



KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓI GYAKORLATBAN

Szerkesztette:

Kárpáti Tímea • Rihmer Zoltán • Vandlik Erika • Blazsek Péter

Kockázatbecslés és -kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban

Szerkesztette:

Kárpáti Tímea, Dr. Rihmer Zoltán, Dr. Vandlik Erika, Dr. Blazsek Péter

Kockázatbecslés és -kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban

Szerkesztette:

Kárpáti Tímea, Dr. Rihmer Zoltán, Dr. Vandlik Erika,
Dr. Blazsek Péter



Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Budapest, 2019

Szakmai irányítók:

Dr. Blazsek Péter (alprojekt vezető)
Dr. Rihmer Zoltán (alprojekt vezető)
Dr. Vandlik Erika (szakmai vezető)

Szakmai vezetők a konzorciumi partnereknél:

Dr. Frecska Ede (Debreceni Egyetem)
Dr. Kálmán János (Szegedi Tudományegyetem)
Dr. Fekete Sándor (Pécsi Tudományegyetem)
Dr. Tényi Tamás (Pécsi Tudományegyetem)

I–III. fejezeteket lektorálta:

Dr. Németh Attila (OPAI)

A kiadvány megjelenését
az Állami Egészségügyi Ellátó Központ,
mint projektgazda szervezésében megvalósuló
EFOP-2.2.0-16-2016-00008 azonosító számú
Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése című
kiemelt projekt biztosította.

ISBN 978-615-5502-27-9

Idézni a forrás megjelölésével lehet!

Ez az ebook a
„Kockázatbecslés és -kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban”
című nyomtatott könyv
(megjelent: Budapest 2019, ISBN 978-615-5502-26-2)
elektronikus kiadása.

A könnyebb olvashatóság érdekében eltávolítottuk az üres oldalakat,
az oldalszámozás változatlan.

TARTALOM

Előszó	10
Bevezetés	13
Szerzők	15
 I. FEJEZET: A PSZICHIÁTRIAI KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS CÉLJA, ALAPELVEI ÉS MENETE	
27	
1. Bevezető	29
1.1. Problémafeltárás	30
1.2. Definíció	30
1.3. A kockázatbecslés és kockázatkezelés célja	32
2. A kockázatbecslés és kockázatkezelés alapelvei	37
3. A kockázatbecslés és kockázatelemzés menete	43
3.1. Az azonnali életveszély kizárása	44
3.2. A kockázati tényezők azonosítása	44
3.3. A kockázati tényezők elemzése	45
3.4. A fontossági sorrend felállítása	48
3.5. Kockázatkezelési terv	49
3.6. A kockázatkezelési terv végrehajtása és ellenőrzése	50
 II. FEJEZET: RIZIKÓ- ÉS PROTEKTÍV TÉNYEZŐK FELMÉRÉSE ÉS KOCKÁZATKEZELÉS	
61	
4. Szuicídium	63
4.1. Bevezetés	64
4.2. Az öngyilkos magatartás epidemiológiája	65
4.3. A szuicid magatartás biológiai és pszichoszociális tényezői, („gén-környezet interakció”)	67
4.4. Öngyilkossági rizikófaktorok és protektív tényezők	69
4.5. Az öngyilkossági rizikó minimalizálása, megelőző stratégiák ..	79
4.6. Az egészségügyi és szociális ellátórendszer szerepe az ön- gyilkosság megelőzésében	83

5. Erőszakos magatartás, heteroagresszió	93
5.1. Bevezetés	94
5.2. Rizikófaktorok	98
5.3. Protektív faktorok	103
5.4. Kockázatkezelés	105
6. Elhanyagolás, önelhanyagolás, áldozattá válás	113
6.1. Bevezetés	114
6.2. Az önelhanyagolás rizikófaktorai	116
6.3. Önelhanyagolás, önellátás elégtelensége, áldozattá válás ..	118
7. Lélektani krízis, krízisintervenció	127
7.1. Bevezetés	128
7.2. Krízisek csoportosítása	129
7.3. Krízisek szakaszai	130
7.4. Krízisállapotban levő személy	131
7.5. Kommunikációs stratégiák, szempontok krízishelyzetben ..	131
7.6. Öngyilkossági veszélyeztetettség	134
7.7. Heteroagresszív veszélyeztetettség	136
8. Kockázatbecslés összegzés	143
 III. FEJEZET: KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS EGYES FŐBB	
KÓRKÉPEK SZERINT	151
9. Szkizofrénia, egyéb pszichózisok	153
9.1. Bevezetés	154
9.2. Rizikófaktorok	154
9.3. Protektív faktorok	159
9.4. Prevenció	160
10. Hangulatzavarok	165
10.1. Bevezetés	166
10.2. Klinikailag feltárható öngyilkossági rizikófaktorok a hangulatzavarokban	167
10.3. Szuicid magatartás szempontjából protektív faktorok hangulatzavarokban	175

10.4. A heteroagresszív viselkedés rizikófaktorai hangulatzavarokban	176
10.5. Szuicid prevenció hangulatzavarokban	177
11. Szorongásos és stresszhez társuló zavarok	187
11.1. Bevezetés	188
11.2. Rizikófaktorok szorongásos zavarokban	188
11.3. Protektív faktorok	195
11.4. Prevenció	195
12. Kémiai és viselkedési addikciók	201
12.1. Bevezetés	202
12.2. Kémiai addikciók	204
12.3. Viselkedési addikciók	206
12.4. Az aktuális kockázat felmérése	207
12.5. Jogi kérdések	208
13. Demenciák, organikus és időskori pszichiátriai kórképek	211
13.1. Bevezetés	212
13.2. Leggyakoribb demencia típusok kialakulásának gyakoriságát elősegítő és mérséklő tényezők	212
13.3. Depresszió – Demencia – Pseudodemencia	213
13.4. Diagnosztika menete	215
13.5. Pszichometria tesztetek	216
13.6. Enyhe kognitív zavar	216
13.7. A demenciák rizikófaktorai	217
13.8. Diogenész-szindróma	220
13.9. Biomarkerek jelentősége a korai diagnózisban és terápiában	220
14. Személyiségzavarok	225
14.1. Bevezetés	226
14.2. A kockázatbecslés általános kérdései személyiségzavarokban	227
14.3. Kockázatbecslés klaszter A személyiségzavarok, „különc” személyiségek esetén	230

14.4. Kockázatbecslés klaszter B személyiségzavarok, „dramatikus” személyiségek esetén	232
14.5. Kockázatbecslés klaszter C személyiségzavarok, „szorongó” személyiségek esetén	235
14.6. Összegzés	237
15. Neurodevelopmentális zavarok	239
15.1. Autizmus spektrum zavar	240
15.2. Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar	243
16. Lelki és testi komorbiditás	247
16.1. Bevezetés	248
16.2. A hangulat és szorongásos zavarok szomatikus komorbiditása	248
16.3. Komorbiditás és öngyilkossági rizikó krónikus testi betegségekben	252
16.4. Komorbiditás és a heteroagresszió, az önelhanyagolás és az áldozattá válás rizikója	253
16.5. Az öngyilkossági veszély, a heteroagresszió és az áldozattá válás rizikójának csökkentése komorbid állapotokban ..	254
 IV. FEJEZET: AZ EGYES FEJEZETHEZ KAPCSOLÓDÓ ELŐADÁSOK (OKTATÁSI SEGÉDANYAG)	259
17. Kockázatbecslés és -kezelés célja, alapelvei és módszertana ..	261
18. Öngyilkosság kockázatbecslése és megelőzése	281
19. Szakdolgozói teendők szuicídium vonatkozásában	341
20. Erőszakos magatartás és heteroagresszió kockázatbecslése ..	353
21. Elhanyagolás, önelhanyagolás, áldozattá válás kockázatbecslése és kezelése	371
22. Kockázatbecslés és elemzés lélektani krízis esetén, krízisintervenció	389

V. FEJEZET: FELADATGYŰJTEMÉNY	409
23. Ellenőrző kérdések	411
24. Válaszok az ellenőrző kérdésekre	423
Megoldókulcs	425
25. Esetismertetések	427
26. Esetismertetések – lehetséges megoldások	439
 VI. FEJEZET: REZIDENSEK A PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓBAN ..	453
27. Gondozó-specifikus tananyag a pszichiátriai szakképzésben ...	455
28. Veszélyhelyzetek és kockázatok megelőzése, és kezelése a gon- dozás során (rezidensek számára fejlesztett tananyagfejezet) ...	461
 VII. FEJEZET: KOCKÁZATLISTA ÉS ÚTMUTATÓ A KOCKÁZAT- LISTA HASZNÁLATÁHOZ	477
29. Útmutató a Kockázatlista használatához	479
29.1. A Kockázatlista célja, használatának alapjai	480
29.2. A Kockázatlista használata a gyakorlatban	481
29.3. Magyarázatok a Kockázatlista elemei értelmezéséhez ..	483
30. Kockázatlista	503
 VIII. FEJEZET: FÜGGELÉK	513
31. Mellékletek elérhetőségei, QR-kódok	514
32. Rövidítések jegyzéke	518
33. Tárgymutató	521
 Köszönetnyilvánítás, utószó	526

ELŐSZÓ

A 2017 februárjától induló Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése című projekt (EFOP-2.2.0-16-2016-00008) a pszichiátriai gondozás feltételeinek javítását és a hatékonyabb ellátást tűzte ki célul. A program konzorciumi keretek között, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) vezetésével a Debreceni Egyetem, a Szegedi Tudományegyetem és a Pécsi Tudományegyetem konzorciumi partnerekkel együttműködésben kerül megvalósításra. A projekt az Európai Unió Európai Regionális Fejlesztési Alap (ERFA) támogatásával a Magyar Állam társfinanszírozása mellett 4 mrd Ft forrásból infrastrukturális, eszköz- és orvosszakmai fejlesztéseket valósít meg. Az építészeti fejlesztések országosan 35 helyszínt érintően épületfelújítást, -bővítést és új építést foglalnak magukban. A gondozói területi egyenlenséget részben kompenzálандó, egyes érintett megyékben (Fejér megye, Szabolcs–Szatmár–Bereg megye) új gondozók is kialakításra kerülnek Mátészalkán, Kisvárdán és Mórón. Az infrastrukturális fejlesztések mellett szükségletfelmérésen alapuló eszközbeszerzésekre (orvostechnikai, informatikai eszközök, bútorok, pszichodiagnosztikai eszközök, multimédiás eszközök) kerül sor 73 helyszínen. A fejlesztés járóbeteg-ellátást érintő részeként pszichiátriai gondozóhoz kapcsolt Nappali Terápiás Részleg pilot működtetésére kerül sor, négy helyszínen (Nagykanizsán, Siófokon, Veszprémben, Zalaegerszegen).

A fejlesztés további alappilléret az orvosszakmai fejlesztések három, jól elkülöníthető területe képezi. Ezek alapvetően a pszichiátriai gondozóban folyó komplex betegellátást segítő, a szakmai munka színvonalát támogató fejlesztések. A pszichiátriai járóbeteg-ellátásban innovatív fejlesztés a pszichiátriai gondozóhoz integrált, reggeltől délutánig működő Nappali Terápiás Részleg (NTR) pilot kialakítása. Ennek célja a gondozás folyamatának segítése a pszichiátriai járóbeteg-ellátásban eddig nem elérhető ellátási forma lehetővé tételével. Ennek révén a súlyosabb állapotú betegek szorosabb megfigyelésére,

intenzívebb terápiájára, védett, támogató nappali környezet biztosítására, a kezelésben való együttműködés elősegítésére, és az állapotnak megfelelő aktivitás támogatására is lehetőség nyílik. Emellett a rehabilitációnak és a szociális készség fejlesztésének lehet hatékony eszköze, segítve a felépülés folyamatát.

Az orvosszakmai fejlesztés további részét képezi a pszichiátriai gondozók szakembereinek képzése, mely a pszichiáter szakorvosok, klinikai szakpszichológusok és a szakdolgozók számára biztosít akkreditált továbbképzéseket. A képzések ismeretanyagát is magában foglaló, a pszichiátriai gondozás elméletét és gyakorlatát leíró oktatási anyag kerül kialakításra a gondozói munka elméletének frissítése, egységesítése érdekében.

Az akkreditált pszichiátriai gondozók kialakításának előkészítését célozza az a program, mely során a gondozói akkreditáció eljárás rendjének szabályait, feltételrendszerét és működésének szempontjait készítik elő az ÁEEK és az érintett egyetemek szakemberei. Az akkreditált gondozók a tervezet szerint a rezidensképzésben alapvető szerepet játszanak majd. A pszichiáter rezidensképzés gondozói tematikájának hangsúlyosabbá tétele érdekében megújításra kerül annak elméleti és gyakorlati moduljának szakmai tartalma. Ennek érdekében a pszichiátriai rezidensek számára is készül tananyag a témában.

Kiemelt területe az orvosszakmai fejlesztésnek a kockázatbecslés és -kezelés módszer alkalmazásának elterjesztése a gondozói gyakorlatban. Ennek érdekében a projekt elméleti és gyakorlati ismereteket egyaránt magába foglaló akkreditált képzéseket biztosít a pszichiátriai gondozó szakemberei számára, melynek tudásbázisát a program során kifejlesztett tananyag képezi. A módszer a pszichiátriai betegségek legsúlyosabb következményeinek, így pl. az öngyilkosság, az önsértés, az agresszív magatartás, az önelhanyagolás és az áldozattá válás kockázatainak időben történő felismerését, csökkentését, lehetőség sze-

rinti megelőzését segíti. Az agresszív magatartás, az önelhanyagolás és az áldozattá válás a hazai gyakorlatban kevésbé népszerű témák, melyek kapcsán hiánypótló e kiadvány.

Kívánom, hogy a hazai szakemberek a napi munkájuk során használnal forgassák majd e könyvet.

Dr. Vandlik Erika

EFOP-2.2.0-16-2016-00008

Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése
projekt szakmai vezetője

BEVEZETÉS

Régóta ismert, hogy a felnőtt lakosság több mint tíz százalékát minden évben érintő pszichiátriai betegségek – főleg a fel nem ismert és kezeletlen esetek – a betegek és családtagjaik szenvedésén túl jelentős anyagi terhet rónak egyénre, családra és a társadalomra egyaránt. Azt is jól tudjuk, hogy a mentális betegségek (elsősorban a major depresszió, a bipoláris betegség és a szkizofrénia) a megfelelő akut és hosszú távú kezelés hiányában gyakran vezetnek komplikációkhoz, mint pl. fokozott kardiovaszkuláris és/vagy cerebrovaszkuláris, valamint daganatos morbiditás és mortalitás, az elhízás és a 2-es típusú diabétesz fokozott rizikója, a gyakori másodlagos alkohol- vagy drog-betegség, illetve dohányzás, utóbbinak minden további következményével együtt. Ugyanakkor a pszichiátriai zavarok leglátványosabb és rövidtávon legveszélyesebb komplikációi az agresszív magatartás, amely lehet befelé irányuló, tehát autoagresszió (a szuicid magatartás különböző formái), vagy a külvilág felé megnyilvánuló, vagyis heteroagresszió (vagyontárgyak vagy más személyek ellen irányuló fizikai vagy verbális agresszió).

Az *öngyilkosság* problémakörével, a szuicid magatartás előrejelzésével és megelőzésével az utóbbi 20–25 évben hazai orvos- és pszichiáterképzés, illetve a vonatkozó szakirodalom sokszor és sokat foglalkozott; jóval kevesebb szó esett a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos *heteroagresszív megnyilvánulások* predikciójáról és prevenciójáról, de a gyakran mentális zavarok következményeként létrejövő *áldozattá válásról* és *önelhanyagolásról* a hazai képzésben és szakirodalomban eddig egyáltalán nem esett szó. A témakör nemzetközi (és az öngyilkosságot illetően hazai) szakirodalma számos olyan rizikó- és protektív tényezőt tárt fel, amelyek segítségével ezen nemkívánatos következmények nagy valószínűséggel előrejelezhetők, a megelőzés vagy kezelés módszerei megtervezhetők.

Ez a könyv a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos kockázatok becslésének és menedzselésének problémakörét tárgyalja a témakör legavatottabb hazai szakértőinek közreműködésével. Nagy előnye, hogy jelentős hangsúlyt helyez a heteroagresszió, az áldozattá válás, valamint az önelhanyagolás hazánkban eddig ugyancsak mostohán kezelt témaköreire. Kétségtelen, hogy még a legjobb felkészültség és legideálisabb környezeti feltételek mellett sem tudunk előrejelezni és megelőzni minden, a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos agresszív cselekményt. Ugyanakkor, ha a személyzet a szakma szabályainak megfelelően és az adott lehetőségek határain belül mindent megtett az esetleges veszélyeztető magatartás előrejelzésére, és ha ez fennáll, annak megelőzésére, de az esemény mégis bekövetkezik, sem lelkiismereti, sem büntetőjogi felelősség nem terheli.

Ebben a kockázatbecslésben nyújt felmérhetetlen segítséget ez a könyv, amelyet ajánlunk nemcsak pszichiáter szakorvosoknak és pszichiáter rezidenseknek, hanem klinikai szakpszichológusoknak, pszichológusoknak, ápolóknak, szakápolóknak, szociális munkásoknak, addiktológiai konzultánsoknak. Az I–III. fejezetek 2017. május–decemberig készültek, a kézirat 2019. júliusban zárult.

Kárpáti Tímea
Dr. Rihmer Zoltán
Dr. Blazsek Péter

Kedves Olvasó!

A tankönyvben a valós életből származó eseteket is megismerhet, ahol az érintett személyek eredeti nevét adatvédelmi okok miatt megváltoztattuk, minden más paraméter változatlan.

SZERZŐK

DR. ANDRÁSSY GÁBOR

Pszichiáter, addiktológus szakorvos, orvosi diplomáját 2001-ben nyerte el a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. 2001–2004 között a berettyóújfalui Gróf Tisza István Kórház, majd 2004–2010 között a nagykállói Sántha Kálmán Mentális Egészségügyi Szakkórház Pszichiátriai Osztályán dolgozott. 2010-től a Debreceni Egyetem Orvostudományi Kar pszichiátriai osztályán dolgozik, oktat. Szakvizsgáit pszichiátriából 2007-ben, addiktológiából 2016-ban tette. Kutatási területei a pszichózisok hatása a kognitív funkciókra, illetve a „dizájner drog” jelenség.

DR. BALCZÁR LAJOS

Pszichiáter, igazságügyi elmeorvos, a pszichiátriai rehabilitáció szakorvosa, egészségügyi szakközgazdász. 1988-ban végzett a Debreceni Orvostudományi Egyetemen, 1995-ben tett szakorvosi vizsgát pszichiátriából, 2002-ben igazságügyi elmeorvostanból, majd 2012-ben orvosi rehabilitációból (pszichiátria). Másoddiplomáját a József Attila Tudományegyetemen szerezte 1997-ben szakokleveles egészségügyi közgazdászként. 2006-tól a veszprémi Csolnoky Ferenc Kórház–Rendelőintézet Pszichiátriai Szakrendelő és Gondozó gondozóvezető főorvosa. 2006-tól a „Horgony” Pszichiátriai Betegekért Kiemelten Közhasznú Alapítvány kuratóriumának elnöke, 2008-tól a Magyar Pszichiátriai Gondozók Regionális Egyesületének alelnöke. A Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése projektben szakmai irányító, a Továbbképzési Alprojektet vezeti.

DR. BLAZSEK PÉTER

Pszichiáter, 1990-ben szakvizsgázott pszichiátriából. 1991–2004 között a szolnoki, 2006–2009 között a jászberényi, 2015–2017 között a Budapest XIII. kerületi Pszichiátriai Gondozóban főorvos. 2009–2015 között Hertfordshire-ben (Egyesült Királyság), 2018-ban fél évet Dorset-

ben (Egyesült Királyság) dolgozott Specialty Doctor, illetve Consultant Psychiatrist beosztásban. Jelenleg a Budapest III. kerületi Pszichiátriai Gondozó főorvosa. Érdeklődési területe a bipoláris affektív zavar, a szorongásos betegségek, a pszichiátriai kockázatok elemzése és kezelése, valamint a pszichiátriai járóbetegellátás szervezeti egységei.

DR. FRECSKA EDE PhD

Pszichiáter, klinikai laboratóriumi-, pszichofarmakológiai- és addiktológiai szakorvos, egyetemi docens a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karának Pszichiátriai Tanszékén. 2010–2018 között a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika igazgatója volt. Orvosi diplomáját a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán kapta 1977-ben, majd 1986-ban az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karán szerzett pszichológus diplomát. PhD-fokozatot 2005-ben nyert. Az Amerikai Egyesült Államokban 17 éven át dolgozott pszichiáterként, ahol elsősorban poszttraumás stresszbetegségben, szkizofréniában és drogfüggőségben szenvedő leszerelt, háborúból visszatért katonákat kezelt. Tudományos érdeklődése a szkizofrénia lefolyására, az antipszichotikumok hatásmechanizmusára és újabban a szigma receptorok terápiás vonatkozásaira fókuszál. Szerzője/társszerzője több mint száz lektorált publikációnak, könyvfejezetnek. Összesített impaktfaktora 125.

DR. GULÁCSI ISTVÁN

Pszichiáter, pszichoterapeuta, a pszichiátriai rehabilitáció szakorvosa, Debrecenben a Felnőtt Pszichiátriai Gondozó és Szakrendelő csoportvezető főorvosa. A Debreceni Orvostudományi Egyetem elvégzése után radiológus szakvizsgát szerzett, majd szakterületet váltott. A Kenézy Gyula Kórház Radiológiai Osztálya, a Debreceni Egyetem Radiológiai Klinikája után a Kenézy Gyula Kórház Pszichiátriai Osztályán helyezkedett el. 2006-tól a Sántha Kálmán Szakkórházban (Nagykálló)

dolgozott, a Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály vezető főorvosaként hagyta el azt. 2011-től Debrecenben a Pszichiátriai Gondozó és Szakrendelőben dolgozik, aminek 2013-ban csoportvezető főorvosa lett. 2014-ben pszichoterapeuta szakorvos végzettséget szerzett. Érdeklődési területei a pszichiátriai team kialakítása, a beteg problémájának komplexitására épülő egyedi, személyre szabott terápiákkal a betegek reintegrálása a társadalomba, illetve különböző módszerek alkalmazhatóságának vizsgálata a pszichiátriai rehabilitációban.

