

AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSE

ÚTMUTATÓ PEDAGÓGUSOK ÉS ISKOLAI DOLGOZÓK RÉSZÉRE

**Mentális és Viselkedési Zavarok
Mentális Egészség Osztály
Egészségügyi Világszervezet (WHO)
Genf, 2000**

Ez az anyag egyik eleme annak a kiadványsorozatnak, amelyik speciális társadalmi és szakmai csoportok számára készült, és témája elsősorban az öngyilkosság megelőzése.

Az útmutató a SUPRE, a WHO egész világra kiterjedő öngyilkosság-megelőző programjának a részeként készült.

Kulcsszavak: öngyilkosság, prevenció, erőforrások, pedagógusok.

© World Health Organization, 2000

Információs anyagunk nem tartozik a WHO hivatalos kiadványai közé, nevezett szervezet mégis minden jogot fenntart. Ez alól kivételt képez – és szabadon engedélyezett – a másolás, a bírálat, a rövidítés, a fordítás és sokszorosítás, amennyiben ez nem kereskedelmi célokat szolgál.

A dokumentum nem a WHO hivatalos álláspontját tükrözi; hanem elsősorban a szerzőkét.

Fordította: Kovács-Molnár Judit és Dr. Mirnics Zsuzsa

Hungarian translation © Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány, 2006

A WHO szakembereknek szóló öngyilkosság-megelőzés útmutatói letölthetők
a Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány weboldaláról:
http://www.lelekbenotthon.hu/2011/07/who_supre_magyar

TARTALOM

ELŐSZÓ.....	4
EGY ALÁBECSÜLT PROBLÉMA.....	6
VÉDŐFAKTOROK.....	7
RIZIKÓFAKTOROK ÉS KOCKÁZATOS HELYZETEK.....	7
HOGYAN ISMERJÜK FEL A LELKI SZEMPONTBÓL TERHELT, ÉS POTENCIÁLISAN VESZÉLYEZTETETT DIÁKOKAT? 11	
HOGYAN KEZELJÜK A VESZÉLYEZTETETT DIÁKOKAT AZ ISKOLÁBAN?.....	12
HIVATKOZÁSOK.....	15

ELŐSZÓ

Az öngyilkosság komplex jelenség, amely századokon keresztül vonzotta a filozófusok, teológusok, orvosok, szociológusok és művészek érdeklődését. Albert Camus, francia filozófus *Sziszüphosz mítosza* című művében ezt tekinti az egyetlen fontos filozófiai problémának.

Az öngyilkosság-megelőzés az egészségügy fontos feladata, kiemelt figyelmet érdemel, mégsem mindig könnyű megelőzése és következményeinek kezelése. A legújabb kutatások szerint az öngyilkosság megelőzése, amennyiben egyáltalán megvalósítható, tevékenységek széles körét öleli fel: beleértve a lehető legjobb feltételek biztosítását a gyermekek és fiatalok neveléséhez, a lelki zavarok hatékony gyógyítását, illetve a kockázati tényezők ellenőrzését. Az információ megfelelő terjesztése és a tudatosság növelése alapfeltétele az öngyilkosságok megelőzésére irányuló programok sikerének.

1999-ben a WHO világméretű kezdeményezést indított, a SUPRE (Suicide Prevention) öngyilkosság-megelőzési programot. Ez az információs füzet a SUPRE keretében készült broszúrák egyike, amelyek olyan, különböző társadalmi és szakmai csoportokat szólítanak meg, amelyek különösen fontos szerephez jutnak az öngyilkosság megelőzésében. Ezáltal is kapcsolatot kíván építeni a sokféle különböző érintett szakember és szervezet, az egészségügyben dolgozók, oktatók, társadalmi szervezetek, kormányzati és törvényhozási szervek, mediátorok, jogalkalmazók, családok és közösségek közt.

Különösen hálásak vagyunk *Danuta Wassermannak*, a pszichiátria és szuicidológia professzorának, és *Dr. Veronique Narboninak*, a Svéd Nemzeti és Stockholm Körzeti Öngyilkosság-kutatási és Mentális Betegség Prevenációs Centrumnak a WHO-val együttműködő munkatársának, aki jelen útmutató korábbi verzióját készítették. Továbbá köszönetet mondunk a WHO ISP (International Network for Suicide Prevention: Öngyilkosság-Prevenációs Hálózat) alábbi tagjainak a lektorálásért:

Dr. Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Új-Zéland;

Prof. Richard Ramsay, University of Calgary, Calgary, Kanada;

Prof. Jean-Pierre Soubrier, Groupe Hospitalier Cochin, Párizs, Franciaország;

Dr. Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, Kína.

Hasznos tanácsaikért a következő szakembereket is köszönet illeti:

Prof. Britta Alin-Akerman, Department of Education, Stockholm University, Stockholm, Svédország;

Prof. Alan Apter, Geha Psychiatric Hospital, Petah Tiqwa, Izrael;

Prof. David Brent, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA, Egyesült Államok;

Dr. Paul Corcoran, National Suicide Research Foundation, Cork, Írország;

Dr. Agnes Hultén, National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Stockholm, Svédország;

Dr. Margaret Kelleher, National Suicide Research Foundation, Cork, Írország;

Prof. François Ladame, Unités pour adolescents et jeunes adultes, Université de Genève, Genf, Svájc;

Dr. Gunilla Ljungman, Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Västeras Central Hospital, Västeras, Svédország;

Dr. Gunilla Olsson, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Uppsala University, Uppsala, Svédország;

Prof. Israel Orbach professzor, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Izrael;

Prof. Xavier Pommereau, Centre Abadie, Bordeaux, Franciaország;

Dr. Inga-Lill Rambert, National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Stockholm, Svédország;

Prof. Per-Anders Rydellius, Division of Child and Adolescent Psychiatry, Karolinska Institute, Stockholm, Svédország;

Prof. David Schaffer, Columbia University, New York, NY, Egyesült Államok;

Prof. Martina Tomori, University of Ljubljana, Ljubljana, Szlovéna;

Prof. Sam Tyabo, Geha Psychiatric Hospital, Petah Tiqa, Izrael;

Prof. Kees van Heeringen, Unit for Suicide Research, Department of Psychiatry, University Hospital, Ghent, Belgium;

Prof. Anne-Liis von Knorring, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Uppsala University, Uppsala, Svédország;

Prof. Myrma Weissman, Department of Child Psychiatry, Columbia University, New York, NY, Egyesült Államok.

