

EREDETI KÖZLEMÉNY



# Szuicid kockázatbecslés és esetvezetés felsőoktatási diáktanácsadásban: Esetpélda a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Hallgatói Tanácsadási Osztályán

BÁRÁNY Dóra<sup>1\*</sup> – KISSNÉ VISZKET Mónika<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Értékesítési és Szolgáltatási Igazgatóság, Hallgatói Tanácsadási Osztály, Budapest, Magyarország

<sup>2</sup> Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Budapest, Magyarország

Beérkezett: 2025. február 9.; elfogadva: 2025. június 26.

## ABSZTRAKT

**Célok:** A felsőoktatási diáktanácsadók elsődleges feladata az egyetemi élet és a tanulás nehézségeiről való konzultálás, valamint a fiatalok életvezetési kérdéseinek segítése, de szuicid krízis esetén „elsőfrontos” ellátóhelyé válnak, ezért a megfelelő információátadás, ellátás és továbbirányítás biztosítása is a feladatai közé tartozik. A Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Hallgatói Tanácsadási Osztálya az öngyilkossági kockázat becslésére és kezelésére irányuló kompetenciafejlesztő tréninggel segíti munkatársait, és beavatkozási protokollt dolgozott ki. Jelen tanulmány célja egy nem klinikai környezetből induló esetpéldán keresztül bemutatni a szuicid rizikó becslésének és ellátásának folyamatát, hangsúlyozva az előzetes felkészülés és képzés fontosságát. **Módszerek:** Cramer és munkatársai (2013) kidolgozták a szuicid kockázatbecslés és beavatkozás bizonyítékokon alapuló rendszerét. Ebben tíz kiemelt kompetenciát azonosítottak, amelyek elsajátítása segíti a szakembert a hatékony öngyilkosság-megelőzésben. A modell Magyarországon Bérdi Márk (Bérdi & Cramer, 2023; Bérdi és mtsai, 2024) vezetésével került a segítő szakemberek figyelmének középpontjába. Jelen tanulmányban az esettel dolgozó pszichológus is ezt alkalmazva dolgozott a kríziskezelés során. **Eredmények:** A kompetenciafejlesztő képzések, valamint a beavatkozási protokollok kidolgozása és alkalmazása lehetővé teszi a diáktanácsadásban dolgozó pszichológus szakembereknek, hogy hatékonyan kezeljék az öngyilkossági krízishelyzeteket, és megfelelő információval és támogatással lássák el a diákokat, ahogy azt a tanulmányban bemutatott sikeres esetkezelés is alátámasztja. **Következtetések:** A tanulmány bizonyítja, hogy egy tanácsadói keretben is fontos a kríziskezelés és információátadás, továbbá az erre való felkészülés. A diáktanácsadásban dolgozók találkozhatnak hasonló esettel, amihez az előzetes felkészülés, a kompetenciák lépésről lépésre való alapos ismerete és követése, valamint egy intézményi protokoll kidolgozása támpontot és biztonságot adhat, hogy megfelelő segítséget tudjanak nyújtani egy szuicid krízisben lévő személynek.

## KULCSSZAVAK

szuicid kockázatbecslés, szuicidellátás, kríziskezelés, felsőoktatási diáktanácsadó, esettanulmány

## Suicide risk assessment and case management in higher education student counseling – An example from the Student Counseling Department at Budapest University of Technology and Economics

### ABSTRACT

**Objectives:** The primary role of higher education student counselors is to provide consultations on the challenges of university life and learning, as well as to support young people with life management issues. However, in cases of suicidal crisis, they become a “first-line” point of care. Therefore, ensuring appropriate information transfer, care, and referral is also part of their responsibilities. The Student

\* Levelező szerző:  
Bárány Dóra, Budapesti Műszaki  
és Gazdaságtudományi Egyetem,  
Értékesítési és Szolgáltatási  
Igazgatóság,  
Hallgatói Tanácsadási Osztály,  
1111 Budapest, Műegyetem rkp. 3.  
E-mail: [barany.dora@bme.hu](mailto:barany.dora@bme.hu)

Counseling Department at the Budapest University of Technology and Economics supports its staff with a competency development training focused on suicide risk assessment and management, and has developed an intervention protocol. The aim of this study is to present the process of suicide risk assessment and care through a case example originating from a non-clinical setting, emphasizing the importance of prior preparation and training. *Methods:* Cramer et al. (2013) developed an evidence-based system for suicide risk assessment and intervention. This model identifies ten key competencies that, when acquired, help professionals effectively prevent suicide. In Hungary, the model has been brought to the attention of helping professionals under the leadership of Márk Bérdi (Bérdi & Cramer, 2023; Bérdi et al., 2024). In the present study, the psychologist working on the case also applied this model during crisis intervention. *Results:* Competency development training and the development and application of intervention protocols enable psychologists working in student counseling to effectively manage suicidal crises and provide students with appropriate information and support, as demonstrated by the successful case management presented in the study. *Conclusions:* The study demonstrates that crisis management and information transfer are important even within a counseling framework, and that preparation for such situations is essential. Student counselors may encounter similar cases, for which prior preparation, thorough knowledge and application of the competencies, and the development of an institutional protocol can provide guidance and security to offer appropriate help to individuals in suicidal crisis.

#### KEYWORDS

suicide risk assessment, suicide care, crisis management, higher education student counseling, case study

## 1. BEVEZETŐ

Évente világszerte több mint 700.000 ember hal meg öngyilkosság által, és a 15–29 éves korosztályban ez a negyedik leggyakoribb halálok (World Health Organization, 2019). Az öngyilkosságok abszolút számát tekintve a legtöbbet a 19 és 29 év közötti személyek követik el (Värnik, 2012). Ahogy a serdülők között (Hawton és mtsai, 2012), úgy a fiatal férfiak esetében is a véletlen balesetek után ez jelenti a második leggyakoribb halálozási okot, a fejlett országokban élő fiatal férfiaknál a halálokok közül 30%-ot az öngyilkosság tesz ki (Pitman és mtsai, 2012). E tekintetben a szuicidprevenció szempontjából különös hangsúlyt kap a felsőoktatási diáktanácsadók pszichológiai tanácsadói munkája. Az egyetemi hallgatók körében az öt legnagyobb mentális egészségügyi probléma egyikeként azonosították az öngyilkos magatartást (World Health Organization, 2019). A stresszes egyetemi élet, az esetleges kudarcok, a kapcsolati nehézségek, a leválás és veszteségek, a családban előforduló mentális egészségi előzmények növelik a depresszió és más komorbid mentális betegségek kockázatát, és így az öngyilkossági gondolatok előfordulását a diákok körében (Mortier és mtsai, 2018). Kutatási tapasztalat, hogy a depresszió felismerése és hatékony kezelése jelentős szerepet játszik az öngyilkossági ráták csökkentésében (Rihmer, 2023).

## 2. ELMÉLETI HÁTTÉR

### 2.1. Egyetemi diáktanácsadás

Magyarországon Ritoók Magda nevéhez fűződik a hazai felsőoktatási diáktanácsadás rendszerének kidolgozása, és az első diáktanácsadó 1986-ban az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karán jött létre (Karner,

2016), ami napjainkra szinte valamennyi hazai felsőoktatási intézményben elérhető szolgáltatás az ott tanuló diákok számára. A felsőoktatásban részt vevő hallgatók juttatásairól és az általuk fizetendő egyes térítésekről szóló rendelet<sup>1</sup> alapján valamennyi felsőoktatási intézményre érvényes előírás, hogy karrier-, életviteli kérdések és tanulmányi témák mellett mentálhigiénés tanácsadási lehetőséget is biztosít a hallgatók számára térítésmentesen, ezáltal segítve őket a beilleszkedésben és tanulmányaikban, valamint támogatva őket a különböző egyéni problémáik megoldásában is.

Különös figyelmet szükséges fordítani az esélyegyenlőségre, az egyéni tanulmánytervezéshez nyújtott segítségre, valamint az egészséges életvitelhez és karriertervezéshez szükséges tanácsadási szolgáltatások biztosítására (FETA, 2015). A diáktanácsadás, mint segítői beavatkozás, a tanácsadás olyan módszereit gyűjti egybe, amelyek célja kifejezetten az adott korcsoportot segíteni jellemző problémáinak megoldásában (Szenes & Ritoók, 2015).

Az egyetemi diáktanácsadó központokban szükség van ügyfélszolgálati jellegű egyéni információ nyújtására, csoportos tájékoztatásra (akár speciális hallgatói csoportok részére), karrierépítő és személyiségfejlesztő tréningek tartására és egyéni tanácsadásra személyes problémák megoldása érdekében (FETA, 2015). Így az egyetemi diáktanácsadó központok feladatai, mint pl. információ, tanulmányi/tanulási- és pályatanácsadás, életvezetési-pszichológiai tanácsadás (FETA, 2015) mellett, A Pszichológiai Tanácsadás Szakmai Alapprotokollja (Kissné Viszket & Mogyorósi, 2019) alapján a tanácsadó szakpszichológusok feladata többek között a krízisintervenciók tevékenység is.

<sup>1</sup> 51/2007. (III. 26.) Kormányrendelet a felsőoktatásban részt vevő hallgatók juttatásairól és az általuk fizetendő egyes térítésekről, 10. §. Hozzáférés: 2025. 06. 24-én: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0700051.kor>.

Fontos szakmai elv, hogy az egyetemi diáktanácsadó központ szupervíziós lehetőséget biztosít, és továbbképzést szervez a kari diáktanácsadó központok munkatársai és a kortárs segítő hallgatók számára.

Az egyetemi diáktanácsadók munkájának létjogosultságát igazolja a Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület 2021-től évente ismételt országos mentális egészségkutatása, amelyben a felsőoktatásban részt vevő hallgatók mentális és testi egészségi állapotát és problémáit, külső és belső erőforrásait térképezik fel (FETA, 2023). Figyelemre méltó adat a 2023-as kutatási gyorsjelentésből (FETA, 2023), amelyben több mint 15.000 magyarországi egyetemi hallgató adatait elemezve azt találták, hogy a válaszadók 16,7%-a küzd krónikus betegséggel, közülük a leggyakoribbak az endokrin betegségek (4,4%) és a mentális zavarok (3,7). A sportolási szokások terén a hallgatók 36,5%-a egyáltalán nem végez heti legalább fél órányi rendszeres testmozgást. Különösen aggasztóak a hallgatók mentális állapotának mutatói. A vizsgálatban részt vevők 36%-a gyakran vagy mindig magányosnak érzi magát, 41,4%-a pedig aktuálisan olyan krízissel küzd (nehéz élethelyzet, pl. szakítás, gyász), amely negatívan befolyásolta a lelkiállapotát. A minta 44,6%-a közepes vagy középsúlyos, 16,3%-a pedig súlyos depressziós tüneteket mutat. Sok hallgató annyira rosszul érzi magát, hogy gyakoriak az önsértési és öngyilkossági gondolataik: a kitöltők 15%-a számolt be arról, hogy az elmúlt két hétben majdnem minden nap vagy a napok több mint felében eszébe jutott, hogy jobb lenne meghalni, vagy valamilyen módon kárt tenni magában (FETA, 2023).

Ezekből az adatokból is látszik, hogy az egyetemi diáktanácsadóknak valóban széles spektrumú segítő beavatkozásra kell felkészülniük, és ebben a szuicid krízis is megjelenik, amire így a diáktanácsadók munkatársainak fel kell készülniük.