HERCEG ATTILA MSc

Okleveles ápoló, 2002 óta a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika munkatársa, 2014-től ápolási menedzsmentvezető. Ápolói oklevelét 2012-ben szerezte meg a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar ápolás mesterképzési szakán. A betegellátás mellett 2006-tól az egészségügyi szakdolgozói elméleti és gyakorlati képzésekben és továbbképzésekben rendszeresen végez oktatói tevékenységet. Számos ápoláskutatói munkában vesz részt, a jelentősebbek közé tartozik a szakdolgozói pszichiátriai rehabilitáció, szakdolgozói edukáció és interakció.

DR. KANKA ANDOR

Pszichiáter, egészségügyi szakközgazdász, a Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinikáján a Pszichózis Szakambulancia szakorvosa. Általános orvosi diplomáját 1990-ben szerezte a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen. Végzése után 1990-től a Gyulai Kórház Neurológiai és Pszichiátriai Osztályán, majd 1994-től a Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinikáján dolgozott. 1996-ban tette le a szakvizsgát pszichiátriából. Később, 1998-ban a szegedi József Attila Tudományegyetemen egészségügyi közgazdasági és menedzser másoddiplomát szerzett, és egészségügyi közgazdaságtant tanult a York-i Egyetem Egészséggazdaságtan Intézetében. 2012-ben minőségirányítási rendszermenedzser ké-

pesítést kapott a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Mérnöktovábbképző Intézetében. A klinikai munkát követően dolgozott az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál, majd egy, a gyermekkori depresszió genetikai hátterét vizsgáló nemzetközi kutatási program magyarországi koordinátora. 2002-től, részben saját vállalkozásban működtetett klinikai kutatási szervezet (CRO) keretében nemzetközi klinikai gyógyszervizsgálatok magyarországi lebonyolítását szervezte, illetve ezen programok minőségbiztosítási feladataiban vett részt. 2017 márciusától ismét a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Pszichiátriai Klinikáján, a Pszichózis Szakambulancián dolgozik.

DR. KÁLMÁN SÁRA PhD

Pszichiáter rezidens, 2014-ben diplomázott a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán. 2015 óta dolgozik rezidens orvosként a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Pszichiátriai Klinikán. 2016-ban védte meg PhD-ját az in vitro modellek pszichiátriában történő alkalmazásáról a Vanderbilt Egyetem (Nashville, USA) és a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának laborjában végzett kísérletes munkából. Három évig orvosi antropológiát és etikát oktatott vendégoktatóként a Magatartástudományi Intézetben. Jelenleg rezidensként elsősorban a klinikai kutatásokba és oktatásba kapcsolódik be.

KÁRPÁTI TÍMEA MSc

Okleveles komplex rehabilitációs szakember, mentálhigiénikus, egészségfejlesztő, felnőttképzési szakértő. Felsőfokú tanulmányait a Szegedi Tudományegyetemen és a Debreceni Egyetemen végezte. 2002-től kompetenciaalapú felnőttképzési programok és szakmai továbbképzések kidolgozását, akkreditációját és megvalósítását irányította. 2014-től a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben (NEFI) a Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztés projektben témavezető, majd 2017-től egy évig az Iskola-

Egészség Központ vezetője. Az Országos Közegészségügyi Intézetben (OKI) a „Lakossági mentális egészségtudatosság és támogató hálózat fejlesztését megalapozó módszertan” kidolgozásában vett részt. Jelenleg a projekt képzésekért felelős szakmai koordinátoraként a Kockázatbecslés Alprojekt és a Továbbképzési Alprojekt operatív feladatait látja el.

DR. KISS-SZÖKE ANNA

Pszichiáter, a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika járóbeteg-ellátás helyettes vezetője, szakrendelői adjunktus. 1996-ban végzett a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen, majd rezidens évei alatt az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben dolgozott. 2001-ben tett sikeres szakvizsgát pszichiátriából, majd 2002-től a szegedi Pszichiátriai Gondozóban kezdett dolgozni, az utóbbi 3 évben már vezetőként is. Analitikusan orientált, időhatáros rövidterápiát, autogén tréninget és szimbólumterápiát tanult. Bálint-csoport vezetői, majd 2010-ben egészségügyi szakfordító és tolmács végzettséget, illetve 2016-ban az Oxfordi Mindfulness Központ képzésén MBCT tanári diplomát szerzett. Mindig is a gyakorlat, az alkalmazott tudomány érdekelte, általános pszichiátriai érdeklődése mellett átmeneti ideig onkológiai betegekkel is foglalkozott részmunkaidőben a budapesti Radiológiai Klinikán, továbbá a szegedi Egyetemi Életvezetési Központban pszichoterápiás konzultációkat tartva. 2002 óta tagja a Veresács utcai Pszichoterápiás Rendelőnek. Lelkesen oktat gyakorlati pszichiátriai ismereteket orvostanhallgatóknak, rezidenseknek, érdeklődő háziorvosoknak nagy hangsúlyt fektetve az esetmegbeszélőkre, a segítők segítésére és az emberközpontú betegellátásra.

DR. KOLUMBÁR RÉKA

Pszichiáter rezidens. 2015-ben diplomázott a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 2015. október óta dolgozik a Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Felnőtt Pszichiátri-

ai Osztályának férfi akut intenzív megfigyelési részlegén. Részt vesz a regionális pszichiáter rezidensek koordinálásában, rezidens képzéseik lebonyolításában. Aktív részese az orvostanhallgatók oktatásának, gyakorlati képzésük szervezésének. Az országban egyedülálló, „Lélekfürdő” elnevezésű rekreációs tréning egyik szervezője, előadója.

DR. KOVÁCS ATTILA ISTVÁN

Pszichiáter, a pszichoterápia- és pszichiátriai rehabilitáció szakorvosa, a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika tanársegédje. Orvosi diplomáját 1995-ben szerezte meg a Debreceni Egyetemen. Ezt követően elsősorban a felnőtt és gyermekpszichiátriai betegellátásban végzett gyógyító munkát kórházi osztályokon. 2009 óta a Debreceni Egyetem Pszichiátriai Klinikáján dolgozik. Számos gyógyszervizsgálatban vett részt vizsgálóként, valamint kutatóként tagja volt egy klinikai döntéshozatalt elemző, nemzetközi, multicentrikus vizsgálatnak (CEDAR 2013–2014) és a Nemzeti Agykutatási Programnak (NAP), ahol a transzkraniális mágneses stimulációs (rTMS) kezelés hatékonyságát vizsgálták depressziós betegeken (2014–2017 között). 1999-ben a pszichiáter szakorvos, 2014-ben „pszichoterápia szakorvosa”, 2016-ban „pszichiátriai rehabilitáció szakorvosa” szakvizsgát szerzett. 2013 óta a Magyar Pszichiátriai Társaság Kelet-Magyarországi tagozatának elnöke.

DR. MLINARICS RÉKA

Pszichiáter szakorvos, adjunktus a Szegedi Tudományegyetem. 2001-ben szerezte a Szegedi Tudományegyetemen általános orvosi diplomáját, majd a Kecskeméti Megyei Kórház Pszichiátriai Osztályán dolgozott 2016-ig. 2007-ben pszichiátriai szakvizsgát tett, 2014-ben adjunktusi kinevezést kapott. A Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karán pszichológia szakon 2007-ben végzett abszolutóriumot megszerelve. 2009–2010 között ambuláns ellátásban az Orosházi Kórház Pszichiátriai Gondozójában dolgozott, ezidőben kezdett magánpraxisban is

tevékenykedni. 2016. novemberétől a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika Pszichiátriai Gondozójában dolgozik. A Magyar Családterápiás Egyesületnél családterápiás képzésben vesz részt, a Magyar Családterápiás Egyesület tagja. Érdeklődési területe elsősorban a depresszió és szorongásos zavarok, pszichoszomatikus megbetegedések és pánikbetegségek gyógykezelése.

DR. MÓRÉ E. CSABA

Pszichiáter, az addiktológia és a pszichiátriai rehabilitáció szakorvosa, egészségügyi szakközgazdász és menedzser, a pszichoterapeuta képzést befejezte. A Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Felnőtt Pszichiátriai Osztályát vezeti, valamint stratégiai vezető főorvos a Debreceni Egyetem Pszichiátriai Klinikáján. Orvosi diplomáját a Debreceni Orvostudományi Egyetemen kapta 1991-ben. Dolgozott a gyógyszeriparban product-menedzserként, valamint klinikai kutatósszerzőként itthon, Ausztriában és az Egyesült Királyságban. 2005–2010 között főigazgatóként vezette a Sántha Kálmán Pszichiátriai Szakkórházat Nagykállóban, majd innovációért és pszichiátriáért felelős főigazgatóként dolgozott a Szabolcs–Szatmár–Bereg Megyei Egyetemi Oktatókórházban. 2013 óta a Debreceni Egyetem kötelékében tevékenykedik. A betegellátás aktív vezetőjeként és oktatóként kiemelt érdeklődési területe a pszichiátriai rehabilitáció, az innovatív pszichiátria, a pszichoszomatika és a mikrobióta-mentális állapot kapcsolatrendszer kutatása, valamint az egészségügyi gazdaságtan, az egészségmarketing és PR szerepének vizsgálata a mentális egészség prevenciójában és rehabilitációjában a pszichiátriai betegséggel élők diszkriminációjának mérséklése és a stigmatizáció csökkentése érdekében.

DR. OSVÁTH PÉTER PhD, MEDHABIL

Pszichiáter, a pszichoterápia szakorvosa, egyetemi docens a Pécsi Tudományegyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikán, ahol 1991

óta dolgozik. 1995-ben szerezte meg a pszichiátriai, majd 2003-ban a pszichoterápiás szakvizsgát. 2002-ben védte meg „Az öngyilkossági kísérletek diagnosztikus és prevenció hátttere” című PhD-értekezését, 2010-ben habilitált. A szuicid viselkedéssel, a hangulat- és a szorongásos zavarokkal kapcsolatos kutatási tapasztalatairól számos hazai és nemzetközi kongresszuson, több mint száz tudományos közleményben és könyvfejezetben számolt be, valamint több könyvet is írt, illetve szerkesztett.

DR. RÉTHELYI JÁNOS PROF., PhD

Pszichiáter, a pszichoterápia és klinikai genetika szakorvosa, a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika igazgatója és egyetemi docense. 1999-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 1996-tól a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetben dolgozott Dr. Kopp Mária egyetemi tanár vezetése mellett, itt védte meg doktori disszertációját 2003-ban „Krónikus fájdalom-problémák és a depressziós tünetegyüttes kapcsolatának epidemiológiai és klinikai vizsgálata” címmel. 2003-tól a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika munkatársa, betegellátási feladatai mellett magyar, angol és német nyelven oktat. 2005-től Dr. Bitter István egyetemi tanárral és külföldi partnerekkel együttműködve pszichiátriai genetikai kutatásokat indított el, létrehozta a klinika molekuláris pszichiátriai kutatócsoportját és laboratóriumát. 2014–2015 között a Nemzeti Agykutatási Program (NAP) Magyar Tudományos Akadémia – Semmelweis Egyetem Molekuláris Pszichiátriai Kutatócsoport vezetője. Érdeklődési területe a szkizofréria, a bipoláris affektív zavar és a figyelemhiányos-hiperaktivitási zavar genetikai háttere, a gén-környezeti interakciók, valamint indukált pluripotens őssejt alapú központi-idegrendszeri betegségmodellezés. 2006-ban Hollandiában, az Utrechti Egyetemen dolgozott ösztöndíjasként, 2012–2013 között a Salk Institute for Biological Studies (La Jolla, Kalifornia, USA) vendégkutatója volt. 58 tudományos

közleménynek és több könyvfejezetnek a szerzője, egyebek mellett ő írta „A pszichiátria magyar kézikönyve” 5. kiadásában (2015) a pszichiátriai betegségek genetikai hátteréről szóló fejezetet.

DR. RIHMER ZOLTÁN PROF., PhD, DSc

Pszichiáter, neurológus és farmakológus szakorvos, Széchenyi-díjas címzetes egyetemi tanár, a Magyar Tudományos Akadémia doktora. Orvosi diplomáját 1971 szeptemberében nyerte el a Pécsi Orvostudományi Egyetemen. 1971–1973 között a Pomázi Munkaterápiás Intézetben, majd 1973–2007 között az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben dolgozott. 2007-től jelenleg is a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikán a Kutatási Mentálhigiénés Osztály munkatársa, 2013-tól az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Öngyilkossággkutató- és Megelőző Laboratóriumának vezetője. Klinikai és kutatási érdeklődési területe az affektív betegségek genetikai, klinikai, biológiai és pszichoszociális aspektusai, különös tekintettel az öngyilkossági veszély előrejelzésére és az öngyilkosság megelőzésére. Több mint 550 tudományos közlemény, illetve könyvfejezet szerzője/társszerzője (közel 300 angol nyelven) és öt könyv szerkesztője. Hazai és nemzetközi szakmai fórumok rendszeres meghívott előadója. Publikációinak kumulatív impakt faktora 600 felett, független idézettsége 10 000 felett van. Számos hazai és nemzetközi szakmai társaság tagja, tudományos munkásságát egy tucat hazai és nemzetközi szakmai díjjal ismerték el. Az Európai Tudományos és Művészeti Akadémia tagja.

DR. SZEKERES GYÖRGY PhD

Pszichiáter, igazságügyi elmeorvos, a pszichiátriai rehabilitáció szakorvosa. 1986-ban végzett a Szegedi Orvostudományi Egyetemen, 1991-ben pszichiátriából tett szakorvosi vizsgát. 2004-ben szerzett tudományos fokozatot (PhD) a szkizofrénia genetikai hátterének, kognitív tüneteinek és farmakológiai sajátosságainak témakörében.

2007-ben igazságügyi elmeorvos, majd 2014-ben pszichiátriai rehabilitációs szakvizsgát szerzett. 1990-től a Szegedi Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmegyógyászati Klinikáján az oktatás-kutatás-gyógyítás háromszögében végezte pályafutását, 2007-től egyetemi docensként. Mind kutatási, mind betegellátási érdeklődése fókuszában a major pszichiátriai zavarok – szkizofrénia és bipoláris zavar – állnak jelenleg is. 2009-től két évig az Egyesült Királyságban praktizált, 2011-től a Dél-pesti Kórház I. Pszichiátriai Osztályának vezetőjeként, 2016–2018 között pedig az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) főorvosaként szervezte és irányította a betegellátást. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Kútvölgyi Klinikai Tömb vezetője. Aktív szerepet vállal a medikus- és a szakorvosképzésben, rendszeresen ad elő CME-programok keretében. 2014 óta a Magyar Pszichiátriai Társaság alelnöke, 2017 óta a Szakmai Kollégium Pszichiátria és Pszichoterápia Tanács tagja. Idézhető közleményeinek Hirsch indexe: 11, citációk száma: 651.

DR. SZUROMI BÁLINT PHD

Pszichiáter, a pszichoterápia szakorvosa, egyetemi adjunktus. 2003-ban diplomázott a Semmelweis Egyetemen, azóta ugyanott a Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika munkatársa (sürgősségi pszichiátriai részleg, ADHD-ambulancia). Érdeklődési területe a sürgősségi pszichiátria, a neurodevelopmentális zavarok (ADHD, autizmus) és a forenzikus pszichiátria.

DR. VANDLIK ERIKA

Pszichiáter, addiktológus, gyermekpszichiáter, klinikofarmakológus szakorvos. Jelenleg a projekt szakmai vezetője. 1989-től a Békés megyei Pándy Kálmán Kórház Pszichiátriai Osztályán, majd annak Gyermekpszichiátriai Részlegén dolgozott. 1995–1998 között a Hajnal Imre Orvostovábbképző Egyetem Pszichiátriai Tanszékén adjunktus, majd

az Országos Addiktológiai Intézet Központi TÁMASZ Gondozójában szakorvos, 2007-től az intézet igazgatóhelyettese. 2008–2017 között az Országos Addiktológiai Centrum megbízott vezetője. 2011–2016 között nemzeti kapcsolattartó a WHO Globális Alkoholpolitika területén, és tagállami képviselő a Nemzeti Alkoholpolitika és Fellépés Bizottságban (Committee on National Alcohol Policy and Action). Részt vett több hazai és nemzetközi addiktológiai és alkoholpolitikai tárgyú projektben (RARHA, WHO-bilaterális együttműködés). Tudományos érdeklődési köre elsősorban az addiktológiai kórképek neurobiológiája és terápiás vonatkozásai, illetve az addiktológiai és pszichiátriai zavarok komorbiditásának kérdésköre.

DR. WERNIGG RÓBERT

Pszichiáter, pszichoterapeuta szakorvos. 1997-ben diplomázott a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán. Pszichiátria szakvizsgáját 2001-ben, családterapeuta képezését 2006-ban, pszichoterapeuta szakvizsgáját 2006-ban, közigazgatási szakvizsgáját 2012-ben szerezte meg. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának hallgatója. 1997–2003 között a Heves Megyei Kórház II. Pszichiátriai Osztályán dolgozott, majd 2004–2006 között az egri Pszichiátriai Gondozót vezette. 2007-ben magánorvosként, majd 2008–2011 között az Egyesült Királyságban közösségi pszichiáterként tevékenykedett. 2011–2016 között Heves megye tiszti főorvosa, 2016-tól mentálhigiénés kutatási és képzési projekteken dolgozik az Emberi Erőforrások Minisztériumában, illetve annak háttérintézményeiben. Fő érdeklődési területe a pszichés működések és a társadalmi jelenségek határterületei: a mentális egészség népegészségügyi vonatkozásai, a családok mentális egészsége, a közösségi pszichiátria, a mentális zavarok kockázatelemzése, valamint a különböző beavatkozások hatékonyságának vizsgálata. Tudományos cikkeinek száma 11. Szerzője 3 szakkönyv-fejezetnek és 1 szakkönyv társszerzője.

I.

FEJEZET

A PSZICHIÁTRIAI KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS CÉLJA, ALAPELVEI ÉS MENETE

1. BEVEZETŐ

Wernigg Róbert • Blazsek Péter

A kockázatbecslés fogalma elsődlegesen valamilyen jövőbeli negatív kimenetel lehetőségének és súlyosságának számszerű, valószínűségi, vagy leíró fogalmakban történő előrejelzését jelenti. A kockázatkezelés alatt a lehetséges negatív kimeneteknek (pl. öngyilkosság) a feltárt kockázati tényezők figyelembe vételével történő megelőzését vagy a kár mértékének csökkentését értjük (pl. a szükséges gyógykezelés elkezdése az adott helyzetnek megfelelő időben és módon).

1.1. Problémafeltárás

A kockázatok feltárása, elemzése és kezelése az emberi tevékenység minden vonatkozását érinti. Így, az orvosi tevékenység során, ezen belül a pszichiátriai ellátásban is, kiemelt jelentőséggel bír a beteget és környezetét (beleértve a családját, a kezelő személyzetet stb.) érintő kockázatok azonosítása és kezelése. A pszichiátriai kockázatbecslés nem merülhet ki a leggyakoribb kockázatok azonosításában (öngyilkosság, erőszakos magatartás), hanem a kevésbé „látványos” és időben elhúzódóan bekövetkező negatív események feltárására is vonatkoznia kell (pl. önelhanyagolás, és tágabb értelemben az együttműködés hiánya is).

1.2. Definíció

A kockázatbecslést legtömörebben a következőképpen definiálhatjuk: „kockázatbecslés olyan minőségi (kvalitatív) vagy mennyiségi (kvantitatív) értékelés, amely az adott helyzetre egy bizonyos meghatározott negatív kimenetel lehetőségét valószínűség és súlyosság szerint osztályozza” (*Wikipédia, idézi a NASA: Glenn és mtsai, 2015*). A valószínűség azt mutatja meg, hogy az adott negatív kimenetel (pl. öngyilkossági kísérlet, gyógyszeresedés abbahagyása) 10 hasonló esetből hány alkalommal fordul elő (pl. az adott páciensnél hasonló körülmények fennállása mellett hány esetből hányszor lépett fel a negatív következmény, vagy más hasonló páciensek azonos körülmények között hány esetből hányszor mozdulnak el a negatív következmény irányába). A súlyosság pedig arra utal, hogy az adott negatív kimenetel milyen hatással lehet a személy vagy környezete egészségére, épségére, biztonságára, életkörülményeire. Matematikai fogalmakban kifejezve $R_i = L_i \times p(L_i)$, ahol R_i az „ i ” esemény kockázata, L_i az „ i ” esemény során bekövetkező veszteség, a $p(L_i)$ pedig az esemény bekövetkeztének valószínűsége, amely múltbeli tapasztalatok vagy szakirodalmi adatok alapján becsülhető (*de Moivre, 1712*).

Példa (1) a valószínűség becslésére:

- Kovács úrról tudjuk, hogy a hónap utolsó napjaiban szűkösek az anyagi forrásai, és ilyenkor gyakrabban fordulnak elő családi konfliktusok. Körülbelül évente 5–6 alkalommal fordul elő az, hogy egyszerre mindkét körülmény fennáll. Nagyjából minden második hasonló alkalommal megtörténik, hogy nagyobb mennyiségű alkoholt fogyaszt, és kiabál a családtagokkal. Összesen három alkalommal volt arra példa, hogy ilyen esetben megütötte a feleségét. Ezek az incidensek különösen a családi ünnepek környékén fordultak elő. Ennek alapján meg tudjuk becsülni azt, hogy az erőszakos magatartásnak milyen körülmények között nő meg a valószínűsége, és hogy mekkora eséllyel következik az be egy konkrét időszakban, pl. karácsony vagy nagyobb családi összejövetel előtt.

