

Jonkl Marianna: A serdülőkori X60-84 BNO-kódok és ami mögöttük áll

Ellátási hiányok a segítők szemszögéből

Absztrakt

Mi áll a BNO-kódok mögött? Írásom fókuszában azok az önsértő magatartások különböző formáival érintett serdülők állnak, akik sokszor az egészségügyi és szociális ellátórendszerek között hánykolódva keresik a kiutat, valamint azok a szakemberek, akik gyakran kompetenciahatáraikon túllépve kompenzálják az ellátási hiányokat, és azok esetlegességeit. A kódok világán túl kerestem a válaszokat arra, hol jutnak segítséghez azok a fiatalok, akik vagy nem is kerülnek a szakemberek látókörébe, vagy a kórházi tartózkodásukat követően további támogatást igényelnének; illetve, hogy ebben az első körben az egészségügyet érintő problémában miben ragadható meg a szociális munka szerepe.

Kulcsszavak: öngyilkosság, önsértés, szociális munka lehetőségei, serdülőkor

Abstract

What is behind BNO codes? The paper focuses on adolescents with various forms of self-injurious behaviour, who often flounce between the health and social care systems while looking for a way out and on those professionals who often overcome competence limits to compensate service deficiencies and their disadvantages. Beyond the world of codes, the study aims to find answers from where young people can get help who are not in the professional's horizon or even need additional support after their hospital treatment; also that in this mainly health care-related question what is the role of social work.

Keywords: suicide, self-harm, opportunities of social work, adolescence

Bevezetés

A BNO kódrendszerében – amelyet az egészségügyben alkalmaznak a betegségek nemzetközi osztályozására – X60-tól X84-ig jelölik a szándékos önártalmak különböző formáit. Ezek között az öngyilkosság elkövetésére alkalmas eszközök széles tárháza megtalálható az akasztástól az alkoholon át a különféle lőfegyverekig.¹ Azért használtam szándékosan a kódokat, mert azt gondolom, ez egyszerre fejezi ki a medikális szemléletet, amely tapasztalataim szerint gyakran megjelenik a gyakorlatban az önsértő magatartásokkal kapcsolatban, illetve annak tabuságát és a háttérben sokszor megbúvó traumák kimondatlanságát, kimondhatatlanságát. Magában foglalja az eszközök sokfélesége mellett a lélektelennek tűnő kódok mögött rejlő nagyon is személyes sorsok sokféleségét is. Felfedzőként eredtem ennek a viszonylag kis esetszámú, nehezen felderíthető, azonosítható csoportnak a nyomába, és kezdetben nem is igazán tudtam, hogy a kórház falain túl merre keressem azokat az intézményeket, ahol megjelenik ez a probléma. Mindezt pedig szociális munkás szemmel tettem, hogy is tehettem volna másként? Ki akartam bújni a kórházak

¹ <http://www.orvosok.hu/bno-kod-kereso/V01-Y98> (utolsó letöltés: 2017. 10. 13.).

medikális szemlélete okozta falakon túlra, hogy felleljem azokat a pontokat, ahol – a kompetenciahatárok szem előtt tartásával – szociális munkásként nekem is feladatomban lehet az öngyilkosság prevenciójában, intervenciójában. A fókusz a serdülő korosztályra irányult, abból adódóan, hogy ez az életszakasz rizikófaktora az öngyilkosságok elkövetésének és az önsértő magatartásoknak. Azon gyakorlati tapasztalatnak birtokában kezdtem meg a témát árnyaltan feltárni, hogy a viszonylag rövid kórházi tartózkodás után a serdülők – és családjuk –, kezükben a zárójelentéssel, sokszor nem vagy csak nehézségek árán tudnak hozzájutni a szükséges további terápiás ellátásokhoz. Ennek okai lehetnek: a szakemberhiány okozta ellátási deficit, amelynek súlyosságát fokozza a csaknem minden területen érzékelhető területi egyenlőtlenség; valamint mivel az ezzel a problémával érintett serdülők gyakran több szempontból is terhelt családokban élnek, ezért feltételezem a szülők nem mindig képesek megszerezni számukra az ellátást, vagy nem is érzik ennek szükségességét.²

Az öngyilkosság fogalmi keretei

Öngyilkosságot követ el az, aki saját maga vet véget életének, melyhez három feltétel kapcsolódik. Az egyik a halál okozásának tudatos szándéka – ez teszi kizárólag emberhez kötötté az öngyilkosság műfaját, ugyanis még a legmagasabb rendű állatoknál sem figyelhető meg a jelenség, azonban olyannyira emberi, hogy az önkárosító, önpusztító, önelpusztító magatartások egyidősek az emberiséggel magával, éppen úgy, mint ennek ellentéte az élet- vagy a túlélési ösztön. A második a módszer kitalálása, tervezése, a harmadik pedig ennek megvalósítása. Az öngyilkossághoz szorosan kapcsolódó fogalmak még az öngyilkossági kísérlet, amely esetben az utolsó kritérium, azaz a halál maga, nem következik be. Ennek okai a következők lehetnek: a halál vágya nem elég erős vagy egyértelmű; a módszer nem kellően „hatékony”; a szuicid cselekmény inadekvát; még a halál beállta előtt hatásos segítséghez jut az elkövető (Buda 1997).

