Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése

EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

MENTÁLIS ELSŐSEGÉLYNYÚJTÁS

Iskolai egészségfejlesztésben dolgozó szakemberek részére

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.

Tartalom

Bevezetés **5**

1. A mentális elsősegély elméleti alapjai **6**

2. Segítői kézikönyv a mentális elsősegélynyújtásról **11**

2.1. A segítségnyújtást meghatározó pszichológiai tényezők 11

2.2. A lélektani krízisállapot fogalma, típusai és okai 13

2.3. Az egyéni életszakaszváltás krízisei 13

2.4. A családi életszakaszváltások jelentősége 15

2.5. Másodlagos krízis, másodlagos traumatizáció 16

2.6. A krízisállapot szakaszai 17

2.7. A gátolt menekülés modellje 19

2.8. A krízisállapot felismerése 20

2.9. A mentális elsősegélynyújtás alapjai, globális észlelési lehetőségek 21

2.9.1. A mentális elsősegély definiálása 21

2.9.2. A mentális elsősegélynyújtás lépései 23

3. Speciális tartalmak az azonnali mentális elsősegélynyújtáshoz **27**

3.1. Az öngyilkossági krízis 27

3.1.1. Bevezetés, epidemiológia 27

3.1.2. Az öngyilkosság és a depresszió kapcsolata 28

3.1.3. Milyen jelekből vehetjük észre az öngyilkossági veszélyt? 28

3.1.4. Preszuicidális szindróma 28

3.1.5. Az öngyilkossággal kapcsolatos tévhitek 29

3.1.6. Kérdések öngyilkossági veszély esetén, a kockázat felmérésére 30

3.1.7. Krízishelyzet esetén követendő kommunikációs minták 32

3.1.8. A segítő önsegítése – az elsősegélynyújtás utáni teendők 33

3.2. Pszichotikus állapotok 33

3.3. Veszélyeztető állapotok 35

3.4. A krízishelyzet felismerése a közösségi médiában 36

3.4.1. Depresszió 36

3.4.2. Öngyilkossági krízisre utaló jelek a közösségi médiában 37

3.4.3. Szkizofrénia, pszichózis 38

4. Kapuőr-csoportonkénti speciális tartalmak a mentális elsősegélyre vonatkozóan **40**

4.1. Pedagógusok 40

4.1.1. Speciális krízishelyzetek kezelése – Serdülőkori krízis és serdülőkori öngyilkosság 42

4.1.2. Gyász 45

4.1.3. Szülők válása 48

4.1.4. Internetes zaklatás (Cyber-bullying) 50

4.2. Lehetőségek krízishelyzet után 51

4.2.1. Rendőrök 52

4.2.2. Lelkészek 55

4.2.3. Háziorvosok 56

Bevezetés

Jelen eredményterméket az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése" című projekt (továbbiakban: Projekt) Népegészségügyi ellátórendszer és szolgáltatások fejlesztése alprojekt „Lakossági mentális egészségtudatosság és támogató hálózat fejlesztése" című munkacsoport készítette. A dokumentum speciálisan az Egészségfejlesztési Irodák, valamint az irodák által Train the trainer (továbbiakban: TTT) alapon kiképzett kapuőrök számára készült szakmai–módszertani anyag, kifejezetten a **lelki elsősegélynyújtással** kapcsolatos ismeretek fejlesztése céljából, melyek segítségével a lakosság adott tagjai – köztük az iskolai egészségfejlesztési team – képessé válnak:

- a mentális elsősegélyt igénylő helyzetek felismerésére,
- azok laikus oldalról történő kezelésére,
- valamint a szükséges döntések meghozatalára.

Ily módon a dokumentum támogatja a Projekt „Egészségtudatosság fejlesztése 7-18 éves korosztály részére" című munkacsoportjának kidolgozott szakmai anyagait, az **iskolai egészségfejlesztésben** résztvevő, alap- és középfokú oktatási intézményekben dolgozó szakemberek munkáját. Ennek okán az eredeti dokumentum, melynek címe: „*Mentális elsősegélynyújtás – oktatási anyag adaptálása, fejlesztése*" (AIV.2.1) kifejezetten iskolai közegben alkalmazható, **rövidített verzióját** tesszük közzé bízva abban, hogy segíti a szakemberek munkáját.