Reméljük, hogy széles körben terjesztett információs anyagainkat az érdeklődők több nyelvre is lefordítják, és tartalmukat az adott célcsoporthoz igazítják. Szívesen fogadjuk az adaptálásra vonatkozó kéréseket

Dr. J. M. Bertolote, koordinátor

Mentális és Viselkedési Zavarok

Mentális Egészség Osztály

Egészségügyi Világszervezet (WHO)

AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSE ÚTMUTATÓ PEDAGÓGUSOK ÉS ISKOLAI DOLGOZÓ RÉSZÉRE

Az öngyilkosság világszerte a 15–19 éves korosztály öt legfontosabb halál oka közé tartozik, több ország statisztikájában az első vagy második helyet foglalja el.

A megelőzés tehát igen lényeges cél, melynek megvalósítását megkönnyíti az a körülmény, hogy ezen életkori csoport nagy többsége iskolába jár, ahol célzott, szervezett prevenció indítható.

Ezt az útmutatót elsődlegesen tanárok és más iskolai dolgozók (iskolai tanácsadók, iskolaorvosok, ápolók, szociális munkások, iskolaszékek tagjai) részére alakítottuk ki. Valószínű azonban, hogy mentálhigiénikusoknak, és más, esetlegesen iskolával kapcsolatban álló szakembereknek is új információkat tudunk átadni. Írásunkban röviden ismertetjük a serdülőkorú öngyilkosság problémáját, bemutatjuk a fő védő- és rizikófaktorokat, és útmutatást adunk azzal kapcsolatban, hogy a veszélyeztetett gyermekeket miként lehet azonosítani és segíteni.

Elmondható, hogy a 15 év alatti gyermekek esetében, a korai serdülőkor előtt az öngyilkosság általában ritka; a 12 év alatti korosztálynál pedig elenyésző gyakoriságú. Mégis, az utóbbi években nyugtalanító tendencia tapasztalható: az arányok növekedése a 15 év alatti, valamint a 15–19 év közötti korosztálynál.

Az elkövetés módszerei akár országonként is eltérhetnek; így például néhány térségben a rovarirtók bevezetése, míg máshol a gyógyszermérgezés, a gyorsított és a golyó általi halál számít elterjedtnek. A fiúk általában a lányoknál nagyobb arányban halnak meg öngyilkossági próbálkozásaik következtében, ennek egyik oka, hogy agresszívebb módszerekkel élnek (önakasztás, lőfegyverek, robbanóanyagok). De vannak olyan régiók is, ahol a 15–19 éves serdülő lányok az azonos korú fiúknál gyakrabban halnak önkéntes halált, és az utóbbi évtizedben a lányoknál is gyakoribbá váltak az agresszív elkövetési módok.

Megfelelő feltételek esetén, iskolai keretek közt a teammunka a leghatékonyabb módszer az öngyilkosság megelőzésére. Ebben egyaránt részt vehetnek a tanárok, az iskolaorvosok és -ápolók, az iskolapszichológusok és a szociális munkások, valamint a közösségben működő segítő szolgálatok szakemberei.

Fontos szem előtt tartani, hogy az öngyilkossági gondolatok alkalmoszerű jelentkezése egyáltalán nem utal rendellenességre. Ez a természetes fejlődési folyamat része, melynek során a tizenéves egzisztenciális problémákkal foglalkozik, próbálja megérteni az élet és a halál kérdéseit, értelmet adni saját életének. Kérdőíves vizsgálatok tanúsítják, hogy a gimnázium felsőbb osztályaiban a tanulók mintegy 50 százalékának néha öngyilkossági gondolatai vannak¹. Ezek „elrendezésében”, átbeszélésében segíthetnek a felnőttek, a tanárok².

Komolyabb veszély, ha a gyermek vagy serdülő szerint az öngyilkosság az egyetlen megoldás az élet nehézségeire. Ilyen esetben, beavatkozás híján súlyos következményekre számíthatunk.

EGY ALÁBECSÜLT PROBLÉMA

Közismert tény, hogy sokszor szinte lehetetlen megállapítani, hogy egyes elhalálozások (pl. autós ütközések, fulladások, zuhanások, drog túladagolások) háttérben van-e szándékosság, vagy sem³. Egyes szakértők véleménye szerint a statisztikák számos baleseti adata valójában öngyilkossági törekvésekről szólhat.

A probléma sokrétűségét mutatja az is, hogy a kutatások megállapították: az agresszív elkövetők csoportja is heterogén⁴, egyes esetekben inkább erős kockázatvállalás miatt bekövetkezett balesetről, máskor pedig mély fájdalomérzésből fakadó önpusztításról van szó.

Tovább bonyolítja a problémakört, hogy az öngyilkossági kísérlet fogalmát vélhetően egészen másként határozzák meg a pszichiáterek és az érintettek. A pszichiátriai interjúvizsgálatok szerint ugyanis kétszer kevesebb próbálkozás történik, mint az önbecslő eljárások adatai szerint. A fogalmi eltérések mellett a különbség legvalószínűbb oka, hogy tettének elkövetése után az érintetteknek csak 50 százaléka keres orvosi

segítségét. Következésképpen, a kórházban kezelt esetek száma a gyakorlatban semmit sem mond az adott közösségben megmutatózó probléma reális intenzitásáról.

