely elvesztése, súlyos betegség, egy közeli hozzátartozó halála, vagy bántalmazás.

Mentális egészség elsősegély (MHFA, Mental Health First Aid)

A mentális egészség elsősegély Ausztráliában a lakosság számára kifejlesztett, standardizált oktatási program a mentális egészséggel kapcsolatos problémák és az öngyilkosság

csökkentésére. Fontos eleme a mentális egészséggel kapcsolatos tudatosság növelése, az attitűdök javítása és a segítő magatartás motiválása. A mentális betegséggel küzdők megsegítése a fő cél, fennálló krízis vagy probléma esetén. A koncepció irányelvekre épül, melyek egyes mentális betegségekre vonatkozóan külön-külön kerültek kidolgozásra (Hadlaczky és mtsai., 2014, Svensson, Hansson és Stjernsward, 2015). Az elsősegélyt a szakember által nyújtott segítséget megelőzően kapják a betegek, vagy amíg a krízishelyzet meg nem oldódik (Langlands, Jorm, Kelly és Kitchener, 2008).

A projektben használt mentális elsősegély definíció

Fentiek alapján az alábbi definíciót használjuk a projektben:

A mentális elsősegély a krízishelyzetbe került egyén felismerése és adekvát megsegítése, támogatása. Fő célja a későbbi mentális zavarok megelőzése (elsősorban poszttraumás stressz zavar, öngyilkossági magatartás, vagy bármilyen más, a projektben kiemeltként kezelt mentális zavar), és szükség esetén az egyén megfelelő szakmai segítséghez juttatása. Ez a segítségnyújtás független a mentális betegségek fennállásától vagy hiányától, valamint a segítséget nyújtó személy szakmai hátterétől.

A mentális elsősegélynyújtás az alábbi megfigyelésekből, alapvetésekből indul ki:

- A krízisben lévő fokozottan nyitott a segítségre.
- Motivált, hogy beszélhessen a problémájáról.
- Erősen befolyásolható.
- Legfontosabb neki, hogy minél előbb megnyugodjon és csökkenjen a belső feszültsége.

1.9.2. A mentális elsősegélynyújtás lépései

A mentális elsősegélynyújtás során az alábbi lépéseket, teendőket szükséges betartani és követni:

1. Kapcsolatteremtés

- Fontos a fizikai biztonság, nyugodt környezet megteremtése, mely biztonság a segítőre is vonatkozik!
- Bemutatkozás, a helyzet személyessé tétele: mondjuk el, hogy kik vagyunk, kérdezzük meg az ő nevét, és hogy hogyan szólíthatjuk.
- A bizalmasság biztosítása: keressünk olyan helyszínt, ahol más nincs jelen, nem hallanak bennünket.
- Saját szükségleteinek a feltérképezése: Tudjuk meg, hogy mire van most a legnagyobb szüksége, mit szeretne most a legjobban.

Példamondat:

„Júlia! Mi az, amire úgy érzi, most a legnagyobb szüksége lenne, mit szeretne a legjobban?”

2. Együttérzés kifejezése

- Empatikus odafordulás, támasznyújtás, támogatás: Tartsuk végig a szemkontaktust, forduljunk felé, szükség esetén érintsük meg a vállán. Hozzunk egy pohár vizet, ha esetleg szüksége van rá.
- Nem kell megoldást keresni, csak meghallgatni a másikat.
- Éreztessük, hogy nincs egyedül, ott vagyunk vele.
- Szükség esetén diktáljunk számára lassú, nyugodt légzést.

Példamondatok:

“Látom, nagyon megviseli a helyzet.”

“Azért vagyok itt, hogy segítek.”

“Itt vagyok és nagyon együttérzek veled.”

3. Érzések elfogadása

- Érzések, teljes személyiség elfogadása: Kínáljuk zsebkendővel, ha sír.
- Ne állítsuk le a negatív érzések megélését, kifejezését, panaszkodást, hagyjuk, hogy nyugodtan tegye. Ez teljesen érthető ilyen helyzetben.

Példamondat:

„Teljesen érthető, hogy így érzel, ez valóban nagyon nehéz helyzet.”

„Mondd nyugodtan, itt vagyok, és hallgatlak!”

4. Információgyűjtés

- A történetekről nem gyűjtünk információt, nem oknyomozunk.
- Arról informálódunk, hogy mire van a legnagyobb szüksége, mi/ki az, ami megnyugtatóna.
- Aktív hallgatás: Megadjuk a lehetőséget, hogy beszéljen, de csak ha ő akar, eközben figyelmet tükröző metakommunikációnk van: bólogtatás, felé fordulás, kissé előredőlt testtartás, szükség esetén a vállán megérintjük támogatásunk kifejezésére.
- Akárhányszor elismételheti a panaszait, vagy bármit, amit szeretne.

5. Hozzá tartozók bevonása

- Hívjuk oda, akit szeretne maga mellett tudni, mert ilyenkor a társas támogatás elengedhetetlen. Ő fogja tudni megmondani, ki a hozzá jelenleg legközelebb álló személy, akinek megnyugtató lenne most a közelsége. Esetleg mi magunk kísérjük el oda.
- Nagyon fontos szempont, hogy bizonyosodjunk meg róla, hogy van hol aludnia, ennie, tisztálkodnia.

Példamondat:

„Ki az, akit szeretne most maga mellett tudni?”

„Hívjuk ide a legjobb barátod!”

6. Beszűkültség tágítása

- Próbáljuk meg az életének jól működő területeit felidézteni vele: ilyen lehet a munka, vagy a támogató baráti és rokoni kapcsolatok.
- A krízis nem minden életterületet érint egyformán, még ha az egyén beszűkült állapotában úgy is érzi.
- Fontos áttekinteni azokat a dolgokat, amik életben tartják: lehet ez a háziállata, a kertje, ahol a veteményest rendeznie kell, vagy a szomszéd, aki reggelente együtt issza vele a kávéját.

Példamondatok:

„Biztosan vannak támogató, megbízható emberek maga körül... Mesélne kicsit róluk?”

„Úgy tudom, nagyon izgalmas a munkája, mesélne erről egy kicsit?”

7. Sikeresen megoldott korábbi válságok felidézése

- A legtöbb embernek voltak már nehéz helyzetek az életében.
- Ha ezekre visszaemlékszik, önbizalma, magabiztossága nő, beszűkültsége távol.
- Megtudhatjuk milyen megküzdési stratégiái, korábbi problémamegoldó módszerei voltak.

Példamondat:

„Biztosan volt már hasonló válság az életében... Akkor mi segítette a megoldást, azon hogyan tudott túljutni?”

8. Szakember bevonása

Súlyos krízis és önvészélyeztető állapot esetén mindenképp be kell vonni külső segítséget.

Közvetlen *veszélyeztető magatartásról* akkor beszélünk, ha a személy pszichés állapotának akut zavara következtében **saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent. Ilyenkor mentőt és rendőrséget kell hívni.**

Ha nincs közvetlen önvészélyeztető állapot, akkor is érdemes szakembert javasolni, és/vagy az alábbiak valamelyikét, melyre a krízisben lévő fokozottan nyitott lesz:

- családorvos,
- pszichiátriai ellátás, gondozó,
- pszichológus,
- krízistámogató szolgálat,
- lelki elsősegély telefonszolgálat (116-123, éjjel-nappal ingyen hívható bármilyen telefonszámról; képzett szakemberek fogadják a hívásokat),
- családsegítő, nevelési tanácsadó,
- alapítványok/civil ellátási formák, önszolgáltató csoportok,
- online segítség (pl. www.ifightdepression.com).

1.9.3. Gyakorlati teendők a krízis leküzdésének elősegítésére

- rendszeres evés, alvás; a fizikai szükségletek biztosítása nagyon fontos;
- támogató emberekkel való együttlét;
- beszélgetés egy bizalmi személlyel a problémáról;
- olyan tevékenység végzése, amely kikapcsolja;

- spiritualitás, imádkozás (de csak akkor, ha előtte is gyakorolta vallását);
- fizikai aktivitás; akár egy rövid séta is jó lehet naponta;
- bevonódás bármilyen társas tevékenységbe.

Kerülendő a krízisben lévő személynél:

- Drog-, alkoholfogyasztás, orvosi utasítás nélküli gyógyszerek alkalmazása és dohányzás.
- Ne fekdjön és aludjon egész nap.
- Ne vesse magát túlzottan a munkába.
- Ne legyen egyedül! Legyen támogató emberekkel, még ha nehezebb is esik.
- Ne hanyagolja el magát.
- Ne legyen erőszakos.

2. Speciális tartalmak az azonnali mentális elsősegélynyújtáshoz

2.1. Az öngyilkossági krízis

2.1.1. Bevezetés, epidemiológia

Az öngyilkossági magatartás jelentős népegészségügyi probléma az egész világon. Magyarországon Európa más országaihoz képest nagyobb teher az öngyilkosság, évről évre az elsők között szerepelünk a statisztikákban (Rihmer és Fekete, 2012). A WHO (2017) adatai alapján világszerte évente közel 800 000 ember veszíti életét öngyilkosság miatt, és 15–20-szor több azoknak az aránya, akik öngyilkossági kísérletet követnek el¹. Kedvező változás, hogy 2016-ban az öngyilkosságok száma csökkent Magyarországon, de még így is 1763 ember vetett véget önkezűleg életének (KSH, 2017).²

Legveszélyeztetettebbek mindkét nemnél a 45–49 évesek és a 70 év felettek. Magyarországon a 15–24 éves korosztályban az öngyilkosság a vezető halálok. A 60 év feletti korosztályban az elmúlt években folyamatosan növekszik az öngyilkosság aránya. Az öngyilkosság módszereit tekintve elmondható, hogy az önakasztás a leggyakoribb, melyet a szándékos önmérgezés követ hazánkban. Ezután következik a magas helyről leugrás és a mozgó jármű elé ugrás (KSH, 2014).

Az öngyilkossági magatartás számos rizikófaktorral rendelkező, ún. multikauzális jelenség, melyet sosem lehet egyetlen okra visszavezetni. A legfőbb **rizikó csoportoknak** az alábbiak tekinthetők:

- pszichiátriai betegséggel küzdők (főként hangulatzavar, függőségek és szkizofrénia);
- korábban öngyilkosságot megkísérlők (akár egyszer is), vagy családban történt öngyilkosság;
- idős férfiak – a befejezett öngyilkosságot tekintve;
- fiatal nők – az öngyilkossági kísérletre nézve;
- akut krízishelyzetben lévők (fentebb részletezve);
- társas támogatás nélkül élők.

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/> Megtekintve: 2018. 03. 23-án.

² http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001c.html Megtekintve: 2018. 03. 23-án.

2.1.2. Az öngyilkosság és a depresszió kapcsolata

Az öngyilkosságban meghaltak 90%-a valamilyen pszichiátriai betegséggel, leggyakrabban major depresszióval küzd. A súlyos depresszióval küzdő betegek 10–15%-a követ el befejezett öngyilkosságot, míg 20–60%-uk kísérletet tesz. Ennél is magasabb (40–70%) az öngyilkossági gondolatok megjelenése körükben. Éppen ezért **a depresszióval küzdő személyt minden esetben meg kell kérdezni öngyilkossági gondolatairól, késztetéseiről.**

2.1.3. Milyen jelekből vehetjük észre az öngyilkossági veszélyt?

A „**Cry for help**” jelenségnek nevezzük azokat a jeleket, amelyek az öngyilkossági veszélyben lévő egyén lead a környezete felé. Ennek elemei a következők:

- A halálvágy vagy öngyilkossági szándék hangoztatása, erre utaló megjegyzések: „jobb lenne nem élni”, „nincs értelme az életnek”, „mindenkinek jobb lenne nélkülem”, „én úgyis csak teher vagyok számotokra”, „majd ha már nem leszek...” (50–85%-ban történik ilyen jelzés a környezet felé befejezett öngyilkosságot megelőzően).
- Gyakran indirekt jelzések (végrendelkezés, búcsúlevél, gyógyszerek gyűjtése, veszélykeresés, értéktárgyak elajándékozása).
- Az öngyilkosságra készülő belső vívódásait, **ambivalens** állapotát jelzi. Ha ezekre a környezet nem, vagy nem megfelelően reagál, a preszuicidális szindróma irányába mehet el az egyén.
- Minden esetben **komolyan kell venni**, ha ezekkel a jelekkel találkozunk.

Ebben a szakaszban tehát még erős ambivalenciát él át a személy, elkövesse-e az öngyilkosságot vagy ne. Ekkor a fontos személyek felé megtörténik a segélykérő jelzés („cry for help”), amely a megkapaszkodás utolsó próbájaként fogható fel. Ha elutasításba ütközik ez a segélykérés, vagy nem tudják megfelelően dekódolni a segítő szándékot, az végül elvezethet a preszuicidális szindrómához, aztán pedig az öngyilkosság bekövetkezéséig.

2.1.4. Preszuicidális szindróma

Ringel (1976) nevéhez köthető az ún. preszuicidális, más néven öngyilkosság előtti szindróma. Az elmélet szerint az öngyilkosságot megelőző állapotnak jól körülhatárolható jelei vannak. Valamennyi kísérletet vagy befejezett öngyilkosságot azonos pszichológiai jelenség előz meg. Három jellemző jegye miatt szokták öngyilkossági triásként is emlegetni:

1. **Fokozódó érzelmi beszűkülés:** Elszigetelődés másoktól, érdeklődés és motiváció csökkenése, a megszokott tevékenységek érdektelenné válnak. Az adott probléma rendkívül felértékelődik.
2. **Gátolt, maga ellen forduló agresszió, indulat:** a személy haragja, elégedetlensége, agresszív tendenciái önmaga ellen irányulnak, felnagyítja saját hibáit, mivel egy másik személy felé irányuló indulatok gátlás alatt állnak. Bűntudat, önvádolás, önostorozás jelenik meg.
3. **Menekülés a fantáziavilágba:** a problémákat képzeleti szinten jeleníti meg, saját haláláról fantáziál, elképzei a temetését és síró hozzátartozóit. Az öngyilkossági módszereken gondolkodik.

Ebben az időszakban egyre növekvő feszültség halmozódik fel az egyénben, amelyben egy újabb frusztráló esemény kiválthatja az öngyilkossági cselekményt.

Felismerés és megfelelő segítség esetén ezen a ponton még megelőzhető az öngyilkosság.

2.1.5. Az öngyilkossággal kapcsolatos tévhitek

Számos tévhit él az emberek fejében az öngyilkossági magatartással kapcsolatban, melyek megakadályozzák a megelőzést és a helyes beavatkozást. Ezúttal végigvesszük ezeket a tévhiteket, és tudományos érveket sorakoztatunk fel a megcáfolásukra.

Tévhit 1: Aki beszél az öngyilkosságról, csak figyelmet akar, sosem fogja megtenni!

- ⇒ 80%-a az öngyilkosságban meghaltaknak direkt vagy indirekt jelzéseket ad a tette előtt.
- ⇒ Ilyenkor még ambivalensek.
- ⇒ Szükségük van valakire, aki felismeri a problémájukat, és segítséget nyújt.

Tévhit 2: Aki megkísérelte az öngyilkosságot, meg akart halni.