Példa (2) a valószínűség becslésére:

- László, a 21 éves egyetemista férfitbeteg első pszichotikus epizód miatti kórházi kezelés után kerül gondozásba. Bár először találkozunk vele, így az egyéni kockázati tényezőit még kevésbé ismerjük, szakirodalmi adatok (*Hor és Taylor, 2010*) alapján tudjuk, hogy szkizofréniában (amely diagnózis még nem született meg jelen esetben, de nem kizárható) a fiatal kor, a férfi nem, a magas intellektus, valamint az első pszichotikus epizód utáni időszak nagyon erős összefüggést mutat az öngyilkossági kockázattal. Jó, ha ebben az esetben akkor is gondolunk erre a lehetőségre, ha egyébként más jel nem utalna szuicid kockázatra. Ilyenkor keressük és zárjuk ki, vagy kezeljük a további kockázati tényezőket: depresszió, hallucinációk és illúziók, betegségbelátás, egyéb mentális zavarra utaló tünetek. Legyünk tudatában a további súlyosbító tényezőknek: öngyilkosság, vagy kémiai függőség a családi anamnézisben.

Példa (3) a súlyosság becslésére:

- Önmagában az önsértés ténye még keveset árul el arról, hogy mekkora a befejezett öngyilkosság tényleges veszélye egy adott személynél egy adott időpillanatban. A nem-szuicid célú önsértés manapság igen gyakori probléma a serdülőkorú lakosság körében (*Brown és Plener, 2017*). Noha

ez az állapot sem veszélytelen, illetve szoros összefüggést mutat a bullying (zaklatás), a negatív társas interakciók és a gyermekkori érzelmi visszaélés jelenségével – mely feltehetően a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg tengely, és az endogén opioid rendszer elhangolódását idézi elő-, a tényleges öngyilkossági veszély mégis egyénileg mérlegelendő, egyéb kockázati tényezők (életkor, nem, depressziós tünetek, szerhasználat, családi anamnézisben szereplő hangulatzavar és öngyilkosság, aktuális negatív életesemények, támogató családi és társas háttér, tanulmányi előmenetel stb.) figyelembe vételével.

1.3. A kockázatbecslés és kockázatkezelés célja

A kockázatbecslés célja az adott páciens állapotára vonatkozóan a lehetséges negatív kimenetel csökkentése vagy kizárása olyan megelőző tevékenységek (esetünkben: pszichiátriai ellátás és gondozás) révén, amelyek bizonyítékokon alapuló módszerek összességét képezik. A nem kívánt, negatív kimenetel teljes mértékű kizárása nem lehetséges, sőt, nem is mindig kívánatos: kockázatmentes állapot gyakorlatilag nem létezik, és valamennyi ésszerű kockázat vállalása az értelmes élet alapvető velejárója. Ezért fontos az elfogadható kockázat meghatározása is (*Morgan, 2010*).

Példa (4) a pozitív kockázatkezelésre:

- Demenciabarát közösségek működése (*Morgan és Williamson, 2014; Mapes, 2017*).
- Szabóné Marika, 78 éves, Alzheimer típusú demenciában szenvedő asszony, szeret eljárni a rövidáruboltba cérnákat, gombokat és egyéb apróságokat válogatni és tereferálni. Szeret emellett otthon a konyhában bíbelődni, bár a főztje néha kevésbé élvezetes. A demencia miatt fennáll annak a lehetősége, hogy Marika eltéved. Ezen kívül felügyelet nélkül, gyakran összevissza vásárol mindenféle szükségtelen rövidárut. Az ételt néha elégeti. A lánya, Sári, amikor teheti, mellette van, és elkíséri mindenhova, cselekedeteit figyelemmel kíséri. Ez

komoly nehézségeket jelent a munkahelyi előmenetelében, és fizikailag is nehezen bírja az állandó készenlétet. Azt fontolgatja, hogy beadja Marikát egy idősothtonba. Anyagi körülmények miatt azonban csak egy távolabbi otthon lehetősége merül fel; ott viszont a felügyelet kevésbé személyre szabott, illetve a rendszeres látogatása is bonyodalmakba ütközne, így félő, hogy Marika életminősége jelentősen rosszabbodna.

- A pozitív kockázatkezelés ebben az esetben azt jelenti, hogy messzemenően figyelembe vesszük mindenkinek a preferenciáit: Marikának azt, hogy számára kedves tevékenységekkel töltse az időt, és a közösség aktív tagja maradjon, Sárinak pedig azt, hogy élhető élete legyen. A kockázatkezelési tervet pedig úgy állítjuk fel, hogy ezek a preferenciák érvényesüljenek. Természetesen ez némi kockázattal jár: Marika elveszhet, akár baleset is érheti (mint egyébként mindenki más), összevissza vásárolhat, kigyújthatja a házat, különösen, ha Sári hosszabb időre magára hagyja. Mégis, ahhoz, hogy elismerjük és biztosítsuk mindenkinek a jogait, muszáj valamennyit vállalni a kockázatokból, és a vállalt kockázatok kézben tartására kidolgozni a megfelelő megoldási lehetőségeket. Ehhez a közösség minél szélesebb körét érdemes bevonni a kockázatok kezelésébe.
- A pozitív kockázatkezelés alapelve tehát az, hogy az ismert kockázatok vállalható szintjéhez igazítsuk a kockázatkezelési tervet, pl. Marika otthoni felügyeletét mások bevonásával megszervezni és emlékeztető eszközökkel támogatni (ld. a 2. fejezetben), ahelyett, hogy a kockázatok teljes kizárásával próbálkoznánk. Ez utóbbi megoldás ugyanis újabb, még kevésbé feltárt kockázatokat vethet fel: pl. Marika az idősothtonban elveszíti a tájékozódási pontokat, jobban ki lesz téve a fertőző betegségek kockázatának, életminősége romlik, depressziója alakul ki, Sárinak büntudata lesz stb. (*Blazsek és Wernigg, 2015*).

A kockázatbecslés végzése során tehát arra törekszünk, hogy megállapítsuk az adott egyénre az adott vizsgálati pillanatban leginkább jellemző kockázati mintázatot:

- azokat a hajlamosító tényezőket, amelyek az egyént veszélynek tehetik ki (statikus kockázati tényezők);

- azokat a lehetséges kiváltó eseményeket, amelyek ezeket a veszélyeket előidézhetik (dinamikus kockázati tényezők);
- az ezekkel szemben védő tényezőket (protektív tényezők);
- a veszélyek tényleges mértékét (súlyosság);
- valamint a tolerálható kockázat jellegét és mértékét.

Mindezek alapján következtetést tudunk levonni arra nézve, hogy belátható időn belül melyek azok a nem kívánt események, amelyek elhárítására vagy mérséklésére fel kell készülnünk. A kockázatkezelési terv pedig azt vetíti előre, hogy milyen konkrét lépéseket lehet tennünk az adott veszély elhárítása érdekében.

A kockázat időben változó mintázatot mutathat, így elhárítása, mérséklése is eltérő eszközöket igényelhet. A kockázatbecslés így nem vonatkozhat csak az adott pillanatra, hanem a páciens kezelését végig kell, hogy kísérje, hiszen a kockázat mértéke dinamikusan módosulhat a páciens állapotának változásával, vagyis egy folyamatot jelent, nem egy egyszeri, statikus állapotot (*Morgan, 2007*). Voltaképpen maga a pszichiátriai állapot felmérése és a pszichiátriai betegség kezelése, gondozása sem más, mint kockázatkezelés: a betegséggel összefüggő negatív következmények elhárítása, illetve mérséklése. Ily módon a kockázatbecslés és kockázatkezelés alapvetően nem igényel új ismereteket a szakember részéről, csupán a meglévő ismereteinek (újra) strukturálását, rendszerezését.

A kockázatbecslés nem alkalmas arra, hogy teljes bizonyossággal előre jósoljuk valamilyen esemény bekövetkeztét vagy elmaradását, de lehetőséget biztosít arra, hogy a konkrét személyre, az állapotára és a körülményeire való tekintettel felkészüljünk a várható következményekre, és szükség esetén kész forgatókönyv álljon rendelkezésre, optimális esetben a páciens és hozzátartozói beleegyezésével és közreműködésével.

ÖSSZEGZÉS:

A kockázatbecslés egy lehetséges (negatív) jövőbeli esemény valószínűségére és súlyosságára utaló előrejelzés. Célja az, hogy a legjobb tudásunk szerint előre felkészülhessünk az adott problémahelyzetek megelőzésére, elhárítására, az elfogadható kockázat elviselésére, illetve az okozott károk mérséklésére. A kockázat mindig változik, így a kockázatbecslés és a kockázatkezelési terv adott pillanatkép, mely idővel újraértékelendő.

IRODALOM

- Brown, R.C., Plener, P.L. (2017) Non-suicidal Self-Injury in Adolescence, Curr. Psychiatry Rep., 19(3), 20.
- De Moivre, A. (1712) De mensura sortis, seu, de probabilitate eventuum in ludis a casu fortuito pendentibus, Philosophical Transactions 27, 213–264; Angol fordítás: B. McClintock in International Statistical Review (1984) 52, 237–262.
- Glenn, K., Jansen, M., Gutierrez, O. (2015) Quantitative Risk Assessment. NASA OH3/Assessments, Cost Estimates & Schedules Office (ACES), August 27th, 2015
- Hor, K., Taylor, M. (2010) Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors, J. Psychopharmacol., 2010 Nov; 24(4_supplement), 81–90.
- Mapes, N. (2017) Think outside: positive risk-taking with people living with dementia. Working with Older People. 21(3), 157–166. <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/think-outside-positive-risk-taking-with-people-living-with-dementia/r/a1C0f-000005JOBKEA4>
- Morgan, J.F. (2007) 'Giving up the Culture of Blame', Risk assessment and risk management in psychiatric practice, Briefing Document for the Royal College of Psychiatrists.
- Morgan, S., Williamson, T. (2014) How can 'positive risk-taking' help build dementia-friendly communities? Joseph Rowntree Foundation, Mental Health Foundation. <https://www.jrf.org.uk/report/how-can-positive-risk-taking-help-build-dementia-friendly-communities>.
- Morgan, S. (2010a) Positive risk-taking: a basis for good risk decision-making. Health Care Risk Report, 16(4), 20–21.

- Morgan, S. (2010b) Making good risk decisions in mental health and social care. *Health Care Risk Report*, 16(5), 16–17.
- Wernigg R. (2015) A kockázatbecslésről és -kezelésről általában, in: Blazsek P, Wernigg R., *Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában*. Oriold és Társai Kiadó. Budapest. 7–9.

2. A KOCKÁZATBECSLÉS ÉS KOCKÁZATKEZELÉS ALAPELVEI

Wernigg Róbert • Blazsek Péter

A klinikai kockázatbecslés során konkrét ismeretek alapján felállított döntési stratégia segítségével kíséreljük meg az adott páciens esetében a negatív események valószínűségét csökkenteni, melynek egyik leglényegesebb pontja a kockázati szint meghatározása és az annak megfelelő kockázatkezelési terv felállítása. A kockázatkezelés a pácienssel és környezetével együttműködve, a páciens erősségeire és a lehető legerősebb bizalmi kapcsolatra építve, az ún. pozitív kockázatkezelés alapelveinek megfelelően történjen.

A pszichiátriai kockázatbecslés és -kezelés alapelveit az angol Egészségügyi Minisztérium az alábbiakban foglalta össze 2007-ben kiadott gyakorlati útmutatójában (*Department of Health, 2007*).

A klinikai kockázatbecslés során konkrét ismeretek alapján felállított döntési stratégia segítségével kíséreljük meg az adott páciens esetében a negatív események valószínűségét csökkenteni. Az ismeretek az alábbiakra vonatkoznak:

- az adott kockázattal kapcsolatos kutatási bizonyítékok;
- a páciens alapos ismerete (aktuális állapota, előzményei);
- a páciens körülményeinek (beleértve a társas környezetet) ismerete;
- a páciens tapasztalati világának ismerete;
- klinikai döntéshozatali algoritmusok.

A döntéshozatal – ha lehetséges és megvalósítható – vizsgálat alapján történik, strukturált klinikai döntéshozatali algoritmus segítségével (pl. *Kockázatlista*, pontozóskála). A döntéshozatal egyik leglényesebb pontja a kockázati szint (alacsony, közepes, magas, kritikus) meghatározása és az annak megfelelő kockázatkezelési terv felállítása.

Alapelv legyen a pozitív kockázatkezelés: állapítsuk meg azt, hogy az adott körülmények között mely kockázati elemek vállalhatók (pl. munkavállalás), milyen mértékig (pl. részmunkaidős foglalkoztatás), hogyan kezelendők (pl. párhuzamos stresszkezelő tréning), és melyek azok a kockázati elemek, amelyek kerülendők (pl. magas stressz-szinttel járó munkakör), illetve kizárandók (pl. önkárosításra alkalmas eszközök a közvetlen közelben). A kockázatkezelés a pácienssel és környezetével együttműködésben történik, a lehető legerősebb bizalmi kapcsolatra építve.

A kockázatkezelés során a páciens erősségeire építünk. A cél a felépülés, vagyis a funkcióképesség lehetőség szerint teljes visszanyerése (történjék ez akár a klinikai gyógyulás részeként, akár attól függetlenül).

A sikeres kockázatkezelés mind a szakember, mind az ellátó egység részéről elköteleződést feltételez a célkitűzés tekintetében (mely a negatív kimenetel kizárása, valószínűségének csökkentése, vagy következményeinek mérséklése), míg rugalmasságot igényel a módszerekben. Mindig legyünk annak tudatában, hogy a kockázat egyaránt lehet általános és konkrét helyzetre vonatkozó, és hogy a helyes kockázatkezelés ártalomcsökkentő hatású.

Mindig ismerjük a jogszabályi háttérrel (betegbiztonság, betegjogok)!

A kockázatkezelési terv tartalmazza a következőket:

- minden egyes kockázati tényező;
- a kockázati helyzetek konkrét leírása (milyen körülmények között következik be az adott kockázat);
- kinek, mi a teendője az adott kockázati esemény elhárítása érdekében.

A kockázatbecslés és -kezelés során vegyük figyelembe az egyéni és kulturális preferenciákat!

A kockázatkezelés a rendelkezésre álló erőforrásokra épüljön! Ezzel kapcsolatban ki kell emelnünk a prioritizálás fontosságát az erőforrások mennyiségének és minőségének korlátai miatt, a pozitív kockázatbecslés elvét alkalmazva. A hatékonyság záloga a következetesség, valamint az egyénre szabott megközelítés. Az ehhez szükséges segítői attitűd multidiszciplináris (több szakma tevékenységét egyesítő), nyitott, demokratikus, átlátható és visszajelzéseken alapul (reflektív).

A kockázatbecslés és -kezelés képessége tanítható és tanulható, az ismeretek optimális esetben háromévenként frissítendők, a készségek kialakítása és fenntartása céljából.

A kockázatkezelési terv csak annyira jó, amennyi energiát rászánunk a kommunikációjára. A gyakorlatban a kockázatkezelés során a megismételt kockázati cselekmények alapján priorizáljuk a betegeknek nyújtott kezelést. Például, akinél már előfordult szuicid kísérlet vagy erőszakos magatartás, előbbre soroljuk a kiemelt figyelmet igénylők sorában, mint azt a páciens, akinek bár magasabb a kockázati besorolása, de a cselekményt még nem kísérelte meg (lásd 4. fejezet: 40% vs. 10%).

A kockázatkezelés módja a Példa (4) alapján:

- Az 1. fejezet végén említett esetben (Szabóné Marika) a fenti elveknek megfelelő kockázatkezelés egy lehetséges módja, ha az alábbi megoldási lehetőségeket végigbeszéljük és megtervezük a családdal:
- Marika vásárlási szokásait keretek közt lehet tartani, ha egy összegben csak meghatározott mennyiségű pénz van nála. Ezt meg kell vele beszélni.
- A rövidáruboltost Sári fel tudja világosítani Marika állapotáról, és elmagyarázhatja neki, hogy Marika időnként útbaigazításra szorul. Akár meg lehet neki adni Sári telefonszámát, hogy kritikus helyzetben felhívhassa.
- Marika telefonjára emlékeztetőket lehet beírni időzített hangjelzéssel, hogy mikor milyen teendője van; a konyhában papíron elhelyezve pontos utasításokat kaphat a teendőkről, addig is, amíg Sári távol van. Reggelente tíz percet rászánunk az emlékeztetők beírására.
- Marika telefonja mindig nagy betűkkel jelzi a dátumot és a pontos időt.
- A tűzhelyet Marika csak beépített elektronikus gyújtóval tudja meggyújtani, egyéb tűzszerszám nincs a közelében. Meghatározott időpontban a telefonja emlékezteti, hogy ha addig nem zárta el a gázt, akkor tegye meg.
- A szomszédokat tájékoztatják Marika állapotáról, és arról, hogy ha gyanús dolgokat észlelnek (pl. égett szag, hosszasan nyitva maradt ajtó-ablak, szokatlan zaj stb.), akkor felhívják Sárít.
- Zsolti, Sári fia kulcsot kap Marika lakásához. Iskolából hazamenet, minden nap beköszön, és megnézi, hogy minden rendben van-e.
- Felveszik a kapcsolatot Marika régi barátnőjével, és megszervezik, hogy bizonyos rendszerességgel meglátogassák egymást.

- A háziorvos telefonszáma minden helyiségben ki van téve a lakásban („Ha rosszul vagyok, őt kell hívnom: ...”), és el van mentve Marika telefonján, könnyen elérhető módon.
- A Családsegítő munkatársa közösségi gondozás keretében rendszeresen tartja a kapcsolatot a családdal és a Pszichiátriai Gondozóval.
- A Pszichiátriai Gondozó gondozónője kéthetente felhívja, és havonta-kéthavonta meglátogatja Marikát. A gondozónő felelőssége, hogy minden érintett szakember pontos tájékoztatást kapjon a fenti kockázatkezelési tervről.
- A szakemberek ismerik a Marikára vonatkozó kockázati tényezőket és a kockázatkezelési tervet. A találkozások alkalmával megvizsgálják Marika orientáltságát, annak érdekében, hogy szükség esetén módosítani lehessen a kockázatkezelési tervet.

A kockázatbecslés és kockázatkezelés teljes folyamatát szemléltető másik példa a 3. fejezet végén található.

ÖSSZEGZÉS:

A korrekt kockázatbecsléshez ismerni kell az adott kockázatra vonatkozó szakirodalmat, a páciens, minden objektív és szubjektív körülményével együtt, valamint a klinikai döntéshozatal algoritmusait. Meg kell határozni a kockázati szintet, mely lehet alacsony, közepes, magas, kritikus. A kockázatkezelési tervet a pácienssel együttműködésben, közösen alkotjuk, a pozitív kockázatkezelés elvei alapján, az erősségekre építve. Elkötelezettnek kell lennünk a célok iránt, míg rugalmasnak az eszközöket illetően, és ismernünk kell a jogszabályi hátteret. A kockázati tervnek ki kell térnie minden egyes kockázati tényezőre: milyen körülmények között, kinek, mi a feladata a kockázat kezelése érdekében. A kialakított terv legyen reális, egyénre szabott, és ragaszkodjunk következetesen a végrehajtásához. Gyakran értékeljük újra a tervet, és szánunk sok energiát annak kommunikációjára!

IRODALOM

- Best Practice in Managing Risk. Principles and evidence for best practice in the assessment and management of risk to self and others in mental health services. Document prepared for the National Mental Health Risk Management Programme. UK Department of Health. (2007) http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_076512.pdf.
- Department of Health, Mental Health Policy Implementation Guide: Adult Acute Inpatient Care Provision, DH, London, April (2002) http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=137703&Rendition=Web.
- Mapes, N. (2017) Think outside: positive risk-taking with people living with dementia. Working with Older People. 21(3), 157–166. <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/think-outside-positive-risk-taking-with-people-living-with-dementia/r/a1C0f-000005JOBKEA4>.
- Morgan, S., Williamson, T. (2014) How can 'positive risk-taking' help build dementia-friendly communities? Joseph Rowntree, Foundation, Mental Health Foundation. <https://www.jrf.org.uk/report/how-can-positive-risk-taking-help-build-dementia-friendly-communities>.
- Understanding and managing clinical risk. Patient Safety Curriculum Guideline. World Health Organization. (2009) http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/who_ps_curriculum.pdf.

3. A KOCKÁZATBECSLÉS ÉS KOCKÁZATELEMZÉS MENETE

Wernigg Róbert • Blazsek Péter

A kockázati tényezők azonosításához többféle információforrást többféle szempont szerint elemezhetünk. A gyakorlatban leginkább a statikus és dinamikus faktorokat és az ezekkel szembeállítható védőfaktorokat szoktuk megkülönböztetni, melyek hierarchikus elrendezése adja a legjobb útmutatást a klinikai gyakorlatban. A kockázatkezelési terv összeállításánál lényeges a SMART-célok felállítása, megvalósításának lehetséges módja a 7 lépéses problémamegoldás lépéseinek végrehajtása.

3.1. Az azonnali életveszély kizárása

A kockázatkezelés első lépése az azonnali életveszély kizárása. Ezzel a kérdéssel kapcsolatban utalunk az életveszély elhárításával kapcsolatos szakirodalomra (*Göbl, 2006; elsosegely.hu*).

A lelki elsősegélynyújtásra vonatkozóan a WHO kiadott egy gyakorlati útmutatót, mely a helyszínen alkalmazandó kommunikációs alapelvek gyűjteménye, elsősorban természeti és emberi katasztrófák, balesetek túlélőivel kapcsolatba lépő szakemberek számára (*WHO, 2011*). Az útmutató magyar nyelven történő publikálása jelenleg (2018) folyamatban van.

3.2. A kockázati tényezők azonosítása

A kockázati tényezők elemzéséhez többféle információforrásra támaszkodhatunk.