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

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

Egy 2015-ös hazai tanulmány azonban felhívja a figyelmet a *nem szuicidális önsértés* – non-suicidal self injury, rövidítve NSSI – jelentőségére, amely a nemzetközihez képest hazánkban

² Jelen írásom alapján A serdülőkorban szerzett X60-84 BNO-kódok nyomában szociális munkás szemmel című szakdolgozatom adta.

kevésbé kutatott jelenség, így erre „*nincs általánosan elfogadott kifejezésünk*” (Horváth és mtsai. 2015) sem. A fontosságát mutatja az is, hogy bár csak a további tanulmányozásra érdemes részbe, de bekerült a DSM-5-be³ mint önálló kategória.

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

Serdülőkori öngyilkosság a statisztika tükrében

Jellemzően ott, ahol magas a felnőtt öngyilkossági arány, a fiatalok (15–29 évesek) is magas lesz, de globálisan nézve a serdülő korosztályból átlagosan 1–6 haláleset jut százezer lakosra (Csorba 2010). Magyarországon a százezer megfelelő korú lakosra jutó öngyilkosságok száma 2014-ben a 7–14 évesek esetében 0,3; nemenkénti megoszlása: fiúk 0,5 – lányok 0,0; a 15–19 éves korcsoportban összesen 4,3; nemeként pedig fiúk 7,3 – lányok 1,2; 20–24 évesek körében összesen 9,1; fiúk 16,2 – lányok 1,6. Ebből látható, hogy az életkor előrehaladtával emelkedik a halállal végződő öngyilkosságok száma mindkét nem esetében, ugyan a fiúk minden korosztályban megelőzik a lányokat. Ez azonban nemcsak a serdülőkorra és hazánkban, hanem globálisan minden korosztályra jellemző, hogy a férfiaknál ugyan kevesebb a kísérlet, de több a befejezett és az agresszívabb, durvább módszerű öngyilkosság, amelyek esetében kevésbé van esély arra, hogy ha időben észreveszik, visszafordítható a cselekedet. A lányok esetében azonban sokkal magasabb a kísérletek száma, bár a statisztika egyelőre csak a befejezett szuicidumokat méri. Az 1980-as évektől kezdődően csökken az öngyilkosságok száma minden korosztályban (KSH 2015).

A serdülőkori öngyilkosság

Vikár (1999) könyvében a serdülőkori öngyilkosság hátterében meghúzódó okok tárgyalásakor alapul vette Ringel preszuicidális szindróma elméletét. Úgy gondolta, hogy ez az öngyilkosságot megelőző időszak, melyet három összetevő alkot, minden szuicidum vagy annak kísérlete esetében megfigyelhető. Az „öngyilkossági triász” a tudat fokozódó dinamikus beszűkülése, a kifelé irányuló agresszió gátja, az öngyilkos fantáziákba való

³ A DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – az Amerikai Pszichiátriai Egyesület által szerkesztett kézikönyv, mely a mentális betegségek diagnosztikáját segíti elő oly módon, hogy kategorizálja az egyes zavarokat lehetséges tüneteik alapján és kóddal látja el azokat. Ennek a kézikönyvnek a legújabb kiadása a „DSM-5 a diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve”.

menekülés alkotják. Ringel azonban kiemeli, hogy ezek sohasem önmagukban, hanem egymással összefüggésben értelmezhetők csak, és együttes jelenlétük az, ami figyelemfelkeltő (Bakó 1992). Ez a tünetegyüttes erősen depresszív színezetű: a beszűkülés jelenti egyszerre a tudat szűkülését és a környezettel való kapcsolat szűkülését is, a veszélyeztetett személy számára az énrre egyre nagyobb hangsúly helyeződik az elszigetelődés miatt, mely lehetetlenné teszi az agresszió külső levezetését, így az önmaga ellen irányuló agresszió kerül előtérbe az elhárító mechanizmusok közül (Bakó 1992). A serdülő életkor pedig hajlamosíthat a depresszióra a maga átmeneti, bizonytalanságokkal teli időszakában, melyet lényegesen meghatároz a gyermekkor milyensége. Például különösen nehéz elszakadni a gyermekkortől, ha az abban az időszakban szükséges szeretetet nem kapta meg valaki (Vikár 1999).

A serdülőkorban elkövetett öngyilkosság megértéséhez Vikár (1999) visszanyúl Durkheim – 1987-ben az *Öngyilkosság* című munkájában három csoportra bontva vizsgálta az öngyilkosság jelenségét – kategóriáihoz, mely kiválóan illik a kamaszok sajátos jellemzőire. A serdülők már nem gyerekek – még nem felnőttek, a szülőktől elszakadó, de önmagára és a saját közegére rá nem találó életszakasza tökéletes utat biztosít számukra a durkheimi egoista öngyilkosság felé, mely a társadalom atomizálódása révén magára maradottság okán létrejövő szuicidum. A szülei és a társadalom értékeit, normáit, határait megkérdőjelező, feszegető serdülők ezzel a vonással az anómiás öngyilkosság felé tarthatnak, ha a szakadék a társadalmi valóság és az általuk vágyott között elviselhetetlenné válik. Az altruista öngyilkosság szempontjából pedig azáltal vannak jobban kitéve a kamaszok más korcsoportokkal szemben, hogy az önmaguk, értékei, világnézetei keresése közepette képesek lehetnek akár szuicidumot is elkövetni valamely eszméért.