- ⇒ Elviselhetetlen helyzetből nem látnak más kiutat, beszűkült tudatállapotban vannak.
- ⇒ Fontos tudni, hogy 50–100-szorosra nő a befejezett öngyilkosság esélye egyetlen kísérlet után is, ezért minden kísérletet nagyon komolyan kell venni.

Tévhit 3: Az öngyilkosság a depresszió legmélyebb fázisában a leggyakoribb.

- ⇒ A javulás fázisában történik a legtöbb öngyilkosság, mert már kellő energiájuk van, de a hangulatuk még nyomott.
- ⇒ Gyakori az öngyilkosság előtti „jókedv”. Végre eldöntötte. A hosszú depressziós időszak után hirtelen jött jókedv is intő jel lehet.

Tévhit 4: Nem szabad rákérdezni az öngyilkossági gondolatokra, mert csak ötletet adunk.

- ⇒ Ellenkezőleg! Minden gyanú esetén nyíltan kérdezzünk rá! Végre megoszthatja valakivel gondolatait, és csökken a belső feszültsége.
- ⇒ Úgy érzi, figyelnek rá és megértik.
- ⇒ Ha természetesen, nyugodt hangnemben tesszük, ő is őszintén, nyíltan fog válaszolni.

Példamondat:

„A kérdése alapján felmerül bennem, hogy talán ártani szeretne magának. Gondolt arra, hogy öngyilkosságot kövessen el?”

2.1.6. Kérdések öngyilkossági veszély esetén, a kockázat felmérésére

Van-e halálvágya?

„Volt úgy, hogy nehéz élethelyzetben a halálra gondolt?”

Vannak e konkrét öngyilkossági gondolatai?

„Gondol néha az öngyilkosságra is?”

Tervezgeti-e már aktívan az öngyilkosságát?

„Pontosan mire gondol, amikor azt mondja, hogy meg szeretné ölni magát?”

Tett- e már előkészületeket?

„Milyen gyakran és milyen hosszán gondol az öngyilkosságra?”

Vannak-e öngyilkossággal kapcsolatos kijelentései?

„Beszélt már erről valakivel?”

Volt-e már korábbi kísérlete?

„Tett már valaha kísérletet arra, hogy kioltsa életét?”

Vannak-e tartalékok, erőforrások az életében?

„Vannak dolgok, amelyek életben tartják?”

A fenti kérdésekre adott válaszok alapján az öngyilkossági kockázata alacsony, közepes vagy magas lehet, mindháromnál a cél a szakellátás igénybevétele!

- **Alacsony kockázat esetén** a teendő: Ha már eszébe jutott az öngyilkosság, de azt mondja, „úgysem tudná megtenni” – ilyenkor rábeszélem a szakellátás igénybevételeire, és visszajelzést kérek, igyekszem kapcsolatban maradni vele, és a kapcsolatban igyekszem rábeszélni (ha nem is az első alkalommal).
- **Közepes/Magas kockázat:** Már a tervezgetés fázisában van, sokat gondol az öngyilkosságra. Ilyenkor elkísérem a megfelelő szakellátásba (gondozó, kórház).
- **Közvetlen veszélyeztető magatartás:** Konkrétan megtervezte már az öngyilkosságát, tudja a módszert, időpontot, és elszánt ennek kivitelezésére: Mentő, rendőr hívása kötelező!

Alábbiakban összefoglaljuk a **legfontosabb teendőket öngyilkossági krízis esetén:**

- Maradj nyugodt!
- Sugározz megértést és empátiát!
- Adj időt, hallgasd meg!
- Soha ne hozz fel morális érveket, soha ne bíráld! („Hogy teheti ezt a gyerekeivel? A családjára nem gondolt?”)
- Kérdezd meg, ki az, aki most segíthetne neki? Hívjátok oda!
- Juttasd szakmai segítséghez (pszichiáter, pszichológus, mentők)!
- Ne hagyd egyedül!
- Tudjuk meg, hogy mi az, ami életben tartja, mik a saját erőforrásai?
- Kerüljük a bagatellizálást!

Krízishelyzet esetén kerülendő kommunikációs minták:

- **Értékítélet, kioktatás:** „Ezek a gondolatok nem méltók egy családapához.” (a személy büntudatát fokozzák)
- **Bagatellizálás:** „Nem lehet ez ennyire reménytelen, minden helyzetre van megoldás.” (a személy meg nem értettség érzését fokozzák)

- **Üres biztatás:** „Szedje össze magát, csak akarni kell!” (a személy számára használhatatlan tanács, az egyedüllét és a segítségnélküliség érzését fokozzák.)
- **Az okok keresése** (ez fontos később, de nem az elsősegély helyzetében): „Mi vezetett oda, hogy az öngyilkosság foglalkoztatja?” (A kizökkentés helyett a személlyel ismét végiggondoltatjuk azt a gondolatmenetet, amely végén a megoldásnak az öngyilkosság tűnik.)

2.1.7. *Krízishelyzet esetén követendő kommunikációs minták*

- **A megértés és az együttérzés kifejezése.** „Úgy látom, nagyon kétségbe van esve! Nagyon együttérzek Önnel!” (A személy megértést tapasztal, tehát nem kell drasztikusabban üzennie, és kapcsolódni tud.)
- **Visszatükrözések.** „Ezek szerint halállal kapcsolatos gondolatai vannak?” „Nagyon dühösnek tűnik.” (A személy átéli, hogy megértik, és a helyzete érdekel valakit.)
- **Pillanatnyi igényekkel való foglalkozás** az okok feltárása helyett. „Mi az, amire most a leginkább szüksége volna?” (Kizökkentés a beszűkültségből egy pillanatnyi igény felderítésén, és ha lehetséges, kielégítésén keresztül.)
- **Aktív hallgatás.** „Értem, folytassa nyugodtan.” [közben figyelmet tükröző metakommunikáció] (az egyén érezze, hogy bármennyit beszélhet, figyelemmel hallgatjuk)
- **Érzések elfogadása.** „Megértem, hogy megviseli ez a helyzet, sírjon csak nyugodtan! Itt egy pohár víz és a zsebkendő.”
- **Nyitott kérdések használata.** „Beszélne még ezekről az érzéseiről?” (A kérdés megválaszolása közben ő maga is jobban átgondolja az érzéseit, ventillációra, feszültség csökkenésre van lehetőség)
- **Parafrázis.** „Tehát öngyilkossági gondolatai vannak, és nagyon megviseli ez a helyzet.” (Az egyén által elmondottak lényegét kiemeljük és elismételjük, figyelmet és megértést tükrözünk általa.)

2.1.8. A segítő önsegítése – az elsősegélynyújtás utáni teendők

Egy-egy krízishelyzetben való segítségnyújtás magát a segítségnyújtót is megviseli, neki is keletkezhetnek (természetes módon) nehéz érzései. Nézzük azokat a dolgokat, amit tehetünk önmagunkért egy-egy ilyen helyzet után:

- Keressünk egy bizalmi személyt, akinek kibeszéljük érzéseinket, ne maradjunk egyedül!
- Éljük a szupervízió lehetőségével, akár az EFI-ben dolgozó pszichológusok, akár saját munkahelyünkön a munkatársunk, felettesünk is adhat ilyen támogatást, ahol lehetőség van átbeszélni szakmailag és emberileg is a történeteket.
- Az elsősegélynyújtás után próbáljunk meg kikapcsolódni: menjünk el mozogni, hallgassunk zenét, csináljunk valami számunkra örömtelit! Ha nem megy, beszéljük meg a helyzetet valakivel!
- Relaxáljunk, jógázzunk vagy fussunk!
- Ha nagyon hosszan nyugtalanít bennünket a történet, érdemes a saját önismeretünk megerősítésén dolgozni, akár pszichológus által, aki segít a feldolgozásban és az önbizalmunk helyrebillentésében.

2.2. Pszichotikus állapotok

Pszichózis kialakulásának jelei:

A pszichózis kifejezés egy olyan állapotra utal, mely során megszakad a kapcsolat a valósággal, a pszichotikus személy viselkedése, érzelmi megnyilvánulásai az adott helyzetnek nem megfelelőek. Gyakran jellemzi ezt az állapotot a hallucináció (olyan dolgok észlelése, melyek a valóságban nem, vagy nem olyan formában, mértékben vannak jelen) és a téveszme (hamis vélekedés). Pszichotikus állapot többféle mentális betegségben is kialakulhat (Comer, 2005).

Pszichózisban lévő személy magatartása jelentősen megváltozik a korábbiakhoz képest. A realitással való kapcsolat elvesztésének jelei:

1. **Változás az érzelmekben, motivációban:** depresszió, szorongás, ingerlékenység, gyanakvás, tompa, a helyzetnek nem megfelelő érzelmi megnyilvánulások, csökkent energia és motiváció.

2. **Észlelés és érzékelés megváltozása:** nehezen tud koncentrálni, figyelmét fókuszálni, saját magának, másoknak vagy a külvilágnak megváltozott érzékelése, furcsa gondolatok, szokatlan érzékelési tapasztalatok, hallucinációk jelenhetnek meg (pl. szagokat, hangokat vagy színeket erőteljesebben vagy gyengébben érzékel). Mást vesznek észre a világból.
3. **Változás a viselkedésben:** alvászavarok, szociális izoláció, a munka ellátásának képtelensége vagy a munkaképesség csökkenése. A helyzetnek nem megfelelő, nagy amplitúdójú mozgások (hirtelen mozdulatok, rohanás stb.).
4. **Kommunikációban** előfordulhat, hogy amit mondunk, szó szerint értelmezi. Megváltozik a beszédtempója, hanghordozása, túl sokat vagy túl keveset mond. Beszédtartalma összefüggéstelen vagy furcsa. A személy nem követi a beszélgetés logikáját, a kommunikáció középpontjában az őt fenyegető veszélyek és azoknak az elhárítása áll.

A tünetek változatosak, melyek ijesztők lehetnek az egyén számára, ezért gyakran igyekeznek a külvilág elől eltitkolni.

Hogyan viselkedjen pszichózis gyanúja esetén?

1. Legyen nyugodt és megértő, fontos az ítéletmentes hozzáállás.
2. Próbáljon egy nyugodt helyet keresni, ahol beszélhetnek, mert a pszichotikus személyek gyakran bizalmatlanok.
3. Próbáljon meg a személy igényeihez alkalmazkodni, amit viselkedése jelez számunkra (pl. ha gyanakvóan viselkedik és kerüli a szemkontaktust, akkor adja meg a kívánt távolságot).
4. Csak akkor érintse meg, ha arra engedélyt ad az illető.
5. Ha szeretne beszélni az érzéseiről, tapasztalásairól, engedje meg, de ne kényszerítse.
6. Amennyire lehet, az interakció tempóját és stílusát bízza a személyre.
7. Ha a megváltozott észlelése miatt veszélyben vagy fenyegetve érzi magát a személy, kérdezze meg, mitől érezné magát biztonságban.
8. Kerülje a konfrontációt: irreális állításaival, meggyőződésével, téveszméivel vitatkozni nem javasolt, segítség, támogatás, illetve a probléma megértési szándékának kommunikálása a fontos.
9. Ne tegyen olyan ígéretet, amit nem tud betartani.
10. Sosem szabad a hallucinációiról vitatkozni, lekicsinyelni vagy tagadni létezésüket, sosem szabad kinevetni.

11. A pszichózisban lévő személyek gyakran nem tudnak tisztán gondolkodni, ezért szükség lehet a mondandó többszöri megismétlésére. Ezt mindig türelemmel tegye, a beszéd tempójának lelassítása mellett. Fontos, hogy hagyjon időt a válaszra.
12. Próbálja kideríteni, milyen segítségre van szüksége, mi segített korábban!
13. Hívja a legközelebbi hozzátartozót, súlyos tünetek esetében a mentőket!
14. Sosem szabad fenyegetni a pszichiátriai ellátással.
15. Ha veszélyt jelent magára vagy másokra nézve, mindenképp mentőt vagy ügyeletes orvost kell hívni.

Teendők agresszív viselkedés esetén:

1. Sose legyen ellenséges vagy követelőző a pszichózisban levővel szembeni kommunikációja!
 2. Sose fenyegetse!
 3. Hangja legyen nyugodt, beszédtempója lassabb!
 4. Maradjon nyugodt, kerülje az ingerült viselkedést (pl. ne rázza a lábát, ne tegyen hirtelen mozdulatokat)!
 5. Ne korlátozza a mozgásában (pl. ha le-föl járkál)!
- Önmagára és másokra veszélyt jelentő, együttműködést elhárító személlyel szemben kényszerintézkedés alkalmazása válhat szükségessé ön maga és a környezet védelme érdekében. Ebben az esetben szükséges a mentők értesítése.³

2.3. Veszélyeztető állapotok

1. Fogalmak:
 - 1.1. „Ön- és közveszélyes” – régi, de a társadalomban ma is használatos kifejezés, mely olyan emberre vonatkozik, aki valamely mentális zavar következtében saját vagy mások testi épségére veszélyt jelent.

Az 1.2.-től 1.5.-ig felsorolt fogalmakról az „1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről” rendelkezik:

³ Forrás: https://mhfa.com.au/sites/default/files/MHFA_psychosis_guidelines_A4_2012.pdf Letöltve: 2018. 03. 15-én.

- 1.2. **Sürgős szükség:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne (I. fejezet 3. § i).
 - 1.3. **Veszélyeztető állapot:** az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene (I. fejezet 3. § j).
 - 1.4. **Veszélyeztető magatartás:** a beteg – mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet, és a kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely a 196. § c) pontja szerinti gyógykezeléssel hárítható el, de a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt (X. fejezet 188. § b).
 - 1.5. **Közvetlen veszélyeztető magatartás:** a beteg – akut mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent, és az azonnali kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely a 196. § b) pontja szerinti azonnali intézeti gyógykezeléssel hárítható el (X. fejezet 188. § c).
196. § Pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésbe vételének
- b) azonnali intézeti gyógykezelést szükségessé tevő közvetlen veszélyeztető magatartás esetén, az azt észlelő orvos intézkedése alapján (sürgősségi gyógykezelés),
 - c) a bíróság kötelező intézeti gyógykezelést elrendelő határozata alapján (kötelező gyógykezelés) van helye.

2.4. A krízishelyzet felismerése a közösségi médiában

A legtöbb ember ma már napi szinten használ valamilyen közösségi médiát (Birnbaum, Ernala, Rizvi, Choudhury és Kane, 2017). Minden embernek sajátos mintázata van a használatra vonatkozóan, mely mentális probléma során megváltozik. Különösen fontos ezért azon mintázatok összegyűjtése, melyek segíthetnek felismerni a pszichés állapot romlását és a mentális elsősegély szükségességét.

