

AKCIÓTERV

AZ ÖNGYILKOSSÁGOK
MAGYARORSZÁGI
MEGELŐZÉSÉRŐL



Készült Dr. Kalmár Sándor, Prof. Dr. Rihmer Zoltán, Schönstein Mónika és a
Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány együttműködésében

TÉNY:

Naponta több mint 6 ember hal meg öngyilkosság következtében hazánkban.

1. Ki? (Ki végezzen öngyilkosság-megelőző tevékenységet?)
2. Kinek? (Az öngyilkosság-megelőzés legfontosabb célcsoportjai)
3. Milyen módon? (Odafigyelés, beavatkozás, segítségnyújtás: a társadalmi értékek módosításának kísérlete)
4. Mikor? (Az idő kulcstényező szerepe)
5. Hol? (Helyi és országos feladatok és lehetőségek)
6. Mit? (Kapcsolatot!)
7. Miért? (Reális célok, összefogás, társadalmi jól-lét emelése)
8. Milyen nyelven? (Érthetően, egyszerűen, célzottan)
9. A Lélekben Otthon Alapítvány lehetőségei



TÉNY:

Az öngyilkosságok száma csökkenthető!

Alapfeltevések

- Az öngyilkosság egy rendkívül komplex probléma, sohasem egyetlen ok áll a háttérében.
- Az öngyilkossági kísérletek száma és a befejezett öngyilkossági halálozás mennyisége csökkenthető.
- Több ország (pl. Skócia, Dánia, Németország, Svédország, Ausztria) már komoly eredményeket ért el az öngyilkosság megelőzésében. Módszereik átvehetők.
- 1986 és 2008 között Magyarországon is, a pszichiátriai ellátás javulásával párhuzamosan több mint 40%-kal csökkent a befejezett öngyilkosságok száma, de még így is rendkívül magas: az EU országok között a második, a világon pedig az ötödik.
- Az öngyilkosság annak ellenére társadalmi kérdés, hogy az öngyilkosságot elkövetők 80–90%-a mentális (pszichiátriai) betegségben szenved – nagyobb részt kezeletlen depresszióban – és azok, akik közel kerülnek az öngyilkos cselekedetekhez, közvetlenül a tettük előtt súlyosan patológiás tudati állapotba kerülnek.
- Nemcsak orvosi, hanem társadalmi kérdésről van szó. Mindenkinek lehetnek öngyilkos gondolatai, de bárki tud segíteni, megfelelő rövid képzés után. Hazai felmérések szerint a felnőtt lakosság közel 4%-ának már volt egy öngyilkossági kísérlete. A társadalmi kérdés azt jelenti, hogy szociális, gazdasági, közösségi, egyéni és pszichiátriai zavarok összessége és variációi együttesen adják az öngyilkos magatartás összetevőit, tehát nem csak orvosi problémáról van szó.
- A legnagyobb veszélyben a nem kezelt depressziós betegek vannak és azok, akik már próbálkoztak az öngyilkossággal. Számos tudományos vizsgálat szerint a depresszió és egyéb mentális betegségek eredményes kezelése több mint 80%-kal csökkenti a befejezett öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek számát.
- Az öngyilkosság a hátramaradottak számára trauma. A hátramaradottaknak segítséget kell kapniuk ennek a traumának a feldolgozásához, ha kérik ezt, ha nem. Ezek az emberek lobbizásra, érdekérvényesítésre képtelenek, és jelenleg egyik szakma sem áll ki az érdekeikért. A hátramaradottak számára az elszenvedett trauma betegség alapját képezi. Gyógyszerfogyasztásuk, betegállományban, kórházban eltöltött idejük növekszik. Tehát az öngyilkosság megelőzése „üzletileg” is jó vállalkozás.