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

Kórházon innen és túl

A kutatás során az volt az elsődleges céltom, hogy feltárjam, hogy az önsértő formák bármelyikével küzdő serdülő kikkel kerülhet kapcsolatba, és ők mit tesznek, milyen eszközökkel, lehetőségekkel, módszerekkel tudnak operálni ebben a nagyon összetett problémakörben. Mindezt azzal a fókusszal tettem, hogy milyen – ha nem is kimondottan szuicid prevenció néven tartják számon – megelőzési lehetőségek rejljenek az egészségügyi és szociális ellátórendszerekben és azokon túl, illetve hogy ebben a szociális munkának hol van szerepe. A gyakorlati életben gyakran szembesülök a medikális nézőpontot hangsúlyozó látásmóddal. Ugyanakkor úgy hiszem, a probléma jóval sokoldalúbb annál, mintsem hogy beérjük egyetlen megközelítéssel annak értelmezésére, megoldására. Ezért a kórház falain túl

jártam utána annak, hogy a különböző területeken dolgozó szakemberek és laikus segítők hol, miképpen találkoznak önsértő fiatalokkal, és hogyan dolgoznak velük.

Interjút készítettem két laikus segítőkkel, akik Facebook-csoportok adminjaiként végeznek kimondva vagy kimondatlanul prevenciós munkát; egy fővárosi kerület családsegítő központjának szociális munkásával, aki a mentoráció keretein belül segíti a fiatalokat; valamint esetmendezserként és jelzőrendszeri koordinátorként dolgozó szociális munkásokkal; egy iskolapszichológussal; egy lelkisegély-szolgálat szakmai vezetőjével; és az egyik fővárosi gyermekkorház pszichiáterével, aki egyetemi szinten is kutatója a témának.

Az interjúk során az alábbi fő kérdésblokkok mentén haladtam: 1. Az interjúalany bemutatkozása, milyen intézményben és milyen minőségben találkozott az öngyilkosság jelenségével. 2. Hogyan jutottak tudomására az öngyilkossági kísérletek, ki jelzett. 3. Jellemzően az öngyilkossági szándék mögött milyen okok húzódnak meg. 4. Mely szervezetek, milyen módszerrel tudnak segíteni a klienseknek. 5. Ismer-e hazai, illetve nemzetközi jó gyakorlatokat a megelőzés, kezelés és utógondozás terén. 6. Milyen szolgáltatási hiányokat lát Magyarországon. 7. Hol és milyen szerepe van a szociális munkásnak ebben a témakörben.

Az interjú vázlatát sorvezetőként használtam az interjúk elkészítésekor, mivel a különböző – noha egymással, sokszor nem annyira láthatóan, szorosán összeköttetésben lévő – területeken dolgozó segítők különböző módokon kapcsolódnak az önsértő fiatalokhoz. A két laikus segítőtől értelemszerűen nem tudtam ugyanazokat kérdezni, mint egy pszichiátertől. Ugyanakkor tapasztalataikban, ha nem is mindig a direkt kérdésre válaszolva, mindannyiuknál megjelentek a válaszok arra vonatkozóan, hogy milyen hátterek jelennek meg az önsértések mögött. Ez az egész egyre nagyobb teret hódító problémakör megértéséhez visz közelebb, még akkor is, ha nem lehet általánosságokban beszélni róla, hiszen annyira egyedi ezek a történetek. Azt gondolom, ha statisztikai kategóriákat nem is tudunk létrehozni a miértek kapcsán, fontos megérteni, milyen életesemények vezetnek a különböző súlyosságú öndesztuktív cselekedetekhez, mert ekkor lehet hatékonyan beavatkozni és megelőzni. Kíváncsi voltam arra, léteznek-e átfogó programok a prevenció tekintetében, és hogy hol, milyen intézményekben, milyen módszerekkel, eszközökkel, kik tudnak ebben szerepet vállalni. Hipotézisem szerint e területen – ahogy sok más esetben is – nagy ellátási hiányok vannak mind a kezelés, intervenció, mind a megelőzés tekintetében, és nemcsak a kórházon belül, hanem azon kívül is felüti a fejét a szakemberhiány okozta ellátási nehézség. Ehhez azt gondolom, hozzájárul az önsértő magatartások különböző formáinak tabusága és latenciában maradása is. Illetve az, hogy statisztikailag nem egy olyan kiugróan nagy problémakör maga a befejezett szuicidum. Az önsértések számáról pedig tudomásunk sincs pontosan, és úgy hiszem, amíg valamely jelenség nem ér el egy küszöböt, addig kevésbé veszik komolyan ahhoz, hogy átfogó megoldási koncepciók szülessenek a kezelésére, illetve prevenciójára.