Általánosságban igaz, hogy a serdülőkorú fiúk többször követnek el öngyilkosságot, mint az azonos korú lányok. A próbálkozások aránya azonban ettől eltérő: a lányoknál akár kétszer-háromszor magasabb, mint a fiúknál. Magyarázatként adódik, hogy a nőknek hajlamuk van a depresszióra, de szívesebben is beszélgetnek a problémáikról, és bátrabban kérnek segítséget, ezáltal kisebb valószínűséggel választják a végzetes módszert. A fiúk viszont általánosságban agresszívebb, lobbanékonyabb viselkedésűek, mint a lányok, emellett a szerfogyasztással is többet kísérleteznek, sokszor az önpusztítás pillanatában is illegális anyagok hatása alatt állnak.

VÉDŐFAKTOROK

Az öngyilkosságtól védő faktorok a következők:

Családi élet

- ∞ jó kapcsolat a családtagokkal;
- ∞ a család támogatása.

Kognitív stílus és személyiség

- ∞ megfelelő szociális készségek;
- ∞ megfelelő önbizalom, a saját képességekbe, teljesítménybe vetett hit;
- ∞ fontos döntések esetén a segítségkérés képessége;
- ∞ nyitottság, érdeklődés más személyek problémakezelése iránt;
- ∞ nyitottság a tudásra, a tapasztalatokra.

Kulturális és szocio-demográfiai tényezők

- ∞ szociális integráció (részvétel sport-, vallási, klub jellegű és más tevékenységekben);
- ∞ kielégítő kapcsolat az iskolatársakkal;
- ∞ kielégítő kapcsolat a tanárokkal és általában a felnőttekkel;
- ∞ fontos személyektől érkező társas támogatás.

RIZIKÓFAKTOROK ÉS KOCKÁZATOS HELYZETEK

Bizonyos körülmények fennállása esetén – genetikai, valamint környezeti faktorok okán – egyes családokban nagyobb valószínűséggel jelenik meg öngyilkos viselkedés, mint másokban. Elemző tanulmányok szerint a gyermek- és serdülőkorúak csoportjában egyes, az alábbiakban bemutatásra kerülő tényezők és helyzetek gyakran (de nem minden esetben) kapcsolódnak az öngyilkos magatartáshoz.

Emlékeztetnünk kell arra is, hogy a rizikófaktorok és kockázati helyzetek kulturális, politikai és gazdasági tényezők következtében akár országoként, vagy kontinensenként is változhatnak.

Kulturális és szocio-demográfiai tényezők

A rossz szocioökonómiai helyzet, az alacsony iskolai végzettség és a családot érintő munkanélküliség egyértelmű kockázatot jelent. Az őslakos személyek és a bevándorlók gyakran kerülnek ilyen hátrányba; emellett esetükben nemcsak változatos érzelmi zavarokkal és nyelvi nehézségekkel, hanem társas támogatottságuk hiányával, és a társadalmi tevékenységekben való alacsony részvételükkel is számolnunk kell. Vannak

olyan esetek is, amikor a migráció háttérében háborús élmények, esetleg üldöztetés, megkínztatás áll – azaz a múlt élményei járulékos terheket jelentenek.

A „kulturálisan más” csoportok esetében intenzív konfliktusforrás az egyéni- és csoportértékek közti ütközés. Markáns példa erre azoknak a fiatal lányok esete, akik származási országukhoz képest szabadabban nevelkednek, szüleik viszont őrzik az erős konzervatív értékeket.

A migránsok példája nyilvánvalóvá teszi, hogy minden fiatal személyiségfejlődése szorosan összefonódik az őt befogadó kollektív kulturális hagyománnyal. A „gyökértelen” gyermekek és serdülők nyilvánvaló identitásproblémákkal küzdhetnek, és a konfliktusmegoldás kulturálisan közismert mintáiban is járatlanok⁵.

Az átlagnépességhez képest rájuk nézve jóval valószínűbb, hogy egy nehéz helyzetben nem találnak kiutat, így egyedüli menekülésnek az öngyilkosságot látják.

A kulturális másság és a migráció mellett társadalmi szinten a nonkonform magatartás is veszélyeket hordoz. Az átlagostól eltérő szexualitású serdülőket például egyaránt nehezen fogadják el az iskolai közösségekben, az osztályban és a családjukban, és emiatt önfogadási nehézségeik vannak, negatív énképet alakítanak ki. Nem ritka, hogy életükből általánosan hiányoznak az optimális fejlődéshez szükséges támogató, segítő modellek.

Családi élet és negatív életesemények

A zavart családi mintázatok, és a korai életkorban elszenvedett, feldolgozatlan traumák erősen befolyásolják a felnövekvő gyermek életét⁶.

Az alábbiakban összegezzük az öngyilkos gyermekek és serdülők családjának gyakori jellemzőit:

- ≈ a szülők súlyos pszichés zavara (pszichopatológiája)⁷, például affektív kórképek általi érintettség;
- ≈ alkohol- és drogabúzus, vagy antiszociális viselkedés a családban;
- ≈ a családban bekövetkezett korábbi öngyilkosságok vagy öngyilkossági kísérletek;
- ≈ agresszív, bántalmazó magatartás (pl. fizikai, szexuális bántalmazás a gyermekkorban);
- ≈ a gyermek elhanyagolása, szegényes kapcsolattartás a gyermek nevelését ellátó oktatási intézménnyel;
- ≈ sűrűn előforduló házastársi veszekedések és feszültség, agresszivitás jelenléte a családban;
- ≈ gyakori költözés, lakhelyváltás;
- ≈ túlságosan magas elvárások, vagy túlságosan engedékenységek a gyermek iránt;
- ≈ a szülő tekintélyvesztése, vagy túlságosan merev, erőszak árán is fenntartott tekintély;
- ≈ elutasítást közvetítő, elhanyagolásra utaló negatív érzelmi környezet, amelyben a szülőnek nincs kellő ideje és energiája arra, hogy kielégítse a gyermek érzelmi szükségleteit, és hogy a nehéz helyzetekben mellette álljon;
- ≈ családi rigiditás (merevség)⁸;
- ≈ örökbefogadás.