- Minden öngyilkosság óriási veszteség és anyagi kár a társadalom számára. Nem csak a halál ténye a veszteség, de a közelálló személynek, a hozzátartozóknak, az ismerősöknek, és egész társadalomnak is veszélyforrás, mert egy befejezett öngyilkosság mintát jelent a többiek számára és további öngyilkosságokhoz vezethet.
- Egyszerre van szó személyes (pszichológiai, pszichiátriai) és társadalmi kérdésről. Ennek az ellentmondásnak a feszültsége nagyon megnehezíti a témáról való párbeszédet és a megoldások keresését. Egyszerre rendkívül intim, másrésztől nagyon is társadalmi kérdésről van szó.
- Mivel a társadalom különböző rétegei különböző módon érintettek, eltérő kommunikációra van szükség. Először azt kell tisztázni, hogy a családok, kisközösségek, tanárok, házi orvosok, pszichiáterek hogyan vannak érintve.
- A legújabb kutatási adatok fényében egyértelmű összefüggés van a családon belüli erőszak és az öngyilkosság között (kb. 70%). Talán ellentmondásosnak tűnik ez a tény annak függvényében, hogy az öngyilkosság áldozatai kb. 2/3 részben férfiak. Csakhogy az agresszió megnyilvánulásának „női” formái nem tárgyai a társadalmi közgondolkodásnak, holott a női agresszió mélyen gyökerező, „elfogadott” társadalmi jelenség.
- Ezek az emberek lobbizásra, érdekérvényesítésre képtelenek, és jelenleg egyik szakma sem áll ki az érdekeikért.
- Az öngyilkosságra készülő személynek nagyon nehéz segítséget kérnie, és segítséget adni is nagyon nehéz ilyen embernek. Az öngyilkosság témájának tabusítása az előző pontok ellentmondásából is adódik. A befejezett öngyilkossággal kapcsolatban a jóvátételi vágy azt feltételezi, hogy könnyen lehetett volna segíteni. Mind a segítségkérés, mind a segítségadás tanulható, tanítható. Ez az egyik legnagyobb lehetőség a megelőzésben.
- Az öngyilkosság ösztársadalmi kérdésének tárgyalásakor a társadalmi értékek, a problémamegoldási minták folyamatos újratárgyalása történik, beleértve az egészséges életmódra való törekvést, illetve az önvészélyeztető (italozó, partidrog-fogyasztó) magatartáshoz való társadalmi viszonyt. (Vö. kabarétréfák illuminált szereplőkkel, marihuána-fogyasztás, mint „legális” módja a társadalmi lázadásnak.) A társadalomnak fel kell kínálnia azokat a mintákat, amelyek a segítségkérés módjaira, illetve az esetek megsegítésére vonatkoznak. Ugyancsak fontos az agresszió társadalmilag elfogadott módon történő kezelése.

- Külföldi vizsgálatok szerint az öngyilkosságokkal kapcsolatos anyagi károk sokszorosan meghaladják a megelőzés és kezelés költségeit. Nincsenek pontos hazai adataink, hogy a befejezett öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek mennyibe kerülnek az államnak (gyomormosás, sebek gyógyítása, törött csontok egybe forrasztása stb.), ahogy arról sincsenek pontos statisztikáink, hogy egy hozzátartozó halála után hány családtag kényszerül gyógyszereszedésre, szomatikus panaszokkal történő kezelésre. Nemzetközi kutatások alapján reálisan feltételezhető, hogy egy öngyilkosságot követően nálunk is legalább három személy kerül gyógyszereszedést igénylő beteg állapotba.



- A társadalom különböző rétegei veszélyeztetettek: képzetlen, szerfüggő fiatalok, magukra maradt idősök, középkorú elvált férfiak, alkoholisták, különösen, ha depressziós állapotban vannak. Az ő megsegítésük más-más szakembergárda feladata, egészen más módon, más nyelven érhető el. Míg a fiatalok esetében a kortárs segítők kiképzése lehet fontos megoldás, addig az idősek jobban elfogadják a szakember segítségét. Az alkoholbetegek megsegítése leginkább gyógyult beteg önkéntesek igénybevételével történhet.
- A segítségkérés momentumának társadalmi értékrendbe való beillesztése kulcsfeladat. A gyenge, krízisben levő ember nem fog és nem tud segítséget kérni egy, a gyengékkal, a társadalmi „átlagtól” eltérőkkel szemben kirekesztő légkörben, közösségben, társadalomban.
- Az önvészélyeztető magatartás, az önsértő magatartás és az öngyilkosság egymással összefüggő, ugyanakkor más-más megközelítést igénylő fogalmak. Már az is csökkentheti

az öngyilkosságok gyakoriságát, ha az önsértő magatartást folytató fiatalokat észlelik, és őket megfelelő kezelésben részesítik.