A világháló segítői

Két laikus segítő interjúalanyom egy gimnazista lány és egy zenetanár, akik Facebook-csoportjaikban – melyek viszonylag nagy létszámmal működnek: egyik 315, míg a másik 181 tagot számlál⁴ – adminként felügyelik a közösség zavartalan működését, és segítik a hozzájuk forduló fiatalokat.

A két csoport közös jellemzőit tekintve elmondható, hogy az egész ország területéről, sőt a határon túlról – Románia, Szlovákia, Ukrajna – is vannak tagjaik. Legnagyobb arányban a 12–17 éves korosztály képviselteti magát, alatta csak néhány fő, felette körülbelül 15–20-an

⁴ <https://www.facebook.com/search/groups/?q=%C3%B6ngyilkoss%C3%A1g> (utolsó letöltés: 2017. 10. 22.).

vannak. Arról, hogy milyen problémák jellemzőek a tagoknál, azt mondták, *„minden, amit el tudsz képzelni. A teljes abúzuspalettát lefedik tulajdonképpen.”*

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

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

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

A vonal túlsó végén

2016-ban 108 öngyilkossággal kapcsolatos hívása volt a lelkisegély-szolgálat vonalának, azonban 2017-ben január elsejétől október elejéig már 242 ilyen eset volt. Hívóikat tekintve – nem statisztika alapján ugyan, hanem csak az interjúalany szubjektív tapasztalatai szerint – inkább a 16 év fölöttiek képviseltetik magukat. A gondolat, szándék hátterében *„nagyon sokszor van mögötte valami trauma”*, amelyet felszínre hoz, felerősít egy aktuális negatív életesemény, kortársbántalmazás, iskolai sikertelenség, szakítás. Úgy gondolja, hogy *„nagyon nagy az együtt járás a szexuális zaklatás, szexuális abúzus és az öngyilkossági gondolatok között”*. Ezek mögött pedig sokféle háttér lehet: *„gátlástalan nevelő apa”*, *„rosszul definiált kamaszkapcsolat”*, *„randierőszak”*, ami viszont közös, hogy *„a testi integritás meg ez a nagyon mély bizalomvesztés, gyakran megjelenik”*.

Tapasztalatai szerint különösen magas küszöböt jelent mentőt hívni, ennek okai lehetnek a *„szégyen, az áldozathibáztatástól való félelem, a kiderül, a mit fognak szólni”*, melyek sajnos *„mind erősebbek tudnak lenni, mint az életöszton”*. Ezekben az esetekben egyszerűbb és gyorsabb megoldás, ha a szolgálat munkatársa hív mentőt, de sokat segít már az is, ha előbb nekik mondja el vagy az érintett, vagy a jelenlévő, és egy pozitív reakciót hallva lesz bátorsága felhívni a mentőket is.

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

Prevenációs lehetőségek tekintetében az interjúalany úgy tartja, hogy mindenkinek felelőssége van ebben, aki emberekkel foglalkozik, segítő munkát végez, így mindenkinek kellene, hogy *„legyen rá szeme”*, hogy egy sokkal szélesebb körű megelőzés tudjon megvalósulni. *„Sokkal*

hatékonyabb lenne bármilyen ilyen mentálhigiénés és öngyilkosság prevenció program, ha sokkal szélesebb körben lenne a szakembereknek kompetenciája, meg felelősségérzete abban, hogy ezt felismerjék.” Például egy bölcsődei gondozó tudja felismerni adott esetben egy anyán a szülés utáni depresszió jeleit, a háziorvos, miközben felírja a nyugtatót, altatót, nézzen fel és tegyen fel néhány kérdést, amivel a depresszió esélyét fel tudja mérni, hiszen *„az öngyilkosság előzménye az nagyon gyakran egy depresszió”* vagy *„a depresszióhoz nagyon hasonló tüneteket mutatnak”*.

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

Családgondozói szemmel

Ezt a fajta közvetítői szerepet hangsúlyozza és valósítja meg az általam megkérdezett két szociális munkás, akik ugyanazon család- és gyermekjóléti központ esetmenedzseri, illetve jelzőrendszeri koordinátori státuszából mondták el, hogyan találkoznak ezekkel a fiatalokkal, kik ők, és milyen irányok valósulnak meg a probléma kezelésével kapcsolatban tapasztalataik szerint.

Az esetmenedzser öngyilkossági szándékkal kevésbé találkozik, bár – elmondása szerint – volt rá precedens több alkalommal is. Ilyenkor az eset súlyosságától függően beszélgetnek az érintett fiatalal, megnyugtatják, és ha szükséges, mentőt hívnak hozzá. A falcolások viszont gyakoribbak, mint mondja *„a kamaszok többsége”*. Lát e mögött az elmúlt években egy divatjelenséget is, azonban, aki emiatt csinálja, az általában csak egyszer próbálja ki, többször nem. A többiek, úgy gondolja, javarészt *„feszültségcsökkentésre használják”*, melynek sokféle oka és háttere lehet.