## 2.2. Szuicid krízis a felsőoktatásban tanuló diákoknál

Pillay (2021) szisztematikus irodalmi áttekintésében a 2015–2020 közötti szakirodalmat elemezte, és összegezte a felsőoktatásban tanuló diákok öngyilkosságával kapcsolatos tapasztalatokat. Hatvan publikációt elemezve azonosított kockázati és protektív tényezőket. A *kockázati tényezők* között demográfiai jellemzők (életkor, nem, anyagi háttér, fogyatékoságban és esélyegyenlőségi kérdésben való érintettség, egészségügyi nehézség stb.), mentális egészségi problémák (Hollingsworth és mtsai, 2018), ezek komorbiditásai és az ezekből fakadó affektív diszregulációk (Fang és mtsai, 2019; Lew és mtsai, 2020), valamint a családtól, illetve egyetemi kortársaktól érkező ellenséges reakciók (Bruns & Letcher, 2018) szerepeltek. A szakirodalomban nagy hangsúlyt kapnak a negatív automatikus gondolatok és ezek kedvezőtlen következményei (Pillay, 2021), a negatív és traumatikus életesemények és ezek hatásai (Zeng és mtsai, 2018), valamint a szexuális orientáció sajátosságainak kihívásai (Taylor és mtsai, 2020). Kiemelik a diákok körében a „szerzett öngyilkossági képesség” fogalmát (*Acquired capability of suicide*, ACS) (Becker és mtsai, 2020), ami egy olyan állapotot jelöl, amelyben a diákok egyre kevésbé fél-

nek, és egyre érzéketlenebbek a fájdalom iránt (például azáltal, hogy a negatív élettapasztalatok mintegy „immunissá” teszik őket a fájdalommal szemben) olyannyira, hogy az öngyilkosság gondolata már nem riasztja őket. A beszámolók szerint az öngyilkossági kísérleteket növeli a pszichoszociális támogatás hiánya is (Stradomska, 2019). Számos egyetemi stresszforrást is azonosítottak, amelyek fokozták a hallgatók körében az öngyilkosság kockázatát. Ilyen volt az iskolából az egyetemre való átmenet, az utazás és lakhatás nehézségei, a tanulmányok finanszírozásának gondja, a vizsgakövetelmények, a kiégés, a szabadidő hiánya, az egyetemi vezetés általi kiszolgáltatottság, a magánéleti nehézségek, valamint a családtagok és a saját maguk egészségi állapotával kapcsolatos aggodalmak (Lew és mtsai, 2020; Pillay, 2021).

A *protektív tényezők* között pszichológiai, szociális és viselkedéses tényezők egyaránt szerepelnek (Pillay, 2021). A pszichológiai tényezők közé tartozott a pozitív önazonosság, az önegyüttérzés (Hasking és mtsai, 2019), az integrált énértet (Gnan és mtsai, 2019), az élet értelmének és céljának megtalálása (Hong és mtsai, 2024), az étellel való elégedettség (Taylor és mtsai, 2020) és a tudatosság (Fang és mtsai, 2019). Az optimizmust (Mitsui és mtsai, 2018), kitartást, jövőterveket, érzelmi stabilitást segítő tevékenységek (fizikai aktivitás, alvás-ébrenlét egyensúlya, egészséges táplálkozási szokások stb.) szintén csökkentették az öngyilkossági gondolatokat és az öngyilkossági kísérletek gyakoriságát (Bruns & Letcher, 2018; Zeng és mtsai, 2018). Szociális szempontból a stabil pozitív kapcsolatok és a biztonságos társas kötődés védik a tanulókat az öngyilkossági gondolatoktól és kísérletektől (Rohani & Esmaeili, 2020). Viselkedésbeli védőfaktoroknak bizonyultak, ha a diákok odafigyeltek az egészséges táplálkozásra, az elegendő alvásra, a testmozgásra vagy a mentális egészségüket támogató anyagok olvasására (Grasdalsmoen és mtsai, 2020). Fontos az edukáció is, hiszen azoknak a diákoknak, akik ismerték az öngyilkossági kockázatokat és védőfaktorokat, kisebb valószínűséggel voltak öngyilkossági szándékaik (Stradomska, 2019).

A kockázati és protektív tényezők áttekintése fontos bázisa a beavatkozási stratégiák kidolgozásának, erre is kell épülnön a segítő szakemberek kompetenciáinak célzott fejlesztése.

## 2.3. Kockázati tényezők és a szuicidkrízis-ellátás kompetenciái

A kompetenciaalapú képzés és ezek hatásvizsgálata egyre nagyobb hangsúlyt kap világszerte és hazánkban is a pszichológia területén. Jó példa erre a hazai tanácsadói szakpszichológus szakirányú továbbképzés kompetenciakutatása (Kissné Viszket & Kiss, 2016, 2017), a szakpszichoterápia egyes területei, mint amilyen például a pszichoanalitikus kompetencia meghatározása és értékelési rendszere (Szajcz, 2012), vagy az Érzelmekre Fókuszáló Terápiás képzések észlelt hatásának vizsgálata (Koren, 2022).

Fontos tényező, hogy a fentiekhez hasonlóan a hatékony öngyilkosságikockázat-becsléshez és a szuicidium megelőzéséhez szükséges segítői kompetenciák, a beavatkozás hatékony szempontjainak gyakorlati meghatározása, majd

elsajátításának ellenőrzése is kiemelt figyelmet kaptak az elmúlt években (Cramer és mtsai, 2013; Bérdi, 2022).

A szuicid kockázat becsléséhez és kezeléséhez szükséges fő kompetenciák és készségek meghatározhatók és fejleszthetők. Erre alapozva dolgozták ki és mutatták be az Északkarolinai Egyetemen Robert Cramer és munkatársai 2013-as tanulmányukban azt a tíz fő kompetenciaterületet és készséget, amelyek elsajátításával hatékonyabban tudnak beavatkozni a segítő szakemberek szuicid krízis esetén.

Cramer és munkatársai (2013) áttekintve a korábbi szakirodalmi tapasztalatokat kidolgoztak egy keretrendszer és képzést, amely ön- és megfigyelői értékeléseket és a képzésben szabványosított módszereket használva a szuicid kockázatbecslés és beavatkozás bizonyítékokon alapuló, gyakorlatban is jól alkalmazható rendszerét adja. Ebben tíz kiemelt kompetenciát azonosítottak, amelyek elsajátítása segíti a szakembert a hatékony öngyilkosság-megelőzésben.

A módszer egy széles körű tudást ad a szuicid kockázat becsléséhez és kezeléséhez szükséges gyakorlati készségekkel, segít megismerni az öngyilkossági kísérletek megelőzésében bizonyítottan hatékony pszichológiai intervenciók fő jellemzőit, frissíteni az öngyilkos viselkedéssel, kockázatbecsléssel és kezeléssel kapcsolatos ismereteket, mélyíteni az önreflexiót az öngyilkos viselkedéssel és szuicid páciensekkel kapcsolatosan. A képzés megismerteti az öngyilkossági kockázat becslése egészségügyi dokumentálásának legfontosabb elemeit, és nagy segítség, hogy a képzést követően annak teljes anyagához hozzáférést biztosít, beleértve a bemutatott teszteket, űrlapokat és egyéb segédanyagokat.

A modell Magyarországon Bérdi Márk (Bérdi & Cramer, 2023; Bérdi és mtsai, 2024) vezetésével került a segítő szakemberek figyelmének fókuszába, és a tapasztalatok alapján elkezdett beépülni a segítő képzési rendszerekbe is (pl. klinikai és tanácsadó szakpszichológus szakképzés). Jelen tanulmányban az esettel dolgozó pszichológus is részt vett ezen a képzésen,<sup>2</sup> így ezek mentén tudjuk követni az esetleírást. Az alábbiakban röviden áttekintjük a képzésben kiemelt tíz kompetenciát.

### *1. A segítő legyen tisztában a saját hozzáállásával és reakcióival az öngyilkossággal kapcsolatban!*

Mivel a segítő személyes viszonyulása, a nehéz helyzetekkel és/vagy a veszteséggel kapcsolatos tapasztalatai hatással lehetnek az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjeire, fontos, hogy ismerje ezeket, reflektáljon saját öngyilkossággal kapcsolatos tapasztalataira, attitűdjeire, lásson rá, értse saját reakcióit abban a helyzetben, amikor a kliensek megosztják öngyilkossági gondolataikat vagy cselekvési terveiket (Rudd és mtsai, 2008; Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023). Fontos, hogy ne ijedtséggel vagy megdöbbenéssel fogadják ezeket, hanem higgadt gondoskodással tudjanak jelen lenni (Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023). Fel kell tudniuk mérni, hogy képesek-e megfelelően kezelni a magas kockázatú klienseket, illetve szükségük van-e elérhető szakemberekre, akikkel konzultálhatnak, vagy ahová

tovább tudják küldeni a klienst, ha szükséges (Rudd és mtsai, 2008; Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023).

### *2. Legyen együttműködő és empatikus a segítő hozzáállása a klienshez!*

Minden terápiás kapcsolatban elsődleges a terápiás szövetség, a rapport kialakítása, de ez különösen fontos, amikor öngyilkossággal kapcsolatos kérdésekről beszélgetünk a klienseinkkel (Rudd és mtsai, 2008; Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023). Az együttműködés három elvet tart szem előtt, egyrészt a klienssel közösen térképezzük fel a rizikótényezőket, másrészt a számára is érthető módon, közösen fogalmazzuk meg az intervenciót, mindezt úgy, hogy érvényesüljön a harmadik elv is, vagyis hogy nem vonjuk kétségbe – és így nem zárjuk ki –, hogy a páciens számára adott pillanatban az öngyilkosság tűnik az egyetlen megoldási lehetőségnek. Ez az együttműködésre alapozó szemlélet több kurrens rizikóbecslő és intervenció módszerben is megjelenik (Bérdi & Cramer, 2023).

### *3. A segítő ismerje és fel tudja mérni a bizonyítékokon alapuló kockázati és védő tényezőket!*

A segítőnek a rizikóbecslő eljárás során fel kell tudnia mérni a kiemelten fontos területekhez kapcsolódó rizikótényezőket, mint például a szuicid viselkedéses jegyeket (azaz gondolatok, tervek, előkészületek és a korábbi kísérlet megléte vagy hiánya), a pszichiátriai tüneteket és zavarokat, egyes pszichológiai tényezőket, környezeti stresszorokat, veszteségélményeket, a társas támogatottság észlelt szintjét (Bérdi & Cramer, 2023), valamint az életben maradás mellett szóló érveket (Bryan & Rudd, 2018). Jó, ha ezeket a rizikófaktorokat az adott élethelyzethez illetően is ismerjük. Például a felsőoktatásban tanuló fiatalok esetén a korábban bemutatott szempontokat, speciális rizikótényezőket figyelembe tudjuk venni (Pillay, 2021).

### *4. A segítő képes legyen részleteiben feltárni az aktuális öngyilkossági tervet, gondolatokat, szándékot!*

A segítőnek részletesen fel kell tárnia a páciens szuicid gondolatainak gyakoriságát, intenzitását és időbeli dinamikáját (Bottomley, 2019; Bérdi & Cramer, 2023). Tudnia kell azt, hogy hozzáférhetők-e a kliens számára potenciálisan halált okozó eszközök, továbbá tett-e előkészületeket az öngyilkossági cselekvéshez. A felmérést segíthetik a különböző önbecslő skálák, vagy akár félig strukturált interjú is használhatunk (Bérdi, 2022; Bérdi & Cramer, 2023). A veszélyes eszközökhöz való hozzáférést lehetőségeink szerint korlátozni igyekszünk, ehhez hozzátartozó bevonása is szükséges lehet (Bérdi & Cramer, 2023).