E családi mintázatok gyakran (de nem általánosan!) jellemzik az öndestruktív emberek környezetét. Több probléma együttes fennállása halmozódó veszélyt jelent, amelyet tovább nehezít, hogy az érintettek többsége a családjára iránti lojalitástól vezérelve, családon kívüli személytől nehezen kér segítséget.

Kognitív stílus és személyiség

Egyes személyiségjegyekre egyrészt az a jellemző, hogy serdülőkorban hangsúlyosan kiütőköznek, másrészt – főleg pszichés betegségek esetén – önpusztító magatartással kapcsolódhatnak össze. (Természetesen az összefüggés nem törvényszerű!) E tulajdonságok és tényezők a következők:

1. hangulatváltozások;
2. düh, és agresszív viselkedés;
3. antiszociális viselkedés;
4. ágálás (acting out);

5. erős impulzivitás, lobbanékonyság;
 6. ingerlékenység;
 7. merev gondolkodás, egysíkú megküzdési módok;
 8. nehézségek esetén gyenge problémamegoldási képesség;
 9. gyenge realitásérzék;
 10. saját „képzelt világ” felépítése;
 11. fantáziák a saját kiválóságról, amelyek időszakosan értéktelenség érzésbe váltanak;
 12. általános csalódottság érzés;
 13. apró fizikai sérülések, vagy enyhe lelki terhek hatására is könnyen kiváltódó, erős szorongás;
 14. önelégültség;
 15. kisebbségi érzés, bizonytalanság, amelyet a veszélyeztetett a saját kiválóságának hangsúlyozásával, mások elutasításával vagy a társak és felnőttek felé mutatott provokatív viselkedéssel leplezhet;
 16. bizonytalan szexuális identitás és szexuális orientáció[9];
 17. ellentmondásos érzelmekkel terhelt viszony a szülőkkel, más felnőttekkel és a barátokkal.
- Szükséges hangsúlyozni, hogy bár igen erős az érdeklődés az öngyilkosságnak a személyiség- és kognitív tényezőkkel való összefüggése iránt, egyes különálló személyiségjegyek hangsúlyos szerepére kevés egyértelmű bizonyíték van.

Pszichiátriai zavarok

A gyermek- és serdülőkori öngyilkosság bizonyos pszichiátriai zavarokban lényegesen gyakrabban fordul elő. A következőkben ezekről a problémákról írunk.

Depresszió

Leggyakrabban a depresszió és az antiszociális viselkedés kombinációját jelölik meg a serdülőkori öngyilkosságot kísérő mentális állapotként¹⁰⁻¹¹. Több kutatás is megállapította, hogy az öndestruktív serdülők mintegy háromnegyedénél depresszióra utaló jegyek figyelhetők meg, sőt, sokan klinikai szintű tünetektől szenvednek¹².

A depressziós tanulók azonban nem feltétlenül lelki segítséget keresnek, hanem inkább fizikai tüneteikkel fordulnak orvoshoz¹³. Általános panasz lehet náluk a fejfájás, a hasfájás, valamint a lábban és a mellkasban jelentkező lüktető fájdalmak.

A depressziós lányok többnyire visszahúzódóak, csendesek, leverték és passzívok. Velük ellentétben, a depressziós fiúkat inkább jellemzi a rendbontó, agresszív viselkedés, aminek következtében igen sok figyelmet kapnak tanáraiktól és szüleiktől. Agresszivitásuk következményeként magányossá válhatnak, ami már önmagában is öngyilkossági kockázatot jelez.

Fontos tudni, hogy a depresszió sem az öngyilkossági kísérleteknek, sem pedig az öngyilkossági gondolatok átélésének nem feltétele, és nem is szükségszerű velejárójuk¹⁴.

Szorongásos zavarok

Több tanulmány megerősítette, hogy a szorongásos kórképek és az öngyilkossági kísérletek közt a férfiak esetében egyértelmű, a nőknél enyhébb összefüggés mutatkozik. A vonásszorongás és a depresszió egymástól viszonylag függetlenül veszélyeztet, ami azt sugallja, hogy az előbbi problémát önmagában is érdemes vizsgálni és kezelni. A szuicid fiatalokra a pszichoszomatikus betegségek előfordulása szintén jellemző.

Alkohol- és drogabúzus

Az öngyilkosok csoportjában az átlagnépességhez képest fokozottabb előfordulást mutat az alkohol- és drogabúzus: minden negyedik érintett fiatal valamilyen szert fogyasztotték elkövetése előtt¹⁵.

Evészavarok

Igen sok serdülőre igaz, hogy elégedetlen a kinézetével, a testképével, ezért sokat foglalkozik az étrend, a diéta kérdésével, sőt, akár fogyókúrába is kezd. A serdülő lányok 1-2 százalékánál azonban ez a jelenség annyira extrém mértékű, hogy eléri a klinikai betegség, az anorexia vagy bulimia szintjét. Előbbivel gyakran jár együtt a depresszió, és az öngyilkossági kockázat az átlagnépességhez képest mintegy húszszoros. Újabb kutatások igazolják, hogy az evészavarok nemcsak lányoknál, hanem fiúknál is jelentkezhetnek^{13, 17}.

Pszichotikus betegségek

A szkizofrénia és a bipoláris zavar súlyos pszichiátriai zavarok. Bár csak kevés gyermeket és serdülőt érintenek, érdemes tudni, hogy ezen állapotokban rendkívül gyakori az öngyilkosság, mint halálok. A legtöbb pszichotikus fiatalnál megjelenik a szerhasználat problémája (erős dohányzás, alkohol- és drogabúzus) is.

Korábbi öngyilkossági kísérletek

Akár érintett pszichiátriai szempontból, akár nem, aki egyszer már öngyilkosság próbált elkövetni, az hajlamos egy következő krízisben ismételten próbálkozni.