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

problémákkal szembeni megoldási készségét”, ahol elégtelen, hiányos stratégiák vannak, ott a gyerekek a mintái is azok lesznek. Ennek megoldásában az iskola szerepét hangsúlyozza, ahol taníthatnának nekik „mindenféle megoldási kísérletet, technikát”, „ha már a nevelést egy kicsit hangsúlyosabbá tennék, és nem csak a tanítást”.

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

A központ jelzőrendszeri koordinátora pozíciójából adódóan természetesen a beérkező jelzésekkor találkozik a serdülők különböző önsértő magatartásaival, valamint családgondozói múltja miatt van rálátása ezek alakulására a praxisa során. Mint azt elmondta, korábban a falcolás a szakellátásban nevelkedett, hospitalizált, rossz családi háttérű gyerekek körében volt tapasztalható leginkább. Mára ő is érzékeli ennek szélesebb körben való elterjedését, sőt *„minthogyha az anorexiát, bulimiát váltaná fel a falcolás”, melyre ő úgy tekint, hogy „nem biztos, hogy nőtt a száma, hanem a dolgok formája változik. Tehát a kommunikáció változik, a közlések, a gyerekek én-közlései nagyon mások.”*

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

Pszichológusi támogatás, de kinek?

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

Interjúalanyom ugyan nem tartja szerencsés dolognak, hogy rájuk hárul az a munka és feladat, amely nem az ő képzettségi és kompetenciakörükbe tartozik, de igyekeznek helytállni ebben a kihívásban. Ehhez nagy segítséget nyújt számára a központ gyermekpszichológusa – aki, amint említettem a fentiekben, csak állapotot mér fel –, akivel konzultációi során ismerteti az alaptényeket, azt, hogy milyen ötletei vannak, és miket kommunikált a gyerek felé eddig, és *„kérek egy ilyen visszajelzést, hogy ez rendben van-e így, vagy ő még miket tartana fontosnak, és akkor azokat beépítem a következő ülésekbe”.* Szerencsére ő egy nagyon talpraesett és proaktív személy, aki nem esik kétségbe, *„ha így elakadtam valamiben, akkor felhívtam egy szervezetet, akit úgy érzem, úgy tudom, hogy jó szakmai munkát végeznek, hogy leüljek, kérdezzek”.* A megszerzett tudást pedig átadva munkatársainak, közösen építik be a mindennapi munkájukba.

Úgy hiszem, mindenképpen gondolkodásra ad okot az a helyzet, amikor a pszichológus egy intézményben nem a gyerekekkel foglalkozik, hanem a szociális munkást tanítja meg arra, hogyan segítsen a gyerekeken helyette. Ez természetesen egyfelől nagyon pozitív, hogy ezzel a megoldással hidalják át a szakemberhiányt, hiszen valóban könnyebben hozzáférhető egy szociális munkás jelen körülmények között, mint egy pszichológus, de azért mégiscsak rendkívül visszás helyzet mind a szociális munkással, mind a gyerekekkel szemben. Hiszen egyik oldalról olyan dolgokat várnak el a szakembertől, ami nem az ő feladata, másik oldalról

pedig jóllehet, sokszor elég ez a fajta segítségnyújtás is, de még sincs biztosítva számára a lehetőség, hogy igénybe vegye a szolgáltatást.

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

„Lóg a levegőben”