### *5. A segítő tudja meghatározni a személyre szabott szuicid kockázati szintet!*

A kockázati szint meghatározása számos információt integrál, rendkívül fontos a hatékony beavatkozás szempontjából (Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023). Része a biopszicho-szociális felmérés, a kockázati és védőfaktorok áttekintése, de kiegészül további lehetséges információkkal (családtagoktól, barátoktól, a korábbi kezelések dokumentációi alapján), vagy akár pszichodiagnosztikai tesztekkel. Eb-

<sup>2</sup> A Bérdi Márk által tartott képzés 2023. 04. 21-én valósult meg a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen, 4 órában.

ben mind a krónikus, mind pedig az akut kockázati szintekre figyelmet kell fordítani. A kockázati szint lehet alacsony, mérsékelt, magas és extrém magas kockázat (Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023).

*6. A segítő legyen képes együttműködő, bizonyítékokon alapuló kezelési terv kidolgozására és végrehajtására!*

Ha meghatároztuk a szuicidium kockázatát, akkor a klienssel együttműködve megtervezhető egy vészhelyzeti terv, amely biztonságot teremt a kliens – és így a segítő – számára is (Rudd és mtsai, 2008; Cramer és mtsai, 2013). A terv konkrét lépéseket rögzít a bármikor megjelenő aktuális öngyilkossági gondolatokkal vagy viselkedéssel kapcsolatban. A segítő az ülésen szelfregulációs gyakorlatokkal támogatja a szorongás enyhítését, valamint kidolgozott terv kell a kockázati szint nyomon követésére is (Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023). Az öngyilkossági kockázat dinamikus (Rudd és mtsai, 2008), ezért jó, ha a vészhelyzeti terv tartalmaz az ülésen túl is használható megküzdési készségeket, a biztonságos személyek és környezetek rögzítését, az élet melletti érvekre emlékeztető írásos nyilatkozatot, valamint az összes szükséges sürgősségi kapcsolattartási telefonszám listáját.

*7. A segítő képes legyen a támogató személyek értesítésére és bevonására!*

Az öngyilkosság megelőzése érdekében a segítőnek támaszkodnia kell a szakmai ellátó hálózat segítő szerepére és a kliens támogató szociális közegére egyaránt (Sullivan & Bongar, 2009; Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023). Ahhoz, hogy értesítsük a többi szakmai szolgáltatót és a kliens szociális hálózatának tagjait, a kliens beleegyezése szükséges. Ettől csak nagy közvetlen kockázat esetén térhetünk el, amikor pszichofarmakológiai kezelésre vagy kórházi beutalásra van szükség. Alapvetően a segítőnek együttműködést kell kialakítania a klienssel, hogy bevonhatóak legyenek az életének legmegbízhatóbb személyei, vagy akár a tágabb támogatói hálózat, és a szakmai ellátórendszerek, mint például kórház, vagy pszichiátriai gondozó (Sullivan & Bongar, 2009; Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023).

*8. A segítőnek alkalmasnak kell lennie a kockázatbecslés, a kezelési terv és a klinikai döntések indoklásának dokumentálására!*

Mind a kliens kockázatának és a kezelés előrehaladásának nyomon követése szempontjából, mind pedig jogi szempontból alapvető fontosságú a kezelési dokumentáció (Rudd és mtsai, 2008; Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023). Szükséges dokumentálni a kliens tájékozott beleegyezését, az objektíven megfigyelhető rizikó- és védőfaktorokat, a kezelés indokait és a kezelés közbeni állapotfelmérések eredményeit is (Rudd és mtsai, 2008; Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023). Fel kell jegyezni a vizsgálat során használt tünetbecslő skálák nevét és eredményeit is. A dokumentációban idézni kell a páciens által mondottakat, különös tekintettel a kiemelt rizikó- és védőfaktorok megfogalmazására. Emellett a szakembernek dokumentálnia szükséges, ha a kezelés során más szakemberrel, hozzátartozóval vagy baráttal konzultált (Bérdi & Cramer, 2023).

*9. A segítőnek ismernie kell az öngyilkosságra vonatkozó jogi szabályozásokat!*

A szakembernek ismernie kell a vonatkozó érvényes jogi szabályozásokat, hogy szükség esetén gyorsan és szabályosan tudjon eljárni. Egy esetleges jogi eljárás során a szakembernek bizonyítania kell, hogy a „legnagyobb gondossággal” járt el. Az esetek utólagos rekonstruálására szinte kizárólag az egészségügyi dokumentáció használható. Magyarországon a közvetlen veszélyeztető magatartás jogi fogalmát, a sürgősségi gyógykezelésbe vétel feltételeit és a korlátozó intézkedéseket jogszabályban rögzítik.<sup>3</sup> Az etikai irányelvek és jogi törvények meghatározóak az egészségügyi dokumentáció készítésében, valamint a pácienssel és hozzátartozó(i)val való kommunikációban is (Bérdi & Cramer, 2023).

*10. A segítőnek legyen lehetősége az azonnali kríziskonzultációra és az öngondoskodásra!*

Az öngyilkossági kockázatfelmérés vagy az öngyilkossági krízisben lévő kliens kezelése jelentős lelki megterhelést jelent a segítő szakember számára, és ez független a szakember szakmai tapasztalatától (Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023). A magas kockázatú kliensekkel való munka jelentős mértékű aggodalommal, büntudattal, a hozzá nem értés érzésével, túlzott felelősségvállalással, és a jogi felelősségre vonás félelmével járhat (Webb, 2011; Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023), miközben a kliensek kezelésének bázisa, hogy a szakember mentálisan és érzelmileg elérhető legyen (Webb, 2011; Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023). A pszichés jóllét és stabilitás megőrzése érdekében szükséges az egészséges érzelmi távolság megtartása (Cramer és mtsai, 2013; Bérdi & Cramer, 2023), az öngondoskodás és a szuicid páciensekkel kapcsolatos negatív gondolatokkal és érzelmekkel való tudatos foglalkozás (pl. Ellis és mtsai, 2012). Ha egy szuicid páciens elvesztünk, különösen fontos a szakember és a szakmai stáb krízisintervenciós támogatása, amely ugyancsak speciális protokoll alapján történik (Ellis & Dickey, 1998; Bérdi & Cramer, 2023).

Az itt kifejtett kompetenciák kiválóan átültethetők az egyetemi diáktanácsadókban előforduló krízisben lévő hallgatókkal folytatott munkába.

Jelen tanulmányban ismertettük, hogy a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Hallgatói Tanácsadási Osztálya miként kezeli a hallgatói megkereséseknél tapasztalható szuicid kockázatokat, és egy konkrét esetvezetésen keresztül tekintünk rá úgy az alkalmazandó segítői kompetenciákra, mint a segítő folyamat egészére.

<sup>3</sup> 1997. évi CLIV. Egészségügyi törvény, 188., 196. és 192. §. Hozzáférés: 2025. 06. 24-én: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>

## 3. ESETBEMUTATÁS

### 3.1. Szuicid „protokoll” a diáktanácsadásban

#### 3.1.1. Intézményi rendszer

A Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen nyolc pszichológus dolgozik a Hallgatói Tanácsadási Osztályon. A munka során főként egyéni, rövid, hatalkalmas diáktanácsadási konzultációs folyamatok valósulnak meg (Szemán & Karner, 2017), emellett szezonálisan tréningekre, workshopokra, és online, a mentális jóllétet támogató pszichoeducációs anyagok fejlesztésére is sor kerül, ezáltal szélesebb körben elérve az Egyetem hallgatóit prevenció szempontból is.

A hallgatók az egyéni tanácsadásra történő bejelentkezéskor egy online kérdőívet töltenek ki. Ebben szerepel a Generalizált Szorongásos Zavar Skála magyar változata (GAD-7; Löwe és mtsai, 2008), a Reménytelenség skála magyar változata (HS; Beck és mtsai, 1974; Perczel-Forintos és mtsai, 2001), valamint a Beck Depresszió Kérdőív rövidített magyar változata (BDI-H; Beck, 1961; Rózsa és mtsai, 2001). Emellett tartalmazza Beck (1961) 21 ítemes Depresszió Kérdőívének 9. tételét, amelynek négy állítása által képet kaphatunk a bejelentkező szuicid készletéről. A kérdőívekből kapott eredmények nem diagnosztikus értékűek, hanem egy általános állapotfelmérésre adnak lehetőséget. A kitöltő megad egy rövid leírást is a nehézségeiről, hogy milyen jellegű problémá(k)ban kéri az Osztály segítségét. A kitöltött kérdőívben kapott pontszámok és a szöveges válasz együttes mérlegelésével a jelentkezők a sürgősség szempontjából besorolást kaphatnak. Perczel-Forintos és munkatársai (2010) rávilágítottak arra, hogy nem feltétlenül a magas szuicid-pont jelezheti az öngyilkossági krízist, hanem a Reménytelenség Skálán elért pontszám megbízhatóbb mutató. Ezért a mérlegelés során ez a szempont is fontos. Ha a hallgató a szuicidiumra vonatkozó kérdésnél megjelöli az öngyilkosságot mint kockázati tényezőt, akkor egyértelmű a gyors (1–2 munkanapon belüli) reagálás.<sup>4</sup> Emellett az is indikálja az intervenciót, ha alacsony szuicidpontszám mellett a Reménytelenség Skálán magas értéket látunk.

A klinikai szakpszichológusi, illetve pszichiátriai kompetenciát igénylő, vagy krízishelyzetben lévő hallgató számára a megfelelő ellátóhely felé való átirányítás történik, ahol segítséget kaphatnak. Szükség esetén a bejelentkezés után közvetlenül megkapják a szükséges információt a releváns intézményekről és szakemberekről. Például depresszió gyanúja esetén a kerületi pszichiáter felkeresésére kaphatnak javaslatot. Krízishelyzet kialakulhat az életvezetési diáktanácsadás közben is a hallgatóknál, ahol szintén fontos a gyors reagálás és a krízishelyzet adekvát menedzselése, a tanácsadói folyamat kijelölt fókuszától függetlenül. Ezért a

<sup>4</sup> A bejelentkező kérdőívet munkanapokon naponta ellenőrizzük. Krízis esetén 24 órán belül, hétfélig jelentkezésnél hétfőn, egyébként 2–3 munkanapon belül válaszolunk. Az e-mail alternatív segítségnyújtási lehetőségeket is tartalmaz, ha a várakozás túl hosszúnak tűnik.

krízisben lévő és öngyilkossági gondolatokkal rendelkező hallgatókkal információátadás céljából, szigorú belső rendszert követve történik a találkozás (ld. 1. ábra).