A képzési anyag a sürgősségi helyzetekre (krízis, öngyilkossági veszély, pszichotikus/veszélyeztető állapotok), illetve a szubakut helyzetekre egyaránt ad támogató tartalmat. A folyamaton keresztül:

- a lakosság képessé válik az elsősegélynyújtást igénylő helyzetek felismerésére;
- a képzett laikus intervenció révén a professzionális segítséghez jutás lehetősége növekszik;
- a mentális elsősegélynyújtást igénylő helyzetekkel kapcsolatban a lakosság információval és döntési algoritmusokkal történő ellátottsága fokozódik;
- bizonyos mentális zavarok már a szubakut és lappangó fázisban az egyén környezete által felismerhetővé válnak.

1. A mentális elsősegély elméleti alapjai

A mentális betegségek aránya világszerte egyre növekvő tendenciát mutat, amely kortól, nemtől és etnikai hovatartozástól függetlenül érinti az embereket. A mentális betegségek által kialakult problémák megoldása a népegészségügy egyik legsürgetőbb feladata.

A pszichiátriai zavarok és mentális problémák globálisan befolyásolják ez emberek életét. Kihatnak a teljesítményre, az interperszonális kapcsolatokra, a testi egészségre és az esetlegesen meglévő krónikus betegségekre. A mentális zavarok morbiditást és mortalitást növelő faktorok (Pike, Susser, Galea és Pincus, 2013), melyek prevenciója és megfelelő kezelése a társadalom jóllétének záloga.

A mentális betegségek arányának növekedése megsokszorozza annak lehetőségét, hogy a társadalom tagjai mentális problémákkal küzdő emberekkel kerüljenek kapcsolatba. Ezeknek a találkozásoknak a milyensége, az interakciók minősége kritikus jelentőségű a problémák továbbgyűrűzése vagy visszafordítása szempontjából. **A társadalom mentális egészségről való tudása azonban igencsak hiányos** (Jorm, Kitchener, Kanowski és Kelly, 2007; Jorm és Kitchener, 2011). Az „átlagember" gyakran nem ismeri fel az egyes mentális zavarok tüneteit sem magán, sem a közvetlen környezetében élőkön, s ha felismerni vél is valamit, nem tudja, hogy az egy mentális probléma jele. Az emberek sokszor nem tudják, hogy milyen kezelési formák léteznek a problémák megoldására, vagy ha ismernek is párat, gyakran hibás hiedelmeik vannak a kezeléssel kapcsolatban. A mentális problémák vagy krízisállapotok rövid és hosszú távú következményeihez sokszor szimplifikáló, esetleg bagatellizáló módon állnak. Attitűdjeik a mentális problémákkal küzdő személyekkel szemben sokszor **stigmatizálóak** (Jorm és mtsai, 2007).

A mentális problémával küzdő vagy krízisben lévő személy környezetének reakciói kihatnak a személy egészségmagatartására, együttműködési motivációjára, önértékelésére, jóllétére és életminőségére, munkateljesítményére, szociális kapcsolataira. A mentális problémákkal élők marginalizálása és peremhelyzetűvé válása azonban nem oldja meg a problémákat, sőt még nagyobb terhet ró a társadalom többi tagjára. A pszichiátriai zavarokkal és mentális problémákkal élő emberek segítése és megfelelő kezelése tehát társadalmi érdek. A mentális betegségekről való hiányos tudás, a sztereotípiák és a stigmák azonban egyértelmű akadályát képezik a mentális betegségek és mentális problémákkal élő személyek kezelésének (Corrigan és mtsai, 2014 idézi Svensson, Hansson, és Stjernsward, 2015; World Health Organization, 2001 idézi Svensson, Hansson, és Stjernsward, 2015).