A következő interjú szintén annak a képnek egy kicsit más árnyalatát tárja fel, amikor valaki egy másik szakterület feladatát vállalja magára az ellátási hiányosságok kompenzációjaként. Ez esetben egy iskolapszichológus, aki *„támogató kapcsolatként”* definiálja azt, amikor *„hosszabb időre, ha arra van szükség, mondjuk amiatt, mert várnak az időpontra, nyilván szoktam bevenni, mert nem hagyhatjuk úgy, hogy ne történjen semmi a gyerekekkel, de ugye ez nem megoldás hosszú távon”*. Ez a helyzet, noha most már pszichológusról beszélünk, akinek egy fokkal több kompetenciája lehet az önsértések kezelésében is, szintén több oldalról problémás. Az iskolapszichológusoknak interjúalanyom szerint sem a képzettségük – *„az iskolapszichológus elvileg nem klinikai szakpszichológus”* –, sem maga a szerepük nem alkalmas arra, hogy terápiát folytassanak, arról nem is beszélve, hogy neki például két általános iskola is a *„fennhatósága”* alá tartozik, tehát kifejezetten ideje sem lenne hosszabb terápiák vitelére. A rendszer telítettségét és az abban dolgozók frusztrációját mutatja az az eset, amikor az iskolapszichológus igyekezett korábbi időpontot kicsikarni az egyik egészségügyi intézménytől, amely a próbálkozására azt a választ adta, hogy *„luxus, hogy nem csinálunk terápiát, és hogy nekik nem tudom milyen többszöröse a bejelentkezőknek a száma, mint amit el tudnak látni, és hogy miért nem mi”*. Ugyanis gyakran az iskolapszichológus a kapcsolatait felhasználva – *„egy iskolapszichológusnak [...] azért dolga, hogy építse a kapcsolatot azokkal az ellátóintézményekkel, ahová lehet továbbirányítani”* – igyekszik a hetes, rosszabb esetben hónapos várólistán előbbi időpontot szerezni az érintett gyerekeknek. *„Volt olyan is, hogy kaptak két hónapra időpontot, és akkor szóltam, hogy két hónapig az iskolában nem tudjuk tartani ezt a helyzetet, úgy hogy még előrébb kellene, és akkor lehetett.”* Problémának tartja még azt is, hogy a kórházból kikerülve a szülők gyakran úgy gondolják, hogy mint más szomatikus betegségeknél, jó jel, ha valakit kiengednek, és az a gyógyulást jelenti, *„de hát ugye ezekben az esetekben általában ez csak az első lépés”*. *„A legnagyobb probléma az az, hogy mondjuk, a gyermekpszichiátriai osztályon bentölt két hetet, és akkor utána így lóg a levegőben. Tehát ráírják a papírjára, hogy terápia és akkor ennyi.”* Ilyenkor, interjúalanyom szerint, az iskolapszichológusokra hárul a feladat, hogy egyrészt információt nyújtson a szülőknek, hová lehet fordulni további terápiás lehetőségekért, másrészt, hogy akut esetekben megsürgesse az adott intézményt időpontügyben, valamint, hogy *„nyomon kövessük az esetnek a további folyását, hogy tényleg eljutott-e a kórházból a terápiába”*. Ez – szerintem – egy újabb lehetőség, feladat a szociális munkás számára, hiszen ha a család kapcsolatban áll valamely családsegítő intézménnyel, akkor akár onnan is kaphat támogatást, figyelemmel kísérést. Az önsértések esetében *„rendre kiderült [...], hogy családi probléma is van a háttérben, úgyhogy arra is szükség volt, hogy a családsegítő központot bevonjuk ezeknek az eseteknek a kezelésébe”*. Az együttműködésükkel kapcsolatban kiemelte, hogy bár vannak fórumai annak, hogy a jelzőrendszeri tagok időszakosan találkozzanak egymással, de ő azt gondolja, hogy *„a személyes kapcsolaton több múlik”*. Ezért, ha szükséges, ő személyesen azt a családsegítőt keresi fel, akihez az adott gyerek tartozik, ezt azonban megnehezíti, hogy *„elég nagy a fluktuáció ezen a területen”*. Így a családsegítő szolgálatokkal való szorosabb együttműködéshez, gyorsabb, hatékonyabb információáramláshoz jótékonyan járulna hozzá szerinte a 2018-ban bevezetésre kerülő iskolai szociális munka. Valamint a témánál maradva az önsértő serdülőkkel kapcsolatban a pedagógusoknak kiemelt szerepük van a felismerésben, hiszen ők töltenek a legtöbb időt

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

Kórházon innen

Ugyan az öngyilkosság vizsgálata jelen dolgozatban éppen a medikális nézőponton túlra fókuszál, de természetesen nem hagyható ki ez a szemlélet sem, hiszen ahogyan azt interjúalanyom is hangsúlyozta, „*mindenféle dolog arra mutat, hogy legalább 90%-ban fennáll, amikor ilyen öngyilkossági gondolatok, tervek vannak, valamilyen, többnyire nem kezelt pszichiátriai betegség a háttérben, és még a maradék 10% felénél is fennáll, ami esetleg nem meríti ki a pszichiátriai betegség kritériumát*”. Ezért a pszichiáter úgy gondolja, minden ilyen eset „*indokol egy akut ellátást*”, amelynek célja, hogy „*vizsgáljuk, hogy mi áll a háttérben, és utána arra egy terápiás tervet alakítsunk ki*”, valamint, hogy „*vigyázunk rá, megvárjuk, hogy lecsengjen az akut rizikó*”. A kórházi ellátást követően pedig „*a szakma szabályai szerint*”, ha az intézményben nincs lehetőség, kapacitás arra, hogy tovább kezeljék