2.4.1. *Depresszió*

Depresszióban szenvedők kommunikációjának jellemzői a közösségi médiában:

1. A depressziósok inkább este, éjjel, 20:00 óra után posztolnak, nappal 9:00-17:00-ig kevésbé.
2. Összességében kevesebbet posztolnak nem depressziós társaiknál.
3. A negatív érzéseket nagyobb arányban fejezik ki.
4. Az egyes szám első személy gyakori, míg az egyes szám harmadik személy használata alacsony mértékű a posztokban.
5. A posztokban a depresszió tüneteit jelző szavak dominálnak (alvás, evési szokások, fizikai gyengélkedés).
6. A depresszióban szenvedők azért fordulnak a közösségi média felé, hogy megoszthassák érzéseiket, terápiájukat, kapcsolataikat másokkal, melyekre rendszerint együttérző válaszok érkeznek.
7. Amennyiben a depressziósok a közösségi médiát használják, akkor egy kisebb, zárt hálózatot alakítanak ki, olyan tagokkal, akikben megbíznak, és nyugodt szívvel megoszthatják pszichés állapotukat.
8. A depressziós személyeknek alacsonyabb számú követőjük van az Instagramon vagy Twitteren.
9. Másokkal való kommunikációjukat kevésbé jellemzi a kölcsönösség, kevésbé reagálnak másokra (De Choudhury, Gamon, Counts és Horvitz, 2013).

Milyen közösségi aktivitások jelzik előre a depressziót, mik a korai figyelmeztető jelek?

1. Megváltozik a kommunikáció szerkezete: az egyes szám első személyű névmás használata gyakorivá válik, felváltja az addig használatban lévő egyes szám harmadik személyben történő megfogalmazást.
2. Változás a kommunikáció minőségében: csökken a posztok és kommentek terén a napi aktivitás, csökken a motiváció.
3. A depresszióban jellemző szóhasználat megjelenése (negatív érzelmi állapotra utaló szavak, reménytelenség kifejezése, önvád, bűntudatot jelző kifejezések) (De Choudhury, Gamon, Counts és Horvitz, 2013).

2.4.2. Öngyilkossági krízisre utaló jelek a közösségi médiában

1. Kevesebb hangulatjelet, smiley-t használnak, mint korábban.
2. Öngyilkossági kísérlet előtt nem, vagy jóval kevesebbet beszélnek a cselekményről, mint utána (öngyilkossági kísérletet túlélők körében végzett kutatás alapján).
3. Sokkal több én-központú kifejezést, szót használnak.
4. A közösségi médiában lévő követőik gondolatait használják a kommunikációjukban, nem a sajátjukat.
5. A 15–29 év közötti fiatalok a posztjuk tartalmának megjelölésére nagy arányban használnak #szomorúság, #szomorú, #düh, #mérgező szavakat. A következő tartalmakat illették a fenti szavakkal: *„A szüleim azt mondták, nem érdekli őket, hogy vagyok. Úgy felhúztak.”* *„Mindenki engem piszkál.”* *„Miért nem találok a nyomorult nyugtatómat, akkor végre túladagolhatnám magam.”* *„Felsoroltam, hogy mik az okok, amiért érdemes élnem, és hogy miért lenne jobb inkább meghalni. Nem találtam indokot, hogy miért ne haljak meg. Hét okot találtam a halálra.”* *„Nem érdekel semmi.”*
6. A posztok tartalmában megjelenik a szégyen és a bűntudat.
7. A kommunikáció tartalma magányosságot sugároz.
8. A posztok száma csökken (Coppersmith, Ngo, Leary és Wood, 2016).

2.4.3. Szkizofrénia, pszichózis

A szkizofréniaival élők jellemző kommunikációs mintája a közösségi médiában:

1. Kognitív folyamatokra utaló szavak; a halál szó és azzal kapcsolatos tartalmak használata; negatív érzelmeket kifejező szavak gyakori alkalmazása.
2. Kevesebb szavuk van az otthonra, a pihenésre és a pozitív érzelmek kifejezésére.
3. A szkizofréniaival élők nem kérik kommunikációs partnerüket, hogy válaszoljanak.
4. Kevésbé használják a „ma” szót.
5. Jellemzően tagadó szerkezeteket használnak („nem tudom”, „nem akarom”, „nem lehet”), pozitív szavak helyett („remek”, „jó”, „boldog”).
6. Kevésbé használnak smiley-kat, hangulatjeleket.
7. Kommunikációban ismétlődő gondolatok jelennek meg.
8. Csökkent hangsúly a barátságon és nagyobb hangsúly a biológiai folyamatokon.
9. Vallásos szavak használata („Jézus”, „Isten”, „szent”, „Menny”, „Pokol”).

10. Paranormális jelenségekről kommunikál („Láttam egy narancssárga UFO-t.”) (Ernala, Rizvi, Birnbaum, Kane és De Choudhury, 2017).

Pszichózis korai jeleinek felismerése a közösségi médiában:

1. Sok időt töltenek a közösségi hálókön (naponta több órát aktívak), illetve az időtartam is megnövekedett (Birnbaum, Rizvi, Correll és Kane, 2015).
2. Megfigyelhető a személyes névmás használatában egyfajta változás, folyamatos átalakulás (egyes szám első személy, tehát „én”, majd többes szám első személy, „mi”, azután második személy, azaz vagy „te” vagy „ti”, végül pedig a pszichózis kibontakozásakor harmadik személy, azaz „ő” vagy „ők”). Jelzi, ahogy a fókusz eltolódik saját magáról.
3. Különböző kategorizációkról szóló cikkek posztolása, illetve olyan történetek, melyekben nincs elvont tartalom, csak konkrét gondolkodás.
4. Teljesítményre utaló szavak („Megpróbáltam.” „Sikerült.”)
5. Jelen helyett a jövőre utaló kifejezések („holnap”, „jövőre”, „majd”).
6. Csökkent hangsúly a barátságon és nagyobb hangsúly a biológiai folyamatokon („test”, „egészség” szavak gyakori használata).
7. Negatív érzelmek kifejezésének gyakorisága növekszik, melyet gyakran ismételnek („Nagyon szomorú vagyok, szomorú, szomorú, szomorú, szomorú.”), ezzel arányban a pozitív érzések kommunikálása csökken.
8. „Annyira rosszul érzem magam, hogy készen állok vagy magamban, vagy másokban kárt tenni.” (Ernala és mtsai., 2017)
9. A következő szavak használata: „kamera”, „megfigyelés”, „hallucináció”, „hangok”.
10. Nyelvi és gondolkodásbeli működési zavar kifejezett, jól érzékelhető zavar keletkezik: összefüggéstelen, nehezen követhető tartalom a szövegben, nyelvtanilag addig nem létező szó használata (Birnbaum és mtsai., 2017).

3. Kapuőr-csoportonkénti speciális tartalmak a mentális elsősegélyre vonatkozóan

3.1. Pedagógusok

A gyermeket nevelő intézmények lehetnek az elsők, akik észlelhetik az akut krízishelyzetet a családban, és segíthetik a megoldást, támogathatják a családot a megfelelő szakmai segítség igénybevételében.

A krízishelyzeteket átélő rendszerek addig stabil mintái összekuszálódnak, mely átmenetek időszakai során változás történik a család rendszerében vagy környezetében. A család dezorganizálódhat, működése rendezetlenné válhat. A krízis mint átmeneti időszak problémái gyakran a gyerek vagy valamelyik családtag viselkedésproblémáiban mutatkoznak meg, amelyek nem feltétlenül kórosak és tartósak, inkább jelzésértékűek a környezet számára. Ilyenkor természetesnek vehetők olyan reakciók, amelyek egyébként kórosnak tűnhetnek, ezeket ismerni kell ahhoz, hogy megfelelően lehessen kezelni őket. A problémák, *tünetek* jelzik a család elégtelen működését, és egyben felhívó szerepük is van, mobilizálhatják a külső segítséget.

Az eltérő életkorú gyermekeknél az alábbi zavarok jelenhetnek meg:

Csecsemők és kisgyermek: érzelemszabályozás zavara (pl.: gyakori sírás, hirtelen hangulatváltozások, nehéz megnyugtathatóság), megkésett beszéd- és kognitív fejlődés, alvásproblémák, étkezési nehézségek, széklet- és vizelet-visszatartás zavarai.

Óvodás és kisiskolás korú gyermek: szociális, emocionális és magatartási problémák, teljesítményzavarok, gyakori egészségügyi problémák.

A szorongás, a depresszió és az ingerlékenység, a destruktív viselkedés a krízis vejejárói lehetnek gyermekeknél. Fontos megjegyezni, hogy a visszahúzódás, a csendesség, a társaktól való elzárkózás is komoly problémákra utalhatnak. Ez jelzés lehet, hogy a család keresi az utat és próbál alkalmazkodni, azonban az eddigi megküzdési stratégiái sikertelenek. Ilyenkor egy külső segítő személy katalizálhatja a változást.

A lehető leggyorsabban és leghatékonyabban kell a család rendelkezésére állni, aminek elengedhetetlen feltétele a csapatmunkában való együttműködés: A krízishelyzetben lévő

családok működésének változását gyakran úgy lehet elősegíteni, ha **igénybe vesszük a családot támogató különböző intézmények közötti kapcsolatokat is** (óvodaiskolapszichológus, Pedagógiai Szakszolgálat, védőnők, házi orvos, Gyermekjóléti Szolgálat, szociális és egyházi intézmények, rendőrség), **és együttesen valósítjuk meg a család segítését.**

Kiemelten fontos a társas támogatottság nehéz helyzetekben. A pedagógus lehet az első, aki hangsúlyozhatja a segítségkérés szükségességét, időszerűségét, és kiépítheti a kapcsolatot a megfelelő segítő intézménnyel. Amennyiben a család nem együttműködő, és a pedagógus a gyermek bántalmazását, elhanyagolását és veszélyeztetését észleli, köteles jelzést tenni.

I. Jelzési kötelezettség:

Az alábbiakban ismertetésre kerülő Gyermekvédelmi törvény rögzíti azokat a személyeket, szerveket, akiknek a krízishelyzetet észlelve jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé.

A gyerekvédelmi jelzőrendszer a gyermekek veszélyeztetettségét szolgálja megelőzni meghatározott intézményi rendszer keretében, intézményi együttműködési rendszeren keresztül. Magát a rendszert a gyermekjóléti szolgálat koordinálja, egységbe fogva a gyerekek ellátását érintő különböző egészségügyi, köznevelési és igazságügyi szerveket, civil szervezeteket. *A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról* szóló 1997. évi XXXI. törvény (továbbiakban Gyvt.) 17. § (1) bekezdése alapján alaptevékenységük keretében **kötelesek jelzéssel élni a gyerekvédelmi szolgálat irányába, ha veszélyeztetést észlelnek, a Gyvt. 17. § (2) bekezdés a) pontja szerint kötelesek hatósági eljárást kezdeményezni, a gyermek bántalmazása vagy súlyos elhanyagolása, veszélyeztetése esetén, illetve ha önmagát veszélyeztetési súlyosan a gyermek, a Gyvt. 17. § (2) bekezdés b) pontja alapján a következő szervezetek:**

- a) az egészségügyi szolgáltatást nyújtók, így különösen a védőnői szolgálat, a házi orvos, a házi gyermekorvos,
- b) a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatók,
- c) a köznevelési intézmények,

- d) a rendőrség,
- e) az ügyészség,
- f) a bíróság,
- g) pártfogó felügyelői szolgálat,
- h) az áldozatsegítés és a kárenyhítés feladatait ellátó szervezetek,
- i) a menekülteket befogadó állomás, a menekültek átmeneti szállása,
- j) az egyesületek, az alapítványok és az egyházi jogi személyek,
- k) a munkaügyi hatóság,
- l) a javítóintézet,
- m) a gyermekjogi képviselő,
- n) a gyermekvédelmi és gyámügyi feladatkörében eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal,
- o) az állam fenntartói feladatainak ellátására a Kormány rendeletében kijelölt szerv.

3.1.1. Speciális krízishelyzetek kezelése – Serdülőkori krízis és serdülőkori öngyilkosság

Serdülőkorban sok területen történik változás, mivel ez egy átmeneti időszak a gyermekkor és a felnőttkor között. Sok kihívással kell szembenézniük a serdülőknek, amelyek következtében a legtöbb mentális zavar a serdülőkor során jelenik meg először.

Serdülőkori vészjelek Laufer (1975) szerint:

- A gyermekkori magatartásmódok dominálnak a serdülőkorban elvárt viselkedés helyett.
- Túlságosan merev, önkontrollját mindig meg akarja őrizni.
- Kortársaitól visszahúzódik, nála fiatalabbakkal vagy idősebbekkel barátkozik.
- A szülők dominálnak életében, véleménye tőlük függ, kortársaitól eltávolodik.
- Nem képes megfelelő érzéseket átélni, kifejezni, közömbös marad.
- Nem foglalkoztatja a jövő, vagy irreális tervei vannak.

- Nehéz elkülöníteni a fantáziát a valóságtól.
- Félelemkeltő gondolatok, fantáziák gyakorivá válása.
- A cselekedetek, gondolatok idegenné válása. Saját akaratától függetlenül éli meg bizonyos cselekedetét. Ha gyakorivá válik, akkor ez intő jel.
- Megváltozik a magatartása a korábban jellemző viselkedéshez képest (visszahúzódó vagy agresszív, ingerlékeny lesz).

A serdülőkorban leggyakrabban előforduló válságok:

- Identitáskrízis: nem találja saját helyét a világban, nem tudja, mik az értékei.
- Autoritáskrízis: a normákkal és a tekintéllyel szemben lázad.

Krízisre adott reakciók:

- a tanulmányi eredmények romlása;
- szociális gátlás, visszahúzódás;
- szorongásos, depresszív tünetek: a gyermek- és serdülőkorban megjelenő depresszió tünete nem feltétlenül egyezik meg a felnőttkori depresszióban jellemző vezető tünettől, a levert hangulattal, hanem inkább egyfajta ingerlékenység, agitáltság a szembetűnő probléma;
- evészavar;
- alvászavar;
- drogfogyasztás;
- öngyilkossági fantáziák, szándék, kísérlet, cselekedet.

önsértés:

Az önsértés olyan viselkedés, amely során a személy szándékosan kárt okoz saját testében (vagdolás, gyógyszer vagy drog által okozott túladagolás). Itt általában azért alkalmazzák ezt a módszert, mert nem tudnak más kiutat feszült helyzetükből. Az önsértés során akár tartós kárt is tehetnek a saját szervezetükben. A serdülőkori önsértés növeli a kockázatát a későbbi önkárosító magatartásnak, valamint az öngyilkossági kísérletnek (Chan és mtsai., 2016).

Teendők

1. Ha pedagógusként gyanakszik az önsértésre, kérdezze meg a diákot, hogy szeretne-e beszélni problémájáról, érzéseiről, gondolatairól. Ha a válasz igen, nyugodt légkör megteremtésével biztathatja a diákot a beszélgetésre.
2. Amennyiben úgy gondolja, komoly az öngyilkossági kockázat, mindenképpen **rá KELL kérdezni**, mivel a diák válasza segít eldönteni, mi a további teendő. Például: *„A hallottak alapján felmerül bennem, hogy ártani fogsz magadnak. Gondoltál az öngyilkosságra?”*

A rákérdezés módjáról korábbi, *Kérdések öngyilkossági veszély esetén* c. fejezetben olvashat bővebben.

Magas a kockázat, ha az öngyilkosság konkrétan megtervezett, és szeretné minél előbb végrehajtani, ilyenkor az **országos mentőszolgálat hívása elengedhetetlen!**

Mit mondhat a fiataloknak az önsértésről, és arról, hogy mit tegyenek, ha egy társukon észlelik az önsértés jeleit?