A helyzet megoldását a társadalom edukálása jelentheti. Elengedhetetlenül fontos, hogy a társadalom tagjai hiteles és megbízható információhoz jussanak a mentális betegségek és problémák tüneteiről, a kompetenciahatárokról, a megfelelő kommunikációról, a segítségnyújtás módjairól és lehetőségeiről. Mindez az úgynevezett „mentális elsősegélynyújtás" keretein belül valósítható meg. **A mentális elsősegély, egy krízishelyzetbe került egyén felismerése és adekvát megsegítése, támogatása. Ennek fő célja a későbbi mentális zavarok megelőzése (elsősorban poszttraumás stressz, öngyilkossági magatartás, vagy bármely más, mentális zavar), és szükség esetén a megfelelő szakmai segítséghez juttatása. Ez a segítségnyújtás független a mentális betegségek aktuális fennállásától vagy hiányától.**

A mentális elsősegélynyújtás egy standardizált edukációs program keretein belül sajátítható el, amelyet az átlag populáció számára dolgoztak ki azért, hogy a mentális egészséggel kapcsolatos műveltséget fejlessze, megváltoztassa a meglévő kedvezőtlen attitűdöket és előmozdítsa a segítő viselkedést (Hadlaczky és mtsai, 2014). A program proaktív technikák, konkrét gyakorlati tanácsok tanításán keresztül facilitálja a segítő kapcsolat és kommunikáció kialakításának képességét. Segít a kompetenciahatárok tisztázásában és az olyan készségek kialakításában, amelyekkel a személy képes segítséget nyújtani másnak mentális problémák vagy krízishelyzetek esetén, amíg a megfelelő professzionális segítség meg nem érkezik, vagy a krízis meg nem oldódik (Hadlaczky és mtsai, 2014; Svensson és mtsai, 2015).

Az eredeti Mental Healt First Aid (továbbiakban: MHFA) programot 2001-ben Ausztráliában Betty Kitchener és Anthony Jorm dolgozta ki (https://www.mentalhealthfirstaid.org/faq/). A program tartalmát nemzetközi és ausztrál szakértők, klinikusok szakmai állásfoglalása, gyakorlati tapasztalatai, a meglévő evidenciák, a mentális egészséggondozásban résztvevők és családjaik

ajánlása mentén összeállított guideline-ok alapján alakították ki (Kitchener és Jorm 2008 idézi Svensson és mtsai, 2015). A program öt fő területre koncentrál, melyre az „ALGE" akcióterv elnevezést használják, amely egy mozaikszó, és a következőkből áll:

- A: „Approach the person, assess and assist with any crisis", amely lényegében az öngyilkossági és önsértési kockázat felmérése, a krízis értékelése és segítségnyújtás.
- L: „Listen non-judgementally", értékítéletmentes hallgatás, odafigyelés.
- G: „Give support and information", támogatás és információadás.
- E: „Encourage appropriate professional help", azaz bátorítani a személyt a megfelelő professzionális segítség felkeresésére (Monette, 2012; Rossetto és mtsai, 2014; Svensson és mtsai, 2015).

Az elsősegély programot hat krízisszituációra dolgozták eddig ki:

- szuicid viselkedés,
- önsértés szuicid szándék nélkül,
- segítséget elutasító személy,
- erőszakos, pszichotikus személy,
- pánikrohamok és
- traumatikus esemény után.

Az előbbi krízishelyzeteken kívül három mentális zavarra is elkészítették a programot: Elsősegély depresszió esetén, Elsősegély pszichózis esetén és Elsősegély evészavarok esetén (Jorm és mtsai, 2007).

A MHFA program hatékonyságát számos országban vizsgálták – többek között Ausztráliában, az Egyesült Államokban, Svédországban és Mexikóban. A módszer az elvégzett vizsgálatok alapján **bizonyítottan hatékony eljárás a mentális betegségekről való műveltség fejlesztésében** (Hadlaczky és mtsai, 2014; Rossetto és mtsai, 2014; Svensson és mtsai, 2015; Crisanti, Pasko, Pyeatt, Silverblatt és Anastasoff, 2015). Eredményesen **csökkenti a mentális betegségekkel kapcsolatos negatív- és a mentális betegséggel élőkkel szembeni stigmatizáló**

attitűdöket a tudás és megértés által, valamint pozitívabb attitűdöt alakít ki a pszichológiai és farmakológiai kezelésekkel szemben (Hadlaczky és mtsai, 2014; Rossetto és mtsai, 2014; Jorm és mtsai, 2007). Hatékonyan növeli továbbá az empátiát, a mentális elsősegélynyújtáshoz szükséges készségeket, ezzel együtt a segítő – gondoskodó viselkedésre való hajlandóságot és a magabiztosságot (Hadlaczky és mtsai, 2014; Rossetto és mtsai, 2014; Svensson és mtsai, 2015).