az adott személyt, akkor tovább kell irányítani valahová, és a kontrollok során figyelemmel követni, hogy sikerült-e a terápiához való hozzájutás. A pszichiátriai ellátásokhoz való hozzáféréssel kapcsolatban ő is kiemeli a területi egyenlőtlenségeket. *„Ide nekem az ország minden részéről visszajáró betegem van...”* Kutatásai – melyek egyaránt foglalkoznak az öngyilkos és az önsértő magatartásokkal, illetve ezek prevencióival – a klinikai tapasztalataiból indulnak ki. Ezek egyike volt a svéd Karolinska Institute koordinálásával, európai uniós támogatásból megvalósuló SEYLE- (Saving and Empowering Young Lives in Europe) vizsgálat, melybe a részt vevő 11 európai országból 12 000 gyereket vontak be – Magyarországon 1009 középiskolás részvételével zajlott. Ennek során *„több programot hasonlítottunk össze tudományos módszerekkel”,* azzal a céllal, hogy *„olyat vigyünk az iskolákba, ami hatékony és biztonságos. Tehát tesz az ügyért és nem ártunk.”* Végül a YAM (Youth Aware of Mental Health) rövidítéssel futó *„serdülőkori, fiatalkori önhatékonyág-fejlesztő programot”* dolgozták ki, amely egy öt alkalomból álló univerzális foglalkozás – tehát az osztály egésze alanya a programnak, melynek egyik előnye, hogy kevésbé stigmatizál – 14–16 évesek számára. A kutatás végeztével azonban elapadtak a finanszírozási források, így *„most visszük az én közvetlen kollégáimmal, PhD-hallgatóimmal teljesen karitatív alapon, amennyi kapacitásunk van, de hát az lenne jó, hogy ez beépüljön az iskolák életébe”.* Ugyanis az lenne a cél, hogy minden iskolában legyen egy team olyan személyekből, akiket kiképeztek erre, és meg tudják tartani a foglalkozásokat intézményen belül, hiszen *„ez egy megtanulható módszer”.* Felmerül a kérdés: kinek a feladata lehetne ez egy iskolában? A válasz pedig 2018-tól egészen egyszerűnek is tűnhetne: *„két ember kell a foglalkozáshoz, és akkor egy pszichológus meg egy szociális munkás isteniül tudja vinni az egészséget”.* Azonban interjúalanyom kiemelte, hogy ugyan hazánkban, úgy érzi, *„nagyon sok szakember van, nagyon sok tudás van, szerintem szándék is”,* *„ezek nélkül nem megy, de kell hozzá valami anyagi támogatás, és szervezeti támogatás, mert anélkül azért az még non professional marad vagy nem is megvalósítható”.* Magyarországon azonban a viszonylag magas – bár a rendszerváltás óta jelentősen csökkenő – szuicid halálozási ráta ellenére *„nincs nemzeti stratégiánk, több országban van nemzeti, tehát a kormány által támogatott, mind eszmeileg, mind anyagilag támogatott szuicid prevenciók stratégia”.* Ez úgy gondolom, hogy a befejezett szuicidumok nem kiugróan magas volta ellenére igenis indokolt lenne, mégpedig a korábban ismertetett nem szuicidális önsértés növekvő száma miatt. Ugyanis a pszichiáter praxisa során szintén ezek növekedését figyelte meg, amely rendkívüli módon összecseng a kutatásomba bevont valamennyi szakember tapasztalatával. *„És azt figyeltük meg, hogy valahogy olyan, minthogyha nőne, de hát ez csak egy megfigyelés vagy érzés volt, ez nem tudományos még, hogy több gyereket látunk, aki önsért, mint régebben. Tehát, hogy terjedő jelenségről van szó...”,* emiatt *„most elég sokat foglalkozunk ezzel, és zajlik is egy vizsgálatunk”.* Amelynek eddigi eredményeiből, *„úgy tűnik, ami nem annyira meglepő, de hogy egy nagyon nagy átfedés van valóban az öngyilkossági magatartás rizikófaktoraival és az önsértés között”.* *„Tehát növeli az esélyét.”*

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

felismerje, és segítse a megfelelő ellátáshoz való jutásukat, hiszen ő *„ott van a tűzközelben és ismeri a problémákat”*.

Zárásul pedig egy idézet a szociális munka relevanciájáról, amely szerintem fontos, hogy egy orvos szájából hangzott el, hiszen sokat hallani a szociális szakemberek méltatlan helyéről az egészségügyi hierarchiában. *„Egyébként nagyon gyakran én azt gondolom, hogyha szociálisan stabilizáljuk a helyzetet, az már jelentősen tudja javítani az esélyeket egy jobb életre.”*

Összegzés

A kutatásomba bevont, különböző területeken dolgozó szakemberek és laikus segítők interjúi egymásra épülve és összekapcsolódva mutatják be, hogy központi, egységes stratégia hiányában – amely azt gondolom, megengedhetetlen esetlegességet hoz létre –, az ellátások szűkössége és a szakemberek alacsony száma által létrehozott visszaszűkült körülmények közepette milyen sokféle módon lehet beavatkozni és megelőzni az önsértések különböző formáit – nem elválasztva e tekintetben az öngyilkosságot és az önsértő magatartásokat. Ki-ki a maga területén sokszor a kompetenciahatárok feszegetésével próbál maga is túlélni, miközben túlélni segít. Ennek a helyzetnek a következménye pedig annak a furcsa gyakorlatnak a kialakulása lett, amelyben a szociális munkás mentoráció keretén belül végzi a pszichológus feladatát, a pszichiáter végzi a szociális munkását – *„mi egyébként itt évek óta gondoljuk, hogy a mi munkánknak egy jelentős része az a szociális munka...”* – az iskolapszichológus meg kicsit mindkettőt, ha a helyzet azt kívánja. Hogy is van ez? Ebből viszont jól látható, mennyire szorosan kapcsolódnak egymáshoz ezek a szakmák, területek, és hogy lehetetlen együttműködés nélkül hatékony munkát végezni az önsértő magatartások folyamata egésze során, indulva a prevenciótól, a felismerésen, intervención, diagnosztikán, kezelésem át az utánkövetésig. Szükség pedig így vagy úgy, nagyon is van arra, hogy foglalkozzanak, foglalkozunk az önsértések problémájával, hiszen az interjúk mindegyike felhívja a figyelmet arra, hogy ha a befejezett szuicidumok száma nem is növekszik, valami történik itt és most a serdülő korosztályban, amely az önsértések számának ugyan statisztikailag – egyelőre – nem kimutatott, de a velük dolgozó szakemberek számára nagyon is érezhető emelkedését okozza.