Negatív életesemények, mint az öngyilkosság elkövetését közvetlenül kiváltó tényezők

Az öngyilkos gyermekeknél és serdülőknél világosan kimutatható a fokozott stresszérzékenység (ez részben genetikai eredetű, részben a korai évelekben megélt stresszhatások következménye)¹⁶, ami a kognitív stílussal és a felsorolt személyiségvonásokkal együttesen hat. A sérültség megnehezíti a negatív életeseményekkel való megfelelő megbirkózást, minek következtében az öngyilkosság sok esetben közvetlen kapcsolatban áll egyes stressz-terhes élethelyzetek bekövetkeztével. A túlérzékeny emberből a megpróbáltatások tehetetlenséget, reménytelenséget, kétségbeesést váltanak ki, és öngyilkossági gondolatok hatalmasodhatnak el rajta¹⁷.

Az öngyilkos viselkedés megjelenését befolyásoló helyzetek és események

A lelki síkon fenyegetettséget, sérülésveszélyt jelentő (de az objektív mérlegelés szintjén sokszor fenyegetést nem hordozó) helyzetekben a veszélyeztetett gyermekek és serdülők akár triviális megnyilvánulások hatására is mélyen érintődhetnek, szorongással és kaotikus magatartásmintákkal reagálhatnak; ezenkívül az énképük és a méltóság-érzésük is könnyen zavart szenved.

A következő stresszor típusokról lehet szó:

- ∞ családi problémák;
- ∞ elválás a barátoktól, az osztálytársaktól, a szerelmi partnertől;
- ∞ érzelmi szempontból jelentős személy halála;
- ∞ szakítás, szerelmi kapcsolat felbomlása;
- ∞ személyközi konfliktusok;
- ∞ fegyelemproblémák, jogi következménnyel járó kihágások, szabálysértések;
- ∞ öndesztuktív magatartás, amelyet az egyén a kortárs csoport nyomására, vagy annak elfogadása érdekében tanúsít (destruktív önel fogadás);
- ∞ iskolai erőszak, viktimizáció;
- ∞ tanulási zavarok, csalódás a saját iskolai teljesítményben;
- ∞ túlságosan, irreálisan magas iskolai, tanári elvárások;
- ∞ munkanélküliség, rossz anyagi körülmények;
- ∞ nem kívánt terhesség és abortusz;
- ∞ HIV-fertőzés, egyéb szexuális úton terjedő betegségek,
- ∞ súlyos fizikai betegségek;
- ∞ természeti katasztrófák.

HOGYAN ISMERJÜK FEL A LELKI SZEMPONTBÓL TERHELT, ÉS POTENCIÁLISAN VESZÉLYEZTETETT DIÁKOKAT?

A lelki terheltség felismerése

A lelki terheltséget (distressz) általában a gyermek vagy serdülő teljesítményében, viselkedésében vagy óralátogatási szokásaiban bekövetkezett drámai változás jelzi¹⁸, például a következők:

1. a szokásos tevékenységek iránti érdeklődés elvesztése;
2. az iskolai teljesítmény általános romlása;
3. a tanórákon felmutatott erőfeszítés csökkenése;
4. iskolai rendbontás, deviáns viselkedés;
5. ismétlődő igazolatlan hiányzások, iskolakerülés;
6. erős dohányzás, alkohollal, könnyű- vagy keménydrogokkal való visszaélés;
7. összeütközés a rendőrséggel, iskolai erőszak.

A felsorolt tényezők ismeretében lehetőségünk van rá, hogy még azelőtt azonosítsuk a mentális és szociális terhektől szenvedő, öngyilkos szándékú fiatalokat, mielőtt ez a gondolatuk cselekvésbe fordulna át¹⁹.

Ha megbizonyosodunk róla, hogy veszélyhelyzetről van szó, mozgósíthatunk egy speciális, krízisprevenációs csapatot, és alaposabb tájékozódást, majd beavatkozást kezdeményezhetünk.

Az öngyilkossági kockázat becslése

Az öngyilkossági rizikó mérlegelésénél több tényezőt is szem előtt kell tartani, mivel a lelki problémák e típusa rendszerint többtényezős.

Korábbi öngyilkossági kísérletek

Egyik legjelentősebb kockázati tényező a korábbi öngyilkossági kísérletek előfordulása. A stresszhelyzetbe került fiatalok hajlamosak megismételni a régebbi élethelyzetekben használt problémamegoldási módjaikat – ezen belül az öngyilkossági kísérletet is.

Depresszió

Mint korábban is említettük, a depresszió igen erős rizikót jelent. Amellett, hogy a diagnózist általános orvos vagy gyermekpszichiáter állíthatja fel, e betegség alapvető tüneteit és azok változatosságát²⁰⁻²¹ a tanároknak és más iskolai szakembereknek is ismerniük kell(ene).

Probléma azonban, hogy a viszonylag egyértelmű betegségkép ellenére, ennek az állapotnak több közös jegye is van a serdülőkorban bekövetkező természetes változásokkal.

A kamaszokat sűrűn jellemzi alacsony önértékelés, csüggedtség és koncentrációs nehézségek, sőt akár fáradtságtól és alvászavaroktól is szenvedhetnek – mindezek pedig a depresszió velejárói is. (Egyébként, a depressziós felnőttekkel összehasonlítva, a depressziós fiatalok több ételt fogyasztanak, többet alszanak és gyakrabban ágálják indulataikat.) Ha a felsorolt jelzések elhúzódóak, sőt, egyre súlyosbodnak, érdemes fokozottan odafigyelni.

Serdülőkorban a depressziós, sőt esetenként a szuicid gondolatok már azért is természetesek lehetnek, mert ebben az életkorban élénken foglalkoztatnak bennünket a létezés problémái. Érdemes mérlegelni, hogy mennyire intenzíven jelentkeznek, érzelmileg mennyire érintik és mennyi ideig terhelik az egyént, milyen kontextusban bukkanak fel, és el lehet-e róluk terelni a figyelmet. A felsorolt kérdések mentén különböztethetjük meg a súlyos krízisben levő fiatalokat a természetes fejlődési krízist átélőktől.

Rizikóhelyzetek

Fontos szempont lehet azoknak a környezeti helyzeteknek és negatív életeseményeknek beazonosítása, amelyek egy-egy érintett esetében öngyilkossági gondolatokat válthatnak ki, és ily módon fokozhatják a veszélyeztetettséget.