A program tehát alkalmazott tudást, értékes és használható eszköztárat biztosít és magabiztosságot ad minden olyan helyzetben, ahol a személy krízisben lévő vagy akut mentális problémával küzdő személlyel kerül kapcsolatba.

*Jorm, Kitchener, Sawyer, Scales és Cvetkovski 2010-es vizsgálatukban **középiskolai tanárok** készségeit fejlesztették az MHFA program keretein belül. A középiskolai tanárok szerepe elengedhetetlenül fontos, ugyanis a pszichés zavarok egy része serdülőkorban kezdődik, amelynek fel nem ismerése, nem megfelelő kezelése komoly következményekkel járhat. A kutatás eredményei szerint az MHFA tréning növelte a tanárok tudását az ilyen jellegű problémákról, megváltoztatta hiedelmeiket azok kezeléséről, csökkentette a stigmatizáció mértékét, és növelte a magabiztosságot diákjaik és kollégáik irányába történő segítségnyújtásban. E közvetlen hatások mellett egy indirekt hatás is feltárható volt: a diákok innentől több mentális egészséggel kapcsolatos információt kaptak az iskolai dolgozóktól. A program alkalmazásától tehát nagy hatékonyságot várhatunk középiskolai tanárok körében.*

Irodalom:

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, 26*(4), 467–475.

Jorm, A. F., Kitchener, B. A., Kanowski, L. G., & Kelly, C. M. (2007). Mental health first aid training for members of the public. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*(1), 141–151.

Jorm, A. F., Kitchener, B. A., Sawyer, M. G., Scales, H., & Cvetkovski, S. (2010). Mental health first aid training for high school teachers: A cluster randomized trial. *BMC Psychiatry, 10*(51), 1–12. doi:10.1186/1471-244X-10-51.

Mental Healt First Aid USA (2018). *Frequently Asked Questions*.

Megtekintve: 2018. 03. 08-án: https://www.mentalhealthfirstaid.org/faq/

Moffitt, J., Bostock, J., & Cave, A. (2014). Promoting well-being and reducing stigma about mental health in the fire service. *Journal of Public Mental Health*, *13*(2), 103–113.

Monette, M. (2012). The boundaries of mental health first aid. *CMAJ, 184*(17), E891–E892. doi: 10.1503/cmaj.109–4298

Pike, K. M., Susser, E., Galea, S., & Pincus, H. (2013). Towards a healthier 2020: advancing mental health as a global health priority. *Public Health Reviews*, *35*(1), 1–25.

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.. DOI 10.1007/s10597-015-9840-1

2. Segítői kézikönyv a mentális elsősegélynyújtásról

2.1. 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 kisgyermekeknél 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 szorulót. 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 bűntudatunkat. 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 hasonlóaknak segítünk szívesebben, főleg ha az barátunk vagy hozzátartozónk.
3. **Költségek**: elvesztett idő, zavar, pénz, a környezet rosszallása 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 viszonoznunk 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 Pesonality 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.

2.2. 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).

2.3. 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 elegendőek, viszont az új készségek még nem stabilizálódtak. Ezekben az időszakokban a konfliktushelyzetek, a párkapcsolatok megszakadása, a veszteségélmények, vagy a teljesítménykudarcok 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.

2.4. 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.
- **Gyermeket 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 gyermeket nevelő család:** A gyerek iskolai teljesítménye, magatartása a szülők nevelésének a „vizsgája”.
- **Serdülő gyermeket 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 gyerekkel, 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 krízisen túl fontos bemutatni az **akcidentális krízisek**, 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.

2.5. Másodlagos krízis, másodlagos traumatizáció

Nem csak maga az elszenvedő, 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 Readjusment 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 adóságok		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)**

2.6. 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.

4b. ***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 képességékkel, hatékonyabb magatartásmintákkal kerül ki. Önbizalma, önhatékonysága 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.

2.7. 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 késztetéshez. 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.

2.8. 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 jelentkezhet.

2.9. 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.

2.9.1. 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.