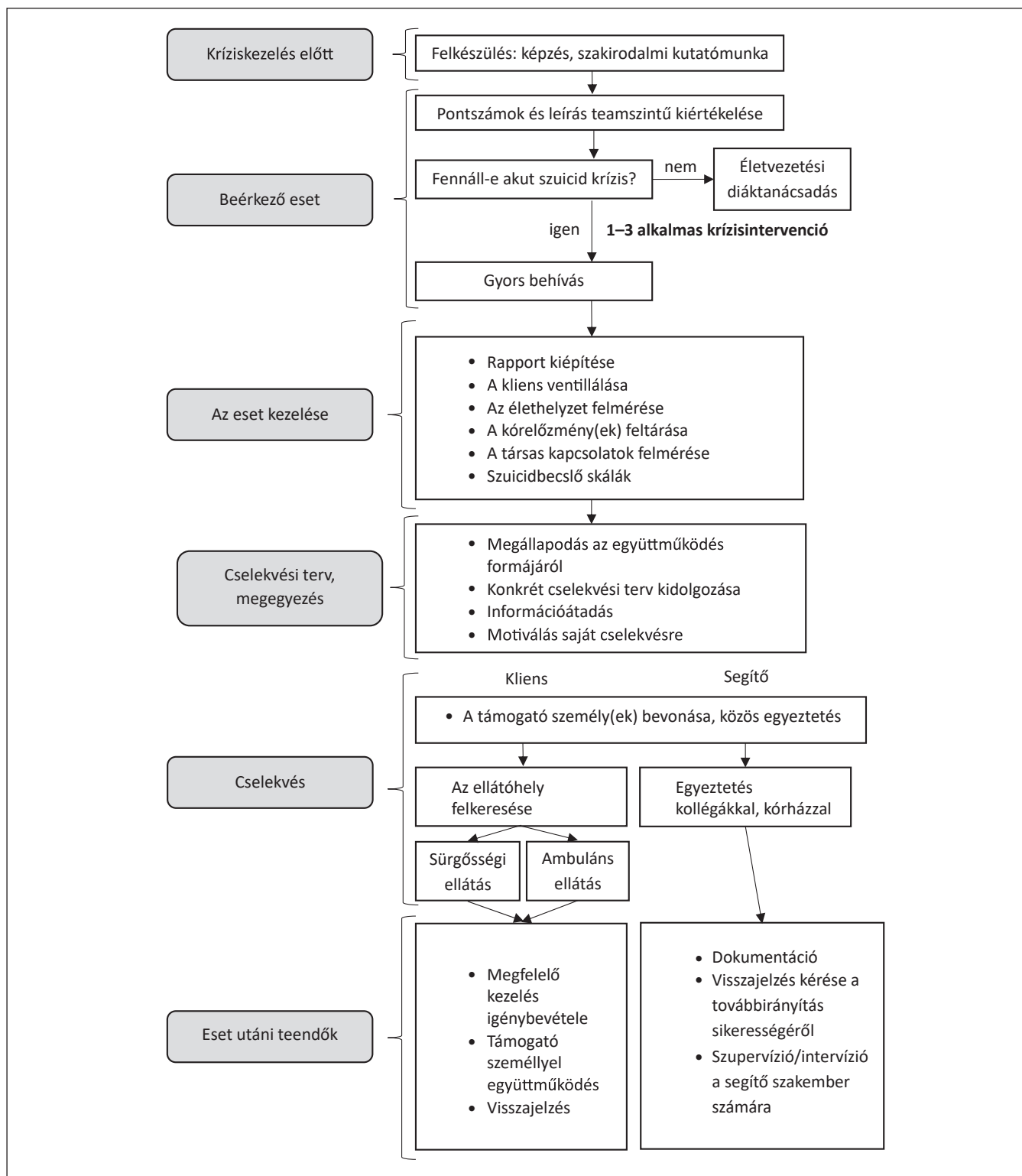
#### 3.1.2. Az intézményi protokoll

Egy krízishelyzet esetén a szakmai csapat megbeszélése az első lépés. A bejelentkező pontszámait és írásos összefoglalóját áttekintve kerül mérlegelésre a kapcsolatfelvétel ütemezése. Ha a Hallgatói Tanácsadási Osztály munkatársaiból álló team úgy látja, hogy krízishelyzet áll fenn, akkor még aznap értesítik a hallgatót, és rövid időn belül fogadják is őt. Lehetőleg olyan kolléga fogadja, akinek a legtöbb ide csoportosítható kapacitása van, tekintettel arra, hogy egyrészt a krízisinformációs ülés idői kerete több, mint a tanácsadói ülés szokásos 50 perces kerete, másrészt megterhelő, sok odafigyelést igénylő helyzet (Webb, 2011), amire érdemes tekintettel lenni a tanácsadó aznapi egyéb feladatainak szempontjából.

A hallgatóval az esetvivő szakember veszi fel a kapcsolatot e-mailben. Fontosak a keretek és az, hogy a kliens számára világos legyen a gyors kapcsolatfelvétel oka. Már az első levél is tartalmaz olyan fontos információkat, mint például a lelkielsősegély-vonalak és a körzeti kórházak, valamint a budapesti sürgősségi krízisambulancia elérhetőségét, ezzel biztatva a klienst, hogy már önállóan azonnal is tudjon cselekedni. Ezek az információk az egyetemet és a segítő személyt is segítik azáltal, hogy írásban is tudatják a hallgatóval a teendőket. Gyakrabban fordul elő azonban, hogy a hallgatók inkább eljönnek egy tanácsadási alkalomra, majd ezután teszik meg a szükséges további lépéseket.

Sok egyetemista számára az elszigetelődés és a magány érzése, vagyis a megosztás hiánya fontos tényező a szuicid gondolatok felerősödésében (Testoni és mtsai, 2021). Így a személyes alkalom segít a klienseknek, hogy valakinek elmondhassák a nehézségeiket, élethelyzetüket. A rizikótényezők felmérése és a gyógyuláshoz vezető terv készítése mellett az empátia és a rapport kialakításával lehetőség nyílik prevenció és intervenció módszerek alkalmazására is (Vadon és mtsai, 2022). Ezen az alkalmon ugyanakkor felmérjük az öngyilkosság kockázatának mértékét, mérlegelésre kerül a hallgató élethelyzete, és ha alátámasztást nyer a fokozott szuicid kockázat, akkor kórházi ellátást javasolunk. Eddigi tapasztalataink szerint valamennyi érintett hallgató kíséreléssel eljutott a szükséges intézménybe/kezelésre, de a kollégák felkészülnek a mentőszolgálat bevonására is. Amennyiben erre nincs szükség, és a hallgató biztonságosan elengedhető, akkor pszichiáter és terápiás javaslat mellett zárul ez az alkalom, a hallgató írásos tájékoztatása mellett a kórházi kezelési lehetőségről.

A krízisintervenció ülés lezárultával a pszichológus kolléga számára a dokumentálás mellett fontos, hogy tudjon az esetről konzultálni, a saját mentális állapotára figyelve intervíziós és/vagy szupervíziós keretek között az esetről beszélni (Webb, 2011).



1. ábra Az egyetemi kríziskezelés folyamata: A protokoll bemutatása

### 3.2. Előzetes felkészülés

Az öngyilkossági kockázat becsléséhez és kezeléséhez szükséges fő kompetenciák és készségek meghatározhatók és fejleszthetők. A tanulmányban korábban bemutatott Cramer és munkatársai (2013) által kidolgozott tíz fő kompetencia-

terület és készség fejlesztése különösen segíti a hatékony beavatkozást szuicid krízis esetén. Ez az előzetes felkészülés az egyik fontos pillére volt a tanulmányban bemutatott segítő szakmai kompetenciájának is.

Számos módon lehet fejleszteni a szuicid kockázat becsléséhez és kezeléséhez szükséges gyakorlati készségeket, el-

sajátítani az öngyilkossági kísérletek megelőzésében bizonyítottan hatékony pszichológiai intervenciók fő jellemzőit, frissíteni a kockázatbecsléssel és -kezeléssel kapcsolatos ismereteket, de biztosságot ad a segítőnek az is, ha ismeri az öngyilkossági kockázat becslése egészségügyi dokumentálásának legfontosabb elemeit. Az első lépés azonban mindig a segítőnek a szuicidiumhoz, veszteséghez, krízishez való viszonyulásával való munka kell hogy legyen.

Jelen esetben is így történt: az esetvezető szakember ebben a folyamatban a saját viszonyulásán dolgozott elsőként. Ezt követhette annak átgondolása, hogyan lehet egyetemi és tanácsadási környezetben szuicid krízisben lévő kliensnek segíteni, megtenni vele a szükséges lépéseket a gyógyulása érdekében, akár külföldi állampolgárok esetében is.

Már közvetlenül az ülést megelőzően is érdemes előkészülni. Itt áttekinthetjük, hogy mit tudunk előzetes információként a kliensről. Hogyan keresett fel bennünket, pontosan hogyan írja le a helyzetét. Ha van előre felvett kérdőív, a kiértékelés és pontszámok szintén információt adnak a kliens jelenlegi állapotáról.

Végül előkészíthetjük az üléshez szükséges eszközöket: a szuicid becslőskálát, a területileg illetékes kórház és a krízisambulancia elérhetőségét, mentők telefonszámát. Ezekkel nagyban megkönnyítjük saját munkánkat. Ha nem tudunk előre felkészülni, mivel nem számítunk arra, hogy az érkező kliensünk krízishelyzetben van, szintén fontos lehet, hogy eszköztárunkban legyenek meg a szükséges tesztek és becslőskálák, emellett legyünk tisztában a munkahelyünk közelében elérhető klinikai ellátóhelyekkel.

A lelkeség-szolgálatok mintájára kríziskezelés esetén a Hallgatói Tanácsadási Osztályon a szakembert mindemellett segíti egy kollégája (LESZ, 2020), aki elérhető az ülés alatt, így a segítő ezzel is készült ebben az esetben, egyeztetett a csapattal, hogy ki tudja majd segíteni, ha szüksége lenne rá.

A tanulmány egy konkrét, valós esetpéldán keresztül mutatja be a tréning és a protokoll hatását, valamint a munka folyamatát egy szuicid krízisben lévő hallgató megsegítése során. A tanulmány elkészítéséhez és megjelenéséhez a hallgató írásos beleegyezését adta.

### 3.3. Az eset bemutatása

A kliens, Diana (álnév) külföldi származású nő. A tanácsadás, a klienssel való levelezés és a bejelentkező kérdőív nyelve angol volt. A bejelentkezéskor valamennyi kérdőívben magas pontszámot mutatott (GAD-7: 18, BDI9: 25, HS: 20, BDI21 9. tétele: 2, ld. 1. táblázat). A bejelentkező az általa kitöltött kérdőív alapján korábban depresszió diagnózissal rendelkezik, és gyógyszeres kezelés alatt áll, ami növelheti a szuicid kockázatot krízishelyzetben (Ng és mtsai, 2017; Zeng és mtsai, 2018). Gyermekkorától fogva expresszív motoros beszédzavara van. Bejelentkezése okaként párkapcsolati szakítást és hazájában a családtagjai kórházba kerülését jelölte meg. A teszteredményekkel, leírt problémájával és diagnózisa feltüntetésével együtt indokolttá vált Diana gyors behívása. Az egy alkalmas pszichológiai tanácsadási ülés 2024 tavaszán történt a Hallgatói Tanácsadási Osztály

csapatának egyik pszichológus kollégájával. Az időpont-egyeztetés gyorsan és gördülékenyen zajlott, a kliens koherensen és érthetően kommunikált.

1. táblázat A kliens bejelentkező kérdőívben kitöltött pontszámai és eredményei

A skála/kérdőív elnevezése	Maximális pontszám	Elért pontszám	Pontszám alapján eredmény
Generalizált Szorongásos Zavar Skála	21	18	Súlyos szorongás
Rövidített Beck Depresszió Kérdőív	27	25	Súlyos depressziós állapot
Reménytelenség Skála	20	20	Súlyos reménytelenség
Öngyilkossági szándék	3	2	Középsúlyos szuicid ideák

## 4. A KRÍZISINTERVENCIÓS ALKALOM

### 4.1. Aktuális állapot

A kliens 21 éves egyedülálló nő, már a bejelentkezéskor, majd személyesen is jelezte, hogy expresszív motoros beszédzavara van, ami nem volt jelentős akadály a segítő számára a beszélgetésében és önmaga kifejezésében sem, de a kliens ezt kapcsolati nehezítettségként éli meg. Megjelenése tiszta, rendezett, kissé fáradt tekintetű, halk szavú, a megbeszélte időpontról 20 percet késett az épületben való tájékozódási nehézsége miatt. Ezt krízisre utaló jegyként is értékeljük, zaklatottságot, figyelmi deficitet, összerendezetlenséget sejtet (Szeifert, 2022).

Tanulmányai révén két éve tartózkodik Magyarországon, mérnök alapszakon tanul. Albérletben lakik a fővárosban, két magyar származású nővel, akikkel elmondása szerint nem jó a kapcsolata. Szülői támogatásából és ösztöndíjból él, ami fedezi ugyan a havi kiadásait, de félretenni nem tud. Tanulmányaival elmaradásban van, várhatóan még két év lesz számára az alapképzés elvégzése.