A szakirodalom ismeretének előnye az, hogy általában segít megbecsülni az adott kockázati tényező által előidézett veszélyeket, azok súlyosságát, valószínűségét, de értéke egyes egyedi esetekben korlátozott (hiszen az adott páciens esetében azt sok minden felülírhatja). Ettől függetlenül a szakembertől elvárható, ha nem is a szakirodalom teljes körének, de legalább a vonatkozó hazai irányelveknek (WHO-útmutatók, szakmai kollégiumi protokollok) ismerete.

A betegdokumentáció számos fontos információt tartalmazhat, áttekintése megkönnyítheti és lerövidítheti a tájékozódást. Értéke attól függ, hogy milyen gondossággal készítették.

Sokban segít a családi anamnézis felvétele. Főként egyes statikus kockázati tényezők (l. alább) hasznos forrása. A hozzátartozóktól fel-

vett heteroanamnézis már közelebb visz az aktuális helyzet pontos megértéséhez. Itt azzal kell számolnunk, hogy az adott hozzátartozó a saját szemszögéből, a saját informáltsága alapján, illetve a saját szűrőjén keresztül tájékoztat.

Természetesen a legtöbb információt a személyes vizsgálat, azon belül az autoanamnézis adja. Az anamnéziszfelvételt, illetve a vizsgálat menetét a kockázatbecslési eljárás nem befolyásolja: maga a kockázatbecslés a vizsgálat lezárásaként is elvégezhető.

A kockázati tényezők összegyűjtésének legpraktikusabb módja olyan lista, illetve pontozóskála alkalmazása, amely az összes számba vehető kockázati tényezőt többé-kevésbé a teljesség igényével lefedi. Természetesen egyedi kockázati tényezők ezen felül is előfordulhatnak, ezért érdemes helyet hagyni az egyéb kategóriának is, de a jól kutatott tényezőkkel kapcsolatos átfogó lista azért lényeges, hogy lehetőség szerint semmilyen fontos szempont ne maradjon ki az értékelésből.

A gyakorlatban tehát a *Kockázatlistát* általában a vizsgálat végén érdemes elővenni, mert segíthet az esetleg fel nem térképezett tényezők felkutatásában, illetve az azonosított tényezők pontosításában. Korrekt vizsgálatot követően a *Kockázatlista* végigfutása általában néhány percnél több időt nem vesz igénybe.

A *Kockázatlista* jelen tananyag külső színes mellékletét képezi, valamint megtalálható a VII. fejezetben a használatára vonatkozó Útmutatóval.

3.3. A kockázati tényezők elemzése

A kockázati tényezők sokféleképpen feloszthatók. A gyakorlatban leginkább a statikus, a dinamikus és a védő tényezőket szoktuk megkülönböztetni (*UK Department of Health, 2007; Butler, 2014*).

Statikus kockázati tényezőknek nevezzük azokat a tényezőket, amelyek nem változnak, illetve nem befolyásolhatók. Ilyenek az életkor, a nem, a családi anamnézis, a személyes előzményben szereplő különböző tényezők (gyermekkori elhanyagolás, és/vagy fizikális és/vagy szexuális abúzus, betegség, sérülés, maradandó fogyatéknosság, impulzív és antiszociális személyiségvonások, személyiségzavar, korábbi pszichiátriai betegség, illetve szenvedélybetegség, öngyilkossági kísérlet, agresszív cselekmény, bűncselekmény). Általában ide sorolnak egyes társadalmi tényezőket is (képzettség, végzettség, társadalmi helyzet, családi állapot), bár itt már a társadalmi mobilitás szerepe sem elhanyagolható. Különösen a családi állapot kérdéses ebben a tekintetben (*UK Department of Health, 2007; Butler, 2014*).

A statikus kockázati tényezők szerepe elsősorban a népegészségügyi szűrésekben, statisztikákban, a kockázati populációk azonosításában kiemelkedő. Azonban a gyakorlati szakember számára is nélkülözhetetlen az adott páciens konkrét statikus kockázati együttállásának ismerete. A komorbid mentális betegségek növelik a kockázat mértékét, pl. depresszió és alkoholabúzus együttes előfordulása.

Dinamikus kockázati tényezők azok a tényezők, amelyek változnak, illetve változtathatók. Ilyenek pl. aktuális kórállapot, tápláltsági és hidráltsági állapot, kipihentség, stressz (pl. munkahelyi/iskolai, családi és egyéb társas feszültségek), aktuális életesemények, női ciklus változásai, gyógyszereszedési szokások és általában a kezeléssel való együttműködés, akut megbetegedések (pl. lázas vírusfertőzés), alkohol- és drogfogyasztás (beleértve a nem előírás szerinti gyógyszereszedést is), illetve -megvonás, egyes szociális tényezők (pl. pillanatnyi anyagi helyzet). A klinikai kockázatbecslés során elsődlegesen ezeket a tényezőket keressük, hiszen ezek befolyásolására van módunk (*UK Department of Health, 2007; Butler, 2014*).

Külön kiemelendő a dinamikus kockázati tényezőkön belül a megjósolható jövőbeli kockázati tényezők csoportja. Ezek azok az események, melyek nagy valószínűséggel előre jelezhetők (pl. vizsgaidőszak, határidők, női ciklus változásai, családi ünnepek és egyéb események: költözés, iskolaváltás, munkahelyváltás stb.). Ezek előrevetítése azért nagyon lényeges, mert nagymértékben elősegíthetik a kockázatkezelési terv minél életszerűbb összeállítását.

A kockázati tényezőkkel szembeállíthatók azok a védő (protektív) faktorok, amelyek csökkentik a pszichiátriai kórállapotok felbukkanásának, illetve rosszabbodásának veszélyét. Általánosságban elmondható, hogy – túl a kockázati tényezők hiányán – védő hatásúak a jó gyermekkor (*WHO, 2004*), magas intellektus, amely csökkenti az agresszív cselekmények és az időskori önelhanyagolás kockázatát (*Ttofi és mtsai, 2016; Cederblad és mtsai, 1995; Dogra és mtsai, 2008; O’Connell és mtsai, 2009*), bizonyos feltételek esetén a magasabb iskolai végzettség, a stabilan jó anyagi helyzet (*WHO, 2004; Sareen és mtsai, 2011*), a stabil családi körülmények és általában a támogató társas kapcsolatok, a pozitívan megélt (vallásos és/vagy természettudományos) világkép, a koherencia érzése („van helyem a világban” tudat) az inspiráló munkahely, a jó terápiás kapcsolat, az önkontroll, az önzetlenség, az empátiás készség, a társadalmi aktivitás (*WHO, 2004*).

Megemlítenendő viszont, hogy az összefüggés nem lineáris a végzettség és a mentális egészség között. Serdülőkorban a családtagok magasabb végzettsége védőfaktor lehet (*Thomson és mtsai, 2017*). Felnőttkorban az iskolai végzettség az arányos jövedelemmel összefüggésben szintén védő tényező lehet (*Stewart-Brown és mtsai, 2015*), azonban a végzett munkához viszonyított túlképzettség a depresszió és az öngyilkosság kockázatát növelheti is (*Bracke és mtsai, 2013*).

3.4. A fontossági sorrend felállítása

A dinamikus kockázati tényezők és a védőfaktorok mintegy „ráépülnek” a statikus kockázati tényezőkre, és így hozzák létre azt a pillanatnyi kockázati mintázatot, amely az adott páciensre az adott pillanatban jellemző (*UK Department of Health, 2007; Butler, 2014*). A kockázati mintázat értékelésekor ki kell emelnünk, azokat a tényezőket, amely az adott páciens esetében különös veszélyt jelentenek (pl. középkorú, depresszióban szenvedő munkanélküli férfi esetében az alkoholfogyasztás; szorongó egyetemi hallgató esetében a szorongást előidéző tantárgy vagy vizsgáztató stb.).

A kockázati mintázat változásai is követhetnek az egyénre jellemző lefolyási formákat. Ez függhet az alapbetegségtől is (pl. jellegzetes lehet bipoláris affektív zavar, borderline személyiségzavar, szkizofrénia esetében), de naptári eseményektől (napsütéses órák száma, ünnepek, határidők, vizsgák), személyes érzékenységi tényezőktől (pl. kapcsolati események) is.

Példa (5):

- A bevezető fejezetben szereplő Kovács úrnál jellegzetes kockázati mintázat tapasztalható, amely az indulati élet aránylag jól prognosztizálható hullámvázában érhető tetten. Elképzelhető azonban, hogy mindezt ellensúlyozzák egyes védő tényezők (pl. megnyugtató horgászás), és ebben az esetben a horgász barátokkal való kapcsolattartás tovább árnyalja a képet.

Példa (6):

- Elemérre jellemző az indulatok meggondolatlan cselekedetekkel való „lereagálása” (acting out), valamint gyakorta követ el önsértést, szabálysértően vezet, és emellett napi rendszerességgel fogyaszt pszichoaktív szereket. Elemér az öngyilkosság tartósan fokozott kockázatának lehet kitéve, amely látszólag jelentéktelen események hatására is szinte bármikor aktiválódhat.

Példa (7):

- Andrea önértékelése a GyES időszakban elszenvedett szerepvesztés és a torlódó otthoni teendők hatására jelentősen csökkent. Nyugtalanul várja haza férjét, Józsefet minden nap. Bár alaptermészetét illetően nem könnyen jön ki a sodrából, József munkahelyi túlterheltségéből adódó késéseit nehezen viseli. Ilyenkor önrontó tépelődésbe bonyolódik azon, hogy József vajon mivel töltheti az idejét. Jellemző mintázat férje hazaérkezésekor az indulatos számonkérés, melyek során József értetlenkedésére az indulatok egyre inkább elszabadulnak. A helyzet végül drámai jelenetekbe torkollik (sírás – nyugtató bevétele – bocsánatkérés – büntudat és frusztráltság mindkét oldalon – tovább torlódó teendők).

Amikor már ismerjük az egyén kockázati mintázatát, és tudjuk, hogy jelen pillanatban milyen kockázati tényezőkkel kell számolnunk, akkor következik a kockázati tényezők priorizálása, vagyis a fontossági sorrend felállítása. Mindig gondoljunk az „itt és most”-ra, vagyis arra, hogy mi az a tényező, amelyik ezt a páciens, ebben a pillanatban a leginkább veszélyezteti. Ennek a mérlegelési folyamatnak a során időnként óhatatlanul belefutunk abba, hogy a különböző kockázati tényezőket a szakember és a páciens, illetve hozzátartozói különbözőképpen súlyozzák. Amennyire lehet, vegyük figyelembe a páciens preferenciáit, de anélkül, hogy ezzel aránytalan kockázatnak tennénk ki őt, illetve környezetét.

3.5. Kockázatkezelési terv

A kockázatkezelési terv összeállításánál lényeges a SMART (specifikus, mérhető, általánosan elfogadott és elérhető, reális, időtartamhoz kötött) célok felállítása (*Doran, 1981*).

- **Specifikus:** azaz konkrét elérendő változásra irányuljon. (Helytelen: „Szedje rendszeresen a gyógyszert!” Helyes: „Tartsa a gyógyszert és a vizet az éjjeliszekrényén, és minden reggel felkeléskor vegyen be

1 kapszulát. Kezdje holnap.”) Konkrétan meg kell nevezni a megvalósítandó cselekvést, a megvalósító személyét, időpontját, a megvalósulás körülményeit.

- **Mérhető:** Ami számokkal kifejezhető, az jobban nyomon követhető. (Helytelen: „Ne veszekedjenek annyit a pénzen!” Helyes: „Bőven elég, ha hetente háromszor emlékezteti férjét az anyagi helyzetük miatti aggodalmaira. Ha ennél többször beszélnek erről, akkor valószínűbb, hogy veszekedés lesz a vége.”)
- **Általánosan elfogadott és elérhető:** A kockázatkezelésbe bevont személyeknek egyet kell érteniük a célkitűzésekkel, különben nagyobb a valószínűsége annak, hogy az egyet nem értő fél aláássa a megállapodás teljesítését.
- **Reális:** Értelemszerűen a célkitűzés akkor jó, ha végrehajtható. Hiába írjuk elő a közepes tanuló diáknak, hogy év végére legyen kitűnő tanuló, de abban megállapodhatunk, hogy két általa választott tárgyból javít, míg a többin nem ront.
- **Időtartamhoz kötött:** Legyen a célkitűzésnek pontos, időben behatárolt végpontja! Ez egyúttal ellenőrzési pontként is szolgálhat.

3.6. A kockázatkezelési terv végrehajtása és ellenőrzése

A kockázatkezelési terv egyik lehetséges megvalósítási módja a 7 lépéses problémamegoldás lépéseinek végrehajtása (Mayer, 1992, Malouf, 2007).

1. **Azonosítsuk a megoldandó problémát!** Jelen esetünkben ez a lépés maga a kockázatbecslési folyamat és a célok megfogalmazása.
2. **Soroljunk fel megoldási alternatívákat!** Ez az ötletbörze fázisa, amikor fontos, hogy lehetőség szerint mindenki minél több ötlettel előálljon, egyelőre mérlegelés nélkül.

- 3. Vegyük sorra minden lehetséges megoldás előnyeit és hátrányait!** Célszerű ezt leírni, hogy láthatóvá váljon az előnyök és hátrányok „tömegessége”.
- 4. Válasszuk ki a legjobb megoldást, vagy a legjobb megoldások kombinációját!** Itt célszerű konszenzusos döntésre törekedni.
- 5. Tervezzük meg a végrehajtást!** Ki, mikor, mit fog tenni, ki kit értesít, milyen módon stb. Számoljunk minden olyan tényezővel, amely elősegítheti, vagy akadályozhatja a kockázatkezelési terv megvalósulását, legyen ezekre „B-terv”!
- 6. Valósítsuk meg a kockázatkezelési tervet!**
- 7. Az előre meghatározott mérőpontok szerint ellenőrizzük a megvalósulást!** Értékeljünk minden pozitív változást! Ha szükséges, tervezzünk újra!

Javasolt a kockázatkezelés lépéseinek pontos dokumentálása a későbbi ellenőrizhetőség céljából.

Példa (8) kockázatkezelési terv felállítására:

- Az alábbi példa a kockázatkezelési terv felállítására hazánkban még csupán szórványosan elérhető közösségi krízisellátás mintáját veszi alapul, mint a kockázatkezelés legteljesebb körű megvalósulását.
- Jakab 53 éves, ismert hangulati labilitásban (visszatérő depressziós epizódok, és időszakos, korábban nem diagnosztizált, enyhe felhangoltság) szenvedő férfibeteg tiszta tudattal, de kissé bizonytalan járással jelenik meg, beszéde érezhetően elkentebb, átható cigarettaszaga van. Elmondja, hogy válik, és előző este nagyobb adag nyugtatót vett be, hogy aludni tudjon. Ez a második eset két napon belül. Nem hiszi, hogy ezt ne tudná egyedül megoldani, és nem is kér egyéb segítséget, csupán további nyugtatót szeretne felírtni, mert a feszültségtől már egy hete nem tudott megjelenni a munkahelyén. Jelenleg egyedül lakik, hozzátartozói közül egyedül elvált feleségét tudják telefonon elérni, aki pillanatnyilag egy másik városban tartózkodik.

Lássuk az aktuális ismereteink és a kutatási bizonyítékok kapcsolatát:

- a férfi nem a fejlett országokban 3,5-szeres kockázat a befejezett öngyilkosságra (*WHO, 2014*);
 - a nem kezelt unipoláris depresszióban szenvedők 5–10%-a öngyilkosságban hal meg (*Rihmer és Angst, 2009*);
 - az összes pszichiátriai kórkép közül a bipoláris II. affektív zavar öngyilkossági kockázata a legmagasabb (*Rihmer, Gonda, Kálmán, 2015*);
 - Magyarországon a középkorú férfiak öngyilkossági kockázata kiugróan magas (*Zonda, Paksi, Veres, 2011*);
 - a dohányzás a befejezett öngyilkosság kockázatát a mennyiséggel arányosan növeli (*Li és mtsai, 2012*);
 - az elvált férfiak öngyilkossági halálozása ötszöröse a házasságban élő férfiakénak (*Zonda és mtsai, 2011*);
 - az álmatlanság erős prediktora az öngyilkos magatartásnak (*Bernert és Joiner, 2007*);
 - az ismételt szándékos önmérgezés a jövőbeli öngyilkossági kísérlet mértékét nagymértékben növeli (*Carroll és mtsai, 2015*);
 - akut krízis áll fenn, a betegségbelátás és a segítségkérés inadekvát, valamint a társas támogatás is elégtelen, melyek a halálozás kockázatát tovább növelik (*Wang és mtsai, 2015; Holt-Lunstad és mtsai, 2010*).
-
- Adott a kockázatbecslés eredménye: noha akut életveszély nincs, a kockázat súlyos. A lehetséges kockázati események listája az alábbi:
 - szándékos önmérgezés: súlyos kockázat, nagy valószínűség;
 - fatális eszközzel történő önkárosítás: kritikus kockázat, közepes valószínűség;
 - munkahely elvesztése: közepes kockázat, nagy valószínűség;
 - impulzív döntések: kis-közepes-nagy kockázat, nagy valószínűség;
 - társas kapcsolatok megromlása: közepes kockázat, közepes valószínűség;
 - fizikai kimerülés az álmatlanság, illetve a rendezetlen életmód miatt, esetleg következményes fizikai betegség (akut fertőzés, stresszfüggő megbetegedések) kialakulása: közepes kockázat, közepes valószínűség.

- A közösségi krízisellátás menetét alapul véve, a teljes körű kockázatkezelési terv elkészítése így nézhet ki:
- A szakember megbeszéli Jakabbal a fenti kockázati tényezőket, és kéri, hogy súlyozza ezek közül a számára fontosakat. Jakab kitart amellett, hogy neki csupán nagyobb adag nyugtató felírására van szüksége (inadekvát segítségkérés). Azonban a szakember megbeszéli vele, hogy ez a megoldás nem csökkentené, hanem növelné a veszélyes túladagolás kockázatát. Abba az irányba tereli a beszélgetést, hogy Jakab a kérését fogalmazza át úgy, hogy milyen változást szeretne elérni. Az a fajta érzékenység, ahogyan a szakember reagál Jakab megfogalmazott preferenciáira (neki elsősorban az a fontos, hogy ki tudja magát aludni, másodsorban az, hogy megtartsa a munkahelyét, harmadsorban pedig az, hogy mások számára ne derüljön ki a „gyengesége”), később megtérül: az alvászavar rendezését, a munkahelyre való mielőbbi visszatérést és a diszkréciót kiemelt témaként kezelve, közösen kidolgozzák az alábbi komplex tervet:
- A kríziskezelést meg kell kezdeni. Az alvászavar rendezése érdekében valóban szükség lehet gyógyszeres kezelés, illetve alváshigiénés tanácsokra (napközbeni fizikai aktivitás, koffeinfogyasztás és dohányzás csökkentése, rendszerezett napi tevékenységek). A gyógyszeres kezeléshez azonban akkora mennyiséget szabad csak biztosítani, hogy veszélyes adag ne álljon rendelkezésre. Személyes feladatok: az orvos részéről napi adagra vonatkozó receptek felírása, és a gyógyszeres kezelési terv részletes megvitatása. Az ápoló személyzet részéről Jakabbal való napi szintű kapcsolattartás otthonában, illetve telefonon. Jakab részéről feladat alvásnapló vezetése, a pontos napirend felállítása, együttműködés a naponta látogató személyzettel, a panaszok pontos visszajelzése. Határidő: megkezdése azonnal, folytatás minden egyes találkozásnál újraértékelendő.
- A szándékos önmérgezés kockázata: ezen túlmenően is, olyan körülményeket kell teremteni, hogy Jakab ne férjen hozzá olyan kémiai anyaghoz, amelylyel kárt tud tenni magában. Személyes feladatok: az ápolószemélyzet részéről a Jakab lakásában rendelkezésre álló gyógyszerek és mérgező anyagok összeírása, összegyűjtése, zárolása biztonságos helyen, addig, amíg a krízisellátás végét nem ér. Jakab részéről az önmérgezésre készítő impulzusok feljegyzése, a krízisellátó személyzet tájékoztatása. Határidő: azonnal.

- Fatális eszközzel történő önkárosítás: az egyik lehetőség az, hogy minden potenciálisan halálos eszközt (szűrő-vágóeszközök, köté, vezeték, konnektor, gépjármű, magas helyek) elérhetetlenné tesznek. A másik lehetőség az, hogy Jakabbal feltérképezik azokat a veszélyes pillanatokat, amikor késztetést érez arra, hogy kárt tegyen magában, és krízistervet dolgoznak ki ezekre a helyzetekre (pl. milyen esetben kit hívjon fel, vagy milyen helyettesítő cselekvést – mondjuk fizikai munka – hajtson végre, hogy időt nyerjen saját maga számára addig, amíg az impulzivitása csökken). Határidő: azonnal.
- Munkahely elvesztése – Jakab feladata az, hogy 2 munkanapon belül beszéljen a felettesével, és tájékoztassa arról, hogy átmenetileg munkaképtelen, illetve, hogy megtalálják a módját annak, hogy ezt hogyan tudják formálisan rendezni (pl. táppénz, betegszabadság). A személyzet felelőssége az, hogy a munkába való mielőbbi visszatérésre megfelelő stresszkezelési terv is készüljön. Határidő: felettessel beszélni 2 munkanap, stresszkezelési terv elkészítésére egy hét.
- Impulzív döntések: megbeszéli Jakabbal, hogy a krízis elmúlásáig feltétlenül kerülje a fontos döntések meghozását. Az impulzivitást a gyógyszeres kezelés (pl. hangulatstabilizáló, amennyiben a bipoláris affektív zavar igazolható), illetve az ötletszerű nyugtatószedés mellőzése is csökkenti. A gyógyszeres kezelés pontos módjáról és hatásmechanizmusairól részletesen tájékoztatják Jakabot. Az orvos feladata a gyógyszeres kezelés pontos beállítása, illetve Jakab részletes tájékoztatása. Jakab feladata továbbá az, hogy az orvossal történő következő találkozásig írja fel, hogy a hirtelen döntéseket milyen lépésekkel tudja lassítani. Határidő: azonnal, illetve az összeíráshoz egy hét.
- Társas kapcsolatok megromlása – a személyzet feltérképezi a Jakab számára fontos személyeket. Ezt követően terv készül arra, hogy kívül mikor és milyen módon létesít kapcsolatot. Határidő: a tervezésre egy hét, a végrehajtásra egy hónap.
- Egyéb betegségek kialakulásának megelőzése: a személyzet egyelőre alapszintű életmód-tanácsadásban részesíti Jakabot, a konkrét életmódváltoztató lépéseket későbbre tervezik. Határidő: egy hónap múlva.
- A közösségi krízisellátó szolgálat hozzájárul ahhoz, hogy megnyerjék Jakab együttműködését, hiszen kevésbé korlátozó és stigmatizáló megoldás lehet,

mint az egyébként alternatívaként felmerülő kórházi kezelés. A közösségi krízisellátás révén Jakab állapota otthonában monitorozható. A krízisellátó orvosa meg tudja figyelni Jakab állapotának az alakulását, és ehhez mérten tud javasolni gyógyszeres kezelést (pl. hangulatstabilizáló). A válással kapcsolatos érzelmi hullámvásait Jakab megoszthatja a szakemberekkel, és pár nap után hajlandóvá válhat időpontot kérni a válási krízisen átesettek önszorgató csoportjába. A krízisellátó munkatársai feltérképezik társas kapcsolatait (pl. rokonok, barátok), és mozgósítják azokat, akik hajlandóak időnként kommunikálni vele. A közösségi krízisellátásnak legfőbb előnye pedig ott mutatkozhat meg, hogy kisebb a kockázata annak, hogy Jakab elveszítse a munkáját.