2.9.2. 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 segítsek.”

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

5. Hozzátartozók 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 felidéztetni 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 tágul.
- 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 önveszélyeztető 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 önveszélyeztető 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, önsegítő csoportok,
- online segítség (pl: www.ifightdepression.com).

9. 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.

Kerülendők a krízisben lévő személynél:

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

3. Speciális tartalmak az azonnali mentális elsősegélynyújtáshoz

3.1. Az öngyilkossági krízis

3.1.1. 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-ször több azoknak az aránya, akik öngyilkossági kísérletet követnek el[25]. Kedvező változás, hogy 2016-ban az öngyilkosságok száma csökkent Magyarországon, de még így is 1763 ember vetett véget önkezűleg életének (KSH, 2017).[26]

Legveszélyeztetettebbek mindkét nemnél a 45–49 évesek és a 70 év felettiek. 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 **rizikócsoportoknak** 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);

[25] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/ Megtekintve: 2018. 03. 23-án.

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

- társas támogatás nélkül élők.

3.1.2. 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.**

3.1.3. 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 életemnek”, „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.

3.1.4. 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 triászként 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, önvádlás, önostorozás jelenik meg.

3. Menekülés a fantáziavilágba: a problémákat képzeleti szinten jeleníti meg, saját haláláról fantáziál, elképzeli 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.

3.1.5. 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?"

3.1.6. 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 hosszan 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 igénybe vételére, 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 bűntudatát 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.)

3.1.7. 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.)

3.1.8. 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!
- Éljünk 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 történteket.
- 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.

3.2. 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 lehetnek, melyek ijesztőek lehetnek az egyén számára, ezért gyakran igyekeznek a külvilág elől eltitkolni.

Hogyan viselkedjen pszichózis gyanúja esetén?

1. Legyen nyugodt és megértő, fontos az ítélkezésmentes 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 fenyegesse!

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 önmaga és a környezet védelme érdekében. Ebben az esetben szükséges a mentők értesítése.[27]

3.3. 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:

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

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

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.

3.4. 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.

3.4.1. 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).

4.

3.4.2. 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, #mérges szavakat. A következő tartalmakat illették a fenti szavakkal: *„A szüleim azt mondták, nem érdekli őket, hogy vagyok. Úgy felhúztak.” „Mindenki*

engem piszkál.” „Miért nem találom 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 osztok tartalmában megjelenik a szégyen és a bűntudat.

7. A kommunikáció tartalma magányosságot sugároz.

8. A posztok száma csökken (Coppersmith, Ngo, Leary és Wood, 2016).

3.4.3. Szkizofrénia, pszichózis

A szkizofréniával 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 szkizofréniával 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 hálókon (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).

4. Kapuőr-csoportonkénti speciális tartalmak a mentális elsősegélyre vonatkozóan

4.1. 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 kisgyermekek: 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 gyermekek: szociális, emocionális és magatartási problémák, teljesítményzavarok, gyakori egészségügyi problémák.

A szorongás, a depresszió és az ingerlékenység, a destruktív viselkedés a krízis velejárói 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 (óvoda-iskolapszichológus, Pedagógiai Szakszolgálat, védőnők, háziorvos, 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 gyermekjólléti szolgálat felé.

A gyerekvédelmi jelzőrendszer a gyermekek veszélyeztetettségét szolgálja megelőzni meghatározott intézményi rendszer keretében, intézményi együttműködési rendszeren keresztül. Magát a rendszert a gyerekjóléti 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 veszélyezteti 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 háziorvos, 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.

4.1.1. 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 visszahózódik, nála fiatalabbakkal vagy idősebbekkel barátkozik.
- A szülők dominálnak életében, véleménye tőlük függ, kortársaitól eltávolodik.
- Nem képes megfelelő érzéseket átélni, kifejezni, közömbös marad.
- Nem foglakoztatja a jövő, vagy irreális tervei vannak.
- Nehéz elkülöníteni a fantáziát a valóságtól.
- Félelemkeltő gondolatok, fantáziák gyakorivá válása.

- A cselekedetek, gondolatok idegenné válása. Saját akaratától függetlennek 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 tünettel, 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 (vagdosás, gyógyszer vagy drog által okozott túladagolás). 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 elrejteni 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 szeretnének 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 felnőtthöz, 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 ellátásért[28].