- Minden kérdésben vannak helyi, lokális lehetőségek és feladatok, és vannak az egészségpolitika feladatkörébe tartozó országos tennivalók. Nehéz ezek megkülönböztetése.
- A társadalomnak a kisebbségeket, a gyengéket kirekesztő hozzáállása azt eredményezi, hogy a veszélyben levők nem kérnek segítséget. A szakemberek pedig azt mondják, hogy azokat kezelik, akik felkeresik őket. Ennek a patthelyzettnek a megoldását az önkéntes kapuőrök képzése és alkalmazása jelentheti.
- Nem megfogható, mégis jelentősen befolyásoló módon jelen vannak a közgondolkodásban olyan romboló mítoszok, amelyek akadályozzák a hatékony megelőzést. „Aki öngyilkos akar lenni, úgylis az lesz, nem tehetünk semmit.”; „Ha beszélünk az öngyilkosságról, akkor részt veszünk az előidézésében.”; „Ha valaki egy depresszió után jobban van, már elmúlt a veszély.” stb. Ezeknek a kártékony mítoszoknak éppen az ellenkezője az igaz.
- Az öngyilkosság és az alkoholizmus kézen fogva jár. Nem véletlen, hogy nálunk magas az öngyilkosság aránya, hiszen nálunk (toronymagasan) legnagyobb az egy főre jutó alkoholfogyasztás az EU-n belül.

Ki? Ki végezzen öngyilkosság-megelőző tevékenységet?

Az öngyilkossággal kapcsolatban fontos tisztázni, hogy vannak szakemberek, akik az öngyilkosságban közvetlenül érintettek, az áldozatokkal közvetlenül (az „első vonalban”) dolgoznak, vannak, akik közvetve, és vannak, akiknek a háttérből van meghatározó szerepük.

Közvetlenül az öngyilkos személyekkel dolgozó szakemberek:

Pszichiáterek, pszichológusok, rendőrök, tűzoltók, házi orvosok, lelkesegély vonalak segítői. Mindenütt a világon, így hazánkban is, az öngyilkossági krízisben lévő vagy öngyilkosságot megkísérelt emberek pszichiátriai kezelésbe kerülnek, és ettől fogva az adott beteg további sorát illetően a pszichiáter viseli a legnagyobb felelősséget. Ugyanakkor az öngyilkos magatartással kapcsolatos pszicho-szociális segítségnyújtásban a pszichiátriai lehetőségei korlátozottak, itt kap jelentős szerepet a többi potenciális segítő.

Közvetetten az öngyilkos személyekkel dolgozó szakemberek:

házi orvosok, tanárok, katonatisztek, börtönőrök, idősotthonok dolgozói, üzemorvosok, gyermekorvosok, papok, lelkészek, önkéntesek, lelki segély vonalak segítői.

Fontos, hogy azok a szakemberek, akik az első vonalban dolgoznak, maguk is veszélyeztetettek. Mind a rendőrök, mind a pszichiáterek, mind a házi orvosok öngyilkossági mutatói jóval rosszabbak az átlag lakosságnál. Megfontolandó, hogy az első vonalban dolgozók lelki egészségük megőrzésére szintén segítséget kapjanak.

A háttérben lévő kulcsszereplők:

újságírók, OEP, minisztérium, biztosítók szakemberei.

Vajon tudják-e az újságírók, hogy egy-egy, az öngyilkosságot bemutató – és nem melleleg az emberi méltóságot sértő – tudósításuk milyen hatást gyakorol egy veszélyben lévő, öngyilkosságra készülő emberre? Vajon tudják-e az OEP-ben, hogy milyen segítségre van szüksége a hátramaradott hozzátartozóknak? Vajon tudják-e, hogy egy olyan betegnek, akinek öngyilkossággal kapcsolatos gondolatai vannak, nem elég az OEP által térített tizenegynehány terápiás perc? Vajon azt, hogy az OEP milyen terápiás (gyógyszer- és pszichoterápiás) módszereket milyen mértékben finanszíroz (családterápia, párterápia, kognitív terápia, asszertív tréning) támogat, kinek a felelőssége eldönteni? A szakmai kollégiumoké, a biztosítóké – a családtagok, ebbe a kérdésbe hogyan vonhatók be?

Munkatársaink közé soroljuk önkénteseinket. Jelenleg 35 önkéntest képezünk folyamatosan, áldozatkész szupervízorok bevonásával. Önkénteseink készek arra, hogy olyan, öngyilkosságban szerettüket elveszítő hozzátartozókat keressenek fel, akik gyászukban ezt igénylik.

Az önkéntesek munkája a következő lesz a jövőben:

- látogató feladat: hátramaradott hozzátartozók segítése;
- kapuőr feladat: közvetítés a szakemberhez nem forduló veszélyeztetett emberek és a szakma között;
- házi orvosok, üzemorvosok látogatása.