- A mobil krízisellátás későbbi fázisában Jakabot megtanítják arra, hogy melyek azok a kockázati tényezők, amelyekre érdemes odafigyelnie, és krízistervet tudnak arra az esetre felállítani, hogy mit tehetnek, ha ezek valamelyike bekövetkezik. Például, amikor előntik a veszteséggel kapcsolatos negatív érzések, akkor felhívja egy régi barátját, akár csak figyelemelterelő társalgás céljából, ha az érzéseiről egyelőre nem is szívesen beszél. Feltérképezik azt is, hogy ki miben tud neki segíteni (pl. felnőtt fia hetente kétszer meglátogatja, unokanővére átmenetileg segít a háztartás rendezésében havonta három alkalommal stb.).
- Természetesen tisztában vagyunk azzal, hogy a közösségi krízisellátás lehetősége Magyarországon ma még csak kivételes körülmények között elérhető, bár nagyon bízunk abban, hogy ez idővel változni fog. A fenti példa elsősorban azért szerepelt, hogy a teljes körű kockázatkezelési folyamatot bemutassa. A pszichiátriai gondozó szakemberei nem feltétlenül mindenütt rendelkeznek azzal az eszköztárral, amely egy ennyire komoly krízishelyzetben lehetővé tenné a komplex kríziskezelést.
- Amennyiben Jakab esetében a kórházi beutalás marad az egyetlen reális alternatíva, akkor számolni kell az a stigmatizáció (Loch, 2014), az ismételt traumatizáció (Frueh és mtsai, 2005), valamint a munkahely elvesztésének kockázatával (Loch, 2014). Ha gondolunk ezekre az eshetőségekre, akkor jó előre felkészülhetünk ezekre a jövőbeli kockázatokra, megtervezve akár a megelőző, akár az elhárító-kárenyhítő lépéseket. Ebben az esetben a pszichiátriai gondozó biztosítja a beszállításig a felügyeletet, miközben igyekszik megnyerni Jakab együttműködését. Optimális esetben a kórházi kezelés alatt a pszichiátriai gondozó

és a kórház szakemberei folyamatosan kapcsolatban vannak egymással, annak érdekében, hogy az átadás-átvétel minél gördülékenyebb legyen. Ez különösen hazabocsátáskor kritikus. A kórházi elbocsátás napján célszerű, ha a pszichiátriai gondozó személyzete felveszi vele a kapcsolatot, és közeli kontroll-időpontot ad, hiszen az elbocsátás napján, első hetében, egy hónapon belül, három hónapon belül, valamint még egy éven belül is erősen emelkedett az öngyilkossági halálozás kockázata (Olfson, 2017; Chung és mtsai, 2017; Riblet és mtsai, 2017; Bickley és mtsai, 2013). Nagyon célszerű lenne, ha a kórházi hazabocsátás megtervezése már a felvételt követően megkezdődne a pszichiátriai gondozó bevonásával.

ÖSSZEGLÉS:

A kockázatbecslés és kockázatkezelés folyamata a következő:

- 1. Zárjuk ki az azonnali életveszélyt!**
- 2. Azonosítsuk a statikus és a dinamikus (ezen belül jelen- és jövőbeli) kockázati tényezőket, és a védőfaktorokat!**
- 3. Elemezzük ezek egymásra hatását!**
- 4. A pácienssel együttesen állítsuk fel a fontossági sorrendet!**
- 5. Készítsünk kockázatkezelési tervet az egyes konkrét kockázati helyzetekre a SMART-alapelvek szerint!**
- 6. A problémák megoldásához használjuk a 7 lépéses módszert!**

IRODALOM

- Bernert, R.A., Joiner, T.E. (2007) Sleep disturbances and suicide risk: A review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2007 Dec. 3(6), 735–743.
- Best Practice in Managing Risk. Principles and evidence for best practice in the assessment and management of risk to self and others in mental health services. Docu-

- ment prepared for the National Mental Health Risk Management Programme. UK Department of Health. (2007) http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_076512.pdf.
- Bickley, H., Hunt, I.M., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., Kapur, N. (2013) Suicide Within Two Weeks of Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Case-Control Study. *Psychiatric Services*. 64, 653–659, doi: 10.1176/appi.ps.201200026.
- Blazsek P., Wernigg R. (2015) Kockázatbecslés a pszichiátriában. Oriold és társa.
- Bracke, P., Pattyn, E., von dem Knesebeck, O. (2013) Overeducation and depressive symptoms: diminishing mental health returns to education. *Sociology of Health and Illness*, 5 August 2013. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12039>.
- Butler, J. (2014) Assessing Risk in Community Mental Health Services. In M. Agius, P. Pregelj & B. Zalar (Eds.) *Community Psychiatry* (Chap. 14, 154–162). Ljubljana, Slovenia: Department of Psychiatry, University of Ljubljana / Bedfordshire Centre for Mental Health Research in Association with the University of Cambridge (ISBN: 978-961-93235-6-4).
- Carroll, R., Metcalfe, C., Gunnell, D. (2014) Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *PlosONE*, February 28, 2014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089944>.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnel, O., Hansson, K. (1995) Intelligence and temperament as protective factors for mental health. A cross-sectional and prospective epidemiological study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 245(1), 11–9 February 1995.
- Chung, D.T., Ryan, C.J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S.P., Stanton, C., Large, M.M. (2017) Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017 Jul 1; 74(7), 694–702. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044.
- Dogra, N., Frake, C., Warner-Gale, F., Parkin, A. (2008) *A Multidisciplinary Handbook of Child and Adolescent Mental Health for Front-line Professionals*. Jessica Kingslay Publishers, London & Philadelphia.
- Doran, G.T. (1981) „There’s a S.M.A.R.T. way to write management’s goals and objectives”, *Management Review*, Vol. 70, Issue 11, 35–36, 2.
- Frueh, B.C., Knapp, R.G., Cusack, K.J., Grubaugh, A.L., Sauvageot, J.A., Cousins, V.C., Yim, E., Robins, C.S., Monnier, J., Hiers, T.G. (2005) Patients’ Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services* 56, 1123–1133. <http://ps.psychiatryonline.org>.
- Góbl, G. (2006) *Oxiológia. Medicina*. http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Oxiologia/adatok.html.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton, J.B. (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PlosMedicine*, July 27, 2010. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316> <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>.

- Li, D., Yang, X., Ge, Z., Hao, Y., Wang, Q., Liu, F., Gu, D., Huang, J. (2012) Cigarette smoking and risk of completed suicide: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Psychiatric Research*, October 2012. Volume 46, Issue 10, 1257–1266. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.013>.
- Loch, A.A. (2014) Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. *Psychol Res Behav Manag.* 7, 137–145. doi: 10.2147/PRBM.S35061.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Schutte, N.S. (2007) The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2007. Jan. 27(1), 46–57.
- Mayer, R.E. (1992) *Thinking, Problem Solving, Cognition.* (2nd Ed.). New York: W. H. Freeman and Company.
- O'Connell, M.E., Boat, T., Warner, K.E. (2009) Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. Washington, DC: The National Academies Press; and U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Risk and protective factors for mental, emotional, and behavioral disorders across the life cycle. http://dhss.alaska.gov/dbh/Documents/Prevention/programs/spfsg/pdf/IOM_Matrix_8%205x11_FINAL.pdf.
- O'Connell, M.E., Kelly, B.B., Keenan, W., Kasper, M.A. (2009) Research Advances and Promising Interventions: Risk and Protective Factors for Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Across the Life Cycle. National Academy of Sciences. [http://www.crpcorp.com/Mandatory_Capacity_Building_Initiative_\(Cohort_10\)/Matrix_ReportBrief.pdf](http://www.crpcorp.com/Mandatory_Capacity_Building_Initiative_(Cohort_10)/Matrix_ReportBrief.pdf).
- Olfson, M. (2017) Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry.* 2017 Jul. 1, 74(7), 669–670. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1043.
- Riblet, N., Shiner, B., Watts, B.V., Mills, P., Rusch, B., Hemphill, R.R. (2017) Death by Suicide Within 1 Week of Hospital Discharge: A Retrospective Study of Root Cause Analysis Reports. *J Nerv Ment Dis.* 2017 Jun; 205(6), 436–442. doi: 10.1097/NMD.0000000000000687.
- Rihmer Z., Angst J. (2009) Mood disorders – Epidemiology. In: Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (Eds.) (2009) *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th edition. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins. 1645–53.
- Rihmer Z., Gonda X., Kálmán J. (2015) Bipoláris betegek lamotrigin kezelése – Relapszus ráta és szuicid magatartás 6 hónapos követés során. *Neuropsychopharmacol Hung.* 17(1), 007–013.
- Sareen, J., Afifi, T.O., McMillan, K.A., Asmundson, G.J.G. (2011) Relationship Between Household Income and Mental Disorders. Findings From a Population-Based Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatry.* 68(4), 419–427.
- Thomson, K.C., Guhn, M., Richardson, C.G., Shoveller, J.A. (2017) Associations between household educational attainment and adolescent positive mental health in Ca-

- nada. SSM – Population Health. Volume 3, December 2017, 403–410. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.04.005>.
- Ttofi, M.M., Farrington, D.P., Piquero, A.R., Lösel, F., DeLisi, M., Murray, J. (2016) Intelligence as a protective factor against offending: A meta-analytic review of prospective longitudinal studies. *Journal of Criminal Justice* 45. 4–18.
- Understanding and managing clinical risk Patient Safety Curriculum Guideline World Health Organisation (2009) http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/who_ps_curriculum.pdf.
- Wang, Y., Sareen, J., Afifi, T.O., Bolton, S.L., Johnson, E.A., Bolton, J.M. (2015) A population-based longitudinal study of recent stressful life events as risk factors for suicidal behavior in major depressive disorder. *Arch Suicide Res.* 19(2), 202–17. doi: 10.1080/13811118.2014.957448.
- WHO Preventing suicide. A global imperative. World Health Organization, (2014) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf.
- WHO www.who.int/mental_health/media/hung.pdf.
- WHO, War Trauma Foundation and World Vision International: Psychological first aid: Guide for field workers. World Health Organization. (2011) http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/.
- WHO: Promoting Mental Health. World Health Organization. (2004) http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.
- Zonda T., Paksi B., Veres E. (2011) Műhelytanulmányok 2. Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010) KSH, <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/muhelytanulmanyok2.pdf>.

II.

FEJEZET

RIZIKÓ- ÉS PROTEKTÍV TÉNYEZŐK FELMÉRÉSE ÉS KOCKÁZATKEZELÉS

4. SZUICÍDIUM

Rihmer Zoltán • Osváth Péter

Az öngyilkosság rendkívül összetett jelenség, amely nem tekinthető az élet nehézségeire adott normális reakciónak. A témával kapcsolatos intenzív kutatások alapján ma már ismerjük a legfontosabb rizikó- és protektív tényezőket. Sajnos tudásunk és lehetőségeink mai szintjén nem tudunk megelőzni minden öngyilkosságot, de mivel az öngyilkosságban meghaltak jelentős hányada fel nem ismert, vagy kezeletlen pszichiátriai betegségben szenved, a rendelkezésre álló ismeretanyag klinikai hasznosításával a szuicid mortalitás lényegesen csökkenthető.

4.1. Bevezetés

Az öngyilkosság, amely az emberi lét talán legtragikusabb eseménye, rendkívül összetett, multikauzális jelenség, amely minden korban és kultúrában előfordul, bár eltérő és változó gyakorisággal (*Zonda, 1991; Rihmer és mtsai, 2015; Kalmár és mtsai, 2012*). A szuicid mortalitás Európában és Észak-Amerikában a legnagyobb, Ázsiában, valamint Közép-, Dél-Amerikában relatíve alacsonyabb, az arab világban pedig rendkívül ritka. Ugyanakkor az öngyilkossági rátákat illetően Európában is nagy különbségek vannak: északon és keleten magasabb, míg nyugaton és délen alacsonyabb. Az utóbbi 35 évben a legtöbb európai országban fokozatosan csökkenő öngyilkossági halálozás észlelhető és függetlenül a Kelet-Európában 1990 után bekövetkező társadalmi változásoktól elsősorban ott volt a legnagyobb a csökkenés, ahol a pszichiátriai (főleg depressziós) betegek ellátása is lényegesen javult (*Gusmao és mtsai, 2013*). Hazánk szuicid rátája 1984-ben 46/100.000 lakos volt, és ez 2016-ra folyamatosan 17/100.000-ra csökkent. Ugyanakkor ezen 63%-os csökkenés ellenére az Európai Unióban Litvánia és Lettország mögött még mindig a harmadik helyen vagyunk (*Kalmár és mtsai, 2012; Gusmao és mtsai, 2013; Rihmer és mtsai, 2013; Rihmer és Németh, 2014*).

Bár az öngyilkos magatartás rendkívül összetett jelenség számos hajlamosító és provokáló tényezővel, nemzetközi és hazai vizsgálatok egyértelműen mutatják, hogy az öngyilkosságban meghaltak és az öngyilkossági kísérletet elkövetők kb. 90%-a (többnyire fel nem ismert és nem kezelt) pszichiátriai betegségben szenved a cselekmény idején, és ezek közül a leggyakoribb (65–87%) a major depressziós epizód. Ugyanakkor mivel a pszichiátriai betegek döntő többsége nem öngyilkosságban hal meg, nyilvánvaló, hogy a betegség mellett még egyéb pszichoszociális, demográfiai és kulturális tényezők is szerepet játszanak, tehát a szuicid magatartás sohasem vezethető vissza egyetlen okra (*Balázs és mtsai, 2006; Goodwin és Jamison, 2007; Rihmer és mtsai, 2009, 2013, 2017; Hawton és van Heeringen, 2009; Wasserman és mtsai, 2012*). Annak ellené-

re, hogy a tradicionálisan magas magyarországi szuicid halálozás okait pontosan még ma sem ismerjük, a pszicho-szociális, gazdasági és szociokulturális tényezőkön kívül ebben igen jelentős szerepe lehet annak, hogy Magyarországon a major depressziós kórképek, különösen a bipoláris betegség (és az alkoholbetegség) prevalenciája a világon a legmagasabbak közé tartozik (Szádóczy és mtsai, 1998; Kalmár és mtsai, 2012).

Az öngyilkosság problémája mindig is élénken foglalkoztatta az emberiséget (szakembereket és laikusokat egyaránt), de a téma tudományos igényű megközelítése csak a XIX. és XX. század fordulóján, a francia szociológus, Émil Durkheim munkásságával vette kezdetét (Durkheim, 1966). Durkheim valószínűleg mindent tudott az öngyilkosságról, amit korának ismeretanyaga birtokában egyáltalán tudni lehetett, és a problémához elsősorban szociológiai módszerekkel közelítve az öngyilkosságok fő okait a társadalmi tényezőkben látta. A modern szuicidológia természetesen nem veti el a társadalmi folyamatok jelentőségét, de emellett alapvető szerepet tulajdonít az egyéni vulnerabilitásnak (pszichiátriai betegségnek, illetve bizonyos személyiségjegyeknek) is, hiszen a nemkívánatos társadalmi jelenségek (Durkheim terminológiájával anómiás folyamatok) a populáció jelentős hányadát érintik, de szerencsére csak igen ritkán, elsősorban a pszichológiailag/pszichiátriaiilag sérülékeny egyéneknél provokálnak szuicid magatartást (Mann és mtsai, 1999; Fekete és Osváth, 2005; Wasserman és mtsai, 2012).

4.2. Az öngyilkos magatartás epidemiológiája

4.2.1. Befejezett öngyilkosság

A befejezett öngyilkosság – Kína és India kivételével – mindenütt a világon jóval gyakoribb férfiaknál; az áldozatok 65–80%-a férfi és mindenütt a világon szezonális mintázatot mutat: tavasszal/kora nyáron a leggyakoribb és télen a legritkébb. Ez azonban részben már a háttérben

meghúzódó pszichiátriai betegségek, illetve egyéb biológiai tényezők szerepére is utal, és a bennük megnyilvánuló szezonális, ciklitis elsősorban a depresszióval kapcsolatos szuicídiumok miatt észlelhető (*Goodwin és Jamison, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009; Rihmer és mtsai, 2013*). A befejezett öngyilkosok között a férfiak ezen extrém dominanciája részben annak is a következménye, hogy a férfiak öngyilkossági cselekedetükhöz gyakrabban választanak violens (drasztikus), magas letalitású módszert (akasztás, lőfegyver, magasból való leugrás stb.), a férfiak ritkábban kérnek szakszerű segítséget pszichiátriai/pszichológiai problémáik miatt és a férfiak szuicid magatartásában gyakoribb az alkohol szerepe is.

A befejezett öngyilkosság (szemben a kísérletekkel) idős korban mindkét nemben sokkal gyakoribb, amelyben a pszichiátriai morbiditáson túl az esetleges veszteségek, izoláció, valamint szomatikus betegségek (tehát a romló életminőség) is lényeges szerepet játszanak (*Goodwin és Jamison, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009; Kalmár és mtsai, 2012*). A férfiakra jellemző violens öngyilkossági módszerek esetében nemcsak depresszióban, hanem más pszichiátriai zavarokban is a központi idegrendszer szerotonin forgalmának csökkenése (diszregulációja) mutatható ki (*Mann és mtsai, 1999; Goodwin és Jamison, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009; Gonda és mtsai, 2011*), és ennek a szerotonin forgalmat növelő antidepresszív gyógyszerek, illetve a lítiumterápiát illetően a szuicídium prevenciójában is hasznosítható gyakorlati konzekvenciái vannak.

4.2.2. Öngyilkossági kísérlet

A befejezett öngyilkossággal szemben a szuicid kísérlet nők körében négy-öttször gyakoribb. Bár az öngyilkossági kísérletek pontos regisztrálása problematikus és kevésbé megbízható, az öngyilkossági kísérletek „élettartam-prevalenciája” a felnőtt lakosság reprezentatív mintáinak kikérdezése alapján a nyugat-európai országokban 1,1–5% között mozog, hazánkban 3,2% (*Kessler és mtsai, 1999; Szádóczy és mtsai, 2000*). Az egy befejezett öngyilkosságra eső kísérletek becsült

száma 10–15. Az öngyilkossági kísérletek évszaki ingadozást mutatnak, mint a befejezett szuicídiumok (*Mergl és mtsai, 2010*). Ugyanakkor a szuicid kísérlet nem jelenti a szándék komolytalanságát, és nem igaz az sem, hogy aki beszél az öngyilkosságról, az úgysem teszi meg. A befejezett öngyilkosságot elkövetők kb. 40 százalékában szerepel ugyanis legalább egy szuicid kísérlet az anamnézisben. Nem helytálló tehát az a nézet, amely szerint a kísérletezők (fiatal nők) és az öngyilkosságban meghaltak (középkorú férfiak) külön populációt képeznek: a két csoport között – mint láthattuk – jelentős átfedés van. A szuicid kísérleten átesett egyén tehát fokozottan veszélyeztetettnak számít, mivel az első kísérlet után öt éven belül a betegek 10%-a öngyilkosságban hal meg, és a befejezett szuicídium rizikója az élettartamra vetítve több mint 50-szeresére nő. Még a nem öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértés esetén is a későbbiekben szignifikánsan megnő a szuicid magatartás rizikója (*Sakinofsky, 2000; Rihmer, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009; Kalmár és mtsai, 2012; Coppersmith és mtsai, 2017*).

4.3. A szuicid magatartás biológiai és pszichoszociális tényezői, („gén-környezet interakció”)

A szuicid magatartás családi halmozódást mutat; az első- vagy másodfokú rokonságban előfordult öngyilkosság nagyságrenddel növeli a szuicídium esélyét, a befejezett öngyilkosságot illetően a monoizigóta – dizigóta konkordancia 24%–2,8%, és az adoptált öngyilkosok biológiai szüleinél szignifikánsan (4–8-szor) gyakoribb az öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet, mint a nevelőszülők között (*Kim és mtsai, 2005; Goodwin és Jamison, 2007; Voracek és Loibl, 2007; Petersen és mtsai, 2014*). A szuicid magatartás családi halmozódása részben független a depressziótól, illetve egyéb pszichiátriai betegségtől, mivel az öngyilkosság tekintetében pozitív családi anamnézisű személyeknek 10-szer nagyobb az esélyük a befejezett öngyilkosságra akkor is, ha a családban szereplő pszichiátriai betegségeket kontrollálták. Az önpusztító maga-

tartásra hajlamosító ezen „örökletes”, de nem pszichiátriai betegséghez kötött faktor minden bizonnyal az impulzív, agresszív, érzelmileg labilis, csökkent frusztrációs toleranciával járó személyiségvonásokat jelenti (Mann és mtsai, 1999; Kim és mtsai, 2005; Innamorati és mtsai, 2015).