HOGYAN KEZELJÜK A VESZÉLYEZTETETT DIÁKOKAT AZ ISKOLÁBAN?

A terhelt, segítségre szoruló fiatalokat viszonylag könnyű felismerni. Sokkal nehezebb azonban az a kérdés, hogy viselkedésükre miként is reagáljunk, és általánosságban hogyan viszonyuljunk hozzájuk.

Egyes tanárok fokozott érzékenységgel, ráhangolódással és tisztelettel tudják kezelni őket, míg másoknak ez gondot okoz (utóbbiak számára javasolt a készségfejlesztő foglalkozásokon való részvétel). Nehéz ugyanis megtalálni a távolságtartás és a közelségkeresés, valamint az empátia és a tisztelet közti kényes egyensúlyt.

Számos konfliktushelyzet is kialakulhat, mivel a tanárok egy részének egyrészt nincsenek meg a problémák befolyásolásához szükséges készségei, másrészt saját pszichés terheltségük miatt nem tudnak segíteni, és végül sokszor időhiányban szenvednek.

Általános prevenció: mielőtt még bekövetkezne a tragikus esemény

Az öngyilkosság megelőzésének kulcsmozzanata a lelki terheltség és/vagy az öngyilkossági veszély korai felismerése²². E cél érdekében különösen lényeges mérlegelni az iskolai alkalmazottak (esetlegesen „szakértői team”) erőforrásait. Sok gyakorló szakember vallja azt a nézetet, hogy az órákon nem érdemes direkt módon érinteni az öngyilkosság témakörét – ehelyett inkább a pozitív mentálhigiéne eszközeivel éljünk.

A tanárok és az iskolai személyzet mentális egészségének megerősítése²³

Az iskolai személyzet jóllétének, lelki egyensúlyának biztosítása egyáltalán nem elhanyagolható kérdés. Például az is elképzelhető, hogy munkahelyüket elutasító, agresszív, erőszakos légkörüként élik meg. Készségfejlesztésre és sok információra van szükségük, hogy megérthessék saját maguk és kollégáik stresszre adott reakcióit, esetlegesen azokat a jegyeket, amelyekről a saját közösségükön belül is felismerhető a túlterheltség és a lelki zavarok. Ismerniük kell a rendelkezésre álló támogató, segítő lehetőségeket, és szükség esetére a kezelést is elérhetővé kell tenni a számukra.

A diákok önértékelésének javítása²⁴

A jó önértékelés védi a gyermekeket és a serdülőket a mentális terhektől és az elkeseredéstől, stresszhelyzetekben pedig hozzájárul a megfelelő problémakezeléshez²⁵.

Az önértékelés javítása érdekében többféle technikát lehet alkalmazni, mint például:

∞ Hangsúlyozzuk, tudatosítsuk a pozitív élményeket! A múltbéli pozitív tapasztalatok magabiztosságot eredményezhetnek.

∞ Ne éljünk nyomásgyakorlással, kényszerrel az egyre jobb teljesítmény érdekében! Kerüljük a szélsőséges perfekcionizmust!

∞ A diákok iránti szeretetünket ne csak szóban, hanem tettekkel is közvetítsük, ezzel is megerősítve a tanár-diák kapcsolatot!

∞ Ne csak elfogadással, de kedves szavakkal is próbáljuk megnyerni a diákok bizalmát! A gyermek jólétére kedvező hatással van, ha önmagában attól is különlegesnek érzi magát, hogy létezik, él.

Amíg a szimpátia negatív, addig az empátia pozitív hatással van az önértékelésre, mivel ilyenkor nem ítélkezünk mások felett. A korai gyermekkorban az autonómia és a kompetencia jelenti a pozitív önértékelés fő építőköveit.

Természetesen az önbecsülés egyaránt nagyban függ a fizikai, szociális és későbbiekben az álláspiacon hasznosítható készségektől. Ahhoz, hogy önmagával jó viszonyba kerüljön, a serdülőnek függetlenednie kell saját származási családjától és a kortárscsoporttól, megfelelő kapcsolatot kell kiépítenie az ellenkező neműekkel, fel kell készülnie az anyagi függetlenséget és megélhetést biztosító hivatás ellátására, és működő, értelmes életszemléletet kell kialakítania.

Az oktatási rendszer optimális esetben támogatja, segíti a tanulók identitásérzésének kialakulását és megerősödését, valamint biztosítja magának az oktatásnak a kiszámíthatóságát, stabilitását és folyamatosságát. Hatékony módszerek bizonyultak az életvezetési készségeket átadó képzések, amelyek kezdetben külső előadók meghívásával, majd az óráknak a tanmenetbe való integrálásával működtethetők.

Egy-egy ilyen program értéként közvetíti a diákoknak egymás kölcsönös támogatását, és útmutatást ad azzal kapcsolatban is, hogy szükség esetén miként lehet a felnőttektől is segítséget kérni.

Az érzelmkifejezés bátorítása

A serdülőknél gyakran van arra szükségük, hogy megosszák egymással azt a gazdag érzésvilágot, amelyet esetenként önmagukban is nehezen rendeznek össze. Az érzelmkifejezés csoportok keretében való támogatása segíti őket abban, hogy komolyan vegyék saját pszichéjüket. Ez olyan szempontból is előnyös, hogy nemcsak társaik, de tanáraik és más felnőttek (ápolók, edzők, vallási tanácsadók) felé is egyre jobban megnyílhatnak.

Az iskolai agresszió megelőzése

Az iskolai agresszió megelőzése felelős, nehéz feladat. Készségek egész sorát szükséges kiépíteni ahhoz, hogy az oktatási intézményekben intoleranciától mentes, biztonságos légkör uralkodjon.

Tájékoztatás a segélyszolgálatokról

Sokat segít a krízishelyzetek megelőzésében, ha adott iskola diákjai ismerik néhány fontosabb segélyszolgálat (mentők, krízisszolgálatok) telefonszámát, valamint tudatosítják, hogy ezeken a számokon milyen esetekben kapnak támogatást.