Önkénteseink nagyrészt nyugdíjasok és egyetemisták. Ugyanakkor azt gondoljuk elkerülhetetlen, hogy minél hamarabb minél több érintett hozzátartozó is csatlakozzon hozzánk.

Kinek? Az öngyilkosság-megelőzés legfontosabb célcsoportjai

Amikor a célcsoportokat vesszük sorra, először definiáljuk a leginkább érintetteket, és a pszichiátriai (elsősorban depressziós) betegeken kívül a következőkre gondolunk:

- 15–25 év közötti, főleg rendezetlen családi körülmények között élő fiatalok;
- 45–66 év közötti elvált, sokszor szerfüggő férfiak;
- 70 év fölötti, elsősorban egyedül élő, gyakran testileg is beteg idősök.

Másodszor végiggondoljuk, hogy kik azok, akik a legfontosabb szereplői a közgondolkodás alakításának: újságírók, média személyek és egyéb véleményformálók. Elengedhetetlenül szükséges több szakma által:

- az öngyilkossági események sajtóban való közlésének kötelezően betartandó irányelveinek létrehozása;
- a pszichiátriai betegek sajtóban való megjelenésének kötelezően betartandó irányelveinek létrehozása.

Mindkét irányelv létrehozását vállalja Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány. Az irányelvek létrehozásában széles szakmai egyeztetésre van szükség.

Milyen módon? Odafigyelés, beavatkozás, segítségnyújtás: a társadalmi értékek módosításának kísérlete

A személyes kommunikáció, ami a kapcsolat létrehozója, elengedhetetlen. A legfontosabb védőfaktor ugyanis maga a kapcsolat.

Létre kell hozni egy adatbázist, amelyben az érintett szakemberek elérik az öngyilkosság megelőzéséhez szükséges eszközöket, illetve a megszerzett tapasztalatokat meg tudják osztani egymással.

Vajon mit tehet egy tanár, ha önsértő tevékenységet tapasztal diákjánál? Tudja-e egy önkéntes, hova küldheti azt, akinél öngyilkos magatartásra utaló jeleket tapasztal? A betegre figyelmet és a szakemberek közötti együttműködést tanulni kell!

Az öngyilkosság-megelőzés nem választható el a mentális kultúra fejlesztésétől, a pszichiátriai szakellátás minőségétől és a társadalom szolidaritási, együttműködési színvonalának növelésétől.

Az akcióterv folyamat: **Tájékoztatás, Képzés, Megfigyelés, Észlelés, Beavatkozás**. Háziorvosok, tanárok, szociális munkások együttműködésének fejlesztése. A segítségkérést és a segítségadást is oktatni kell. Hogyan kell figyelni, hogyan kell észlelni, hogyan kell beavatkozni?

Külföldi minták alapján 3 órás tréningeket javasolunk a beavatkozási technikák elsajátítására. A tréningeken részt vesznek tanárok, szociális munkások, orvosok, pszichiáterek, pszichológusok. A tréningnek nem csak az a célja, hogy gyakorlatban alkalmazható ismereteket adjunk át, hanem az is hogy a láncban működő emberek megismerjék egymást és létrejöjjön egy további párbeszéd.

A tréningeket közösen kell kifejleszteni a célcsoport képviselőivel.

Mikor? Az idő kulcstényező szerepe

Az időben tervezés kulcskérdés. Reális rövid, közép és hosszú távú célokat kell kialakítani és megvalósítani.

Hosszú távú cél lehet például 5 éven belül az öngyilkosság 20%-os csökkentése. Természetesen mindez részletes számításokat igényel.

Közép távú cél a sajtó számára tervezett irányelv kialakítása és betartatása. Ezt hónapról hónapra kialakított akciótervvel lehet elérni. (3 hónap az irányelv kidolgozása, 6 hónap a sajtó munkatársainak tanfolyamok szervezése.)

Rövid távú cél az, hogy a szükségben lévő emberek hatékony kezelést kapjanak. Mérti kell és mérti lehet azt, hogy pl. egy tanár, ha diákjánál öngyilkos szándékot tapasztal, milyen gyorsan (órákban mérve) tudja szakemberhez juttatni diákját. Mérti lehet és mérti kell azt, hogy a házi orvos, ha veszélyt észlel, mennyi időn belül tudja szaksegítőhöz küldeni páciensét.