Depressziós öngyilkosoknál és kísérletezőknél szignifikánsan alacsonyabb a liquor 5-hidroxi-indolecetsav (5-HIAA, a szerotonin bomlásterméke) szintje, mint a nem szuicidális depressziókban és az egészségesekben, hasonló eltérés mutatható ki más, szintén szuicidális pszichiátriai betegekénél is (Mann és mtsai, 1999; Goodwin és Jamison, 2007). Alacsony BDNF (brain derived neurotrophic factor), alacsony TPH (triptofán hidroxiláz)-szintek, valamint a szerotonin transzporter gén rövid alléljének hordozói (mindhárom csökkent központi idegrendszeri szerotonin szintézissel jár) szignifikánsan gyakoribb szuicidális betegekénél (Goodwin és Jamison, 2007; Caspi és mtsai, 2010; Gonda és mtsai, 2011; Kang és mtsai, 2013). A depressziós epizód alatt gyakran észlelhető hiperkortizolémia, illetve az ezt jelző kóros dexamethazon szupresziós teszt (DST) a major depressziós betegek közel ötven százalékára jellemző, és ez a neuroendokrin eltérés a hosszútávon bekövetkező öngyilkosságok szignifikáns prediktorának bizonyult: 15 éves követés során a befejezett öngyilkosság 10-szer gyakrabban fordul elő a DST-pozitív, mint DST-negatív tesztet mutató depressziós betegekénél (Coryell és Schlesser, 2001; Goodwin és Jamison, 2007). Az alacsony omega-3-, illetve a magas omega-6-zsírsav szint (vagyis a magas omega-6/omega-3 arány) a depresszió és szuicídium nagyobb kockázatával jár, amely minden bizonnyal az alacsony koleszterinszint mellett igazoltan csökkent szerotonin szintézissel függ össze (Sublette és mtsai, 2006; Goodwin és Jamison, 2007; Vaz és mtsai, 2014). A szuicidális depressziós betegek – a rájuk jellemző ruminatív, mindenben elsősorban a rosszat látó, peszsimista, depresszív-szorongó vagy ciklotím temperamentumuk mellett – speciális teszthelyzetben a nemszuicidális depressziósakhoz képest szignifikánsan gyakrabban hoznak hibás döntéseket, illetve sokkal több interperszonális konfliktust és negatív életeseményt generálnak

maguk körül (*Jollant és mtsai, 2007*). Pszichofiziológiai vizsgálatok szerint a szuicidális – és különösen a szuicidális depressziós – pácienseknél az elektrodermális hiporeaktivitás igen nagy szenzitivitással és specifitással jelzi az öngyilkossági rizikót (*Thorell, 2009*).

Az említett genetikai és (neuro) biológiai eltérések azonban csak az öngyilkosságra való hajlamot jelzik, amely hajlamot a kora-gyermekkori negatív életesemények fokozzák. Az önpusztító magatartás kialakulásában azonban a biológiailag megalapozott hajlam mellett ugyanolyan fontos szerepet játszanak a felnőttkori nemkívánatos életesemények, akut pszichoszociális stresszorok amelyek elsősorban a sérülékeny egyéneknél, vagyis leginkább pszichiátriai betegekben provokálnak öngyilkos magatartást (*Isometsa és mtsai, 1995; Rihmer, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009; Caspi és mtsai, 2010; Wasserman és mtsai, 2012*). A gén-környezet interakciójára a depresszió és öngyilkosság vonatkozásában a legjobb példa az a vizsgálat, amely arról számol be, hogy azoknál, akik a szerotonin transzporter gén rövid allélját hordozzák, a negatív életesemények szignifikánsan gyakrabban váltanak ki depressziót és öngyilkos magatartást, mint a rövid allélt nem hordozók (*Caspi és mtsai, 2010; Gonda és mtsai, 2011*). Az öngyilkosság stresszdiatézis modellje szerint tehát a diatézist a biológiailag megalapozott vulnerabilitás, míg a stresszort az akut major pszichiátriai betegség vagy súlyos élethelyzeti krízis jelenti (*Mann és mtsai, 1999; Kim és mtsai, 2005; Sublette és mtsai, 2006; Gonda és mtsai, 2011, 2012; Wasserman és mtsai, 2012*).

4.4. Öngyilkossági rizikófaktorok és protektív tényezők

Bár kétségtelen, hogy az öngyilkosság komplex, multikauzális jelenség, mégis körvonalazható több olyan tényező, amelyek fennállta esetén az öngyilkosság kockázata igen nagy. Mivel az öngyilkossági rizikófaktorok nem különböznek alapvetően a befejezett szuicídium, illetve a szuicid kísérlet tekintetében (*Oquendo és mtsai, 2004; Hawton és*

4/1. táblázat

Az öngyilkossági rizikófaktorok hierarchikus osztályozása

OSZTÁLYOZÁS	RIZIKÓFAKTOROK
Elsődleges (pszichiátriai)	Jelenleg fennálló pszichiátriai betegség Affektív betegségek – bipoláris II > bipoláris I unipoláris major depresszió – agitált/kevert depresszió, súlyos depresszió, reménytelenség, alvászavar – komorbid szorongásos betegség – komorbid alkohol-, illetve drogbetegség – ciklotím/hipertím/depresszív temperamentum – impulzív/agresszív személyiségvonások, megküzdési mechanizmusok elégtelensége – komorbid személyiségzavar (főleg borderline) – mánia (diszfóriás/kevert) Szkizofrénia (főleg ha depressziós tünetek is vannak) Alkohol/gyógyszer/drog/nikotin abúzus/addikció, szerencsejáték-függőség Megelőző/korábbi öngyilkossági kísérlet(ek)/önsértés Szuicídi előzmény a családban az 1. vagy 2. fokú rokonok között Kórházból való elbocsátást követő időszak Az öngyilkossági szándék/halálvágy kommunikációja (búcsúzkodás, végrendelkezés stb.)
Másodlagos (pszicho-szociális)	Kora gyermekkori negatív életesemények (fizikai/szexuális abúzus, szülő halála, válás stb.) Impulzív, agresszív, személyiségvonások major affektív betegség nélkül Ciklotím-, hipertím-, depresszív temperamentum major affektív betegség nélkül Izoláció/különvált/özvegy/elvált Súlyos testi betegség (krónikus fájdalom, mozgáskorlátozottság stb.) Munkanélküliség, komoly anyagi problémák (munkahely elvesztése/nyugdíjazás) Súlyos akut negatív életesemények, megterhelő életesemény a közelmúltban

OSZTÁLYOZÁS	RIZIKÓFAKTOROK
	Dohányzás Halálos eszközök könnyű elérhetősége (fegyver, magas ház, mérgek stb.)
Harmadlagos (demográfiai)	Férfi nem Serdülőkor (fiúk) Idős kor (mindkét nem) Sérülékeny csoportok (öngyilkosok hozzátartozói, homo- vagy biszexualitás, bevándorlók, börtönlakók, stb.) Nagyobb kockázatú időszakok (tavasz/kora nyár, a hét első napjai, premenstruum, férfiaknál születésnap)

(Rihmer, 2007; Rihmer és mtsai, 2015, 2017)

mtsai, 2005; Rihmer 2007), ezért a továbbiakban együttesen tárgyaljuk őket. Ugyan az öngyilkosságra hajlamosító biológiai tényezők detektálására szolgáló biológiai markerek a mindennapi gyakorlatban nehezen érhetők el (*Mann és mtsai, 1999; Coryel és Schlessner, 2001; Goodwin és Jamison, 2007; Gonda és mtsai, 2011; Kang és mtsai, 2013*), szerencsére ma már számos olyan klinikailag feltárható tényezőt ismerünk, amelyek segítségével az öngyilkos magatartás esélye nagy valószínűséggel előre jelezhető (*Rihmer és mtsai, 2007, 2015, 2017; Wasserman és mtsai, 2012; Blazsek és Wernigg, 2015*). A szuicid rizikófaktorokat többféleképpen osztályozzuk: rövid távú vs. hosszú távú, proximális vs. disztális, statikus vs. dinamikus, módosítható vs. nem módosítható rizikófaktorok stb. Ugyanakkor ezen rizikófaktorok klinikai prediktív értéke igen eltérő. Míg a befejezett öngyilkosságot elkövetők 65–80%-a férfi, és közel kétharmaduk kezeletlen súlyos depresszió során követi el tettét, csupán az a tény, hogy valaki férfi, csak igen kis mértékben fokozza a szuicídium rizikóját, a kezeletlen súlyos depresszió viszont 50–100-szorosra növeli azt. Mivel tehát ezen rizikófaktorok előrejelző értéke igen különböző, ezért szükséges, hogy hierarchikus rendbe állítsuk őket.

A klinikailag feltárható öngyilkossági rizikófaktorok hierarchikus osztályozása (*Rihmer, 2007; Rihmer és mtsai, 2015, 2017*) a **4/1. táblázatban** lát-

ható. A bevezető fejezetben definiált statikus és dinamikus rizikótényezők megtalálhatók az alábbiakban felsorolt elsődleges, másodlagos és harmadlagos rizikótényezők között. Mind az elsődleges, mind a másodlagos, mind a harmadlagos rizikófaktorok között van statikus és dinamikus is (pl. elsődleges rizikótényezők között a megelőző öngyilkossági kísérlet statikus, a jelenleg fennálló depresszió pedig dinamikus tényező).

4.4.1. Elsődleges (orvosi-pszichiátriai) rizikófaktorok

Az elsődleges (orvosi-pszichiátriai) öngyilkossági rizikófaktorok (pszichiátriai betegség, megelőző öngyilkossági kísérlet, a szuicid szándék verbalizációja, öngyilkos magatartás a vérrokonok között) közös jellemzője, hogy „normális” körülmények között nincsenek jelen, és – az utolsó kivételével – jól körvonalazható időintervallumhoz kötöttek, az adott egyénre aktuálisan jellemzők, elsősorban az egészségügyi ellátás kompetenciájába tartoznak, és ideális esetben annak keretén belül befolyásolhatók. Igen gyakran egymással is szorosan összefüggnek, hiszen az esetek többségében a megelőző öngyilkossági kísérlet és a szuicid szándék kommunikációja pszichiátriai betegség velejárója (Arató és mtsai, 1988; Sakinofsky, 2000; Rihmer, 2007; Almási és mtsai, 2009; Gonda és mtsai, 2012).

Befejezett öngyilkosságban, illetve öngyilkossági kísérletet elkövetők között a leggyakoribb aktuálisan fennálló pszichiátriai betegség az unipoláris vagy bipoláris major depressziós epizód. Ez az esetek kb. kétharmadban áll fenn, többnyire kezeletlen vagy inadekvát módon kezelt, és elsősorban bipoláris, ezen belül is főleg bipoláris II típusú. Bár hangulatzavarokban a szuicid magatartás esélye az első epizódok során a legnagyobb, alarmírozóan magas a későbbi lefolyás alatt is. A major depressziós epizód mellett a legfontosabb elsődleges szuicid rizikófaktor a megelőző öngyilkossági kísérlet, amely nagyságrenddel növeli az ismétlések, illetve a befejezett öngyilkosság esélyét. Ha az első öngyilkossági kísérlet nem violens volt (pl.

gyógyszer-túladagolás), a következő kísérletek egyre gyakrabban violens módszerrel történnek.

A major depressziós epizódon kívül a másik két leggyakoribb diagnózis az alkohol- vagy drogbetegség (gyakran major depresszióhoz társulva) és a szkizofrénia. Előbbi esetén inkább a késői stádiumban, szkizofréniaiban a betegség korai szakában gyakoribb a szuicid magatartás. Mindkét betegség esetén akkor fokozott az öngyilkosság esélye, ha depressziós tünetek is jelentkeznek.

A kórházi osztályos kezelés során az elbocsátást követő időszakban növekszik a rizikó. Gyermekeknél, valamint serdülőkorban jelentkező szuicid magatartás esetén ritkább a pszichiátriai betegség, és gyakori a magatartászavar, és mind az öngyilkos viselkedés kialakulásában, mind a prevencióban nagyon jelentős a család, a szülők és az iskolatársak szerepe (Arató és mtsai, 1988; Marttunen és mtsai, 1994; Isometsa és Lönnqvist, 1998; Luoma és mtsai, 2002; Fekete és Osváth, 2005; Rihmer, 2007; Balázs és mtsai, 2006; Goodwin és Jamison, Hawton és van Heeringen, 2009; Rihmer és mtsai, 2007, 2009, 2017; Gonda és mtsai, 2012; Blazsek és Wernigg, 2015).

Az öngyilkosok 15–50%-a direkt, de többnyire indirekt módon közli környezetével (családtagjaival, orvosával) halálvágyát vagy szuicid szándékát („cry for help”) és ennek az öngyilkosság prevenciójában nagy jelentősége van. Depressziós vagy szkizofrén betegeknel motíválatlan, váratlan végrendelkezés, búcsúzkodás, régi „bűnök” miatti bocsánatkérés stb. szintén alarmírozó jelek (Hawton és van Heeringen, 2009; Sher és mtsai, 2009; Rihmer és Gonda, 2012; Rihmer és mtsai, 2017). Az öngyilkos magatartás legkonzekvensebb biológiai korrelátuma a központi idegrendszer szerotonin anyagcseréjének csökkent (dizregulált) volta. A depressziós és különösen violens szuicid kísérletet elkövető depressziós betegeknel szignifikánsan gyakoribb a szerotonin transzporter gén rövid allélja, ami csökkent központi idegrendszeri szerotonerg aktivitással jár (Caspi és mtsai, 2010; Gonda és mtsai, 2011).

A szuicídium biológiai rizikófaktorai között tartjuk nyilván a biológiai vulnerabilitást jelző, fentebb tárgyalt genetikai tényezőket és biológiai eltéréseket is, ezek többségének vizsgálata azonban a mindennapi klinikai gyakorlatban jelenleg még aligha érhető el.

4.4.2. Másodlagos (pszichoszociális) rizikófaktorok

A másodlagos (pszichoszociális) szuicid rizikófaktorok a kora-gyermek-kori nemkívánatos események (kora-gyermekkorai veszteségek, elszenvedett fizikális és szexuális abúzusok, szülő halála, izoláció), a felnőttkori, aktuális negatív életesemények (pl. akut pszichoszociális stresszorok, munkanélküliség, illetve komoly anyagi problémák, súlyos negatív életesemények, szeparáció/válás, súlyos testi betegség stb.), valamint az agresszív-impulzív, pesszimista személyiségvonások, illetve markáns ciklotím, irritábilis és depresszív temperamentum. Ezek kívül esnek a hagyományos értelemben vett betegségi kategóriákon, és annak ellenére, hogy ideális esetben nincsenek jelen, sajnos gyakori velejárói a mindennapi életnek, bár elvileg elkerülhetők. Csak korlátozott mértékben befolyásolhatók, legalábbis az egészségügyi és szociális ellátás keretén belül, ugyanakkor az öngyilkossági rizikó felmérésében (főleg ha az elsődleges rizikófaktorok közül egy vagy több jelen van) segítségünkre vannak.

A gyermekkori és felnőttkori nemkívánatos eseményeken kívül az agresszív-impulzív, pesszimista személyiségvonások, a ciklotím, irritábilis és depresszív temperamentum, valamint a dohányzás – utóbbi azért is, mert rendkívül gyakran társul depresszióval, szkizofréniával és alkoholizmussal – szintén szuicid rizikófaktornak tekinthető, mivel az öngyilkosok között a dohányosok gyakorisága többszöröse a kontrolloknak. Másodlagos rizikófaktornak tekintendő továbbá a magas letalitású módszerek (lőfegyver, mérgek stb.) könnyű elérhetősége is (Oquendo és mtsai, 2004; Swann és mtsai, 2007; Pompili és mtsai, 2008; Rihmer és mtsai, 2009, 2017; Almási és mtsai, 2009; Döme és mtsai, 2011; Gonda és mtsai, 2012; Blazsek és Wernigg, 2015).

4.4.3. Harmadlagos (demográfiai) rizikófaktorok

A harmadlagos (demográfiai) öngyilkossági rizikófaktorok (férfi nem, adolescens/serdülő korosztály, idős férfiak és nők, öngyilkosok hozzátartozói, homo-bisexualitás, bevándorlók, vulnerábilis időszakok, mint például tavasz/kora nyár, a hét napjai közül hétfő és kedd, premenstruum, férfiaknál a születésnap), amelyek statisztikailag szintén szignifikánsan kapcsolódnak a szuicid magatartáshoz a mindennapi élet természetes velejárói, nem kerülhetők el, és nem is változtathatók meg. Prediktív értékük az elsődleges és másodlagos rizikófaktorok hiányában rendkívül csekély, de azok fennállta esetén igen nagy (Oquendo és mtsai, 2004; Magnusson és mtsai, 2005; Zonda és mtsai, 2008–2009; Bozsonyi és mtsai, 2010; Rihmer és mtsai, 2015, 2017; Mergl és mtsai, 2010; Christodoulou és mtsai, 2012; Kalmár és mtsai, 2012).

Az elsődleges és másodlagos öngyilkossági rizikófaktorok sokszor átfedést, sőt bizonyos esetekben ok-okozati összefüggést is mutatnak, hiszen például a kora gyermekkori veszteségek (szülő halála, válás stb.), izoláció, munkanélküliség a már fennálló pszichiátriai betegség következményei is lehetnek, bár nem törvényszerűen azok. Pszichiátriai betegek-nél maga a betegség is gyakran vezethet negatív életeseményekhez (depresszióban pl. válás, munkahely elvesztése, mániás állapotban pl. vagy on felelőtlen elherdálása, kritikátlan, illetve agresszív cselekedetek stb.), amely aztán jelentősen visszahat a páciens életének alakulására, illetve a betegség lefolyására, és az „utolsó csepp” modell alapján az öngyilkosságot közvetlenül provokáló tényezővé is válhat (Isometsa és mtsai, 1995).

4.4.4. Az öngyilkossági rizikófaktorok klinikai jelentősége

Mivel az öngyilkosok fele-kétharmada jelenik meg orvosnál (elsősorban családorvosnál vagy pszichiáternél) élete utolsó hónapjában (Luoma és mtsai, 2002; Rihmer és Gonda, 2012), de közülük csak relatíve kevesen közlik konkrétan öngyilkossági szándékukat (az indirekt utalás gyakoribb),

az aktuálisan fennálló pszichiátriai betegség és a megelőző szuicid kísérlet tekinthető az öngyilkosság legerősebb prediktorainak. Az öngyilkosságban meghaltak több mint 90%-a aktuálisan valamilyen (többnyire nem kezelt) pszichiátriai betegségben szenved a halála idején, ezek közül a leggyakoribb a bipoláris vagy unipoláris major depressziós epizód. Szorongásos betegség vagy személyiségzavar gyakran van jelen, de szinte sohasem, mint vezető (egyetlen) diagnózis. Ugyanakkor komorbid depresszió és szorongásos betegség/személyiségzavar esetén az öngyilkossági rizikó tovább nő (Rihmer és mtsai, 2007, 2017; Hawton és van Heeringen, 2009; Gonda és mtsai, 2012; Blazsek és Wernigg, 2015; ld. még a 4/2. táblázatot).

Az öngyilkosok közötti igen magas pszichiátriai morbiditás, mint univerzális eredmény magyarázza, hogy miért nem lehet pusztán szociológiai vagy pszichológiai síkon megérteni a szuicídium problémáját, és miért van az, hogy a populáció jelentős hányadában észlelhető, az élet során egyszer vagy ismételten jelentkező negatív életesemények, konfliktusok, tartós stresszhelyzetek, munkanélküliség stb. „csak” az emberek néhány száz-ezrelékben váltanak ki öngyilkossági kísérletet, és „csupán” néhány száz-ezrelékében szuicídiumot. Az öngyilkos-

4/2. táblázat
A leggyakoribb pszichiátriai betegségek aránya befejezett
öngyilkosságot elkövetetteken

VEZETŐ DIAGNÓZISOK	
Major depressziós epizód (unipoláris vagy bipoláris)	60–87%
Alkohol-, illetve drogbetegség	26–55%
Szkizofrénia	6–13%
Nincs pszichiátriai betegség	5–12%
KOMORBID DIAGNÓZISOK	
Szorongásos betegség	7–30%
Személyiségzavar (főleg borderline)	10–58%
Szomatikus betegség	25–40%

ságban meghaltak kb. 35–45%-ának már volt legalább egy megelőző kísérlete, ami egyben azt is jelenti, hogy több mint felük az első szuicid cselekmény során veszti életét (*Rihmer és mtsai, 2007, 2017; Hawton és van Heeringen, 2009; Gonda és mtsai, 2012; Blazsek és Wernigg, 2015*).

Az öngyilkossági rizikófaktorok ismeretében az akut vagy hosszú távú szuicid veszély nagy valószínűséggel előre jelezhető akár még az első szuicid kísérlet előtt, és minél több rizikófaktor van jelen, annál nagyobb az esély. A prevenció szempontjából fontos, hogy az elsődleges rizikófaktorok közül a fennálló pszichiátriai betegség, a másodlagosak közül az izoláció, a dohányzás és a halálos módszerek elérhetősége módosíthatók.

4.4.5. Öngyilkosság szempontjából protektív tényezők

A sok – és esetenként igen eltérő prediktív értékű – szuicid rizikófaktor mellett csupán kevés, az öngyilkossággal szemben védelmet nyújtó tényezőt ismerünk. A jó szociális és családi háttérrel kívül a várandósság, a szülést követő első év, illetve a nagyobb gyermekszám, a gyakorló (nem formális) vallásosság, depresszióban ezen kívül még a hiperszomnia és a hipertím temperamentum, valamint a pszichiátriai betegek akut és hosszútávú kezelése, gondozása bizonyult olyan tényezőnek, amelyek fennállta esetén a szuicídium esélye az átlagosnál kisebb.