Serdülőknél gyakran előforduló probléma, hogy valamelyik testrészüket megsértik, „falcolnak” (pl. vagdossák a csuklójukat, melyet aztán igyekeznek elrejtteni pl. karkötő viselésével). Ennek hátterében az áll, hogy képtelenek elviselni a túlzott mértékű lelki fájdalmat, feszültséget és ennek levezetéseként sértik meg magukat. Nem jelenti azt feltétlen, hogy szeretnék véget vetni életüknek, de fontos jelzéssel bír, mivel ez a későbbi öngyilkosságnak komoly rizikófaktora. Ha ilyen késztetéseik vannak, találjanak egy bizalmi személyt, akivel beszélnek a háttérben meghúzódó problémáról, aki lehet a szülő, az iskolapszichológus vagy az osztályfőnök is.

Néhány tanács, hogyan segíthetsz a barátodnak:

1. Kérdezd meg a barátod, hogy szeretne-e beszélni egy felnőttel!
2. Ne ígérd meg, hogy titokban tartod a hallottakat!
3. Ajánld fel, hogy elkíséred a barátodat ahhoz a felnőtthez, akivel szívesen megosztaná problémáját!

4. Amennyiben úgy érzed, hogy barátod öngyilkosságot fontolgat, vagy az önsértést folytatja, és nem szeretne segítséget kérni, szólj egy felnőttnek, még akkor is, ha a barátod nem szeretné ezt!

Teendők akut öngyilkossági helyzetnél

A tanárnak **kötelessége** öngyilkossági veszély esetén a család értesítése, hívni a **112-t** vagy a **104-et** sürgősségi orvosi ellátásért⁴.

A két legsúlyosabb veszteségélmény mind felnőttek, mind gyerekek esetében a **közeli hozzátartozó elvesztése** és a **válás**, ezért erre a két problémára részletesen is kitérünk.

3.1.2. Gyász

Lindemann (1998) tanulmányai szerint:

1. Az akut gyász meghatározott pszichológiai és testi tünetekkel leírható tünetcsoport.
2. Ez a szindróma megjelenhet rögtön a krízis után, de a gyász lehet késleltetett vagy túlzott formában megjelenő, illetve rejtett is.
3. A tipikus tünetek helyett megjelenhetnek torzult reakciók, amelyek a gyász speciális aspektusait tükrözik.
4. A torzult reakciók megfelelő technikákkal sikeresen átalakíthatók normális gyászreakciókká, s így feldolgozhatók.

A gyász megélése függ az életkortól és az egyéni életciklustól (Simkó, 2009)

1. A *csecsemők* is érzékelik a családi egyensúly felborulását, az érzelmi és a működésbeli változásokat.
2. A *2–5 éves korú gyerekeket* az animizmus jellemzi. Azt képzelik, hogy a halott tud mozogni, beszélni, gondolkodni, elmenni és visszajönni, azaz a halál reverzibilis, visszafordítható. Hetekig, hónapokig nem tudják elfogadni a halál véglegességét. Hajlamosak önvádra a betegséggel kapcsolatban. A direkt vagy szimbolikus játék náluk hatékonyabb lehet a szavaknál.

⁴ Forrás: <http://old.ifightdepression.com/hu/index59c6.html?id=6792>, Megtekintve: 2018. 03.15-én.

3. Az 5–9 éves korú gyerekek halálképére a perszonifikáció a jellemző. Úgy képzelik, hogy a halál egy személy, aki elviszi az embereket valahova, de a csoda segíthet. A kiváltott érzelmi reakciók lehetnek furcsák, gyakran időszakos jellegűek. A személyes tárgyak emlékek vigasztaló hatásúak lehetnek. Célszerű, ha részt vesznek a temetésen, vagy annak egy részén. Ekkor a leggyakoribb, hogy a gyerek a halál okaként sajt magát említi, tehát meghatározó a bűntudat.
4. 9 éves kor felett a gyerekek elképzelése a halálról egyre közelebb kerül a valósághoz, tudják, hogy a halál irreverzibilis. Az ő gyászfolyamataik egyre jobban hasonlítanak a felnőttekéhez. Gyászukban a szülő mint társ jelenik meg.

Normál gyászreakciók (Lindemann, 1998):

- szomatikus distressz: légzési nehézségek, emésztési rendellenességek, erőtlenség érzése, kimerültség,
- belefeledkezés a halott emlékébe,
- bűntudat,
- ellenséges reakciók,
- erőfeszítés kell a mindennapi rutinok végrehajtásához, az elhunytal való megszokott tevékenységek elveszítik jelentőségüket, mint például a barátokkal való kapcsolattartás, közös hobbik, tervezetések.

Patológias gyászreakciók (Lindemann, 1998):

1. a reakciók késleltetése;
2. torzult reakciók: túlzott aktivitás a veszteség érzése nélkül;
3. a tünetek a halott betegségére emlékeztetnek, megjelenhetnek jellegzetes pszichoszomatikus megbetegedések (fekélyes vastagbélgyulladás, asztma);
4. a barátokhoz és rokonokhoz való viszony megváltozása: elzárkózás, ingerlékenység, társas izolálódás;
5. tomboló düh egy kitüntetett személlyel szemben, hibáztatás;
6. erőfeszítések az ellenséges érzések leküzdésére, mely fásultságban, az érzelmek elsivárosodásában mutatkozik meg;
7. a társas tevékenységi minták elvesztése, visszahúzódás;
8. túlzott költekezés, adományozás, a saját gazdasági helyzet veszélyeztetése;

9. agitált depresszív tünetek: erős feszültség, nyugtalanság, alvászavar, értéktelenség érzése, keserű önvádolás.

Szükség esetén a pszichológusi vagy pszichiátriai szaksegítséghez juttatás megelőzheti a gyászreakciók elhúzódását, a gyászoló szociális alkalmazkodásában bekövetkező súlyos változásokat, valamint az orvosi betegségek és komolyabb pszichés problémák kialakulását!

A tanár feladatai hirtelen haláleset bekövetkezése esetén (Révész, Kiss 2017):

- A haláleset körülményeiről a lehető legtöbb információt átadni a diákoknak.
[Mi történt (a fájdalmas technikai részletek nélkül)? Hallottak-e a hírről? Mit gondoltak? Mit éreztek?]
- Elősegíteni az érzések kifejezését. Példák ilyen gyakorlatra: természeti képek kiválasztása, ami leginkább megfelel hangulatuknak, majd arról beszélgetés, végül az érzés megfogalmazása; ha ezek a képek képeslapok lennének, melyiket küldené az elhunytaknak, és mit üzenne vele. A rítusok segíthetnek az erőteljes érzelmek átélésében: leírhatják, hogy mit jelent számukra, hogy meghalt, emléket rajzolhatnak róla. Kijelölhetnek naponta egy órát, amikor rá emlékeznek, lehet sírni, dühösnek lenni, naplót írhatnak az érzéseikről, búcsúlevelet az el nem mondott dolgokról az elhunytaknak.
- Tudatni, hogy a gyász érzése normális, és ennek különböző formái lehetnek.
- Meg kell engedni, hogy kifejezhessék gyászukat, vagy akár azt is, hogy mások ne gyászoljanak, ha nem érzik úgy.
- Nagyon fontos lehetőséget biztosítani a megemlékezésre (néma felállás, gyertyagyújtás, fénykép kihelyezése, rajzot is készíthetnek).
- A kérdésekre őszintén próbáljon válaszolni a pedagógus.
- Fontos használni a halott, meghalt, haldoklás kifejezéseket. Ne eufémizáljunk, pl. ne mondjuk, hogy „eltávozott”, „elment.”
- Amikor a halott személyről beszélünk, a nevén említsük, pontosan idézzük az emlékeket, ne idealizáljuk.
- Ha öngyilkosságban halt meg egy osztálytárs, akkor fontos, hogy ne legyen túl sokáig kint az emlékeztető tárgy (pl. gyertya), mert a túlzott figyelem az esetleg éppen

krízisben lévő osztálytársnál felerősítheti az öngyilkossági szándék vágyát! („Ha rá így figyel most már mindenki, én is a középpontba kerülök, ha meghalok.”)

Előfordulhat, hogy a pedagógust megéri a gyász témája, felelevenednek események a saját életéből, mely természetes jelenség. Amennyiben úgy érzi, hogy jelentős mértékben megterheli a téma, az iskolapszichológushoz fordulhat segítségért.

3.1.3. Szülők válása

A szülők válása a gyerekek számára **súlyos veszteségélmény**, nagyon fontos, hogy a gyerekeket a pedagógusok is támogassák ebben a nehéz időszakban. A tünetek nagyban hasonlítanak a gyász reakcióihoz, a gyerekek eddigi szokásai megváltozhatnak, túlzottan beszédessé, az osztály bohócává válhatnak, vagy visszahúzódók lesznek, megjelenhet az agresszió, düh, szorongás, depresszió vagy krónikus megbetegedés is. Ezek a tünetek gyakran az óvodában vagy iskolában mutatkoznak meg, a szülő otthon nem is mindig észleli ezeket.

A pedagógus szerepe kiemelkedően fontos abban, hogy a tünetek észlelése esetén a szülővel való konzultáció során utat mutathat a megfelelő szakmai segítség megtalálásához.

A gyerekek válásra adott reakciói életkoruk függvényében (Benczúr és Révész, 2001):

3–6 év:

- a szülő hiányát intenzíven élik meg, nehezen viselik a megszokott napi „elválásokat” (óvodába menés, szülő munkába menetele);

6–10 év:

- figyelemzavar, koncentrációs nehézségek, dadogás;
- teljesítményromlás;
- iskolai teljesítmény csökkenése;
- tárgy nélküli düh;
- szomorúság, a kortárs kapcsolatok elhanyagolása.

10–14 év:

- figyelemzavar,
- teljesítménycsökkenés,

- harag, hibáztatás,
- ellentétes, váltakozó érzelmek,
- magatartászavar,
- a kortárs kapcsolatok elhanyagolása,
- veszélyeztető, vakmerő cselekedetek.

Életkortól függetlenül megjelenhetnek az alábbiak (Benczúr és Révész, 2001):

- A családot elhagyó szülő iránt haragot éreznek, és szégyent, hogy tönkrement a család.
- Komoly nehézséget okozhat, ha a szülők a gyereket a kettőjük között lévő konfliktus rendezésére használják, és a gyerek „döntőbíró” szerepbe kerül a szülők között. A gyerek nem választhat a szülei között, tartós és kiegyensúlyozott kapcsolatra van szüksége mindkét szülővel.
- A gyerek sokszor magára veheti a feladatot, hogy a szülőket kibékítse, és helyreálljon a megszokott rend.

Hogyan viszonyuljon a pedagógus a válás okozta nehézségekhez (Gyurkó, 2015)?

1. Intenzív támaszt nyújt a gyerekeknek. (Ne faggassa, ha nem szeretne róla beszélni, de ha igen, hallgassa meg figyelmesen.)
2. Az érzelmek kifejezése (segíthetnek a különböző érzelmeket kifejező arcok, kártyák, természeti képek és bábozás a feldolgozásban) segítheti a veszteségek feldolgozását (jobban ragaszkodhat a pedagógushoz, közös meseírás, rajzolás; a düh kiélésére lehetőség nyílik a játék során).
3. A kiszámítható, eddig megszokott napirend és szokások biztonságot nyújtanak a gyerekeknek.
4. A gyerekek támogatása, meghallgatása segít megszabadulni a gyötrő önvád és a bűntudat érzésétől. Adja meg a lehetőséget a gyermeknek egy nyugodt, biztonságos légkör megteremtésével, hogy ha szeretne, beszélhessen érzéseiről!
5. A szülők közötti konfliktustól a pedagógus tartsa távol magát, ne vonódjon be a válás folyamatába! Az óvodai, iskolai lét zavartalan menete nagy biztonság a gyerek számára.
6. Nem mondhat a szülőkről a gyerekeknek negatív, megalázó vagy lealacsonyító dolgokat.

7. Hangsúlyozza a szülőknek, hogy nem a válás ténye, hanem a válás folyamatában megjelenő konfliktusok azok, amik károsan befolyásolják a gyerekek testi és lelki egészségét.
8. Hangsúlyozza, hogy fontos segítséget kérni a gyerekek érdekében a konfliktusuk rendezésére, ha az nem megy önerőből (mediátor, óvoda- és iskolapszichológus, jogász, lelkész, szociális intézmények)!

A gyerek akkor szerzi a legsúlyosabb sérüléseket, ha a szülők a konfliktusaikat nem tudják erőszakmentesen megoldani. Erőszaknak tekinthető a fizikai, érzelmi, testi bántalmazás, a megalázás, a lealacsonyító szavak alkalmazása, a másik szülő elidegenítése, a zsarolás, a zaklatás.

Amennyiben felmerül a gyermek veszélyeztetése, vagy a családon belüli erőszak, jelzési kötelezettséggel élni kell, és jelezni azt a Gyermekvédelmi Szakszolgálat felé.

3.1.4. Internetes zaklatás (Cyber-bullying)

Internetes zaklatásról akkor beszélünk, amikor valakit **tudatosan, bántó szándékkal, ismétlődően zaklatnak az interneten keresztül**, egyenlőtlen erőviszonyok mellett (Olweus, 1999). A jelenséget komolyan kell venni, mivel a kutatások alapján az áldozatok **nagyobb valószínűséggel válnak depresszióssá**; a depressziós tünetekről beszámoló fiatalok körében háromszor nagyobb arányban fordult elő cyberbullying az elmúlt egy évben (Ybarra, 2004). Az interneten keresztül történő zaklatás legnagyobb veszélye, hogy gyorsan juthat el a hír sok emberhez, ezáltal nem egyszeri alkalomról beszélünk, hanem a későbbiekben bármikor ismétlődő eseményről (Domonkos, 2014).

Mit tehet a gyermek, ha úgy gondolja internetes zaklatás áldozata?

1. Szóljon egy felnőttnek!
2. A bántalmazásra utaló bizonyítékokat mentse el dátummal együtt (pl. e-mailt, a videót, üzenetet)!
3. Ne válaszoljon a zaklató üzenetekre vagy posztokra, kommentekre!
4. Fordulhat a Kék Vonal Internet Helpline-hoz telefonon, e-mailben vagy chaten.
5. Van lehetőség arra, hogy a zaklatást az adott oldalon jelentse, vagy akár le is tudja tiltani a zaklatót. Panaszát a www.biztonsagosinternet.hu oldalon is jelezheti.

6. Szükség esetén szülőkkel együtt forduljanak a rendőrséghez, tegyenek feljelentést a zaklatás ellen!⁵

Segítség applikáció formájában:

<https://www.unicef.hu/helpapp/>

A HelpApp segít eldönteni, hogy valóban internetes zaklatásról van-e szó, illetve mi a teendő, és segítséget is kaphat.