Intervenció: mit tegyünk, ha megállapítható az öngyilkosság veszélye?

Sok olyan helyzet van, amikor a terhelt gyermekek és serdülők nemcsak lelki, hanem kommunikációs problémákkal is küzdenek; ennek megfelelően a pedagógusok alapvető feladata, hogy párbeszédet kezdeményezzenek velük.

Kommunikáció

Az öngyilkosság-megelőzés mindig a bizalomteli kommunikáció kialakításával kezdődik. Az öngyilkossági folyamat alakulásában kritikus szerepe van az öngyilkos fiatal és az őt körülvevők közötti kölcsönös kommunikációnak. Ha ez nem valósul meg, az érintettnél a társas kapcsolatok felbomlásával kell számolnunk, ami a következő veszélyeket hozza magával:

∞ A tanár-diák kapcsolaton eluralkodik a hallgatás és a feszültség. A párbeszéd ilyenkor már csak azért is hiányos, mert a felnőtt sokszor attól fél, hogyha egyáltalán említi a szuicid gondolatokat, éppen ezzel fogja provokálni azokat.

∞ Rendkívül változatos, ambivalens érzések gerjednek. Érthető módon, ha a pedagógusok szembeülnek tanítványaik önpusztítási szándékával, ez saját, esetlegesen megoldatlan lelki problémáikat is előhívhatja, így a találkozás terhe számukra rendkívül nagy lehet. Mindez persze nem jelenti, hogy az iskolai személyzet esetleg nem is akarna segíteni. Egyszerűen arról van szó, hogy a feszültségek okozta bénultság, tehetetlenség miatt néha képtelenek bármit is tenni, sőt még a veszélyeztetettek társaságát is kerülhetik.

∞ Direkt vagy indirekt agresszió keletkezhet. Az érintettekkel kapcsolatba kerülő felnőttek terheltség-érzése gyakran annyira erős, hogy spontán reakciójuk a nyers (verbális vagy nem verbális) agresszió.

☞ Fontos észrevenni, hogy a tanár ebben a zavaros interakcióban nincs egyedül, mégis alapkérdés, hogy ő maga miképpen tudna „jól” kommunikálni. Minden körülmény között törekedni kell a helyzetnek megfelelő párbeszédre, ennek fő alapja pedig a gyermekek és serdülők identitásának fel- és elismerése, a sokszor rejtett segítségkérés meghallása, fogadása.

A veszélyeztetett gyermekek és serdülők sokszor még a verbális és nonverbális kommunikáció finom árnyalataira is erősen, sőt, túlságosan érzékenyek. Ennek az a fő oka, hogy családjukból és baráti körükből gyakran hiányoznak a bizalmas, bensőséges kapcsolatok, sok esetben környezetüktől nem kapnak szeretetet és elismerést, sőt, akár alapvető gondoskodásban is hiányt szenvednek. Az elutasítás tehát a bizalmatlanságból fakad, és nem arról szól, ahogyan a kommunikációt kezdeményező felnőtt aktuálisan viselkedik.

Sajátos jellegzetesség az is, hogy az öngyilkosságra készülő gyermekek és serdülők ingadoznak a segítség elfogadása és elutasítása, valamint a halálvágy és az életvágy között. Viselkedésük ennek megfelelően igen gyorsan válhat segítségkérésről elutasításba, ami a segítő szándékú felnőttet igencsak összezavarja.

Készségfejlesztés tanárok és iskolai szakemberek részére

Az iskolai készségfejlesztés egyik lehetősége olyan speciális tréningek szervezése, amelyek célja a lelki- leg terhelt és/vagy szuicid szándékú diákok és tanáraik között zajló kommunikáció javítása, és emellett az öngyilkossági kockázat tudatosítása, megértése. A megelőzés kulcsfontja lehet, hogy a tantestület tagjai a felnőtt közösségben és a tanár-diák kapcsolatban egyaránt nyíltan tudjanak beszélni az életet és halált érintő kérdésekről, valamint indokolt esetben fel tudják ismerni a lelki érintettséget, a depressziót, az öngyilkosság előjeleit, és segítséget tudjanak találni.

A készségfejlesztés során használt kézikönyvek hangsúlyozzák a világos oktatási célok és a jól definiált határok fontosságát is.

Szakorvosi segítség

Ha már tudjuk, hogy öngyilkossági veszély áll fenn, fontos az aktív, határozott és tekintélyre alapuló beavatkozás. Az érintett fiatalot a legközelebbi általános orvoshoz, gyermekpszichiáterhez, vagy a legközelebbi általános orvoshoz kell vinni. Ha személyesen kísérjük szakemberhez, ezzel megelőzzük, hogy elkerülje a kezelést, vagy az más okból maradjon el. A fogadó kórházi csapat általában orvosokból, ápolókból, betegjogi képviselőkből és szociális munkásokból áll, akik többnyire nagy hangsúlyt fektetnek a fiatakorúak jogainak védelmére.

Veszélyes eszközök eltávolítása

Bármennyire triviálisnak is hat ez az intézkedés, a veszélyes kések, orvosságok, fegyverek, rovarirtók, robbanóanyag készítésére alkalmas anyagok, és más, kárt okozó tárgyak elzárása, az otthoni és iskolai környezetből való eltávolítása jó módszer. Természetesen hosszú távon mindez nem megoldás, és nem pótolhatja a szakszerű pszichológiai segítséget.

Amikor öngyilkosság történik

A tanári kar és az iskolatársak tájékoztatása

Az iskolákban olyan stratégiai jellegű sürgősségi tervet kell kialakítani, amelyik szabályozza, hogy egy-egy kríziseseményről miként értesüljön a tanári kar, az iskolatársak és a szülők. Alapvető cél ilyenkor az öngyilkossági láncreakció, „fertőzés” kivédése. A terhelt serdülők ugyanis hajlamosak azonosulni azokkal a problémakezelési mintákkal, amelyeket az öngyilkosság elkövetése miatt hirtelen ismertté váló egyénektől láttak. E veszély kiküszöbölésére az Egyesült Államok Egészségügyi Központja 1994-ben irányelveket dolgozott ki, melyeket napjainkban széles körben használnak²⁷.