Ami a vallás protektív hatását illeti, itt is összetett jelenségről van szó, hiszen az adott vallások direkt, a szuicídiumot többnyire elítélő attitűdje mellett a vallásos embereknek általában több gyermekük van, kevesebbet alkoholizálnak, és gyakran járnak vallási közösségekbe, és így az emberközi kapcsolatok aspecifikus támogató ereje is közrejátszik. Nincsen különbség a különböző vallások között e téren, de a vallásosság protektív szerepe bipoláris, valamint pszichotikus depresszióban kevésbé kifejezett.

A halálos szuicid módszerek lehetőség szerinti visszaszorítása, illetve elérhetőségük korlátozása (pl. a kevésbé toxikus pszichotróp szerek-

től a vasútállomásokon, hidakon stb. megfelelő védőkorlát kialakítása, otthon tartott fegyverekhez való hozzáférés megakadályozása stb.) és a szigorúbb fegyvertartási, alkohol- és drogstratégia bizonyítottan protektív hatásúak (*Driver és Abed, 2004; Drevic és mtsai, 2004; McGirr és mtsai, 2007; Almási és mtsai, 2009; Gonda és mtsai, 2012; Kalmár és mtsai, 2012; Wasserman és mtsai, 2012; Azorin és mtsai, 2013; Fukuchi és mtsai, 2013; Blazsek és Wernigg, 2015; Rihmer és mtsai, 2017, 4/3. táblázat*). A pszichiátriai betegek megfelelő akut- és hosszú távú (gyógyszeres és pszichoterápiás) kezelése, a betegek folyamatos gondozása jelentősen véd szuicid magatartás ellen (*Tondo és mtsai, 2003, 2008; Rihmer és mtsai, 2017*).

Sajnos a mindennapi gyakorlatban elsősorban a szuicid rizikófaktorok nyújtanak útbaigazítást az adott ember önpusztító magatartásának felmérésében, de a protektív tényezők ismerete a személyre szabott öngyilkosság-megelőző stratégiák kidolgozásában nagy segítségünkre lehet.

Nagyon fontos tény, hogy az öngyilkos magatartás depressziós betegeknél állapot-, illetve súlyosságfüggő jelenség, vagyis megszűnik a depresszió javulásával/gyógyulásával, és ismét megjelenik egy (többnyire reménytelenséggel kísért) újabb súlyos depressziós epizód során.

4/3. táblázat

Az öngyilkos magatartás protektív faktorai

PROTEKTÍV FAKTOROK
Jó családi, illetve szociális támogatás (házasság, együttélés)
Nagy gyermekszám
Várandósság, posztpartum időszak
Tényleges (nem formális) vallásosság
Halálos módszerek nehezebb elérhetősége
Hiperszomnia (depresszióban)
Rendszeres fizikai aktivitás, sportolás
Hipertím temperamentum
Kezelés/gondozás alatt álló pszichiátriai betegség

A depresszió korai felismerése és hatékony, rövid- és hosszú távú kezelése/gondozása tehát alapvető jelentőségű a szuicídium megelőzését illetően (Sokero és mtsai, 2006; Kalmár és mtsai, 2012; Rihmer, 2007, 2013; Rihmer és mtsai, 2007, 2015, 2017).

4.5. Az öngyilkossági rizikó minimalizálása, megelőző stratégiák

Bár az öngyilkos magatartás a populációban ritka, ennél sokkal gyakoribb a pszichiátriai betegek között, akik közül sokan fel is keresik az egészségügyi ellátás különböző szintjeit az öngyilkos esemény előtti hetekben vagy hónapokban (Luoma és mtsai, 2002; Tondo és mtsai, 2003; Rihmer, 2005, 2007). Ez aláhúzza az egészségügyi dolgozók szerepét az öngyilkosságra veszélyeztetettek felismerésében és ellátásában. Ugyanakkor mivel a képzett egészségügyi személyzet csak azokon tud segíteni, akik ezt kéri is, a depresszióval és az öngyilkosság megelőzésével kapcsolatos lakossági felvilágosítás (írott és elektronikus sajtó) szintén alapvető fontosságú.

Nem elegendő tudni, hogyan kell gyógyítani a depressziós betegségeket, azt is meg kell szervezni, hogy a beteg eljusson az orvoshoz, pszichológushoz (Rihmer és Gonda, 2012). Mivel az öngyilkosságban meghaltak több mint a fele (50–65%) jelentkezik élete utolsó hónapjaiban az egészségügyi ellátás különböző szintjein (családorvosok, egyéb szakmák képviselői, pszichiáterek), az orvosoknak, illetve az egészségügyi személyzetnek rendkívül nagy szerepe van a szuicídium megelőzésében (Blazsek, 2017; Luoma és mtsai, 2002; Mann és mtsai, 2005; Rihmer, 2007; Wasserman és mtsai, 2012).

4.5.1. Az akut öngyilkossági veszély elhárítása

Sürgősségi osztályos felvétel

Az akut szuicid krízisben lévők legtöbbször sürgősségi pszichiátriai ellátást, pszichiátriai vagy krízis osztályos felvételt igényelnek az intenzív

gyógyszeres kezelés, illetve a szupportív pszichoterápia, szükség esetén speciális krízisintervenciós beavatkozások azonnali elkezdése érdekében.

Szuicidprevenziós (krízisintervenciós) centrumok, S.O.S. telefonszolgálatok

Kétségtelen, hogy az öngyilkosság-megelőző központok (akár személyes megjelenés, akár sürgősségi telefonszolgálat keretében végzik az intervenciót) igen fontos, bár sajnos kevésbé látványos szerepet játszanak az öngyilkosságok megelőzésében. Az USA-ban lefolytatott vizsgálatok szerint a krízisintervenciós centrumokkal sűrűn ellátott területeken a szuicid ráta tíz év alatt történő emelkedése szignifikánsan kisebb volt, mint a gyengén ellátott régiókban (*Lester, 1993*). Magyarországon az ingyenesen hívható krízisvonal 116–123. Ez a szám hasznos lehet minden pszichiátriai kezelésben lévő beteg számára is, főleg akkor, ha sürgősségi helyzetben saját kezelőorvosát, illetve az őt rendszeresen gondozó intézményt nem tudja elérni (*Mann és mtsai, 2005; Hawton és van Heeringen, 2009; Wasserman és mtsai, 2012; Rihmer és mtsai, 2017*).

4.5.2. A pszichiátriai betegségek korai felismerése és hatékony kezelése

A pszichiátriai betegségek (különösen a depresszió) korai felismerése és hatékony (akut és profilaktikus) kezelése, valamint a betegek tartós utógondozása szignifikánsan csökkenti az adott betegcsoport öngyilkossági gyakoriságát, amely egy bizonyos ponton túl megjelenik az adott régió, illetve ország szuicid rátájának csökkenésében is. Az ilyen esetekben a pszichés betegségekkel együtt járó fokozott szomatikus (elsősorban kardiovaszkuláris) morbiditás és mortalitás is lényegesen csökken (*Gusmao és mtsai, 2013; Rihmer, 2013; Rihmer és mtsai, 2017*). Mint ahogyan azt az úttörő „Gotland Study” és több nemzetközi, valamint a kiskunhalasi és szolnoki hazai vizsgálatok is igazolták, a háziorvosok depresszióval kapcsolatos továbbképzése, különösen, ha megfelelő közösségi intervenciókkal is társul, jelentősen csökkenti az adott terület öngyilkossági halálozását (*Kalmár és mtsai, 2012; Rihmer és Gonda,*

2012). Ebben a folyamatban az új, hatékony és biztonságos pszichofarmakonok (antidepresszívumok, anxiolitikumok, antipszichotikumok) alkalmazásán túl a célzott pszichoterápiás módszereknek, mint pl. az igen hatékony problémamegoldó tréningnek (Mann és mtsai, 2005; McAuliffe és mtsai, 2005; Perczel–Forintos és Poós, 2008; Kalmár és mtsai, 2012; Rihmer és mtsai, 2017) nagy jelentősége van. Ugyancsak rendkívül fontos az egészségügyi személyzet (orvosok, pszichológusok, nővérek, szociális gondozók stb.) szakszerű képzése és továbbképzése, beleértve az öngyilkossággal kapcsolatos esetleges negatív attitűdjük megváltoztatását is (Mann és mtsai, 2005; Rihmer és Gonda, 2012).

Az öngyilkosságra hajlamos páciensekkel való rendszeres foglalkozás komoly felelősség, és emocionálisan nagyon megterhelő. Ugyanakkor az is igaz, hogy az általános orvosok és az egyéb egészségügyi dolgozók viszonya az öngyilkossághoz, illetve a szuicidális beteghez nem mindig optimális. Az egészségügyi dolgozók a szuicídiummal kapcsolatos ezen, sajnos nem ritka negatív attitűdjének feloldása, valamint a jó terapeuta–páciens kapcsolat kiépítése a szuicid prevenció szempontjából legalább olyan fontos, mint a szuicídiumra veszélyeztetett egyének felismeréséhez szükséges tételes ismeretanyag birtoklása (Rihmer és mtsai, 2017).

4.5.3. A halálos öngyilkossági módszerek elérhetőségének korlátozása

A depressziók korai felismerése és kezelése mellett az öngyilkosság-megelőzés bizonyítottan hatékony módszerei közé tartozik a halálos öngyilkossági módszerek elérhetőségének lehetőség szerinti korlátozása is. Így pl. a városi gáz, illetve a gépkocsi kipufogógáz szénmonoxid tartalmának eliminálása (katalizátorok bevezetése), magas toxicitású növényvédőszer forgalomból történő kivonása, kevésbé toxikus pszichofarmakonok bevezetése, szigorúbb fegyverviselési törvények, megfelelően kiképzett védőkorlátok vasút vagy metróállomásokon,

hidakon stb. Bár ezen intézkedések szuicid prevenciók hatékonyságának detektálása nem könnyű, a vizsgálatok szerint ezen módszerek elérhetőségének korlátozása esetén az adott szubpopulációkban illetve helyeken mérhetően csökken a szuicid halálozás, és az így elmaradt szuicídiumokat nem kompenzálják más módszerekkel elkövetett cselekmények (Mann és mtsai, 2005; Hawton és van Heeringen, 2009; Wasserman és mtsai, 2012; Rihmer és mtsai, 2017).

4.5.4. Az öngyilkossági kísérleten átesettek utógondozása

Mivel az első szuicid kísérlet jelentősen megnöveli a további kísérletek, illetve a befejezett szuicídium esélyét, a kísérletet elkövetők rutinszerű pszichiátriai vizsgálata és tartós pszichiátriai vagy pszichológiai kezelése, utógondozása feltétlenül ajánlott és hatékony módszer. Az öngyilkossági kísérleten átesetteken belül nagy rizikójú csoportokat képeznek, és fokozott figyelmet érdemelnek az adolescens (serdülő), illetve fiatal férfiak, az idős emberek, illetve az öngyilkosságban meghaltak rokonai, családtagjai és a súlyos testi betegségben szenvedők (Mann és mtsai, 2005; Hawton és van Heeringen, 2009; Wasserman és mtsai, 2012; Rihmer és mtsai, 2017).

4.5.5. Közösségi felvilágosítás

Az öngyilkosságra veszélyeztetettek, illetve a szuicid krízisben lévők közül az egészségügyi ellátás csak azokon tud segíteni, akik személyesen vagy elektronikus úton (telefon, e-mail stb.) fel is keresik a szolgálat különböző szintjeit. Az egészségügyi felvilágosítás (tv, rádió, nyomtatott sajtó, népszerűsítő könyvek, brosrák, szórólapok, internet stb.) azért nagyon fontos, mert segít abban, hogy a rászoruló felismerjék a problémát, ráismerjenek esetleges pszichiátriai betegségükre, illetve tudják, hogy hová lehet (és kell) fordulniuk segítségért. Rendkívül fontos az is, hogy az ismert közszereplők esetleges szuicídiumáról a média szakszerűen, az érvényben lévő szakmai ajánlásoknak megfelelően

tájékoztatassa a nagyközönséget (nem közölni a módszert és a helyszínt, jelezni, hogy nem ez volt a helyes megoldás, megemlíteni, hogy van segítség stb.). Mindenkinek tudni kell, hogy az öngyilkosság – az esetek döntő többségében – megelőzhető. A felvilágosító munkának a nagyközönségen kívül speciális, emberekkel (esetlegesen öngyilkosságra veszélyeztetett személyekkel) rutinszerűen foglalkozó csoportokra (tanárok, papok/lelkészek, tűzoltók, rendőrök, munkahelyi vezetők, segítségsszervek dolgozói stb.) is ki kell terjednie. Ebben a munkában óriási jelentősége van a civil szerveződéseknek és önszervező csoportoknak (Mann és mtsai, 2005; Fekete és Schmidtke, 1995; Kalmár és mtsai, 2012; Rihmer és mtsai, 2017).

4.6. Az egészségügyi és szociális ellátórendszer szerepe az öngyilkosság megelőzésében

29 európai ország öngyilkossági halálozását 1980 és 2009 között elemezve a szerzők azt találták, hogy a munkanélküliséget, a GDP-t, az alkoholforgalmat stb. is figyelembe véve azon országokban csökkent legjobban a szuicid ráta, ahol a legnagyobb volt az antidepresszívumok forgalmának növekedése (Gusmao és mtsai, 2013).

A magyarországi szuicid rátában 1984 és 2016 között bekövetkezett markáns (63%-os) csökkenés világviszonylatban is a legnagyobbak közé tartozik. A jelzett időszak alatt Magyarországon lényeges társadalmi-gazdasági változások is történtek; ezek döntő többsége a szuicid rizikófaktorok növekedése irányában hat (fokozódó társadalmi polarizáció, megjelenő, illetve az 1990-es éveket megelőző időszakokhoz képest kifejezetten emelkedett munkanélküliség stb.). A nem kezelt mentális betegségek – ezen belül elsősorban a kezeletlen depresszió – és az öngyilkosság szoros kapcsolatának ismeretében (Mann és mtsai, 2005; Rihmer, 2007, 2013; Hawton és van Heeringen, 2009; Kalmár és mtsai, 2012) nagyon valószínű, hogy a hazai szuicid halálozásban bekövetkezett ezen

nagy csökkenés egyik fő – de korántsem kizárólagos – oka a hazai pszichiátriai szemlélet és gyakorlat jelentős fejlődése. Ebben a depressziók korai felismerése és eredményesebb kezelése, illetve a korszerű antidepresszívumok elterjedése, az új rendszerű pszichiáterrezidensképzés, az ambuláns pszichiátriai ellátó helyek és a pszichoterápiás rendelések számának növekedése, a közösségi pszichiátriai szemlélet és gyakorlat terjedése, a családorvosok rendszeres depresszióra irányuló továbbképzése, valamint a pszichiáter szakorvosok és a szuicid prevenció (telefon) szolgálatok számának és aktivitásának folyamatos növekedése lényeges szerepet játszik (*Rihmer és Németh, 2014*).

Természetesen nem tudunk megelőzni minden öngyilkosságot. A rendelkezésre álló ismeretanyag és a számos hatékony (gyógyszeres és pszichoterápiás) kezelés révén a szuicídiumok jelentős hányada ugyanakkor ma már elkerülhető (*Rihmer és mtsai, 2007, 2015, 2017; Blazsek és Wernigg, 2015*). Sajnos az is előfordul (bár szerencsére ritkán), hogy a depresszió miatt gyógyszeres kezelés alatt álló beteg mégis öngyilkosságot követ el. Ezen esetek többnyire azonban a gyógyszeres kezelés első két hetében fordulnak elő (amikor az antidepresszívum még nem hat), vagy a terápia – a beteg által történő – önkényes megszakítása után, esetleg a gyógyszeres kezelésre nem reagálókánál következnek be (*Jick és mtsai, 2004; Rihmer, 2013*), tehát azon esetekben, amikor különböző okok következtében a depresszió a kezelés megkezdése után belátható időn belül nem javul, vagy a terápia hatásának elmaradása miatt a betegség tovább súlyosbodik. Mivel depressziós betegek esetében a szuicid késztetés a leggyakoribb oka az orvosi kezelésbe vételnek, a (gyógyszeres) kezelés alatt álló depressziós betegek öngyilkossági veszélyeztetettsége nem egyenlő az átlagpopuláció szuicid rizikójával, hanem annál eleve jóval magasabb. Ez a populációhoz képest kb. 30-szoros rizikó az antidepresszív farmakoterápiában részesülő depressziósoknál a negyedére csökkenthető, amely még mindig 6–8 szorosa a populációénak (*Jick és mtsai, 2004; Goodwin és Jamison, 2007*).

Ugyanakkor míg a szakszerűen alkalmazott, eredményes farmakoterápia (depresszióban antidepresszívumok, bipoláris betegségben hangulatstabilizátorok és/vagy atípusos antipszichotikumok) kb. 80%-kal csökkenti a szuicid rizikót, van egy kis alcsoport, amikor a fel nem ismert (többnyire szubszindrómális) bipolaritás esetén a hangulatstabilizáló nélkül végzett antidepresszív monoterápia depressziós kevert állapot (agitált depresszió) provokálása vagy súlyosbítása révén fokozódhat a szuicid készletés (*Rihmer, 2007, 2013; Rihmer és Aksikal, 2006; Musil és mtsai, 2013*). Ez jól megfelel annak a régi megfigyelésnek, amely szerint az antidepresszív gyógyszerelés kezdeti időszakában fokozódhat a szuicid veszély („az indíték hamarabb javul, mint a depressziós hangulat”). A terápia megkezdésekor tehát minden depressziós betegnél fel kell mérni a szuicid rizikót, és szükség esetén hospitalizációval, fokozott felügyelettel, kiegészítő gyógyszereléssel (anxiolitikumok, altatók, esetleg atípusos antipszichotikumok) és szakszerű felvilágosítással, de mindenképpen szupportív pszichoterápiával kell átsegíteni a beteget ezen a kritikus időszakon. A bipoláris és unipoláris betegek öngyilkosságának megelőzésében kiemelt jelentőséggel bír a lítiumterápia, amely akkor is szignifikánsan csökkenti az öngyilkos magatartás esélyét, ha a beteg profilaktikus értelemben lítium-nonresponder (*Ahrens és Müller Oerlinghausen, 2001; Rihmer, 2013*).

Bár közvetlen szuicid veszély esetén (akár még a nem depressziós pácienseknél is) mindig szükséges a rövidebb-hosszabb ideig tartó gyógyszeres kezelés, a pszichoterápiás eljárások (krízisintervenció, illetve specifikus pszichoterápiák) sem nélkülözhetők a szuicid prevencióban. A depressziós – és különösen a szuicidális depressziós – betegekre jellemző kognitív disztorzió, illetve negatív kognitív sémák, valamint a szintén gyakran jelenlévő hibás döntéshozatali mechanizmusok miatt igen hatékony a kognitív-magatartásterápia, illetve a problémamegoldó tréning, valamint a pszichoedukációval egybekötött pszichoterápiás támogatást nyújtó rendszeres utánkövetés

(Mann és mtsai, 2005; McAuliffe és mtsai, 2006; Fleischmann és mtsai, 2008; Perczel–Forintos és Poós, 2008; Kalmár és mtsai, 2012; Wasserman és mtsai, 2012; Rihmer és mtsai, 2017).

Mint láthattuk, az öngyilkossági kísérlet a befejezett öngyilkosság legerősebb előrejelzője és mivel a szuicídiumban meghaltak kb. 40%-ának már volt legalább egy öngyilkossági kísérlete (Sakinofsky, 2000; Mann és mtsai, 2005; Rihmer, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009) ez egyben annyit is jelent, hogy az öngyilkosok közel kétharmada az első öngyilkossági cselekmény következtében hal meg. Az öngyilkosság-megelőzés ismereteink mai állása szerint már jóval többet jelent, mint a szuicid rizikónak az első öngyilkossági kísérlet/szándék után történő megállapítása. Ilyen esetekben a nagy öngyilkossági veszélyt egy laikus is meg tudja állapítani, nem kell hozzá szakember. Ugyanakkor kellő felkészültség mellett a klinikailag feltárható öngyilkossági rizikó- és protektív faktorok segítségével (*ld. a 4/1. és a 4/3. táblázatok*) a rövid vagy hosszú távú szuicid veszély nagy valószínűséggel előre jelezhető, akár még az első öngyilkossági esemény előtt. Az affektív betegeknel bevezetett korai és szakszerű intervenciókkal sok olyan öngyilkosság is megelőzhető, amikor a páciens – éppen a betegség progressziójának megakadályozása révén – el sem jutott az öngyilkosság gondolatához. Mai tudásunk figyelembevételével az öngyilkosság-prevenció eme primer (rejtett) formája ma már nem számít utópiának.

Kétségtelen viszont, hogy nem csak az egészségügy felelős az öngyilkosságok megelőzéséért. Az életszínvonal emelése, a munkanélküliség csökkentése, az egészségügyi és szociális ellátás minőségének és mennyiségének növelése, az alkohol- és drogprobléma (beleértve a dohányzást is) elleni küzdelem hatékonyságának fokozása, a halálos öngyilkossági módszerek visszaszorítása és az öngyilkosság megfelelő mediakommunikációja túlmutat az egészségügyi ellátás keretein, és a társadalmi vezetők felelősségi körébe és kompetenciájába tartozik.

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

Sajnos még mindig jelentős szakadék van a szuicídiummal kapcsolatos elméleti ismereteink és azok gyakorlati alkalmazása között. Ugyanakkor mivel a rendelkezésre álló ismeretanyag mind szélesebb körben történő gyakorlati alkalmazása lényegesen hozzájárulhat az öngyilkossági halálozás csökkenéséhez, a közeljövő egyik legfontosabb feladata ezen ismeretek rendszeres és szisztematikus oktatása az egészségügyi dolgozók (orvosok és egyéb munkatársak) számára.