Online zaklatásról pedagógusoknak:

Ezen a linken a pedagógusok tovább informálódhatnak a témában:

<http://ebresztoora.unicef.hu/>

Figyelmeztető jelek szülőknek, pedagógusoknak⁶:

- megváltozik az internethasználatára jellemző viselkedés (kevesebbet netezik vagy bezárkózik internetezés közben);
- megváltozik a hangulata internetezés után, ingerült lesz, illetve gyakran ellenőrzi e-mailjeit, illetve Facebook-hírfolyamát, üzeneteit;
- visszahúzódik, kerüli a társas kapcsolatokat, nem osztja meg másokkal érzéseit;
- önértékelése csökken, negatívan látja saját magát, negatív gondolatok is megjelennek saját magára vonatkozóan (leértékeli magát);
- az addig jellemző hobbikat abbahagyja vagy ritkábban foglalkozik velük;
- iskolában koncentrációs problémák lépnek fel, amelyek következtében romlik a teljesítménye;
- törli a közösségi médiában használt fiókjait, pl.: Facebook, Instagram.

⁵ <https://www.kek-vonal.hu/index.php/hu/internetes-biztonsag/202-mi-az-a-cyberbullying>. Megtekintve: 2018.03.17-én.

⁶ <https://www.kek-vonal.hu/index.php/hu/internetes-biztonsag/202-mi-az-a-cyberbullying>. Megtekintve: 2018.03.17-én.

3.2. Lehetőségek krízishelyzet után

Mit lehet tenni, ha egy krízishelyzet egy osztályközösséget is érint, ha utóhatása jelentkezik a közösség tagjaiban, vagy a krízishelyzet után a szülők válnak nyugtalanná?

Resztoratív eljárások

Ebben segítenek az ún. resztoratív („helyreállító”) eljárások. A resztoratív technika alapelve, hogy az emberek produktívabbak és nagyobb valószínűséggel képesek az életükön pozitív irányba változtatni, ha őket bevonva szeretnének segíteni nekik, és nem kihagyva őket a folyamatból, vagy ellenük irányulva (Wachtel, 2003). Segít a módszer mélyebb megértésében és alkalmazásában, ha szemléletmódként tekintünk rá technika helyett.

Meggyógyítja az érzelmi sérüléseket és átalakítja a kapcsolatot (Wachtel, 1997). Segít a fizikai és érzelmi biztonság megteremtésében, egymást meghallgathatják, és elfogadhatják a másik véleményét. Ezen kívül segíti az egymás iránti tisztelet és együttérzés kialakulását, valamint lehetőséget teremt az érzelmek kifejezésére, és csökkenti a stigmatizációt. Fontos eredménye, hogy a kontrollt visszahelyezi a közösség tagjai kezébe. Támogatja a reziliencia, a rugalmas ellenállóképesség fejlődését.

A technikai elemei: az én-közlések alkalmazása a kommunikációban, értő figyelem, aktív hallgatás, érzelmek megfogalmazása és kifejezése, valamint a konszenzus keresése.

Resztoratív körök módszere a gyakorlatban:

Az osztály tagjai körben ülnek, a kör tagja a pedagógus, aki facilitálja, segíti a folyamatot.

Az osztályt fel kell készíteni pár mondatban arra, hogy milyen módon fognak beszélni a történekről, és mi ennek a célja.

Kérdések: (Lehetőleg minden gyerek válaszoljon rá, illetve aki nem szeretne, az is kapja meg a lehetőséget. Passzolni van lehetőség, de próbáljuk elkerülni, hogy túl gyakorivá váljon.)

- Mi történt? Hogyan szereztél tudomást a történekről?
- Mi volt a reakciód, amikor hallottad?
- Mit gondoltál akkor, és mit gondolsz most?
- Miként hatott ez rád, a többi gyerekre és a felnőttekre?
- Mi volt a legnehezebb számodra akkor és most?
- Mire van szükséged most?
- Most, hogy megtudtuk, hogy miként érez, gondol mindenki, mit javasolnátok, hogyan folytassuk a mai napot?
- Mire lenne szükség, hogy folytathassuk? (Negrea, 2017)

3.2.1. Rendőrök

Gyakran a rendőrök a legelsőek, akiket egy krízisben lévő személyhez hívnak, ezért nekik kell döntést hozni arról, hogy mit tesznek, hová irányítják az adott személyt. A krízishelyzetben lévő személy megsegítése különösen nehéz feladat, főleg, ha öngyilkossági veszély is fennáll.

Milyen formában kerülhetnek kapcsolatba az öngyilkossági krízissel?

- Elősegíthetik a pszichiátriai kezelés létrejöttét, mivel ők azok, akiket értesítenek a mentőkön kívül ezekhez a betegekhez.
- Gyakori probléma az őrizetben lévők önsértése.
- Akut öngyilkossági kockázattal rendelkező helyzeteket kezelnek. Öngyilkossági kísérlet végrehajtása közben intézkednek.
- Kollégák körében előforduló öngyilkossággal is találkozhatnak.
- Ők értesíthetik a hozzátartozókat befejezett öngyilkosság esetén.

Miben tud segíteni a rendőr?

1. Akut öngyilkossági krízis esetén: segíthet a krízisben lévőnek csökkenteni a pszichés terhet azáltal, hogy beszélhet róla.
2. Képes késleltetni vagy megelőzni az öngyilkosság bekövetkezését.
3. Mielőbbi segítséghez juttatás.

Öngyilkosság szélén álló személy megközelítése

1. Tartsa távol a bémézkodókat!
2. Próbálja meg kideríteni, hogy a környezetben lévők ismerik-e az öngyilkosságra készülőt, és tudnak-e valamit arról, hogy mi történt!
3. Ne ijessze meg az egyént!
4. Mutakozzon be, és empatikus odafordulással próbáljon meg bizalmi légkört kialakítani a személlyel; ettől a személy nem érzi magát gyengének vagy legyőzöttnek.
5. Derítse ki, hogyan segíthet! Kérdezze meg a személyt, hogy szeretne-e beszélni valakivel – a terapeutájával, az orvosával vagy valamelyik rokonával.

6. Próbáljon meg folyamatos beszélgetést fenntartani a személy szükségleteinek megfelelően (pl. a hallucinációinak vagy tiltakozásának megfelelően)!
7. Ne próbáljon meg trükközni, és az „ellentétes pszichológiát” is mellőzze! Segítsen abban, hogy megszegyenülés nélkül kerülhessen ki a személy a helyzetből, biztosítson olyan érzést, mintha ő irányítaná a helyzetet.
8. Ne kérje a beleegyezését, hogy megközelíthesse. Próbáljon minél közelebb kerülni, de maradjon biztonságos távolságban.
9. Fontos, hogy Ön is segítséget kérjen, ha problémát okoz a munkája során jelentkező trauma feldolgozása.

Hozzártartozók értesítése befejezett öngyilkosságról

Egy hozzátartozó öngyilkossága az egyik legnagyobb krízis, ami egy család életében történhet, éppen ezért kiemelten fontos a helyzet rendkívül körültekintő, empátikus kezelése. Az alábbi szempontokat érdemes szem előtt tartani az intézkedés során:

1. Mindig személyesen értesítse a hozzátartozókat!
2. Bemutatkozást követően: „Rossz hírt kell közölnöm”. Tegye nyíltan, és ne keltsen reményt: „Az ön édesapja ma reggel öngyilkosságot követett el, aminek következtében életét vesztette.”
3. Viselkedése tükrözzön megértést, fogadja el a reakciót. (sírás, düh, hitetlenkedés, bűntudat: „senki sem tehetett volna ellene semmit”).
4. Hívjon orvost, ha nagyon erős a hozzátartozó reakciója, vagy ha elájul!
5. A hozzátartozó minden kérdésére válaszoljon! Biztosítsa az elhunyt megtekintését, amennyiben a hozzátartozó kéri!
6. Ne maradjon egyedül a hozzátartozó, maradjon vele, amíg megérkeznek hozzá! Adja meg elérhetőségét további kérdés esetére!
7. Fontos a saját biztonsága és pszichés jólléte. Ha megterhelőnek érzi a helyzetet, keressen támogatást, beszélje át egy bizalmi személlyel, kollégájával a történeteket!⁷

Teendők szerhasználat következtében agresszív vált személy esetében

⁷ Forrás: <http://old.ifightdepression.com/hu/index35a2.html?id=6781>. Megtekintve: 2018. 03. 15-én.

Próbálja megelőzni a helyzet eskalálódását az alábbi technikákkal:

1. Beszéljen nyugodtan, nem konfrontatív módon!
2. Beszéljen lassan és magabiztosan!
3. Ne provokálja, ne fenyegetse, és kerülje a vitatkozást!
4. Szóhasználata legyen pozitív (pl. „Maradjon nyugodt!”) a negatív szavak helyett (pl. „Ne verekedjen!”), mely a személyt a helyzet túlreagálására készítetné!
5. Fontolja meg, hogy szünetet tart a beszélgetésben, hátha sikerül megnyugodnia a személynek!
6. Próbálja meg nyugodt helyre kíséni, hogy a zajtól és egyéb olyan környezeti hatásoktól távol tartsa, melyek zaklatottságát fokozhatnák!

Amennyiben nem sikerül megnyugtatnia az alkoholos befolyásoltság alatt álló személyt, hívja az ügyeletet vagy a mentőket!⁸

3.2.2. *Lelkészek*

A lelkeszek munkájuk során számtalanszor találkoznak nehézséggel küzdő vagy akár krízisben lévő személlyel, épp ezért kiemelten fontos ismerniük a teendőket krízishelyzetben. Saját kompetenciahatáruk megismerése alapvető fontosságú, hogy képesek legyenek döntést hozni arról, hogy meddig tudnak hivatásukból adódóan segíteni a krízisben lévőknek, és mikor szükséges külső segítség bevonása.

A lelkeszeknek összességében nagyon fontos, ún. „kapuőr” szerepük van, mert a nehéz helyzetben lévők egy része tőlük kér támogatást, segítséget, ezen kívül tekintélyszemélynek számítanak egy adott közösségen belül.

Mit kell tudnia egy lelkesznek az öngyilkossági krízisről és a depresszióról?

Mik lehetnek a jelek?

Az egyén arról beszél, hogy nem találja a megfelelő kapcsolatot a hitével, kevesebb pozitív energiát merít belőle, mint korábban.

A lelkesz segíthet megérteni a hite és a depresszív élményei közötti kapcsolatot. Gyakran éreznek bűntudatot a hitükkel kapcsolatos megváltozott érzéseik következtében, melyet segíthet enyhíteni.

⁸Forrás: https://mhfa.com.au/sites/default/files/MHFA_alcohol_use_A4_2013.pdf. Letöltve: 2018. 03. 16-án.

Az idős emberek körében nagyobb számban fordul elő, hogy életüket annyira kilátástalannak látják, hogy egyetlen megoldásnak az öngyilkosságot tartják.

Mit tehetnek a lelkipásztorok?

Mivel ezek a krízishelyzetek és a fennálló depresszió idős embereknél nagyban fokozhatja az öngyilkossági rizikót, fontos a megfelelő ellátásba történő irányítás. Javasolhatja, hogy keresse fel a háziorvosát vagy egy szakorvost (pszichiáter, pszichológus).

Nem felelőssége és nem feladata, hogy valakit kezelésbe juttasson, de bizalmi személyként nagyon sokat tehet ennek előmozdításában, az egyén motiválásában a megfelelő szakmai segítséghez juttatásban⁹.

3.2.3. Házi orvosok

Depressziós beteg esetén fontos, hogy kellő körültekintéssel járjon el, mert a súlyos, visszatérő depresszióban szenvedők 10–15%-a végül öngyilkosság következtében hal meg, és a depresszióban szenvedők 40–70%-ának vannak öngyilkossági gondolatai. Ilyenek jegyek lehetnek pl. a kényszerítő öngyilkossági gondolatok, a reménytelenség és a tehetetlenség érzése, az indokolatlan bűntudat, az impulzivitás, nagy mennyiségű alkohol fogyasztása és az öngyilkosságra való közvetlen vagy közvetett utalás. Ha felmerül a szakemberben az öngyilkossági veszélyeztetés gyanúja, egyenesen **rá kell kérdeznie, hogy a betegnek vannak-e öngyilkossági gondolatai vagy terveit**. Amennyiben vannak, be kell vonni a hozzátartozókat, a szakorvost, és folytonos felügyeletet kell biztosítani a személynek. Rövid időn belül találkozzon ismét a beteggel.¹⁰

Pszichózis korai jeleinek felismerése:

A házi orvos folyamatosan figyelemmel kíséri az egyén, akár egész családok fizikai és mentális állapotát és annak változásait. A házi orvosnak ezért különösen fontos szerepe van a pszichózis korai jeleinek felismerésében, a szakirodalom alapján pedig a pszichotikus minél korábbi stádiumban lévő szaksegítséghez juttatásával csökkenthető az epizód súlyossága és a későbbi maradványtünetek előfordulása (Sami, Shiers, Latif & Bhattacharyya, 2017).

⁹ Forrás: <http://old.ifightdepression.com/hu/index0458.html?id=6786>, Megtekintve: 2018. 03. 16-án.

¹⁰ Forrás: <http://old.ifightdepression.com/hu/index781b.html?id=6771>. Megtekintve: 2018. 03. 15-én.

Segíti a pszichózis korai jeleinek a felismerését:

1. Alapos megfigyelés; a pszichotikus tünetek nem feltétlenül nyilvánvalóak.
2. Fontos a család véleménye, aggodásának komolyan vétele. További releváns információ kérése érdekében szükséges lehet felvenni a kapcsolatot más szakértőkkel, orvosokkal vagy a személy mindennapi környezetében lévőkkel.

Vegyük komolyan a család aggályait, és keressük aktívan a releváns információt a megfelelő helyekről (pl. iskola vagy egyetem).

3. Legfontosabb jelek az egyre növekvő distressz, a nyugtalanság, illetve a mindennapi életvitelében bekövetkező funkcióromlás.
4. A korai pszichózis során jelentősen megnő az öngyilkossági kockázat: terápiába kerülés előtt 20%, amely a kezelésbe vételt követő egy évben a felére csökken.

Pszichotikus állapot kezelése során kiemelten fontos, hogy a háziorvos szorosan együttműködjön a kezelőorvossal a kezelési terv végrehajtásában. Fontos tisztázni a kezelő szakorvossal, hogy mi a teendő krízishelyzet vagy relapszus esetén.

Fontos a kezelés során rákérdezni a függőségekre (alkohol, drog, gyógyszer, valamint dohányzás), mivel a kutatások eredményei alapján az első pszichotikus epizóddal segítségért fordulóknak 59%-a dohányzik (Sami, Shiers, Latif & Bhattacharyya, 2017).

4. Jogi szempontok

- Az ilyen lelki elsősegélynyújtás spontán jön létre, és új dimenziót ad az eddig esetleg már létező vagy a későbbiekben ismételten létrejövő, de aktuálisan nem a segítséget megcélzó kapcsolatnak.
- Fontos *etikai* kitétel, hogy a különböző kapcsolati dimenziókat kommunikációs szinten jól elkülönítsük, s ha a segített nem hozza szóba, akkor egy másik helyzetben mi se utaljunk rá (pl. vércukorszintmérésre jön valaki az EFI-be egy lelki elsősegélyt követően).

A lelki elsősegélynyújtás során megtudott információkat a törvény *egészségügyi adatoknak* nevezi, a *különleges adatok* közé sorolja, mely azt jelenti, szenzitivitásuk okán kiemelten védi őket, mindegy, kinek jutottak a tudomására.