A szakirodalmi áttekintésem és az interjúalanyaim tapasztalataiból levonható tanulságok fényében az mondható el, hogy a serdülőkor sérülékeny jellege miatt kiemelt figyelmet kell, hogy kapjon, annak ellenére, hogy a befejezett szuicidumok száma alacsony. Egyrészt azért, mert ettől függetlenül a balesetek után ez a második halálozási ok a fiatalok körében – olykor meg is előzi azt. Másrészt, mert bár legkevésbé sem mondható reprezentatív értékűnek az állításom, de az önsértések száma a megkérdezett szakemberek szerint növekedni látszik. Ezzel pedig a pszichiátriai ellátás kapacitása nem tudja felvenni a lépést, annak ellenére, hogy kutatások bizonyították, az önsértő magatartások minden formájának hátterében nagyon gyakran fellelhető valamilyen pszichiátriai kórkép, amely az ellátások esetlegességét okozza. Noha van nemzetközi kutatások által megalapozott, evidencián alapuló szuicid prevenció stratégia, melyhez a szakembergárda is adott lehet – az iskolapszichológusok és iskolai szociális munkások jelenléte által –, még sincs egy átfogó, országos szintű szuicid prevenció stratégia. Ennek hiányában pedig marad az az állapot, amelyben minden szakembernek és hétköznapi embernek a tudására, lelkiismeretére, felelősségérzetére – és még sorolhatnám, mi mindenére – van bízva, hogy mihez kezd a jelenséggel; az pedig egy újabb kérdés, hogy ennek mi lesz a következménye, hiszen a jó szándék nem mindig elegendő ahhoz, hogy úgy tudjunk segítséget nyújtani, hogy biztosak lehessünk abban, nem ártunk vele. Az öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet és a nem szuicidális jellegű önsértések hátterében meghúzódó okok sokfélék lehetnek, de az bizonyos, hogy éppen emiatt a multidiszciplináris

megközelítés lehet alkalmas arra, hogy közelebb jussunk a megértéshez, ezáltal pedig hatékony intervenciós és prevenciós stratégiák születhessenek.

Amikor anyagot gyűjtöttem a tanulmányom elkészítéséhez, a könyvtáros megkérdezte tőlem, jól vagyok-e, minden rendben van-e, ugyanis az általam kivett könyvek mindegyike az öngyilkosságról szólt. Azt gondolom, ez a jelenet jól példázza, hogy az ellátási hiányoktól és BNO-kódoktól függetlenül nem csak a pszichiátereknek van felelősségük abban, hogy valaki eljut-e az öngyilkosságig. A kompetenciahatárain belül a könyvtáros, aki igenis rákérdez, hogy jól vagyok-e; a háziorvos, aki a receptfelíráson túl észreveszi az embert magát; a tanár, aki a nehezen kezelhető gyermekekben nem csak a pluszterhet látja – és még sorolhatnám –, mind-mind tehetnek azért, hogy az érintett gyermekek, vagy akár felnőttek, idősek láthatóvá váljanak, beszélhessenek – hiszen „Az öngyilkosság tett, ott a szavak elfogynak. Míg beszélünk, addig élünk”⁵ –, és adott esetben eljussanak a megfelelő ellátásokig.

⁵ Oriold Károly a Lélekben Otthon Alapítvány vezetőjének szavai, <http://www.nlcafe.hu/egeszseg/20170913/ket-fiatal-no-probalja-megakadalyozni-a-tinedzser-ongyilkossagokat/> (utolsó letöltés: 2017. 11. 10.).

Felhasznált irodalom

BAKÓ T. (1992): *Öngyilkosság – Öngyilkossági kísérlet – Adatok és tények*. Animula Kiadó, Budapest.

BUDA B. (1997): *Az öngyilkosság – Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok*. Animula Kiadó, Budapest.

CSORBA J. (2010): *Öngyilkos és önsértő magatartás serdülőkorban*. Animula Kiadó, Budapest.

VIKÁR GY. (1999): *Az ifjúkor válságai*. Animula Kiadó, Budapest.

Internetes hivatkozások

HORVÁTH L. O., MÉSZÁROS G., BALÁZS J. (2015): *Serdülőkori nem-szuicidális önsértés: aktuális kérdések*. In *Neuropsychopharmacologia Hungarica* XVII. évf. 1. szám, <http://www.mppt.hu/images/magazin/pdf/xvii-evfolyam-1-szam/horvath.pdf> (utolsó letöltés: 2017. 10. 29.).

KSH (2015): *Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2014*, Internetes melléklet, https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/evkonyv/egeszsegugyi_evkonyv_2014.pdf (utolsó letöltés: 2017. 10. 15.).