Két barátot nevez meg: egyikük egyetemi szaktársa, a másik nem Budapesten él. A barátkozásban elmondása szerint beszédzavara is korlátozza, mivel nehezen beszél ismeretlenekkel, ami kellemetlen a számára. Két hete ért véget egy hosszabb párkapcsolata, ami érzelmileg nagyon megviselte. A fiú lakásában töltötte legtöbb idejét, saját albérletében nem érzi magát otthon. A kapcsolati veszteség után nem sokkal tudta meg, hogy édesapja és nagymamája is kórházba kerültek a szülőhazájában, ezeket nevezi meg a krízishelyzet és az öngyilkossági készítés kiváltójának. Beszámolója szerint a szakítást követő pár napban nem tudott magáról gondoskodni, nem tisztálkodott, nem evett, alvása rendszertelen és minimális volt, nehezen hagyta el a lakást.

Az alvási problémák jelenleg is fennállnak, nehezen alszik el, sokszor felébred. A tisztálkodásra figyel, igyekszik táplálkozni, bár éhségérzete nincs, jelenleg napi egyszer étkezik. Ezek a tünetek diagnosztikus értékűek, hiszen az egyetemi hallgatók esetében is bizonyított, hogy az étkezés és a testmozgás hiánya szoros összefüggést mutat a rossz mentális állapottal (Grasdalsmoen és mtsai, 2020; Auttama és mtsai, 2021).

Jelenleg szabadidejében közösségimédia-tartalmat fogyaszt, ami krízishelyzetben szintén fokozhatja a szuicid gondolatokat (Jasso-Medrano & López-Rosales, 2018).

A kapcsolati veszteség és az aggodalmat okozó negatív otthoni események óta a tanulmányaival igyekszik elterelni figyelmét, azonban koncentrációs nehézségről, memóriadeficitről számol be, ami olykor a napi történéseket is érinti. Ez a krízis által beszűkült és depresszív állapot befolyásolhatja a tanulási készségeket és a memória működését, főként a rövidtávú memória esetében (Aprilia & Aminatun, 2022). Diana azt tapasztalja, hogy hiába tanul, mégsem tudja felidézni az anyagot.

## 4.2. Kórelőzmény és családi háttér

Már középiskola elején megfigyelhetőek voltak a kliens depresszív tünetei. Elmondása szerint szülei elhanyagolták, saját kérésére végül egy rokona vitte pszichiáterhez. Depresszió diagnózist és gyógyszeres terápiát kapott, amelyet a szülők nem támogattak, ezért a kezelés abbamaradt. Ezt követően, még ugyanígy középiskolás kora elején volt az első öngyilkossági kísérlete, amelyről hosszasan mesél az ülésen. Korábban kiváltott gyógyszereit vette be. A történetben kiemelt volt számára az anyja elutasító reakciója, a történetet leginkább az anyjával való kapcsolati konfliktusként, meg nem értettség érzésével jeleníti meg. Hangsúlyos volt a kliens számára az anyától várt érzelmi támogatás hiánya, ami a bizonytalan, ambivalens kötődést veti fel. Ez a történet egy indulattal teli eltávolodást eredményezett kettejük kapcsolatában – jelenleg édesanyjával semlegesnek, „nem jónak” írja le a kapcsolatát –, ami hatással lehet a jelenlegi érzelmkifejezési nehézségeire és a jelenlegi pozitív gondolatok hiányára is (Fang és mtsai, 2019).

Apjával sincs jó kapcsolata. A szülők 15 éve elváltak, apjával ritkán beszél, anyjával és húgával él. Az apa szerencsejáték-függő, egzisztenciális problémái vannak, a kliens szerint nem megbízható. Impulzív személynek írja le, ami a szülők válásának is oka volt. Az apa újraraházasodott, a kliensnek apai ágon három féltestvére van, akiket nem ismer. Húga (18) súlyos autizmus spektrumzavarral diagnosztizált, állandó segítségre és ápolásra szorul, tanulmányában akadályoztatott. A kliens az „egészséges” gyermek a családban. Beszédzavarát, ami a válás és az iskolakezdés idején kezdődött, elmondása szerint a szülők nem vették komolyan, kezelésben nem részesült. Ezek alapján feltételezhető, hogy a kliens nem rendelkezik biztonságos kötődéssel. A bizonytalan kötődési stílus és a diszfunkcionális attitűdök pedig növelik krízishelyzetben a szuicid gondolatokat, és negatív hatással vannak az értelemfókuszú megküzdésre is (Rohani & Esmaeili, 2020).

Diana egy évvel ezelőtt önállóan is felkeresett pszichiátert magánúton Magyarországon, aki szintén gyógyszeres terápiát (Sertalin) javasolt depresszió diagnózis mellett. A magas költségekre hivatkozva azonban a kontrollvizsgálatra nem ment vissza, a gyógyszert rendszertelenül szedte és szedi jelenleg is.

## 4.3. Kockázatfelmérés: a segítő tapasztalatainak objektív összegzése

A szuicid felmérés ezután következett a *Rövid Kockázatbecslő Skála*<sup>5</sup> öngyilkossági kockázatfelmérő része alapján (Kárpáti és mtsai, 2019) (ld. 2. táblázat).

**2. táblázat** A kliens Rövid Kockázatbecslő Skála öngyilkossági kockázatfelmérő részén elért pontszámai és eredményei

Statikus faktorok	Értékelés	Dinamikus faktorok	Értékelés
Korábbi öngyilkossági kísérlet(ek)	Igen (1)	Öngyilkossági gondolatok	Igen (2)
Korábbi önsértés	Nem (0)	Öngyilkossági terv/ szándék	Nem (0)
Szuicid előzmény a családban	Nem (0)	Erős szorongás, agitáció	Igen (2)
Major pszichiátriai kórkép	Igen (1)	Reménytelenség/ coping mechanizmusok hiánya	Igen (2)
Súlyos testi betegség/ fogyatékoság	Igen (1)	Megterhelő életesemény a közelmúltban	Igen (2)
Különvált/ elvált/özvegy	Igen (1)	Önkontroll képességének csökkenése	Igen (2)
Munkahely elvesztése/ nyugdíjas	Nem (0)	Jelenlegi kóros alkohol-/ szerhasználat	Nem (0)

*Megjegyzés:* az öngyilkossági rizikó szintje: <7 alacsony, 7–14 közepes, >14 magas.

*Statikus faktorok:* A statikus faktorok közül fontos, hogy beszédzavarral rendelkezik, volt néhány évvel ezelőtt öngyilkossági kísérlete, és a párkapcsolata most ért véget. Önsértés nem volt, és nem tud családon belül szuicid előzményről. Korábbi kórelőzményként depresszió diagnózis szerepel.

<sup>5</sup> Letöltve: 2025. 05. 11-én: <https://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2015/09/S%C3%BCrg%C5%91ss%C3%A9gi-pszichi%C3%A1tria-I-2.-t%C3%A1bl%C3%A1zat-R%C3%B6vid-Kock%C3%A1zatbecsl%C5%91-Sk%C3%A1la.pdf>

*Dinamikus faktorok:* Vannak öngyilkossággal kapcsolatos gondolatai, amelyek két héttel ezelőtt voltak igazán élénkek, mostanra elhalványultak. Konkrét szuicid terve, szándéka nincsen, azon azonban el-gondolkozott, milyen eszközre lenne szüksége az öngyilkosság végrehajtásához. Gyógyszerekről és vénásan beadható, fájdalommentes szerekre fantáziál. Nem tudja, és nem is foglalkoztatja, hogyan lehetne beszerezni őket, és jelenleg nincs semmi olyan a birtokában, amivel ártani tudna magának. A közelmúlt megterhelő életeseményei és a nagy fokú reménytelenség, illetve az önkontroll csökkenése további rizikófaktorok.

Összességében Diana állapota a skála alapján közepes, szinte már magas (14 pont) kockázatúra értékelhető.

#### 4.4. Stabilizációs fázis

Krízisben lévő kliensnél elsődleges a rapport kialakítása, a jó kapcsolat gyors kiépítése (Roberts & Ottens, 2005). Az ülés kezdetén segítőként együttérzően lehetett követni a precipitáló események feltárulkozását, és támogatni közben a klienst (Golan, 1978). A kliens kezdeti figyelmének fókuszában a párkapcsolati szakítás állt, a veszteség, a hiány és aggodalom, a konkrét történet felidézése, a jelenlegi állapotáról megosztott érzései. A szuicid becsüléskála felvétele után elmondja, úgy érzi, nincs már remény, hogy jobb lesz az élete és eljutott arra a pontra, hogy nem szeretne holnap arra ébredni, hogy újból elbukott az életben, mivel nem képes teljesíteni az egyetemen, és nem tud a magánéletében sem kiteljesedni. Szeretné, ha ennek vége lenne, „nem fél nem létezni”. Itt fontos a negatív érzések, indulatok, félelmek megoszthatósága, ez egy sorsközösség-vállalássá alakul, amiből el lehet indulni az információátadás és az adaptív coping mechanizmusok kiépítése felé. Biztonságban kifejezhetőek lettek a kliens számára a gondolatai és az érzései, amihez aktív figyelemre és empátiás jelenlétre volt szükség (Roberts & Ottens, 2005).

A kliens elmondja: ami visszatartja az öngyilkosságtól, az az, hogy lát egy minimális reményt önmagában, hogy a helyzete jobbra fordul. Tudjuk, hogy a kismértékű életcél és az élet értelmének megtalálása protektív faktor lehet az öngyilkossággal szemben (Lew és mtsai, 2020).

Fontos tudnunk, hogy az ülés alatt jelen van a segítő félelmének és bizakodásának küzdelme is: a sok kockázat, bizonytalanság, a felkavaró áttételi és saját érzések intenzív lélektani munkát igényelnek a segítőtől is az ülés alatt. Ebben az esetvezetésben is tetten érhető ez a segítő fantáziáiban. Például itt a remény esetén láthatjuk úgy, hogy Diana esetében ez nem jelentős, jelenleg a mindennapjaiban sem találja a célokat, nehéz bízni egy apró kijelentésben. Vagy azt is tudjuk például, hogy ő egy számára idegen országban él itt Magyarországon, ahol etnikai kisebbség tagja, ami miatt szintén nagy az aggodalom a segítőben. Ugyanakkor megszólal a bizakodás hangja is, hogy a reményre a kliens tett utalást, tehát jelen van, támaszkodhatunk rá. És tudjuk tapasztalatból és szakirodalomból egyaránt, hogy nem az etnikai kisebbség érzése, hanem sokkal inkább az életcél hiánya okozza a külföldi hallgatók esetében a szuicid gondol-

atok és krízishelyzet kialakulását (Hong és mtsai, 2024) – ahogy esetünkben is. A két kiragadott példán túl, az ülés során számos hasonló ambivalenciával küzdenek egy-egy krízisintervenció beszélgetés során a segítők.

Mégis, a segítőben megjelenő ambivalenciára történő reflektálás mellett érdemes a kliens figyelmét fokozatosan az adaptív megküzdési mechanizmusok facilitálása felé fordítani, ezzel az implementációs fázisba segítve a folyamatot (Golan, 1978).

Az ülés ezen pontján előkerülnek korábbi megküzdési tapasztalatok, érdeklődési körök, erőforrások. Középsúlyos korában több tevékenység is volt, amit Diana hobbiszinten űzött: hangszeren játszott, verseket írt, sportolt, általánosságban szerette a művészeteket. A korábbi és jelenlegi segítségkérései is aktív megküzdésről tanúskodnak: tett azért, hogy jobban legyen. Ezek a protektív tényezők (Bruns & Letcher, 2018), amelyek átszínezik a jelen beszélgetést is, és újabb erőforrásokat mozgatnak meg.