Különleges adat:

a) a faji eredetre, a nemzetiséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdek-képviselési szervezeti tagságra, a szexuális életre vonatkozó személyes adat,

b) az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozó személyes adat, valamint a bűnügyi személyes adat.

Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 3. §. (3) bek.

Egészségügyi adat:

- Az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás).

- Az egészségügyi adatok illetéktelen továbbításáért *személyi felelősséget* viselünk, így a lelki elsősegélynyújtás során tudomásukra jutott információt csak meghatározott feltételek esetén továbbíthatjuk. (Lehetőleg ne továbbítsuk!)

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 3. § a) pont

Irodalom:

Benczúr L., Révész R. L. (2001). Gyermekeink veszteségei. *Fordulópont*, (3) 5–16.

Birnbaum, M. L., Ernala, S. K., Rizvi, A. F., De Choudhury, M., & Kane, J. M. (2017). A collaborative approach to identifying social media markers of schizophrenia by employing machine learning and clinical appraisals. *Journal of medical Internet research*, 19(8).

Birnbaum, M.L., Rizvi, A.F., Correll, C.U. & Kane, J.M. (2015). Role of social media and the Internet in pathways to care for adolescents and young adults with psychotic disorders and non-psychotic mood disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(4):290–295.

Caplan G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, Basic Books.

Chan, M. K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'connor, R. C., ... & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, (4): 277–283.

Coppersmith, G., Ngo, K., Leary, R., & Wood, A. (2016). Exploratory analysis of social media prior to a suicide attempt. In *Proceedings of the Third Workshop on Computational Linguistics and Clinical Psychology* (pp. 106–117).

Comer, R. J. (2005). *A lélek betegségei. Pszichopatológia*. Budapest: Osiris Kiadó.

De Choudhury, M., Gamon, M., Counts, S., & Horvitz, E. (2013). Predicting depression via social media. *ICWSM*, 13, 1–10.

Domonkos, K. (2014). Cyberbullying: Zaklatás elektronikus eszközök használatával. *Alkalmazott Pszichológia*, 14(1):59–70.

Duvall, L.M. (1977). *Marriage and family development*. New York, Lippincott.

Ernala, S. K., Rizvi, A. F., Birnbaum, M. L., Kane, J. M., & De Choudhury, M. (2017). Linguistic markers indicating therapeutic outcomes of social media disclosures of schizophrenia. *Proceedings of the ACM Human-Computer Interaction*, 1(1), 43.

Gyurkó Sz. (2015). *Rám is gondoljatok*. Budapest: Bookline.

- Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014) Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behavior. A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, August 2014; 26(4): 467–475.
- Hajduska, M. (2012). *Krízislélektan*. Eötvös Kiadó: Budapest.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. (1967). The social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Kalmár S. (2012). Az öngyilkossági halálozás alakulása a világban, Európában és Magyarországon az elmúlt években. In: Kalmár S., Németh A., és Rihmer Z. (szerk.), *Öngyilkosság orvosi szemmel* (pp. 19-70). Budapest, Medicina.
- KSH (2014) Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2013. Budapest.
- KSH (2017): Halálozások fő okai
- Langlands RL, Jorm AF, Kelly CM & Kitchener BA (2008). First aid for depression: a Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *Journal of Affective Disorders*, 105:157-165.
- Laufer, M. (1975). *Adolescent Disturbance and Breakdown*. Harmondworth: Penguin Books.
- Lindemann, E. (1998). Az akut gyász tünettana és kezelése (ford.: Révész Renáta) *Kharón*, 2 (4). 13–26.
- Mitchell, M., Hollingshead, K., & Coppersmith, G. (2015). Quantifying the language of schizophrenia in social media. In Proceedings of the 2nd workshop on Computational linguistics and clinical psychology: From linguistic signal to clinical reality (pp. 11–20).
- (Negrea, V. (2017). Resztoratív technika használata a krízishelyzet kezelésére. Letöltve: 2018. 03. 14-én http://iskolapszichologiai-modszertani-bazis.elte.hu/wp-content/uploads/2017/03/Kr%C3%ADzisbenresztorat%C3%ADvtechnika_NegreaVidia.pdf
- Olweus, D. (1999). Iskolai zaklatás. *Educatio*, 4, 717–739.
- Purebl Gy. (2018). Súlyosan negatív esemény, súlyosan akut stressz: a pszichológiai elsősegély módszere. In: Purebl Gy: *Alacsony Intenzitású Pszichológiai Intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban*. In press
- Révész R. L., Kiss K. (2017). *Alapvetések az iskolai beszélgetésekhez*. Letöltve: 2018.03.16-án: http://cms.mno.hu:40080/data/cikkek/17/177/cikk17771/alapvetesek_az_iskolai_beszeltgetesekhez_veronai_tragedia.pdf
- Rihmer, Z. és Fekete, S. (2012). Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Öngyilkossági rizikó- és protektív faktorok In: Kalmár S., Németh A., és Rihmer Z. (szerk.), *Öngyilkosság orvosi szemmel* (pp. 91-112). Budapest, Medicina, 91–112.
- Ringel, E. (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6 (3): 131-149.
- Sami, M. B., Shiers, D., Latif, S., & Bhattacharyya, S. (2017). Early psychosis for the non-specialist doctor. *BMJ: British Medical Journal* (Online), 357.

Simkó Cs. (2017). *Hogyan segítsünk gyermekünknek elfogadni az elfogadhatatlant. Tájékoztató pedagógusoknak és szülőknek a gyászoló gyermek segítéséhez*. Letöltve: 2018. 03. 16-án: http://epa.oszk.hu/02000/02002/00034/pdf/2009-4_simko-hogyan.pdf

Svensson, B., Hansson, L., & Stjernswärd, S. (2015). Experiences of a mental health first aid training program in Sweden: A descriptive qualitative study. *Community mental Health Journal*, 51(4), 497–503.

Ybarra, M. L. (2004). Linkages between depressive symptomatology and Internet harassment among young regular Internet users. *CyberPsychology & Behavior*, 7(2), 247–257.

Wachtel, T. (2003). *Real Justice - Hogyan forradalmasíthatjuk a normasértéshez való viszonyunkat?* Budapest: Közösségi Szolgáltatások Alapítványa

Williams M.G., Crane C., Barnhofer T.H., Duggan D. (2004): Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. In: Hawton, K. szerk.: *Suicide and Suicidal Behaviour: From Science to Practice*. Oxford, Oxford University Press, 71–90.

WHO (2017). Fact sheet, Suicide

WHO (2011). War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Geneva. Letöltve 2018. 03. 07-én:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/1/9789241548205_eng.pdf

Felhasznált jogszabályok:

Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 3. §. (3) bek.

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 3. § a) pont

MENTÁLIS ELSŐSEGÉLY ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI HÁTTERE

TTT KÉPZÉS AZ EFI DOLGOZÓK ÉS KAPUŐRÖK
SZÁMÁRA

Budapest, 2019. február 20-21.

SZÉCHENYI 2020 



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

A KÉPZÉS MENETE

1. A krízisállapot definíciója, típusai
2. A krízis lehetséges kimenetelei, felismerése
3. A „mentális elsősegély” gyakorlata – A pszichés krízisben lévő emberek gyors érzelmi támogatása
4. Kommunikáció öngyilkossági krízis esetén
5. A lelki segítői kapcsolat etikai és jogi keretei

2

A LÉLEKTANI KRÍZISÁLLAPOT DEFINÍCIÓJA (CAPLAN, 1964)

- Olyan állapot, melyben az egyén **kénytelen szembenézni lelki egyensúlyát veszélyeztető tényezőkkel**, és ezeket **sem elkerülni, sem eddig megszokott problémamegoldó módszereivel megoldani nem tudja**.
- Ebben a lélektanilag kritikus állapotban az egyén **minden figyelme**, erőfeszítése magára a problémára irányul.
- Két fajtája a **fejlődési** és az **akcidentális** krízis.

3

I. FEJLŐDÉSI KRÍZIS

- Életrszakaszváltások között jelentkezik
- Normális fejlődés része
- Eddigi megküzdési stratégiák labilissá válnak:
 - Serdülőkor
 - Életközép
 - Időskor

➔ A konfliktushelyzetek, a párokcsolatok megszakadása, a veszteségélmények, vagy a teljesítménykudarok komoly krízissé fokozódhatnak.

4

II. AKCIDENTÁLIS KRÍZIS

- Külső, nem várt események váltják ki:
 - Katasztrófahelyzetek (természeti katasztrófa, háború)
 - Súlyos betegségek, balesetek
 - Bántalmazás
 - Veszteségek:
 - Párkapcsolat megszakadása
 - Válás
 - Munkahely elvesztése
 - Közeli hozzátartozó halála
 - Egzisztenciális zuhanás

5

III. MÁSODLAGOS KRÍZIS, MÁSODLAGOS TRAUMATIZÁCIÓ

- Egy krízisben levő, vagy súlyos problémával küzdő ember hozzátartozójában alakul ki (pl. súlyos betegek rokonai)
- Olyan közösség tagjaiban, akik egy súlyos helyzetet élnek át, vagy annak szemtanúi
- **Nemcsak az elszenvedő, hanem a tanú is traumatizálódhat**

6

KIÉRTÉKELÉS

- 50 pont felett kritikus, de nem provokál feltétlen krízist
- Érzelmileg megterhelő események rövid időn belüli megnövelik a krízis valószínűségét
- Pszichés v. pszichoszomatikus betegségek kockázata megnő

Betegség rizikó	Összpontszám (két év alatt)
Alacsony	150-200
Közepes	225-300
Magas	325-375

8

HOLMES-RAHE ÉLETESEMÉNY SKÁLA (HOLMES, RAHE, 1967)

Életesemény	Holmes-Rahe skála:	Érték
Házastárs halála		100
Válás		73
Különválás		65
Közelel családtag halála		63
Baleset, sérülés		53
Házasság		50
Állás, munkahely elvesztése		47
Nyugdíjazás		45
Családtag betegsége		44
Terhesség		40
Szexuális problémák		39
Új családtag befogadása		39
Uzleti problémák		39
Anyagi helyzet változása		38
Házassági konfliktusok		35
Nagyobb adósságok		32
Új munkakezdés		29

7

KRÍZISÁLLAPOT SZAKASZAI (HAJDUSKA, 2012)

1. Alarm reakció (készenléti állapot)
2. Küzdelem szakasza
3. Kapkodás
4. Kimeretel a következőkből valamelyik:
 - Összeomlás
 - Nem hatékony megküzdés
 - Kompromisszum
 - Sikeres megoldás és poszttraumás növekedés

9

1. ALARM FÁZIS

- Egy kritikus esemény váltja ki
- Emelkedett vérnyomás
- Szapora szívverés, izomfeszülés
- Légzésszám nő
- Pupilla tágul
- Figyelem a problémára irányul

10

2. KÜZDELEM SZAKASZA

- Megoldási próbálkozások
- Növekvő feszültség
- Indulat
- Beszűkültség: csak a problémán jár az agya, nem tud másra/másokra koncentrálni
- Érzelmi zavarodottság

11

3. KAPKODÁS

- Érzelemvezérelt, nem racionális
- Indulatos, agresszív reakciók
- További beszűkültség, problémára fókuszáltság
- Önbizalom további csökkenése

12

INNENTŐL A LEHETSÉGES KIMENETEK

- Összeomlás
- Nem hatékony megküzdés
- Kompromisszum
- Sikeres megoldás és poszttraumás növekedés

13

ÖSSZEOMLÁS

- Teljes beszűkütség
- Alkalmazkodóképesség megbomlik
- Indulatvezérelt viselkedés
 - Saját maga (öngyilkossági magatartás veszélye)
 - Mások ellen irányuló agresszió, kriminalitás
 - Külső segítség nélkül akár teljes dekompenzáció (szétesés); Pszichózis, regresszió, öngyilkosság

De! nem mindenki jut el az összeomlásig – sőt az a krízisintervenció célja, hogy ez ne következzen be.

14

ÖSSZEOMLÁS

- **Nem hatékony megküzdés:** olyan megküzdési módok, amelyek enyhítik, de elnyújtják a krízist és gyorsan újabb problémákhoz vezetnek (pl. szerhasználat, alkoholfogyasztás)
- **Kompromisszumos megküzdés:** a krízis elmúlik ugyan, de olyan helyzet alakul ki, amely hosszabb távon újabb problémákhoz vezethet

15

GÁTOLT MENEKÜLÉS MODELLEJE

(PERCZEL, 2011)

- **Beszűkütség** – működő életterületei nem tudatosulnak számára, tudata csak a krízist kiváltó helyzetre szűkült.
- **Elviselhetetlenség** – ezzel a helyzettel kapcsolatban elviselhetetlen feszültséget él át.
- **Kiúttalanság** – a helyzettel kapcsolatban reménytelenség: Úgy érzi nincs kiút ebből, és magától nem fog megoldódni, vagy véget érni.
- **Elviselhetetlen + nincs belőle menekvés = halálvágy, öngyilkossági készletések.**

17

- **Sikeres megoldás:** a krízist a személy sikeresen oldja meg
- **Posztraumas növekedés:** egy krízisből a személy nemcsak sikeresen, de megerősödve, új megbirkózási készségekkel, hatékonyabb magatartásokkal kerül ki

16

KRÍZIS IDŐTARTAMA

- 4-6 hét alatt lezajlik, utána alkalmazkodás
- Megoldás, segítség nélkül alábbi következményei lehetnek:
 - Alkalmazkodási zavar
 - Szorongás
 - PTSD (Poszt traumás stressz szindróma)
 - Depresszió
 - Függségek (alkohol, gyógyszer, drog)
 - Pszichoszomatikus zavarok

18

HONNAN ISMERHETŐ FEL A KRÍZISÁLLAPOT?

- Problémára fókuszáltság, beszűkültség (csak ezzel tud foglalkozni, nem nyitott mások felé)
- Túrelmetlenség, agitáltság, idegesség
- Érzelemvezéreltség, indulat, agresszió
- Szorongás, sírás
- Zavarodottság
- Kilitálatlanság, reménytelenség

19

Bizonyos pszichiátriai zavarokban szenvedők könnyebben kerülhetnek krízisbe, DE

A krízis nem feltétlenül része egy pszichiátriai zavarnak, azok nélkül is jelentkezhet!

20

MENTÁLIS ELSŐSEGÉLY

- A krízishelyzetbe került egyén **felismerése és adekvát megsegítése**, támogatása.
- Ennek fő célja a **későbbi mentális zavarok megelőzése** és szükség esetén az egyén megfelelő **szakmai segítséghez juttatása**.
- A segítségnyújtás **független** a mentális betegségek aktuális fennállásától, vagy hiányától, valamint a segítő személyi szakmai háttérétől.
- Az elsősegélyt szükség esetén szakellátásnak kell követnie.


21

- A krízisben lévő fokozottan nyitott a segítségre
- Motivált, hogy beszélhessen a problémáiról
- Erősen befolyásolható
- Legfontosabb neki, hogy minél előbb megnyugodjon és csökkenjen a belső feszültsége

 **Ezt használjuk ki!**

22

- Közvetlen **veszélyeztető magatartás**: a személy
 - pszichés állapotának akut zavara következtében
 - **saját vagy mások életére, testi egészségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent**

 Súlyosan veszélyeztető magatartás esetén mentőt és rendőrséget kell hívni!