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

4.1.2. 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.
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.

[28] Forrás: http://old.ifightdepression.com/hu/index59c6.html?id=6792, Megtekintve: 2018. 03.15-én.

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 emlékképébe,
- bűntudat,
- ellenséges reakciók,
- erőfeszítés kell a mindennapi rutinok végrehajtásához, az elhunyttal való megszokott tevékenységek elveszítik jelentőségüket, mint például a barátokkal való kapcsolattartás, közös hobbik, tervezgetések.

Patológiás 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 elhunytnak, 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 elhunytnak.
- 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 megérinti a gyász témája, felelevenednek események a saját életéből, mely természetes jelenség. Amennyiben úgy érzi, hogy jelentős mértékben megterheli a téma, az iskolapszichológushoz fordulhat segítségért.

4.1.3. 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 visszahúzódóak 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 gyereknek. (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 gyereknek 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.

4.1.4. 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![29]

Segítség applikáció formájában:

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

[29] https://www.kek-vonal.hu/index.php/hu/internetes-biztonsag/202-mi-az-a-cyberbullying. Megtekintve: 2018.03.17-én.

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, pedagógusoknak[30]:

- 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.

4.2. 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

[30] https://www.kek-vonal.hu/index.php/hu/internetes-biztonsag/202-mi-az-a-cyberbullying. Megtekintve: 2018.03.17-én.

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 történtekről, 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 történtekről?
- 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)

4.2.1. Rendőrök

Gyakran a rendőrök a legelsők, 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 bámészkodókat!

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. Mutatkozzon 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 mellőze! Segítsen abban, hogy megszégyenülés 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.

Hozzátartozók értesítése befejezett öngyilkosságról

Egy hozzátartozó öngyilkossága az egyik legnagyobb krízis, ami egy család életében történhet, éppen ezért kiemelten fontos a helyzet rendkívül körültekintő, empatikus 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 történteket![31]

Teendők szerhasználat következtében agresszívvé vált személy esetében

Próbálja megelőzni a helyzet eszkalálódását az alábbi technikákkal:

1. Beszéljen nyugodtan, nem konfrontatív módon!
2. Beszéljen lassan és magabiztosan!
3. Ne provokálja, ne fenyegesse, és kerülje a vitatkozást!
4. Szóhasználata legyen pozitív (pl. „Maradjon nyugodt!") a negatív szavak helyett (pl. „Ne verekedjen!"), mely a személyt a helyzet túlreagálására késztetné!

[31] Forrás: http://old.ifightdepression.com/hu/index35a2.html?id=6781. Megtekintve: 2018. 03. 15-én.

5. Fontolja meg, hogy szünetet tart a beszélgetésben, hátha sikerül megnyugodnia a személynek!
6. Próbálja meg nyugodt helyre kísérni, 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![32]

4.2.2. Lelkészek

A lelkészek 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 lévőnek, és mikor szükséges külső segítség bevonása.

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

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

Mit tehetnek a lelkipásztorok?

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

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 juttatásban[33].

4.2.3. Háziorvosok

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 tervei**. Amennyiben vannak, be kell vonni a hozzátartozókat, a szakorvost, és folytonos felügyeletet kell biztosítani a személynek. Rövid időn belül találkozzon ismét a beteggel.[34]

Pszichózis korai jeleinek felismerése:

A háziorvos folyamatosan figyelemmel kíséri az egyén, akár egész családok fizikai és mentális állapotát és annak változásait. A háziorvosnak 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).

Segíti a pszichózis korai jeleinek a felismerését:

1. Alapos megfigyelés; a pszichotikus tünetek nem feltétlenül nyilvánvalóak.

[33] Forrás: http://old.ifightdepression.com/hu/index0458.html?id=6786, Megtekintve: 2018. 03.16-án.

[34] Forrás: http://old.ifightdepression.com/hu/index781b.html?id=6771. Megtekintve: 2018. 03.15-én.

2. Fontos a család véleménye, aggódásának 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%, mely 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 fordulók 59%-a dohányzik (Sami, Shiers, Latif & Bhattacharyya, 2017).

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 Lingusitics 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_beszelgetesekhez_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) pontja