A kliens itt azon gondolkodik, hogy szeretne diákmunkát vállalni. A felmerülő tervekről lehet a realitásban beszélgetni, arról is, hogy most a gyógyulás az elsődleges cél, és azután lesz majd képes munkát vállalni, amely gondolat be- és elfogadható volt a kliens számára. Diana megfogalmazza, hogy egyrészt nincs olyan állapotban, hogy munkába tudjon állni, másrészt tenni szeretne azért, hogy ez megvalósulhasson. Ez a jövő perspektíva fordulópont az interjú során: a kliens a beszűkültsége helyett már belső motivációt és jövőre irányuló tervet tud megfogalmazni. Ebben a realitást képviselve megerősítő és támogató a segítő. A bizalom kiépült, a kliens állapotára fókuszáló megoldáskeresés is lehetővé vált. Lehet objektíven beszélgetni a jelen helyzetről és a szükséges/lehetséges megoldásokról, lépésekről.

#### 4.5. Döntés a kezelési tervről

Az ülésen elhangzottak alapján az adott szakember a klienssel együtt gondolkodva ezen a ponton mérlegeli, hogy pontosan milyen segítségre lenne szüksége a kliensnek. Összegeztük, hogy Diana két éve tartózkodik itt Magyarországon, távol az otthonától. Több éve depresszióval diagnosztizáltak, ami kezeletlen maradt, két hete pedig olyan életesemények történtek vele, amelyek krízishelyzetet idéztek elő nála (szakítás, közeli rokonai kórházi kezelése). Ez idő alatt a kezdeti pár napban nem volt önálló, de azóta javulás figyelhető meg ezen a területen. Emellett az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatai is a szakítás után voltak a legintenzívebbek, viszont most is jelentős szuicid rizikóval rendelkezik. A kockázatbecslésben további segítség lehet a Rihmer és munkatársai (2017) által kidolgozott Rövid Szuicid Kérdőív. E kérdőív alapján az elsődleges kockázati tényezők közül csak a családi előzmény 0 pont, viszont a jelenlegi pszichiátriai betegség, a reménytelenség és a korábbi öngyilkossági kísérlet megjelent (ld. 3. táblázat). Másodlagos kockázati tényezőről szintén beszámolt a kliens, mivel akut stresszorok érték. A harmadlagos kockázati tényezők (a férfi nem és az idős kor) esetünkben nem relevánsak. Ezek alapján kifejezett szuicid veszélyben van a kliens.

A szakember valamennyi információ birtokában konzultált azzal a kollégájával, aki elérhető volt mint külső segítség az ülés alatt, és akivel tudott egyeztetni ezen a ponton. Arra a döntésre jutottak, hogy a klienst a kórházi sürgősségi ellátás felé irányítják.

### 3. táblázat Összesítés a felmérésről

Megfigyelés ideje	Tényező megnevezése	Szucid rizikó mértéke
Előzetes információk	Bejelentkező pontszámok és szöveg	Közepes/súlyos
	Depresszió diagnózis	Közepes
Ülés alatt szerzett információk	Szociális háló hiánya	Közepes
	Megterhelő életesemények	Súlyos
	Szucid gondolatok megléte	Közepes
	Memóriazavar	Közepes
	Kilátástalanság élménye	Súlyos
Hobbik és minimális remény mint protektív faktorok	Közepes	
Rövid Kockázatbecslő Skála	Statikus és dinamikus faktorok	Közepes/Súlyos
Elsődleges kockázati tényezők	Jelenleg fennálló pszichiátriai kórkép, reménytelenség és korábbi öngyilkossági kísérlet	Súlyos
Másodlagos kockázati tényezők	Akut stresszor	Súlyos
Harmadlagos kockázati tényezők	Nincs jelen	0 pont
<b>Összesített becslés</b>	<b>Fennálló szucid veszély</b>	<b>Közepes-súlyos szucid krízis</b>

*Megjegyzés:* Az elsődleges, másodlagos és harmadlagos kockázati tényezők felméréséhez ld. a *Rövid Szucid Kérdőívet* (Rihmer és mtsai, 2017).

### 4.6. Implementációs fázis és kezelési terv

A kockázatbecslés után a javasolt terv átbeszélése következik a klienssel, ahol felléphet ellenállás a krízisben lévő személyben. Diana nem fogadta el elsőre a kórházi ellátással

kapcsolatos javaslatot, ijesztő volt számára az esetleges hospitalizáció lehetősége, és a helyzet súlyosságával való szembeesés. Ez az ellenállás a segítőben feszültséget okozott, mivel szakmailag úgy látta, hogy ez valóban indokolt. Az elutasítás eszköztelenné tette őt, ami indulatot és szorongást is keltett benne. Fontos volt felismerni, hogy ez egy viszontlátéti érzés is, ami tükrözi Diana bizonytalan állapotát. A kialakult rapport, a hiteles jelenlét viszont lehetővé tette, hogy a segítő kihangsúlyozza, szakmailag miért ez a legmegfelelőbb segítség a kliens számára, és közösen megbeszéljék, mi lenne a legjobb ebben a helyzetben. Diana végül elfogadta a javaslatot, és beleegyezett a kórházi kezelési lehetőségbe. A segítő ezen a ponton telefonon egyeztetett az illetékes kórházzal, ami megkönnyítette a krízisben lévő személy fogadását, előkészítve azt az intézmény részéről is. A kórház illetékes munkatársa validálta a sürgős kezelés létjogosultságát, és megerősítette a kliens aznapi fogadását.

Nehezítő körülmény lépett fel ezen a ponton. Diana nem rendelkezett tajkártyával, hanem egy olyan magánbiztosítása volt, amely nem fedezte a mentális egészségügyi ellátást. Megtakarítása nem volt, ezért végül ellenállt a kórházi kezelésnek, mivel úgy gondolta, hogy ha most tartozást halmoz fel, az még nagyobb krízisbe sodorja. Ez szintén nehéz helyzetet teremtett a segítő számára. Közösen mérlegelték a kockázatokat és azt, hogy mennyire képes a kliens önállóan cselekedni és pénzügyi forrást bevonni. Ez lehetővé tette egy megállapodás születését a kliens és a szakember között. Ebben a helyzetben több tényezőt kellett mérlegelni, de fontos volt szem előtt tartani, hogy a kimenetel/megoldás mindig egy kollaborációs folyamat (Testoni és mtsai, 2021). A megállapodás írásban is rögzítésre került, miszerint Diana nem tanúsít semmilyen súlyos önkárosító vagy önsértő magatartást, emellett megtesz minden tőle telhetőt, hogy bekerüljön az ellátórendszerbe (finansziális támogató keresése, országa nagykövetségének felkeresése). Támogató személy bevonására ezen a ponton nem került közvetlenül sor, viszont a szakember hangsúlyozta protektív faktorként a barátok bevonásának megfontolását a kliens részéről.

### 4.7. Utólagos egyeztetés, segítő személy bevonása

Az alkalmat követően Diana még aznap felkereste a nagykövetségét, akik biztosították támogatásukról. Ehhez viszont további egyeztetést kértek tőle a kórházzal kapcsolatban, amihez a nyelvi akadályok miatt további segítő bevonására volt szükség, akit az egyetem biztosított a kliens számára. Dianát a segítő kapcsolat tudja a továbblépésben megerősíteni, a krízishelyzetben a kialakult, megbízható kapcsolat fontos a számára. A kliens egyedül még nem képes lépéseket tenni, idő, mire valakiben megbízik. Ahogy korábban a pszichiáter felkeresésénél is, külső segítséggel tudott csak cselekedni. A krízismátrixban lévő személynek sokszor az első lépést megtenni a legnehezebb, és gyakorta nem tudják, hogy hová fordulhatnak segítségért, vagy nem tudják önállóan megtenni a szükséges lépést ehhez (Stradomska, 2019). Ugyanakkor fokozatosan az önállóság erősítése a cél, nem az aktív segítői bevonódás (Cox és

mtsai, 2021), ezért a klienst a segítő abban tudta megerősíteni, hogy forduljon az egyetemi segítő csoporthoz, akik támogatják a következő lépésekben. Sokszor nehéz a segítő számára az önálló cselekvés felé terelni a krízisben lévő klienst, mivel mérlegelni kell, hogy mennyit tud felvállalni a kliens éneje, ami olykor ambivalens érzéseket kelt (pl. kliens ellenállása miatti düh, félelem, szeretet). A tanácsadó itt bizonytalan volt abban is, kell-e még valamit tennie. Az ilyen érzések miatt az eset utáni szupervízió különösen fontos, hogy segítse átlátni a segítő számára a sok viszontlátéti érzést.

#### 4.8. Dokumentálás

Az eset kapcsán több fontos szempontot is szükséges írásban rögzíteni (Cramer és mtsai, 2013). Az információs alkalom előtt a segítő dokumentálta a bejelentkező kérdőívben kapott pontszámokat, a kiértékelés eredményeit és a depresszió diagnózisát. Az ülés során dokumentált minden elhangzott információt, amelyet a találkozás után rendszerezni kell. Leírásra kerültek a kórelőzménnyel kapcsolatos információk, tünetek, protektív faktorok és a kockázatbecslésnél használt skálák, mérőeszközök. Utóbbi esetében hasznos, ha az eredeti, kitöltött példány is csatolásra kerül. Fel kell jegyezni és átláthatóvá tenni a szubjektív, kliens által megélt, és az objektív adatokat, a skálák eredményét és a konkrét öngyilkossággal kapcsolatos tények meglétét. Fontos rögzíteni, hogy a kríziskezelés során milyen egyéb segítség bevonására került sor, esetünkben a kollégával való egyeztetés és a kórház felkeresése. Mindez szakmai szempontból és az esetlegesen később felmerülő kérdések kapcsán is elengedhetetlen lépés.

#### 4.9. Jogi szabályozás

Az eset kezelése során a tanácsadó figyelembe vette az erre vonatkozó szabályokat, és a tőle telhető lehető „legnagyobb gondossággal” járt el a kríziskezelés során az 1997. évi Egészségügyi törvény 77. § (3) bekezdése<sup>6</sup> alapján, amely törvény és a kliens beszámítható állapota megengedte az együttműködést és a kliens önálló aktivitását. Emellett a dokumentáció tartalmazza a jogilag fontos elemeket: a tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot, a szuicid rizikó felmérését, kiértékelését és az egyéb fontos körülményeket, amelyek hozzájárultak az eset végkifejletéhez. A külső segítség

bevonásakor törekedni kell a tiszta és érthető kommunikációra, ami kizárólag az eset releváns részéről szól, ez szintén védi a klienst. Végül az intézmény által meghatározott GDPR szabályok mentén kell az esetet tárolni, ami szintén megtörtént.