Fontos például valamennyi veszélyeztetett gyermeket számon tartani, azonosítani, mégpedig nemcsak abban az osztályban, ahol a tragikus esemény történt, hanem az egész iskolában. Előfordul ugyanis, hogy

még egymást nem ismerő diákok is „fertőzésszerűen” veszik át társaik problémakezelését, azáltal, hogy azonosulnak életérzésükkel és cselekedeteikkel.

Az öngyilkosságról, vagy annak megkísérléséről tehát mind az osztálytársakat, mind a tanárokat, mind pedig a szülőket megfelelően kell tájékoztatni. A keletkező lelki terheltség egyértelmű, a történetek feldolgozására időt kell szánunk.

AZ AJÁNLÁSOK ÖSSZEFOGLALÁSA

Az öngyilkosság sohasem úgy következik be, mint derült égből a villámcsapás. A terhelt diákok figyelmeztető jelzéseket adnak a környezetüknek, és szerencsés módon ezáltal terepet is kínálnak az intervenció számára. Összegzésként ismét felhívjuk a figyelmet a prevenció néhány fontosabb mozzanatára:

- ∞ Ismerjük fel a személyiségzavarban érintett diákokat, és gondoskodjunk szakszerű segítségről!
- ∞ Tartsunk fenn közeli tanár-diák kapcsolatot, beszélgessünk a problémákról, az érintetteket kezeljük empátiával, viszonyuljunk hozzájuk segítő szándékkal!
- ∞ A lehetőségekhez mérten csökkentsük a gyermekekre és fiatalokra nehezedő lelki terheket!
- ∞ Ismerjük meg és ismerjük fel (pl. képzések által) az öngyilkossági szándék korai, verbális és viselkedéses jelzéseit!
- ∞ A gyengébb teljesítményű diákoknak nyújtsunk segítséget a tanulásban!
- ∞ Figyeljünk oda az iskolakerülésre, a csavargásra – ez a magatartás krízisjegy!
- ∞ Ha szükséges, csökkentsük a lelki betegségekkel járó megbélyegzettség érzését!
- ∞ Törekedjünk az alkohol- és droghasználat megelőzésére!
- ∞ Korlátozzuk az önkárosításra alkalmas anyagokhoz való hozzájutás lehetőségét (rovarirtó, fegyverek, gyógyszerek)!
- ∞ A tanárok számára tartsunk, szervezzünk stresszoldó foglalkozásokat!

HIVATKOZÁSOK

¹ McKey, P. W., Jones, R. W., Barbe, R. H.: Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.

² McGoldrick, M., Walsh, F.: A systematic view of family history and loss. In: Aronson, M. (ed.): Group and Family Therapy, New York, Brunner/Mazel.

³ Litman, R. E.: Psychological autopsies of young suicide. In: Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide, Vol 3. Prevention and Interventions in Youth Suicide, DHHS Publ. No. (ADM), 89–1623.

⁴ Holinger, P. C., Klemen, E. H.: Violent deaths in the United States 1900–1795, Social Science and Medicine, 1982(38):350–363.

⁵ Jilek-Aall, L.: Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison, Transcultural psychiatry research review, 1988(25):87–105.

⁶ Sudak, H. S., Ford, A. B., Rushforth, N. B.: Adolescent suicide: an overview, American journal of psychotherapy, 1984(38):350–363.

⁷ Gould, M. S. et al: Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999, 37(9):915–923.

⁸ Carris, M. J., Sheeber, L., Howe, S.: Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model, Journal of adolescence, 1998, 21(4):459–472.

⁹ Garofolo, R. et al: The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents, Pediatrics, 1998, 101(5):805–902.

¹⁰ Sprujt, E., de Goede, M.: Transitions in family structure and adolescent well-being, Journal of adolescence, 1997, 32(128):897–911.

- ¹¹ Weissman, M. M. et al: Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up, *Archives of general psychiatry*, 1999(56):794–801.
- ¹² Schaffer, D., Fisher, P.: The epidemiology of suicide in children and young adolescents, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981(20):545–565.
- ¹³ Wasserman, D.: *Depression – en vanlig sjukdom*, Stockholm, Natur och Kultur, 1998.
- ¹⁴ Vandivort, D. S., Locke, B. Z.: Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt, *Suicide and life-threatening Behavior*, 1979(9):205–218.
- ¹⁵ Pommereau, X.: *Quand l'adolescent va mal*, 1997, Ed. J'ai lu, 123.
- ¹⁶ Beautrais, A. L. et al: Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997(36):1543–1551.
- ¹⁷ DeWilde, E. J. et al: The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence, *American Journal of Psychiatry*, 1949:45–51.
- ¹⁸ Cohen-Sandler, R., Berman, A. L., King, R. A.: Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1982(21):178–186.
- ¹⁹ Zenere, F. J., Lazarus, P. J.: The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme, *Suicide and life-threatening behavior*, 1997, 27(4):387–403.
- ²⁰ Weissman, M. M. et al: Depressed adolescents grow up, *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18):1701–1713.
- ²¹ Marcelli, D.: Suicide and depression in adolescents, *Revue du praticien*, 1998(48:1):419–423.
- ²² Malley, P. B., Kusk, F., Bogo, R. J.: School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey, *School Counselor*, 1994(42):130–136.
- ²³ Smith, J.: *Coping with suicide*, New York, Rosen, 1986.
- ²⁴ Weissman, M. M., Fox, K., Klerman, G. L.: Hostility and depression associated with suicide attempts, *American journal of psychiatry*, 1973(130):450–455.
- ²⁵ Erikson, E. H.: *Identity, youth and crisis*, New York, Norton, 1994.
- ²⁶ Papenfuss, R. L. et al.: Teaching positive self-concepts in the classroom, *Journal of school health*, 1983(53):618–620.
- ²⁷ Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters, *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, Suppl. 1–2.