23

A MENTÁLIS ELSŐSEGÉLY LÉPÉSEI



24



1. Kapcsolatteremtés

- Fizikai biztonság, nyugodt környezet megteremtése — a fizikai biztonság a se-
gíftőre is vonatkozik!
- Bemutatkozás, a helyzet személyessé tétele.
- A bizalmasság biztosítása.
- Saját szükségleteinek a feltérképezése.

**„MIRE VAN MOST A LEGNAGYOBB SZÜKSÉGE,
MIT SZERETNE MOST A LEGJOBBAN?”**

25




2. Együttérzés kifejezése

- Empatikus odafigyelés, támasznyújtás. Vigasztalás és megoldáskeresés nélkül!
- Nincs egyedül, ott vagyunk veled.
- Lassú, nyugodt légzés diktálása.

**„LÁTOM, NAGYON MEGVISELI A HELYZET”
„AZERT VAGYOK ITT, HOGY SEGÍTSEK”
„ITT VAGYOK ÉS NAGYON EGYÜTTÉRZEK VELED”**

26



3. Érzések elfogadása

- Érzések, teljes személyiség elfogadása.
- Kínáljuk zsebkendővel, ha sír, ne állítsuk le a negatív érzések megjelenését, kifejezését.

**„TELJESEN ÉRTHETŐ, HOGY IGY ÉRZEL,
EZ VALÓBAN NAGYON NEHÉZ”**

27



4. Információgyűjtés


- Nem arról, hogy mi történt, hanem mire van a legnagyobb szükség, mi az, ami megnyugtathá.
- Aktív hallgatás: Megadjuk a lehetőséget, hogy beszéljen, de csak, ha ő akar.
- Mi nem oknyomozunk, viszont ő akárhányszor ismételheti amit szeretne.

28

6. Beszűkűltűség tágítáása

- Életének jól működő terűleteit felidézteni: munka, jól működő barátí és rokoni kapcsolatok.
- A krízis nem minden életterűletet érint egyformán.
- Lehet ez akár egy házíállat, vagy a kertje, amelyet szeretet rendben tartani.
- Ezek a dolgok, amik „életben tartahatják”.

„BIZTOSAN VANNAK TÁMOGATÓ EMBEREK MAGA KÖRŰL... MESÉLNE KICSIT ROLUK?”
„ÚGY TUDOM NAGYON IZGALMAS AMUNKÁJA, MESÉLNE ERRŰL KICSIT”

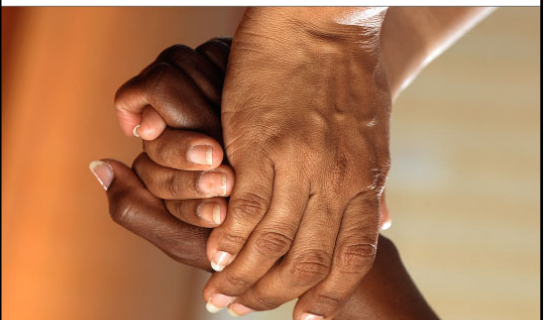


30

5. Hozzáátartozók bevonása

- Akit az egyén szeretne maga mellett tudni, hívjuk oda.
- Saját támogatórendszer aktiválása.
- Legyen hol aludnia, egyéb szükségletek kielégítése valósuljon meg.

„AZ AKT SZERETNE MOST MAGAMELLETT TUDNI?”,
„HÍVUK IDE A LEGIOBB BARÁTOD”



29

7. Sikeresen megoldott korábbi válságok felidézése

- Önbizalma, magabiztossága nő.
- Megtűdhatjuk milyen személyes megküzdési stratégiái vannak.
- Saját sikeres megoldásmodjai kerülnek a fókuszba.

„BIZTOSAN VOLT MÁR HASONLÓ VÁLSÁG AZ ÉLTEREEN... AKKOR MI SEGÍTETTE A MEGOLDÁST, AZON HOGY TUDOTT TŰLJUTNI?”



31

8. Szakember bevonása

– Súlyos krízis és önvesszélyeztető állapot esetén mindenképpen szükséges szakember bevonása.

„NÉZZE JÁNOS! MINDENKÉPPEN SZÜKSÉGES VOLNA SZAKEMBERREL IS ÁTBESZÉLNI A HELYZETET A PSZICHOLOGUSOK EZÉRT VANNAK, HOGY SEGÍTSENEK AZ ILYEN NEHÉZ IDŐSZAKOKBAN!”



32

GYAKORLATI TEENDŐK A KRÍZIS LEKÜZDÉSÉRE

- Rendszeresen evés, alvás
- Támogató emberekkel együttlét
- Beszéljen egy bizalmi személlyel a problémáról ahányszor csak szeretné
- Végezzen olyan tevékenységet, ami kikapcsolja
- Spirituálitás, imádkozás (ha előtte is csinálta)
- Fizikai aktivitás, ha csak séta az is jó
- Vonódjon be bármilyen társas tevékenységbe

33

MI AZ AMIT KERÜLJÖN A KRÍZISBEN LÉVŐ SZEMÉLY?

- A drogot, alkoholt és cigi
- Ne fekdjön és aludjon egész nap
- Ne vesse magát túlzott munkába
- Ne legyen egyedül! Legyen támogató emberekkel még ha nehezére is esik
- Ne hanyagolja el magát
- Ne legyen erőszakos

34

A MENTÁLIS ELSŐSEGÉLY „CSAK” ELSŐSEGÉLY!

- Fontos lépése a személyi szaksegítséghez irányítása!
- Családorvos
- Pszichiátriai ellátás
- Krízistámogató szolgálat
- Leiki elsősegély telefonszolgálat (116-123, éjjel-nappal ingyen)
- Családsegítő, nevelési tanácsadó
- Alapítványok/civil ellátási formák
- Online segítség

Feladat:

Írjuk össze, hogy környezetünkön milyen szaksegítség lehetőségek vannak!

35



KOMMUNIKÁCIÓ ÖNGYILKOSSÁGI GONDOLATOKKAL KÜZDŐ SZEMÉLYEKEL

36

A depresszió és az öngyilkosság egymást átfedő súlyos népegészségügyi problémák

Öngyilkosság gyakorisága:

- Világon: 1 millió fő/év
- Európa: 150.000 (120 ezer ffi, 30 ezer nő)
- Magyarország: ~ 2000 fő/év
- Kísértet: 15-20-szor több
- Nemi különbségek: befejezett öngyilkosság férfiaknál 3-4-szer több, kísértet a nőknél 3-szor több

38

A DEPRESSZIÓBAN SZENVEDŐK

- 10–15%-a hal meg öngyilkosságban a súlyos depresszióval küzdőknek.
- 20–60%-uk követ el öngyilkossági kísérleteket.
- 40–70%-uknál fordul elő öngyilkossági gondolat.

Az öngyilkosságot megkísérlők legtöbbször pszichátriai betegségben szenved, leggyakrabban depresszióban (90%).



Ha a személy depresszióban szenved, mindig ki kell kérdezni a öngyilkossági gondolatairól, készítségéről.

37

KIVÁLTÓ FAKTOROK

- Veszteségélmény
- Válás/szakítás
- Betegségek (krónikus)
- Csalódás
- Reménytelenség
- Anyagi problémák, gazdasági krízisek
- Tartós, romboló konfliktushelyzetek
- Elszennvedett bántalmazás

39

ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓCSOPORTOK

- Befezett öngyilkosság tekintetében: idős férfiak.
- Öngyilkossági kísérlet: fiatal nők (14-24 év).
- Pszichiátriai betegek, főként hangulatzavar.
- Akut krízis-helyzetek (pl. munkanélküliség, adósság, válás, veszteségek, lelki traumák). Hozzáértelmezők vagy barátok támogatásának hiánya.
- Korábbi öngyilkossági kísérlet (vagy öngyilkosság a családban).
- Erős elhárítás és a segítségkérés elutasítása („jól vagyok; nincs szükségem segítségre”).

40

ELHÁRÍTÁS: „NINCS SZÜKSÉGEM SEGÍTSÉGRE”

- Közvetlen veszélyeztető magatartás, magas öngyilkossági kockázat: Mentő és rendőrség hívása!
- Alacsony kockázat, de ellenáll:
„Nincs szükségem segítségre. Néha vannak öngyilkossági gondolataim, de úgysem tudnám megtenni.”
 - Az egyén helyett nem dönthetünk.
 - Az elsősegély célja a kockázat csökkentése, de nem a megszüntetése (ez irreális).
 - Kényszerítő eszközünk ilyenkor nincs.

41



**MILYEN JELEKBŐL VEHETJÜK
ÉSZRE AZ ÖNGYILKOSSÁGI
VESZÉLYEZTETETTSÉGET?**

„CRY FOR HELP”

- A halálvágy, vagy öngyilkossági szándék hangoztatása, erre utaló megjegyzések: „*jobb lenne nem élni*”, „*nincs értelme az életemnek*”.
- 15–50%-ban történik jelzés a környezet számára.
- Gyakran indirekt jelzések (végreelkezés, búcsúlevél, gyógyszer gyűjtése, veszélykeresés).
- Az öngyilkosságra készülő **beiső** **vívódásait**, **ambivalens állapotát** jelzi.
- Ha erre a környezet nem reagál, a preszucidális szindróma irányába mehet el az egyén.
- Minden esetben **komolyan kell venni!**

43

PRESZUCIDÁLIS (ÖNGYILKOSSÁGOT MEGELŐZŐ) SZINDRÓMA (RINGEL, 1949)

1. Fokozatos, **beszűkülés**
 - Elszigetelődés másoktól, érdeklődés és motiváció csökkenés, megszokott tevékenységek érdektelenné válnak
 - Felértékelődik az adott probléma
2. **Gátolt**, maga ellen forduló **agresszió**
 - Bűntudat, önvádolás, önostorozás
 - Megnövekedett frusztráció, indulatok
3. Menekülés a **fantáziavilágba**
 - Képzeltetés, fantáziálás a halálról
 - Az öngyilkosság módszerének kidolgozása

44

- Megoldhatatlannak tűnő, elviselhetetlen konfliktushelyzet
→ Kétségbeesett kiútként önmegsemmisítő gondolatok, fantáziák
- **Ambivalencia:** Egyszerre van jelen a megoldás vágya és a megsemmisülési fantázia (élni akarás ← → halálvágy)



Itt még megelőzhető az öngyilkossági kísérlet, ha valaki segítséget nyújt!

45

GYAKORLAT

**EGYETÉRTENEK-E A KÖVET-
KEZŐ ÁLLÍTÁSSAL:
AKI BESZÉL AZ ÖNGYILKOS-
SÁGRÓL AZ ÚGYSEM TESZI
MEG, CSAK A FIGYELMET
AKARJA FELHÍVNI MAGÁRA?**

TÉVHIT 1.

Aki beszél az öngyilkosságról, csak figyelmet akar, sosem fogja megtenni!

- 80%-a az öngyilkosságban elhunytaknak direkt vagy indirekt jezéseket ad a tette előtt.
- Ilyenkor még ambivalensek.
- Szükségük van valakire, aki felismeri a problémájukat és segítséget nyújt.

47

TÉVHIT 2.

Aki megkísérelte az öngyilkosságot meg akart halni.

- Elviselhetetlen helyzetből nem látnak más kiutat, beszűkült tudatállapot!
- Lásd korábban tárgyalt „Cry for help” jelensége
- **De!** 50–100%-osra nő a befejezett öngyilkosság esélye egyetlen kísérlet után is.

48

TÉVHIT 3.

Az öngyilkosság a major depresszió legmélyebb fázisában a leggyakoribb.

- A javulás fázisában történik a legtöbb öngyilkosság, mert már kellő energiájuk van, de a hangulatuk még nyomott.
- Gyakori az öngyilkosság előtti „jókedv”. Végre eldöntötte... hosszú depressziós időszak után hirtelen jött jókedv is intő jel lehet.

49

TÉVHIT 4.

Nem szabad rákérdezni az öngyilkossági gondolatokra, mert csak ötletet adunk.

- Ellenkezőleg! Minden gyanú esetén **nyíltan kérdezzünk rá!** Végre megoszthatja valakivel gondolatait és csökken a belső feszültsége.
- Úgy érzi figyeinek rá és megértik.

50

TEENDŐK

Gyanú esetén kérdezzünk rá:

Ha természetesen, nyugodt hangnemben tesszük, ő is őszintén, nyíltan fog válaszolni:

„A kérdése alapján felmerül bennem, hogy talán ártani szeretne magának. Gondolt arra, hogy öngyilkosságot kövessen el?”

51

BESSZÉLGETÉS VEZETÉSE ÖNGYILKOSSÁGI VESZÉLY ESETÉN

- Teremtünk bizalmas légkört a beszélgetés során!
- Az öngyilkosságra vonatkozó bármely közlést komolyan kell venni (segélykérésként kell értelmezni)! – „City for help”
- Érdeklődünk az öngyilkossági gondolatokról!
- Kerüljük a bagatellizálást és dramatizálást!
- Tudjuk meg a élet melletti érveit, a saját erőforrásait!
- Határozott egyezséget kell kötni! Gyakori találkozásokat kell biztosítani (szoros kötelék)!

53

KOMMUNIKÁCIÓS TEENDŐK

- Maradj nyugodt!
- Sugározz megértést és empátiát!
- Adj időt, hallgasd meg!
- Ne hozz fel morális érveket, soha ne bíráld! (hogy teheti ezt a gyerekeivel? Családjára nem gondolt?)
- Kérdezd meg ki az aki most segíthetne neki? Hívjátok oda!
- Juttasd szakmai segítséghez (pszichiáter, pszichológus, mentők)
- Ne hagyd egyedül!

52

FONTOS KÉRDÉSEK ÖNGYILKOSSÁGI VESZÉLY ESETÉN

- Az értékelés szempontjából a döntő kérdés: mennyire valószínű a kivitelezés?
- Nyíltan és precízen kérdezzünk, az általánostól a konkrét felé haladva a kérdésekkel:
Halálvágy?
„Volt úgy, hogy nehéz élethelyzetben a halálra gondolt?”
Öngyilkosság gondolatok?
„Pontosabban hogy érti azt, hogy jobb lenne a halál?”
Konkrét öngyilkossági gondolatok?
„Gondol néha az öngyilkosságra is?”
Aktív tervezés?
„Pontosan mire gondol, amikor azt mondja, hogy meg szeretné ölni magát?”

54

Előkészületek?

„Milyen gyakran és milyen hosszan gondol az öngyilkosságra?”

Öngyilkossággal kapcsolatos kijelentések?

„Beszélt már erről valakivel?”

Korábbi kísérletek?

„Tett már valaha kísérletet arra, hogy kioltsa életét?”

Tartalékok, erőforrások?

„Vannak dolgok, amelyek életben tartják?”

A kikérdezés nyomán oda juthat, hogy akut szuicid veszéllyel van dolga!