Ugyanakkor konkrétan a nyári hónapokban, hétfőn történik a legtöbb öngyilkosság. Ha a házi orvos a nyári hónapokban csütörtökön felhívja azon páciensét akiről tudja, hogy elvált, alkoholproblémája van, hogy látni akarja jövő héten szerdán, vagy csütörtökön, megvédi őt.

Hol? Helyi és országos feladatok és lehetőségek

Mint jeleztük, jelentős eltérések vannak az országos és helyi feladatok és lehetőségek között. A sajtómegjelenés egy országos, magas szintű feladat, míg a házi orvos-pszichiáter-szociális munkás- tanár-gyerepszichiáter kapcsolat létrehozása, fejlesztése helyi feladat.

Létfontosságú a kultikus öngyilkos helyek (pl. Szabadság híd, viaduktok, vasúti sínek) segélytáblákkal való felszerelése.



Mit? Kapcsolatot!

Amit ajánlani, kínálni lehet és kell: kapcsolat, figyelem, remény, józanság, gyógyulás, bizalom az örömteli életben. A kapcsolat és remény nem üzenet, hanem cél. Akkor érhet célt bármilyen terv, ha a kapcsolatra épít, mint legfontosabb védő faktorra.

Miért? Reális célok, összefogás, társadalmi jól-lét emelése

- **Reális cél:** végre egy olyan dolog, amiért érdemes összefognunk!
- **Elismerés:** évente egyszer díjat adunk át azon személynek vagy szervezetnek, aki/ami a legtöbbet tett az öngyilkosság-prevencióért.
- **Költségcsökkentés:** csökkennek a próbálkozásból adódó egészségügyi kiadások.
- **Nemzetközi siker:** Magyarország nemzetközi megítélése javul.
- **Hazai siker:** a társadalmi jól-lét emelkedik.
- **Humánus siker:** az elesettekkel való foglalkozás mindannyiunk feladata.
- **Megbélyezés nélkül:** ha belátjuk, milyen nehéz segítséget kérni és milyen nehéz segíteni, csökkenthetjük az öngyilkosság tabuját és szégyenét, végre beszélhetünk róla.

Milyen nyelven? Érthetően, egyszerűen, célzottan

Az a zavar, ami az öngyilkosság-prevencióban idehaza jelen van, a nyelvhasználatban is tükröződik. A témának nincs gazdája: az egészségügy és a politika nem talál egymásra. A pszichiátriai szakma a saját nyelvén, leginkább önmagának beszél, sokszor bezárkózva, önmaga által létrehozva azt a magára maradottságot, amitől önmaga is szenved.

Az a nyitás, ami ahhoz szükséges, hogy **enyhítsük a mentális analfabétizmust**, hogy az értékrend alakítását aktívan és tudatosan kézbe vegyük, a nyelvhasználatban is tükröződhet. Tiszta, világos mondatokkal jobban célba érhetünk. Néhány példa:

Láss engem, érts engem! (az „antistigma” helyett)

Válaszd az életet! (az „öngyilkosság-prevenció” helyett)

Beszeljünk a fiatalok szomorúságáról! (a „küzdelem a fiatalkori depresszió ellen” személytelen, eltávolító kijelentés helyett)

A feleslegességtől szenvedés enyhítése!

Gyere, add fel magányodat!

Józan örömök! (az „alkoholizmus elleni harc” helyett)

Ezeket a mondatokat többször végig kell gondolni: hova, kinek, miért szánjuk.

A Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány lehetőségei

- Ezen munkák koordinálása.
- Önkéntesek képzése és a helyszínre küldése.
- A pszichoszakmákkal egyeztetve egy médiának szóló irányelv megírása és közzététele, amely azt tartalmazza, hogy az öngyilkosságot az írott és elektronikus média miként mutathatja be – tájékoztatási kötelezettségének és jogának csorbítása nélkül – úgy, hogy tiszteletben tartja az elhunyt emberi méltóságát, és figyelembe veszi azokat az embereket, akik az öngyilkosság szempontjából veszélyben vannak.
- Külföldi módszerek átvétele.
- 2012-ben egy nemzetközi konferencia rendezése a fiatalkori öngyilkosság prevenciójának témájában, amin a következő csoportok vehetnek részt: tanárok, szociális munkások, pszichiáterek, pszichológusok, rendőrök, tűzoltók, mentősök, háziorvosok, üzemorvosok. Cél a közöttük és a diákok közötti párbeszéd.