#### 4.10. Öngondoskodás

A kliens öngyilkossági szándéka, esetleges befejezett öngyilkossága nagy hatással van a segítő mentális állapotára (Van Der Hallen, 2023), ezért foglalkoznia kell saját magával is a krízisintervenciót követően. Felmerülhet a szakemberben kétely a saját szakmaiságával kapcsolatban, hogy vajon a legmegfelelőbb módon segítette-e a klienst, vagy valamit esetleg másképp kellett volna cselekednie (Reeves & Mintz, 2001), ami a bemutatott esetvezetés során szintén megjelent a segítőben. Dolgozni kellett a segítőnek a rumináló gondolataival, amelyek arra a szorongásra vonatkoztak, hogy nem tudta közvetlenül kórházi ellátásba segíteni a klienst, a fokozott szuicid rizikó ellenére sem. Beszámolt arról, hogy ez az eset jobban megviselte, mint eddigi tanácsadási folyamatai. Nem tudta aznap teljesen lezárni az ezzel kapcsolatos gondolatait, a következő 2–3 napban még foglalkoztatta az eset, alvására is hatással volt ezekben a napokban, ami végül magától rendeződött. Tudta, hogy a tanácsadás során megtett mindent, az ülés során nem lépett fel benne a saját szakmaiságával kapcsolatos kétely, viszont utána ez is foglalkoztatta. Az utólagos egyeztetés a kríziskezelés utáni napon történt e-mailben. A kliens koherens válaszai egyrészt megnyugtatták, másrészt újból felléptek az ambivalens és áttéti érzések, valamint az esettől való „szabadulni vágyás” érzése is. Ezért fontos a kríziskezelés utáni peer intervenció és egyéni szupervíziós megsegítés. Ezeket a szakember a munkahelyén igénybe tudta venni, ami segítette átlátni, hogy megtette a szükséges lépéseket a folyamatban a kliens biztonsága és ellátása érdekében, így végül belső megnyugvást talált a szakmaiságával kapcsolatban, és le tudta zárni magában az esetet.

### 5. A FOLYAMAT ÁTTEKINTÉSE

A szuicid ellátás kompetenciák mentén történő megvalósulását jelen esetben Cramer és munkatársai (2013) nyomán a 4. táblázatban foglaltuk össze.

<sup>6</sup> Hozzáférés: 2025. 06. 24-én: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>.

**4. táblázat** Összesítés az eset kezeléséről és a Cramer és munkatársai (2013) által rendszerbe foglalt kompetenciák megvalósulásáról

Kompetenciák	Megvalósulás
1. A segítő legyen tisztában a saját hozzáállásával és reakcióival az öngyilkossággal kapcsolatban!	Cramer és munkatársai (2013) alapján Bérdi Márk képzésén részvétel, ahol lehetőség volt a segítő önismereti tényezőinek feltárására is.
2. Legyen együttműködő és empatikus a segítő hozzáállása a klienshez!	A kórelőzmény figyelembevétele, biztonságos környezet kialakítása a kliens számára a megosztáshoz, és végül az akut kórházi kezelés helyett közös megállapodás.
3. A segítő ismerje és fel tudja mérni a bizonyítékokon alapuló kockázati és védő tényezőket!	Depresszió diagnózisa, párkapcsolati szakítás, közeli családtagok kórházi kezelése, gyenge szociális háló, becsüléskála szerinti közepes-súlyos szuicid ideák mellett korábbi hobbik, munkavállalás iránti igény, tanulás, néhány baráti kapcsolat.
4. A segítő képes legyen részleteiben feltárni az aktuális öngyilkossági tervet, gondolatokat, szándékokat!	Korábbi kísérlet, jelenleg nincs konkrét terv vagy eszköz a kliens kezében, de több gondolat az öngyilkosság kivitelezésének módjáról, nem tudna ártani magának, amit írásba is adott.
5. A segítő tudja meghatározni a személyre szabott szuicid kockázati szintet!	Közepes-súlyos rizikó, kórházi kezelés javasolt.
6. A segítő legyen képes együttműködő, bizonyítékokon alapuló kezelési terv kidolgozására és végrehajtására!	A finansziális helyzetre való tekintettel és a szerződés alapján támogató személyre javaslat és későbbi kórházi kezelés.
7. A segítő képes legyen a támogató személyek értesítésére és bevonására!	Konzultáció a kockázatbecslés során kollégával és az egyik budapesti sürgősségi krízisambulanciával.
8. A segítőnek alkalmasnak kell lennie a kockázatbecslés, a kezelési terv és a klinikai döntések indoklásának dokumentálására!	Beleegyező nyilatkozat és megállapodás iktatása, a krízis-intervenció ülés alatt írt jegyzet kiegészítése és rendszerezése, szuicid becsüléskála fizikai példányának esethez csatolása.
9. A segítőnek ismernie kell az öngyilkosságra vonatkozó jogi szabályozásokat!	Eütv. 77. § (3): „legnagyobb gondosság” elve, 1997. évi CLIV. Eütv. 188., 196. és 192. § a sürgősségi gyógykezelésbe vétel feltételei és a korlátozó intézkedések jogi háttere.
10. A segítőnek legyen lehetősége az azonnali kríziskonzultációra, öngondoskodásra!	Ventillálási lehetőség a segítő részéről szakmai team részvételével, majd intervíziós és szupervíziós megsegítés igénybevétele az esetkezelés utáni napokban.

**6. ÖSSZEFOGLALÁS**

A fiatal felnőttek, ezen belül is a felsőoktatásban részt vevők körében gyakori halálak az öngyilkosság (Várnik, 2012, WHO, 2019). A hazai egyetemisták 15%-a arról számol be, hogy már volt öngyilkossággal kapcsolatos gondolata a képzése során, emellett a hallgatók mentális állapotáról általánosságban elmondható, hogy az elmúlt években súlyosbodó tendenciát mutat (FETA, 2023). Ezért is fontos, hogy az egyetemen dolgozó pszichológusok felkészültek legyenek a szuicid krízisintervencióra a hallgatóknak nyújtott pszichológiai tanácsadás keretében.

Cramer és munkatársai (2013) kidolgoztak egy keretrendszert, amely 10 kompetencia mentén segít a szakembereknek helytállni a kríziskezelés során. Erre alapozva Magyarországon Bérdi Márk indított képzést (Bérdi & Cramer 2023; Bérdi és mtsai, 2024), aminek tapasztalatait az esztívő is beépítette a diáktanácsadóban végzett munkájába. Ezt illusztrálja jelen tanulmány egy valós, külföldi hallgató-nő példáján keresztül.

A Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen működő Hallgatói Tanácsadási Osztályra történő jelentkezés során a kitöltött kérdőívek és megfogalmazott problémakör mentén felmérhető a kliens szuicid kockázata, ezek alapján történik az esetvezetés, krízisintervenció, edukatív és információs fókusszal. A kockázatfelmérés alapján elmondható, hogy az itt bemutatott kliens állapota közepes-súlyos szuicid veszélyeztetettséggel volt jellemezhető.

A látható kockázatok ellenére a klienssel szerződni lehetett, hogy nem árt most önmagának, így a segítővel közösen egy cselekvési terv kidolgozása vált lehetővé, amire szintén szerződni lehetett. A kliens kapott további segítséget az ellátása megszervezéséhez. A szakember öngondoskodás és az eset szakmai átbeszélése céljából intervíziós és szupervíziós támogatást kapott.

Jelen tanulmány célja az volt, hogy bemutassuk a szuicid kockázatbecslés és ellátás folyamatát a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Hallgatói Tanácsadási Osztályán, valamint az előzetes felkészülés és képzés fontosságát nem klinikai környezetben. A bemutatott esetvezetés-

ből nyert tapasztalataink alapján a szuicid krízisben lévő kliensek fogadására is fel tudnak készülni az egyetemeken működő segítők, amihez a bemutatott 10 kompetencia keretrendszere megfelelő szakmai felkészülést tud nyújtani a segítő szakembereknek.

## 7. KITEKINTÉS

A folyamat és a kompetenciák mentén érdemes átgondolni a protokoll (1. ábra) továbbfejlesztési lehetőségeit és az esetkezelés lehetséges további aspektusait. A klienssel nem történt szoros utánkövetés, ennek lehetősége, előnye-hátránya továbbgondolást igényel. Az általunk követett protokoll szerint a kliens a folyamat lezárulta után be tud újra jelentkezni, aktív hallgatói jogviszonya mellett lehetősége van többszöri tanácsadási folyamatra is.

Az Egyetemen működő, külföldi hallgatókat segítő mentorcsapat feladata a nemzetközi hallgatók magyarországi teendőiben való nyelvi és szervezési segítség nyújtása. A Hallgatói Tanácsadási Osztály szoros kapcsolatot ápol a szervezettel, amelynek ugyan nem feladata a kríziskezelés, viszont a hallgatók kórházba való bejutásában és az orvosokkal való kommunikációban elengedhetetlen segítséget nyújt. Egy előzetes egyeztetés, az ezekre a speciális helyzetekre való felkészülés tovább erősítheti a szervezetek közötti sikeres együttműködést.

A képzés és a tudás átadása eddig egyszer valósult meg a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem pszichológusai számára. Az újonnan belépő kollégák kapnak a témával kapcsolatos háttéranyagokat és egyeztetési lehetőséget, viszont megfontolandó egy kidolgozott belső képzés létrehozása a pontosabb tudásátadásra és a felkészülés elősegítésére.

**Szerzői munkamegosztás:** A szerzők egyenlő részben járultak hozzá a tanulmány megírásához. Kissné Viszket Mónika főként a tanulmány elején szereplő elméleti háttér megírásában és az eset szupervizori kísérelésében vett részt, Bárány Dóra pedig, mint esetvivő, a tanulmány második felét, az esetismertetést részletezte. A szerzők a munka során kiegészítették a részeket, ezáltal közös munkát végeztek.

**Nyilatkozat érdeklődésről:** A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdeklődések.

### A rövidítések listája

ACS = acquired capability of suicide (szerzett öngyilkossági képesség)

BDI21 = Beck Depresszió Kérdőív

BDI-H = Beck Depresszió Kérdőív rövidített, magyar változat

GAD-7 = Generalizált Szorongásos Zavar Skála

HS = Reménytelenség Skála

## IRODALOM

- Aprilia, A., & Aminatun, D. (2022). Investigating memory loss: How depression affects students' memory endurance. *Journal of English Language Teaching and Learning*, 3(1), 1–11. <https://doi.org/10.33365/jeltl.v3i1.1719>
- Auttama, N., Seangpraw, K., Ong-Artborirak, P., & Tonchoy, P. (2021). Factors Associated with Self-Esteem, Resilience, Mental Health, and Psychological Self-Care Among University Students in Northern Thailand. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 1213–1221. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S308076>
- Beck, A. T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Becker, S. P., Foster, J. A., & Luebbe, A. M. (2020). A test of the interpersonal theory of suicide in college students. *Journal of Affective Disorders*, 260, 73–76. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.005>
- Bérdi, M. (2022). Az öngyilkosság-kutatás harminc éve Magyarországon: Bibliometriai elemzés. *Magyar Tudomány*, 183(8), 1044–1065. <https://doi.org/10.1556/2065.183.2022.8.8>
- Bérdi, M., & Cramer, R. J. (2023). Az öngyilkosság kockázatának becslése és kezelése: Egy kompetencia alapú megközelítés és egy tréning tervének bemutatása: I. Rész. *Pszichoterápia*, 32(3), 177–190.
- Bérdi, M., Márton, B., Selma, K. E. H., Kisdi, G., Safrankó, D., & Cramer, R. J. (2024). Az öngyilkosság kockázatának becslése és kezelése: Egy kompetencia alapú megközelítés és egy tréning tervének bemutatása. II. rész. *Pszichoterápia*, 33(1), 4–15.
- Bottomley, J. S. (2019). Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). *Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT) for Suicide Prevention*. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 79(1), 106–109. <https://doi.org/10.1177/0030222818823314>
- Bruns, K. L., & Letcher, A. (2018). Protective factors as predictors of suicide risk among graduate students. *Journal of College Counseling*, 21(2), 111–124. <https://doi.org/10.1002/jocc.12091>
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention*. Guilford Publications.
- Cox, D. W., Wojcik, K. D., Kotlarczyk, A. M., Park, M., Mickelson, J. M., & Klonsky, E. D. (2021). How the helping process unfolds for clients in suicidal crises: Linking helping-style trajectories with outcomes in online crisis chats. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1224–1234. <https://doi.org/10.1111/sltb.12804>
- Cramer, R. J., Johnson, S. M., McLaughlin, J., Rausch, E. M., & Conroy, M. A. (2013). Suicide risk assessment training for psychology doctoral programs: Core competencies and a framework for training. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/a0031836>
- Ellis, T. E., & Dickey, T. O. (1998). Procedures surrounding the suicide of a trainee's patient: A national survey of psychology internships and psychiatry residency programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(5), 492–497. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.5.492>