55

A SEGÍTÉS KIMENETE

- A cél a **szakellátás** igénybevétele!
- **Alacsony kockázat:** rábeszélem a szakellátás igénybe vételére, és visszajelzést kérek, minimum: igyekszem kapcsolatban maradni vele, és a kapcsolatban igyekszem rábeszélni (ha nem is az első alkalommal)
- **Közepes – Magas kockázat:** elkísérem a megfelelő szakellátásba (gondozó, kórház)
- **Közvetlen veszélyeztető magatartás:** mentő, rendőr hívása

56

A SEGÍTŐ (ÖN)SEGÍTÉSE AZ ELSŐSEGÉLY UTÁNI TEENDŐK

- Az elsősegély után a segítőnek is lehetnek nehéz érzései.
- Keressünk egy bizalmi személyt akinek kibeszéljük érzéseinket, ne maradjunk egyedül!
- Éljünk a szupervízió lehetőségével.
- Az elsősegélynyújtás után próbáljunk meg kapcsolni: menjünk el mozogni, hallgassunk zenét, csináljunk valami számunkra örömtelit. Ha nem megy, beszéljük meg a helyzetet valakivel.
- Relaxáljunk, jógázzunk, vagy mozogjunk!

57

KOMMUNIKÁCIÓS TOTÓ

**VÁLASSZÁK KI, HOGY AZ „A”
VAGY A „B” SEGÍTŐ VÁLASZA
A MEGFELELŐ-E!
AHOL JELÖLTÜK, TALÁLJUNK
KI EGYÜTT EGY HARMADIK,
„C” VÁLASZT!**

Érintett: Azért határoztam úgy, hogy bejövök, mert komolyan félek, hogy teszek valamit magammal. Öngyilkossági gondolataim vannak.

Segítő A: Azt mondja, öngyilkos akar lenni, de mi bántja magát valójában?

Segítő B: Tudna részletesebben is beszélni az öngyilkossági gondolatairól?

Érintett: És mindennek a tetejébe az egészségem is egyre rosszabb. Most hogy már nincs velem a férjem, hogy gondoskodjon rólam, úgy érzem, vége a világnak.

Segítő A: Próbálgon megnyugodni. Minden rendbe fog jönni.

Segítő B: Bizonyára nagyon magányosnak érzi magát és szorong, hogy mi történhet még.

59

Érintett: Az életem semmit sem ér, mióta Irma, a feleségem négy éve meghalt. A gyerekeim mind felnőttek és megházasodtak, én pedig nemrégiben nyugdíjba mentem a vasúttól. Úgy érzem, jobb lenne, ha már nem is élnék.

Segítő A: De gondoljon arra, Irma mit szeretne. Azt kívánná, hogy ön továbbra is hasznosan éljen, nem?

Segítő B: Úgy tűnik, minden összeomlott maga körül, amikor Irma meghalt. De mi történt mostanában, amitől a dolgok még rosszabbnak látszanak, ami miatt úgy érzi, hogy a halál az egyetlen kiút?

Érintett: Komolyan segíteniük kell... Ez olyan... (a hangja megtörik: csend)

Segítő A: Bizonyára nehezere esik elmondani, hogy mi bántja.

Segítő B: Folytassa. Azért vagyok itt, hogy meghallgassam.

61

Érintett: Senki sem tudja megérteni azt a szenvedést, amin keresztülmegeyek. Néha úgy érzem, bontanom kell magamat, ezért megvágom a csuklómat.

Segítő A: Úgy látszik, annyira szenved, hogy nem tehet mást azért, hogy elmúljon a fájdalom, csak azt, hogy megvágja a csuklóját.

Segítő B: De maga olyan fiatal, annyi minden van még, amiért érdemes élnie. Hogy juthat eszébe, hogy megöli magát?

Érintett: Micsoda maga tulajdonképpen, orvos? Honnan tudhatja, min megyek keresztül? Magának bizonyára minden könnyen ment.

Segítő A: Tehát azon gondolkodik, képes vagyok-e megérteni az érzéseit?

Segítő B: Még csak lehetőséget sem ad rá, hogy segítsék. Nekem sem volt könnyű az életem; nem maga az egyetlen, akinek nehézségei vannak.

60

Érintett: Amikor így összefoglalja a problémáimat, úgy hangzik, mintha nem is lennének annyira zűröseks és félelmetesek.

Segítő A: Látja, mégsem annyira borzasztó. Nyilvánvalóan nincs semmi olyasmi, amiért meg kellene ölnie magát, igaz?

Segítő B: Néha tényleg egy kicsit tisztábban látjuk a problémákat, ha beszélünk róluk. Azt hiszem, rájött, hogy milyen veszélyesek az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatai, és ezért határozott úgy, hogy felkeres.

Érintett: Hogy lenne képes segíteni nekem? Akart maga valaha is végezni saját magával?

Segítő A: Úgy tűnik, azon gondolkodik, hogy képes vagyok-e megérteni az érzéseit és segíteni.

Segítő B: Persze, hogy már nekem is eszembe jutott, hogy végezzek magammal. De mindig találtam realisabb megoldást a problémáimra.

62

Érintett:	Nem is tudom, miért kerestem fel magát. A családom anyagilag jó helyzetben van, a férjem sok időt tölt velem, dacára sikeres jogi pályafutásának. Még a gyerekeim is jók. De engem semmi nem tud lekötni. Az életem maga az unalom.
Segítő A:	Tekintve, hogy minden ilyen jól alakul, a problémái nem látszanak túl komolynak. Próbálgjon jobban koncentrálni helyzetének pozitív oldalaira.
Segítő B:	Szóval annak ellenére, hogy bizonyos szinten jól mennek a dolgok, az élet mégis eléggé lehangolóbnak tűnik, akkor is, ha nehéz megfogalmazni pontosan, mi ennek az oka.
Érintett:	Tényleg igaz, hogy sokan érzik így magukat? Azt hittem, csak nekem vannak ilyen szörnyű, bűnös gondolataim.
Segítő A:	Nem, sok ember szenved mentális betegségben. De megfélemlítkezéssel, amit csak szakértő orvos adhat, néhány beteg meggyógyulhat.
Segítő B:	Igaz. Nem Ön az egyetlen, akinek öngyilkossági gondolatjai vannak. És hozzájuk hasonlóan Ön is kaphat segítséget, hogy túljusson ezen a krízisen.

63

Érintett:	Különben is, miért törődne velem?
Segítő A:	Arra képezték ki, hogy törődjek az emberekkel. Ez a munkám.
Segítő B:	Azért, mert azt gondolom, hogy a halála szörnyű veszteség lenne, és aggaszt, hogy annyira rosszul alakulnak a dolgai, hogy az öngyilkosságot fontolgassa. Segítségre van szüksége, hogy túljusson ezen a kritikus időszakon.
Segítő C:	???
Érintett:	Anyyira gyűlölöm az apámat! Soha nem mutatott szeretetet irányomban, mindig semmibe vett.
Segítő A:	Bizonyára nagyon haragszik rá, amiért nem állt maga mellett, amikor a legnagyobb szüksége volt rá.
Segítő B:	Nem szabad így éreznie. Végül is ő az apja, és megérdemel valami tiszteletet.
Segítő C:	???

65

Érintett:	Anyyira egyedül vagyok, és annyira elfáradtam (sír). Egyszerűen nincs ahova fordulhatnék.
Segítő A:	Nagyon magányosnak és boldogtalannak látszik. Előfordultak öngyilkossági gondolatjai?
Segítő B:	Ugyan már. Nem lehet olyan nagy a baj.
Segítő C:	???
Érintett:	(A telefonban) Nehéz beszélnem így, hogy ennyi ember van körülöttem.
Segítő A:	Segítene, ha kérdéseket tennék fel?
Segítő B:	Miért nem hív újra máskor, amikor könnyebben tud beszélni?
Segítő C:	???
Érintett:	Éppen egy pisztolyt szereztek a fejemenk, és ha nem segít, meghúzzom a ravaszt!
Segítő A:	Nagyon zaklatottnak tűnik, valami nagyon bánthatja.
Segítő B:	Szeretném, ha lennéne a fegyvert, hogy beszélhessünk.
Segítő C:	???

64

Érintett:	Korábban egyszer már megpróbáltam pszichológushoz menni, de nem segített. Bármit tehetek, semmi sem fog megváltozni.
Segítő A:	Próbálja kevesbé sötétien látni a dolgokat! Kell lennie valaminek, amivel javíthat a helyzetén, nem?
Segítő B:	Óké, tehát annyira elővette a csüggedés, hogy még egy pszichológus sem tud segíteni magán. De van-e bárki más, aki korábban segíteni tudott – talán egy barát, egy rokon, tanár vagy papp?
Érintett:	A pszichátertem azt mondja, hogy szorongásos neurozízisom van. Gondolja, hogy ez a baj velem?
Segítő A:	Szeretném tudni, hogy mit jelent ez az Ön számára a jelenlegi helyzetben. Hogyan éli meg a problémáját?
Segítő B:	Nem vagyok biztos abban, hogy egyetértsek ezzel a diagnózissal. Csak akkor lehetne bizonyos ebben a dologban, ha egy pszichológiai teszt igazolná.

66

ELKERÜLENDŐ STRATÉGIÁK

- **Értékítélet, kioktatás:** „Ezek a gondolatok nem való egy családapához” (a személy bűntudatát fokozzák csak)
- **Bagatellizálás:** „Nem lehet ez ennyire reménytelen, minden helyzetre van megoldás” (a személy meg nem értettség érzését fokozzák)
- **Üres biztatás:** „Szedje össze magát, csak akarni kell” (a személy számára használhatatlan tanács, az egyedüllét és segítség-nélküliség érzését fokozzák)
- **Az okok keresése** (ez fontos később, de nem az elsősegély helyzetében): „Mi vezetett oda, hogy az öngyilkosság foglalkoztatja?” (A kizökkentés helyett a személyvel ismét végiggondoltatjuk azt a gondolatmenetet, mely végén a megoldásnak az öngyilkosság tűnik)

68

Érintett: De olyan szörnyű gondolataim vannak. Senkinek sem tudom elmondani.

Segítő A: Nekem nyugodtan elmondhatja. Én hivatásos segítő vagyok és kiképeztek arra, hogy tárgyiagos legyen az ilyen dolgokkal kapcsolatban.

Segítő B: Szóval egyes gondolatai annyira ijesztők, hogy úgy gondolja, mások megdöbbennének, ha tudnák, hogy ilyesmik járnak a fejében.

Érintett: Magának az lenne a dolga, hogy segítsen nekem, de csak még rosszabbá tette a dolgokat.

Segítő A: Sajnálom. Csak segíteni próbáltam.

Segítő B: Eléggé dühösnek tűnik.

Érintett: Azt hiszem, senki nincs a világon, akit érdekelne, hogy élek-e vagy halok.

Segítő A: Ez úgy hangzik, mintha nagyon elszigeteltnek éreznéd magát.

Segítő B: Miért gondolja, hogy már senki sem törődik Önnel?

Segítő C: ???

67

KÖVETENDŐ KOMMUNIKÁCIÓS MINTÁK

- **A megértés és az együttérzés kifejezése** „Úgy látom, nagyon kétségbe van esve! Nagyon együttérzek Önnel!” (A személy megértést tapasztal, tehát nem kell drasztikusabban üzennie, és kapcsolódnia tud)
- **Visszatükrözések** „Ezek szerint halálal kapcsolatos gondolatai vannak?” „Nagyon dühösnek tűnik” (A személy átéli, hogy megértik, és a helyzete érdekel valakit)
- **Pillanatnyi igényekkel való foglalkozás** az okok feltárása helyett „Mi az, amire most a leginkább szüksége volna” (Kizökkentés a beszükkültségből egy pillanatnyi igény felderítésén, és ha lehetséges kielégítésén keresztül)

69

- **Aktív hallgatás:** „Értem, folytassa nyugodtan.” [közben figyelmet tükröző metakommunikáció] (az egyén érezze, hogy bármennyit beszélhet, figyelemmel hallgatjuk)
- **Érzések elfogadása:** „Megértem, hogy megviseli ez a helyzet, sírjon csak nyugodtan! Itt egy pohár víz és a zsebkenődő.”
- **Nyitott kérdések használata:** „Beszélne még ezekről az érzéseiről?” (A kérdés megválaszolása közben ő maga is jobban átgondolja az érzéseit, ventilációra, feszültség csökketésre van lehetőség)
- **Parafrázis:** „Tehát öngyilkossági gondolatai vannak, nagyon megviseli ez a helyzet”; (Az egyén által elmondottak lényegének kiemelése, és elismertése, figyelmet és megértést tükrözünk általa).

70

- Az öngyilkosság terápiája nem a segítők dolga (tanár, lelkész, rendőr stb.)!
- A személyt specialista-hoz kell irányítani!
- A cél a veszély felismerése és a szakemberhez irányítási!
- Közvetlen veszélyeztető állapot esetén mentő hívása kötelező!

71

- A lelki elsősegélynyújtás során megtudott információkat a törvény **egészségügyi adatoknak** nevezi, a **különleges adatok** közé sorolja, mely azt jelenti, szenzitivitásuk okán a kiemelten védi őket, mindegy, kinek jutottak a tudomására.
- Különleges adat:**
- a) faji eredetre, a nemzetiséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdek-képviselői szervezeti tagságra, a szexuális életre vonatkozó személyes adat,
 - b) az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozó személyes adat, valamint a bűnügyi személyes adat;

73

A LELKI SEGÍTŐI KAPCSOLAT ETIKAI ÉS JOGI KERETEI

- Az ilyen lelki elsősegély-nyújtási spontán jön létre és új dimenziót ad az eddig esetleg már létező vagy a későbbiekben ismételen létrejövő, de aktuálisan nem a segítséget megcélzó kapcsolatnak.
- Fontos etikai követelmény, hogy a különböző kapcsolati dimenziókat kommunikációs szinten jól elkülönítsük, s ha a segített nem hozza szóba, akkor egy másik helyzetben mi se utaljunk rá. (pl. vérckor-szint mérésre jön valaki az EFL-be egy lelki elsősegélyt követően.)

72

- Egészségügyi adat:**
- Az érintett testi, érzelmi és **lelki állapotára**, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindenemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás).
 - Az egészségügyi adatok illetéktelen továbbításáért **személyi felelősséget** viselünk, így a lelki elsősegély-nyújtás során tudomásukra jutott információt csak meghatározott feltételek esetén továbbíthatjuk (Lehetőleg ne továbbítsuk!).

74

TOVÁBBI HASZNOS INFORMÁCIÓK

- www.ifightdepression.com/hu
- <http://www.ongyilkossagmegelozes.hu/>
- <https://www.sos116-123.hu/>
- <https://www.kek-vonal.hu/index.php/hu/>



iFightDepression[®]
european alliance against depression

HIVATKOZÁSOK

- Caplan G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York, Basic Books.
- Hajduska, M. (2012), Krízislélektan. Eötvös Kiadó: Budapest.
- Holmes, T. H. and Rahe, R. (1967). The social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Perzsel, F.D. (2011). Gátolt menekülés – az öngyilkosság kognitív modellje. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66: 185-201.
- Purebl, Gy. (2018). Súlyosan negatív esemény, súlyosan akut stressz: a pszichológiai elsősegély módszere. In: Purebl Gy: Alacsony Intenzitású Pszichológiai Intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban. In press
- Ringel, E. (1976). The suicidal syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6 (3): 131-149.
- Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 3.§. (3) bekt.
- Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 3.§ a) pont