- Ellis, T. E., Green, K. L., Allen, J. G., Jobes, D. A., & Nadorff, M. R. (2012). Collaborative assessment and management of suicidality in an inpatient setting: Results of a pilot study. *Psychotherapy, 49*(1), 72–80. <https://doi.org/10.1037/a0026746>
- Fang, Y., Zeng, B., Chen, P., Mai, Y., Teng, S., Zhang, M., ... & Zhao, J. (2019). Mindfulness and suicide risk in undergraduates: Exploring the mediating effect of alexithymia. *Frontiers in Psychology, 10*, Article 2106. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02106>
- FETA (2015). *A felsőoktatási diáktanácsadás szakmai irányelvei, szakmai protokollja*. [https://www.feta.hu/sites/default/files/feta\\_felsooktatasi\\_diaktanacsadas\\_szakmai\\_protokollja\\_2015\\_0.pdf](https://www.feta.hu/sites/default/files/feta_felsooktatasi_diaktanacsadas_szakmai_protokollja_2015_0.pdf)
- FETA (2023). *Kutatási gyorsjelentés – Országos hallgatói mentális egészség felmérés 2023*. Letöltve: 2024. 06. 14-én: [https://feta.hu/sites/default/files/Kutat%C3%A1si%20gyorsjelent%C3%A9s\\_Orsz%C3%A1gos%20hallgat%C3%B3i%20ment%C3%A1lis%20eg%C3%A9szs%C3%A9g%20felm%C3%A9r%C3%A9s\\_2023.pdf](https://feta.hu/sites/default/files/Kutat%C3%A1si%20gyorsjelent%C3%A9s_Orsz%C3%A1gos%20hallgat%C3%B3i%20ment%C3%A1lis%20eg%C3%A9szs%C3%A9g%20felm%C3%A9r%C3%A9s_2023.pdf)
- Gnan, G. H., Rahman, Q., Ussher, G., Baker, D., West, E., & Rimes, K. A. (2019). General and LGBTQ-specific factors associated with mental health and suicide risk among LGBTQ students. *Journal of Youth Studies, 22*(10), 1393–1408. <https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1581361>
- Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*. Free Press.
- Grasdalsmoen, M., Eriksen, H. R., Lønning, K. J., & Sivertsen, B. (2020). Physical exercise, mental health problems, and suicide attempts in university students. *BMC Psychiatry, 20*(1), Article 175. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02583-3>
- Hasking, P., Boyes, M. E., Finlay-Jones, A., McEvoy, P. M., & Rees, C. S. (2019). Common pathways to NSSI and suicide ideation: The roles of rumination and self-compassion. *Archives of Suicide Research, 23*(2), 247–260. <https://doi.org/10.1080/1381118.2018.1468836>
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet, 379*(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hollingsworth, D. W., Slish, M. L., Wingate, L. R., Davidson, C. L., Rasmussen, K. A., O'Keefe, V. M., ... & Grant, D. M. (2018). The indirect effect of perceived burdensomeness on the relationship between indices of social support and suicide ideation in college students. *Journal of American College Health, 66*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1363764>
- Hong, J. H., Talavera, D. C., Odafe, M. O., Barr, C. D., & Walker, R. L. (2024). Does purpose in life or ethnic identity moderate the association for racial discrimination and suicide ideation in racial/ethnic minority emerging adults? *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 30*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1037/cdp0000245>
- Jasso-Medrano, J. L., & López-Rosales, F. (2018). Measuring the relationship between social media use and addictive behavior and depression and suicide ideation among university students. *Computers in Human Behavior, 87*, 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.05.003>
- Karner, O. (2016). Életvezetési tanácsadás az Eötvös Loránd Tudományegyetemen: A gyökerek és a jelen. In Kissné Viszket, M., Puskás-Vajda, Zs., Rác, J., & Tóth, V. (Szerk.), *A pszichológiai tanácsadás perspektívái – Tisztelgő kötet Ritoók Magda 80. születésnapjára* (pp. 2013–2018). L'Harmattan.
- Kárpáti, T., Rihmer, Z., Vandlik, E., & Blazsek, P. (Szerk.) (2019). *Kockázatbecslés és -kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban*. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest. Letöltve: 2025. 06. 22-én: <https://mek.oszk.hu/20900/20976/pdf/20976.pdf>
- Kissné Viszket, M., & Kiss, M. (2017). A pszichológiai tanácsadás kompetencia-rendszerei a hazai tanácsadó szakpszichológusi kompetenciák vizsgálatával. *Alkalmazott Pszichológia, 17*(4), 27–41. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2017.4.27>
- Kissné Viszket, M., & Kiss, P. (2016). A tanácsadó szakpszichológus kompetenciái. In Kissné Viszket, M., Puskás-Vajda, Zs., Rác, J., & Tóth, V. (Szerk.), *A pszichológiai tanácsadás perspektívái – Tisztelgő kötet Ritoók Magda 80. születésnapjára* (pp. 229–244). L'Harmattan.
- Kissné Viszket, M. & Mogyorósi, Zs. (2019). *A Pszichológiai Tanácsadás Szakmai Alapprotokollja 2017–2018*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Koren R. (2022). *Az Érzelmekre Fókuszáló Terápiás képzések észlelt hatásának vizsgálata Magyarországon* [Doktori disszertáció, Semmelweis Egyetem]. <https://doi.org/10.14753/SE.2022.2669>
- LESZ (2020). *A lelki elsősegély telefonszolgálatok szakmai irányelvei és protokollja*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Lew, B., Chistopolskaya, K., Osman, A., Huen, J. M. Y., Abu Talib, M., & Leung, A. N. M. (2020). Meaning in life as a protective factor against suicidal tendencies in Chinese University students. *BMC Psychiatry, 20*(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02485-4>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care, 46*(3), 266–274.
- Mitsui, N., Asakura, S., Takanobu, K., Watanabe, S., Toyoshima, K., Kako, Y., ... & Kusumi, I. (2018). Prediction of major depressive episodes and suicide-related ideation over a 3-year interval among Japanese undergraduates. *PLOS One, 13*(7), e0201047. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201047>
- Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Bantjes, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... & Vives, M. (2018). Suicidal thoughts and behaviors among first-year college students: Results from the WMH-ICS Project. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 57*(4), 263–273.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.018>
- Ng, C., How, C., & Ng, Y. (2017). Depression in primary care: Assessing suicide risk. *Singapore Medical Journal, 58*(2), 72–77. <https://doi.org/10.11622/smedj.2017006>
- Perczel-Forintos, D., Sallai, J., & Rózsa, S. (2001). A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica, 16*(6), 632–643.
- Perczel-Forintos, D., Sallai, J., & Rózsa, S. (2010). Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary. *Psychological Topics, 19*(20), 307–321.
- Pillay, J. (2021). Suicidal behaviour among university students: A systematic review. *South African Journal of Psychology, 51*(1), 54–66. <https://doi.org/10.1177/0081246321992177>

- Pitman, A., Kryszynska, K., Osborn, D., & King, M. (2012). Suicide in young men. *The Lancet*, 379(9834), 2383–2392. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60731-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60731-4)
- Reeves, A., & Mintz, R. (2001). Counsellors' experiences of working with suicidal clients: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(3), 172–176. <https://doi.org/10.1080/14733140112331385030>
- Rihmer Z. (2023). Öngyilkosság Magyarországon – A depresszió szerepe a területi különbségekben és a csökkenő szuicid halálozásban. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 25(1), 36–46.
- Rihmer, Z., Dome, P., Gonda, X., & Belteczki, Z. (2017). Assessing suicide risk based on a hierarchical classification of risk factors. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(3), 131–136.
- Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329–339. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhi030>
- Rohani, F., & Esmaeili, M. (2020). Psychological factors of vulnerability to suicide ideation: Attachment styles, coping strategies, and dysfunctional attitudes. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 50. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_260\\_19](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_260_19)
- Rózsa, S., Szádóczy, E., & Füredi, J. (2001). A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16(4), 384–402.
- Rudd, M. D., Cukrowicz, K. C., & Bryan, C. J. (2008). Core competencies in suicide risk assessment and management: Implications for supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(4), 219–228. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.4.219>
- Stradomska, M. (2019). Determinants of suicide attempts in a group of students – a preventive program at the university. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 19(3), 293–307. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2019.0031>
- Sullivan, G. R., & Bongar, B. (2009). Assessing suicide risk in the adult patient. In P. M. Kleespies (Ed.), *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization* (pp. 59–78). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11865-003>
- Szajcz, Á. (2012). Az analitikus kompetencia meghatározása és az átlátható értékelési rendszer. *Lélekelemzés*, 7(2).
- Szeifert, N. M. (2022). Krízisintervenció speciális helyzetekben, avagy a klinikai szakpszichológus szerepe a traumatológiai ellátásban. Elméleti összefoglaló és esetismertetés. *Magyar Traumatológia, Ortopédia, Kézsebészet, Plasztikai Sebészet*, 65(1–4), 53–60. <https://doi.org/10.21755/MTO.2022.065.0104.005>
- Szemán, D., & Karner, O. (2017). Tanácsadási modellek a felsőoktatási tanácsadásban – a hatalkalmas modell tapasztalatai. *Alkalmazott Pszichológia*, 17(4), 105–128. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2017.4.105>
- Szenes, M., & Ritoók, M. (2015). A felsőoktatási diáktanácsadás főbb tevékenységi területei. In Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület (Szerk.), *A felsőoktatási diáktanácsadás szakmai protokollja* (pp. 9–16). Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület. Letöltve: 2024. 07. 28-án: [https://www.feta.hu/sites/default/files/feta\\_felsooktatasi\\_diaktanacsadas\\_szakmai\\_protokollja\\_2015\\_0.pdf](https://www.feta.hu/sites/default/files/feta_felsooktatasi_diaktanacsadas_szakmai_protokollja_2015_0.pdf)
- Taylor, P. J., Dhirgra, K., Dickson, J. M., & McDermott, E. (2020). Psychological correlates of self-harm within gay, lesbian and bisexual UK university students. *Archives of Suicide Research*, 24(Suppl1), 41–56. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1515136>
- Testoni, I., Piol, S., & De Leo, D. (2021). Suicide prevention: University students' narratives on their reasons for living and for dying. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), Article 8029. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158029>
- Vadon, N., B., Raffaella, C., & Gonda, X. (2022). A szuicid prevenció és intervenció bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás lehetőségei. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 24(4), 170–179.
- Van Der Hallen, R. (2023). Suicide exposure and the impact of client suicide: A structural equation modeling approach. *Archives of Suicide Research*, 27(2), 426–438. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.2020190>
- Várnik, P. (2012). Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 760–771. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030760>
- Webb, K. B. (2011). Care of others and self: A suicidal patient's impact on the psychologist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 215–221. <https://doi.org/10.1037/a0022752>
- World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: Global health estimates*. Letöltve: 2024. 07. 26-án: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>
- Zeng, B., Zhao, J., Zou, L., Yang, X., Zhang, X., Wang, W., ... & Chen, J. (2018). Depressive symptoms, post-traumatic stress symptoms and suicide risk among graduate students: The mediating influence of emotional regulatory self-efficacy. *Psychiatry Research*, 264, 224–230. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.022>

**Open Access nyilatkozat:** A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID\_1)