IRODALOM

- Ahrens, B., Müller–Oerlinghausen, B. (2001) Does lithium exert an independent antisuicidal effect? *Pharmacopsychiat.* 34, 132–136.
- Akiskal, H.S., Benazzi, F., Perugi, G. és mtsai (2005) Agitated „unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: Implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord.* 85, 245–258.
- Akiskal, H.S. (2007) Targeting suicide prevention to modifiable risk factors: Has bipolar II been overlooked? (Editorial) *Acta Psychiat Scand.* 116, 395–402.
- Almási, K., Belső, N., Kapur, N. és mtsai (2009) Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC Psychiatry.* 9, 45.
- Arató M., Demeter E., Rihmer Z. és mtsai (1988) Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiat Scand.* 77, 454–456.
- Azorin, J.M., Kaladjian, A., Fakra, E. és mtsai (2013) Religious involvement in major depression: Protective or risky behavior? The relevance of bipolar spectrum. *J Affect Disord.* 150, 753–759.
- Azorin, J. M., Kaladjian, A., Adida, M. és mtsai (2009) Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: Findings from a French National Cohort. *Compr Psychiatry.* 50, 115–120.
- Balázs J., Benazzi F., Rihmer Z. és mtsai (2006) The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implications for suicide prevention. *J Affect Disord.* 91, 133–138.
- Ballard, E.D., Wills, K., Lally, N. és mtsai (2017) Anhedonia as a clinical correlate of suicidal thoughts in clinical ketamine trials. *J Affect Disord.* 218, 195–200.

- Benazzi, F. (2006) Mood patterns and classification in bipolar disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 19, 1–8.
- Blazsek P., Wernigg R. (2015) Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Oriold és Társai Kiadó. Budapest.
- Blazsek P. (2017) A depresszió felismerésének és kezelésének lehetőségei a háziorvosi gyakorlatban. *Magyar Családorvosok Lapja*. 2017/5, 24–26.
- Borges, G., Bagge, C.L., Orozco, R. (2016) A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *J Affect Disord*. 195, 63–74.
- Bozsonyi K., Veres E., Zonda T. és mtsai (2008–2009) A születésnap hatása az öngyilkossági számok alakulására Magyarországon (1970–2002). *Psychiat Hung*. 25, 74–79.
- Caspi, A., Hariri, A.R., Holmes, A. és mtsai (2010) Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Am J Psychiatry*. 167, 509–527.
- Christodoulou, C., Douzenis, A., Papadopoulos, F.C. és mtsai (2012) Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand*. 125, 127–46.
- Coppersmith, D.D.L., Nada-Raja, S., Beautrais, A. (2017) Non-suicidal self-injury and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Affect Disord*. 221, 89–96.
- Coryell, W., Schlessler, M. (2001) Dexamethasone suppression test and suicide prediction. *Amer J Psychiatry*. 158, 748–753.
- Dervic, K., Oquendo, M.A., Grunebaum, M.F. és mtsai (2004) Religious affiliation and suicide attempt. *Amer J Psychiatry*. 161, 2303–2308.
- Döme, P., Kapitány, B., Ignits, G. és mtsai (2011) Tobacco consumption and antidepressant use are associated with the rate of completed suicide in Hungary: an ecological study. *J Psychiatr Res*. 45, 488–494.
- Driver, K., Abed, R. (2004) Does having offspring reduce the risk of suicide in women? *Int J Psychiat Clin Pract*. 8, 25–29.
- Durkheim E. (1966) Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet. Szociológiai tanulmány. Közgazdasági és Jogi Kiadó. Budapest.
- Fekete, S., Osvath, P. (2005) Suicide studies – from genetics to psychiatry and culture. Pécsi Tudományegyetem. Pécs.
- Fekete, S., Schmidtke, A. (1995) Szuicídium-Modellkövetés-Család. *Psychiat Hung*. 10, 131.
- Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Wasserman, D. és mtsai (2008) Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in Five countries. *Bull World Health Organization*. 86, 703–709.
- Fukuchi, N., Kakizaki, M., Sugawara, Y. és mtsai (2013) Association between marital status with the incidence of suicide: A population-based Cohort Study in Japan (Miyagi cohort study). *J Affect Disord*. 150, 879–885.
- Goldberg, J., Perlis, R.H., Bowden, C.L. és mtsai (2009) Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: Findings from the STEP-BD. *Amer J Psychiatry*. 166, 173–181.

- Gonda, X., Fountoulakis, K.N., Harro, J. és mtsai (2011) The possible contributory role of the s allele of 5-HTTLPR in the emergence of suicidality. *J Psychopharmacol.* 25, 857–866.
- Gonda, X., Pomlili, M., Serafini, G. és mtsai (2012) Suicidal behavior in bipolar disorder: Epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord.* 143, 16–26.
- Goodwin, F.K. és Jamison, K.R. (2007) *Manic Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression.* Oxford University Press. New York.
- Gusmao, R., Quintao, S., McDaid, D. és mtsai (2013) Antidepressant utilization and suicide in Europe: An ecological multi-national study. *PPLoS ONE* 8 (6) e66455. doi:10.1371/journal. Pone. 0066455
- Harris, E.C., Barraclough, B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *Brit J Psychiatry.* 170, 205–228.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C. és mtsai (2005) Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 66, 693–704.
- Hawton, K., van Heeringen, K. (2009) Suicide. *Lancet.* 373: 1372–1381.
- Innamorati M., Rihmer Z., Akiskal H. és mtsai (2015) Cyclothymic temperament rather than polarity is associated with hopelessness and suicidality in hospitalized patients with mood disorders. *J Affect Disord.* 170, 161–165.
- Isometsa, E., Heikkinen, M., Henriksson, M. és mtsai (1995) Recent life events and completed suicide in bipolar affective disorder: A comparison with major depressive disorder in Finland. *J Affect Disord.* 33, 99–106.
- Isometsa, E.T., Lönqvist, J.K. (1998) Suicide attempts preceding completed suicide. *Brit J Psychiatry.* 173, 531–533.
- Jick, H., Kaye, J.A., Jick, S.S. (2004) Antidepressants and the risk of suicidal behaviours. *JAMA.* 292, 338–343.
- Jollant, F., Guillaume, S., Jaussent, I. és mtsai (2007) Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *J Affect Disord.* 99, 59–62.
- Kalmár S., Németh A., Rihmer Z. (szerk.) (2012) *Az öngyilkosság orvosi szemmel.* Medicina Könyvkiadó. Budapest.
- Kang, H-J., Kim, J-M., Lee, J-Y. és mtsai (2013) BDNF promoter methylation and suicidal behavior in depressed patients. *J Affect Disord.* 151, 679–685.
- Kessler, R.C., Borges, G., Walters, E.E. (1999) Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiat.* 56, 617–626.
- Kim, C.D., Seguin, M., Therrien, N. és mtsai (2005) Familial aggregation of suicidal behavior: A family study of male suicide completers from the general population. *Amer J Psychiatry.* 162, 1017–1019.
- Kochman, F.J., Hantouche, E.G., Ferrari, P. és mtsai (2005) Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord.* 85, 181–189.

- Lester, D. (1993) The effectiveness of suicide prevention centers. *Suic Life Threat Behav* 23, 263–267.
- Leverich, G.S., Altshuler, L., Frye, M.A. és mtsai (2003) Factors associated with suicide attempts in 684 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry*. 64, 506–515.
- Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L. (2002) Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Amer J Psychiat*. 159, 909–916.
- Magnusson, P., Gunnel, D., Tynelius, P. és mtsai (2005) Strong inverse association between high and suicide in a large cohort of Swedish men. Evidence of early life origins of suicidal behaviour? *Amer J Psychiatry*. 162, 1373–1375.
- Mann, J.J., Apter, A., Bartolote, J. és mtsai (2005) Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*. 294, 2064–2074.
- Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L. és mtsai (1999) Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Amer J Psychiatry*. 156, 181–189.
- Marttunen, M.J., Aro, H.M., Henriksson, M.M. és mtsai (1994) Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 89, 167–73.
- McAuliffe, C., Corcoran, P., Fekete, S. és mtsai (2006) Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: a multicenter study. *Psychological Medicine*, 36, 45–55.
- McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M. és mtsai (2007) An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: A psychological autopsy study. *J Affect Disord*. 97, 203–209.
- Mergl, R., Havers, I., Althaus, D. és mtsai (2010) Seasonality of suicide attempts: Association with gender. *Eur Arch Psych Clin Neurosci*. 260, 393–400.
- Musil, R., Zill, P., Seemüller, F. és mtsai (2013) Genetics of emergent suicidality during antidepressant treatment. – Data from a naturalistic study on a large sample of inpatients with major depressive episode. *Eur Neuropsychopharm*. 22, 663–674.
- Oquendo, M.A., Galfalvy, H., Russo, S. és mtsai (2004) Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Amer J Psychiatry*. 161, 1433–1441.
- Perczel-Forintos D., Poós J. (2008) Kiút a kiúttalanságból – Problémamegoldó tréning az öngyilkossági veszélyeztetettség megelőzésében. Áttekintő tanulmány. *Psychiat Hung*. 23, 4–21.
- Petersen, L., Sorensen, T.I.A., Andersen, P.K. és mtsai (2014) Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: a study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings. *J Affect Disord*. 155, 273–277.
- Pompili M., Rihmer Z., Aksikal H.S. és mtsai (2008) Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology*. 41, 313–321.
- Rihmer A., Rózsa S., Rihmer Z. és mtsai (2009) Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord*. 116, 18–22.

- Rihmer Z., Akiskal H.S. (2006) Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord.* 94, 3–13.
- Rihmer Z., Benazzi F., Gonda X. (2007) Suicidal behaviour in unipolar depression: Focus on mixed states. In: R. Tatarelli, M. Pompili, P. Girardi (Eds): *Suicide in psychiatric disorders*. New York: Nova Science Publishers, Inc. 223–35.
- Rihmer Z., Fekete S., Gonda X. (2015) Öngyilkosság. In.: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*. 5. átdolgozott, bővített kiadás (Szerk.: Füredi J. és Németh A.), Medicina Könyvkiadó. Budapest. 729–739.
- Rihmer Z., Gonda X., Kapitány B. és mtsai (2013) Suicide in Hungary. Epidemiological and clinical perspectives. *Ann Gen Psychiat.* 12, 21.
- Rihmer Z., Gonda X. (2012) Prevention of depression-related suicide in primary care. *Psychiat Hung.* 27, 72–81.
- Rihmer Z., Németh A., Kurimay T. és mtsai (2017) A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. *Psychiat Hung.* 32.
- Rihmer Z., Németh A. (2014) A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – Fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása. *Neuropsychopharmacol Hung.* 16, 195–204.
- Rihmer Z. (2007) Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiat.* 20, 17–22.
- Rihmer Z. (2013) Antidepresszívumok, depresszió és öngyilkosság. *Neuropsychopharmacol Hung.* 15, 1–8.
- Sakinofsky, I. (2000) Repetition of suicidal behaviour. In.: *The International Handbook of suicide and attempted suicide*. Eds. Hawton, K. and van Heeringen, K. John Wiley and Sons, Chichester. 386–404.
- Sarchiapone, M., Jausent, I., Roy, A. és mtsai (2009) Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior – via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *Eur Psychiatry.* 24, 57–62.
- Sher, L., Oquendo, M.A., Richardson-Vejlgaard, R. és mtsai (2009) Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *J Psychiat Res.* 43, 901–905.
- Simon, G.E., Hunkeler, E., Fireman, B. és mtsai (2007) Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipol Disord.* 9, 526–530.
- Sokero, P., Eerola, M., Rytala, H. és mtsai (2006) Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness *J Affect Disord.* 95, 95–102
- Sublette, M.E., Hibbeln, J.R., Galfalvy, H. és mtsai (2006) Omega-3 Polyunsaturated Essential Fatty Acid Status as a Predictor of Future Suicide Risk. *American Journal of Psychiatry.* 163, 1100–1102.
- Swann, A.C., Moeller, F.G., Steinberg, J.L. és mtsai (2007) Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episode. *Bipol Disord.* 9, 206–212.

- Szádóczy E., Vitrai J., Rihmer Z. és mtsai (2000) Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *Eur Psychiatry*. 15, 343–347.
- Szádóczy E., Papp Zs., Vitrai J. és mtsai (1998) The prevalence of major depression and bipolar disorders in Hungary. *J Affect Disord*. 50, 153–162.
- Taksehima, M., Oka, T. (2013) Association between the so-called „activation syndrome” and bipolar II disorder, a related disorder, and bipolar suggestive features in outpatients with depression. *J Affect Disord*. 151, 196–202.
- Thorell, L-H. (2009) Valid electrodermal hyporeactivity for depressive suicidal propensity offers links to cognitive theory. *Acta Psychiat Scand*. 119, 338–349.
- Tondo, L., Isacsson, G., Baldessarini, R.J. (2003) Suicidal behaviour in bipolar disorder. *CNS Drugs*. 17, 491–511.
- Tondo, L., Lepri, B., Baldessarini, R. (2007) Suicidal risk among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiat Scand*. 116, 419–428.
- Tondo, L., Lepri, B., Baldessarini, R.J. (2008) Suicidal status during antidepressant treatment in 789 Sardinian patients with major affective disorder. *Acta Psychiat Scand*. 118, 106–115.
- Valtonen, H.M., Suominen, K., Haukka, J. és mtsai (2008) Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and bipolar II disorders. *Bipol. Disord*. 10, 588–596.
- Vaz, J.S., Kac, G., Nardi, A.E. és mtsai (2014) Omega-6 fatty acids and greater likelihood of suicide risk and major depression in early pregnancy. *J Affect Disord*. 152–154, 76–82.
- Vrcek, M., Loibl, M.L. (2007) Genetics of suicide: A systematic review of twin studies. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 119, 463–475.
- Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. és mtsai (2012) Az Európai Pszichiátriai Szövetség (European Psychiatric Association, EPA) útmutatója az öngyilkosság kezelésére és megelőzésére. *Neuropsychopharmacol Hung*. 14, 113–136.
- Zalsman, G., Braun, M., Arendt, M. és mtsai (2006) A comparison of the medical lethality of suicide attempts in bipolar and major depressive disorder. *Bipol Disord*. 8, 558–565.
- Zonda, T., Bozsonyi, K., Veres, E. és mtsai (2008–2009) The impact of holidays on suicide in Hungary. *Omega (Westport)*. 58, 153–162.
- Zonda T. (1991) Az öngyilkosság kultúrtörténete. Végeken Alapítvány. Budapest.

5. ERŐSZAKOS MAGATARTÁS, HETEROAGRESSZIÓ

Szuromi Bálint

Az erőszakos magatartás valószínűségét leginkább a nem változtatható, régóta fennálló tényezők emelik, melyek a mentális zavaroktól függetlenek (pl. férfi nem, fiatal kor, antiszociális személyiségzavar, kriminális előzmény). A rizikófaktorok másik csoportját a dinamikus, kezelhető jelenségek alkotják, elsősorban a mentális zavarok bizonyos tünetei (tév-eszmék, hallucinációk, impulzivitás, harag) és a szerhasználati zavarok. Ezek mellett az utóbbi években a protektív tényezők szerepét is hangsúlyozzák.

5.1. Bevezetés

Agressziónak a fizikai és/vagy lelki sérülés okozására alkalmas, szándékos tevékenységet nevezzük. Heteroagresszióról vagy erőszakos magatartásról akkor beszélünk, ha a személy agressziója más személyek vagy tárgyak ellen irányul. Az erőszakos magatartás hátterében – szemben az autoagresszió legsúlyosabb formájának tekinthető szuicid magatartással – elsősorban nem mentális zavar(ok) vagy pszichiátriai tünetek állnak, ugyanakkor egyes pszichiátriai zavarokban megnövekedhet a heteroagresszív magatartás kockázata (pl. szkizofrénia, szerhasználat stb.), ezért gyakran a pszichiátriai ellátóhely szakembere az első, akinek módjában áll szakszerű kockázatbecslést végezni, és az erőszakos magatartás megelőzésének, illetve kezelésének első lépéseit megtenni.

5.1.1. A mentális zavarok és az erőszakos magatartás kapcsolata

A mentális zavarok és az erőszakos magatartás közötti kapcsolat megértésére nagy az igény. A tudományosan megalapozott adatoknak nem csak a megelőzés és kezelés hatékonyságának növelésében, hanem a társadalomban igen elterjedt stigmatizáló nézetek csökkentésében is fontos szerepe lehet. Egy amerikai felmérés szerint a lakosság 46%-a gondolta azt, hogy a mentálisan beteg emberek sokkal veszélyesebbek az átlag népességnél (*Barry és mtsai, 2013*), és ezt a nézetet a tömeggyilkos ámokfutókról szóló médiahírek tovább erősítik (*McGinty és mtsai, 2013*).

A helyzet pontosabb megítélését teszi lehetővé, hogy az 1990-es évektől kezdve több, nagy lakossági mintán végzett vizsgálat eredményét közzétették, melyek két fő tanulsággal szolgáltak. A mentális zavarok valamennyivel valóban növelik az erőszakos magatartás valószínűségét, de jelentősen csak azokban az esetekben, amikor szerhasználattal társulnak, illetve bi-

zonyos tünetek jelen vannak (dinamikus rizikófaktorok). A másik fontos megállapításuk az volt, hogy az erőszakos magatartás főbb rizikófaktorai (statikus rizikófaktorok) ugyanazok a mentális zavarban szenvedő és az egészséges emberek között, de előfordulásuk gyakoribb lehet az előbbi csoportban.

5.1.2. Epidemiológiai adatok

Az ECA-vizsgálat (National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area) azt találta, hogy az összes erőszakos magatartás 1 éves előfordulása súlyos mentális betegségben (szkizofrénia, bipoláris zavar, major depresszió) összesen 12%, szerhasználat nélkül pedig 7% volt, szemben az átlag népességben mérhető 2%-kal, ami kb. 3-szoros kockázatnövekedést jelentett (*Swanson és mtsai, 1990*). A NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) némileg más mintán szerhasználattal nem társuló mentális betegség esetén 2,9%, társuló szerhasználat esetén 10%, egészséges személyeknél 0,8% gyakoriságot talált (*Van Dorn és mtsai, 2012*), és a szerhasználaton túl elsősorban előzményi és demográfiai tényezőkkel, és pszichoszociális stresszorok jelenlétével magyarázta az emelkedett kockázatot (*Elbogen és Johnson, 2009*). A MVRAS (MacArthur Violence Risk Assessment Study) több mint 1000, kórházból elbocsátott pszichiátriai beteg követése során komorbid szerhasználat előfordulása nélkül semmilyen kapcsolatot nem talált a mentális betegségek és az erőszakos cselekmények elkövetése között (*Steadman és mtsai, 1998*), bár az eredményeket befolyásolhatta, hogy a minta és a kontrollcsoport is egy kriminálisan „fertőzött” területről származott.

Metaanalízisek és populációs minták elemzése alapján az egyes mentális zavarok is emelik az erőszakos magatartás kockázatát, kis mértékben még komorbid szerhasználat nélkül is. A genetikai tényezők szerepére hívja fel a figyelmet, hogy a kockázatnövekedés mértéke

5/1. táblázat

Erőszakos magatartás esélyhányadosa különböző mentális zavarokban

MENTÁLIS ZAVAR	EH	EH (SZH-)	EH (SZH+)	EH (HT)
Szkizofrénia (Fazel és mtsai, 2009)	2 (1,8–2,2)	1,2 (1,1–1,4)	4,4 (3,9–5)	1,8 (1,4–2,4)
Bipoláris zavar (Fazel és mtsai, 2010)	2,3 (2–2,6)	1,3 (1–1,5)	6,4 (5,1–8,1)	1,1 (0,7–1,6)
Major depresszió (Fazel és mtsai, 2015)	3 (2,8–3,3)			2,1 (1,8–2,4)
Személyiségzavar (Yu, Geddes és Fazel, 2012)	3 (2,6–3,5)			
Mentális retardáció (Hodgins, 1992)	kb. 5 (ffi) kb. 25 (nők)			
Traumás agysérülés (Fazel és mtsai, 2011)	3,3 (3,1–3,5)			2 (1,8–2,3)
Epilepszia (Fazel és mtsai, 2011)	1,5 (1,4–1,7)			1,1 (0,9–1,2)

EH: esélyhányados;

SZH-: csak a komorbid szerhasználat nélküli esetekre számolva;

SZH+: csak a komorbid szerhasználó esetekre számolva;

HT: mentális zavarban nem szenvedő hozzátartozókkal
összehasonlítva.

kisebb, ha a betegeket a mentális zavarban nem szenvedő rokonaikkal hasonlítják össze (5/1. táblázat).

Különböző klinikai mintákat vizsgálva igen eltérő mértékben, de az átlag népességhez viszonyítva (2%) minden esetben gyakoribbnak találták az erőszakos magatartás előfordulását: kezelt járóbetegek (8%), pszichiátriai osztályról elbocsátott betegek (13%), sürgősségi osztályok (23%), akaratuk ellenére kezelésbe vettek (36%), első pszichózisban szenvedők (37%) (Choe és mtsai, 2008; Large és Nielssen, 2011).

5.1.3. A heteroagresszió megnyilvánulásai, osztályozása

A heteroagresszív magatartás megnyilvánulhat fizikai, verbális vagy szociális agresszió formájában. Időbeli lefolyása szerint lehet esetileg megjelenő, vagy hullámzó intenzitással, de tartósan fennálló. Az utóbbi típus gyakran kevésbé reagál a kezelésre (*Meyer és mtsai, 2016*).

A korábban használatos dichotom osztályozás impulzív és instrumentális agressziót különböztetett meg: az előbbi provokációra adott, forrófejű válasz, a másik eltervezett, célra irányuló, hidegvérű magatartás. A dimenzionális szemlélet, felismerve, hogy a két típus egyszerre is jelen lehet, az agresszív magatartást reaktív és proaktív elemek különböző arányú együtteseként írja le (*Rosell és Siever, 2015*).

A reaktív agresszió ismérve, hogy frusztráció vagy interperszonális provokáció váltja ki, mindig intenzív düh, harag vagy ellenségesség kíséri, és az a célja, hogy ezek a kellemetlen érzések mérséklődjenek. Összefüggést mutat a gyermekkori abúzussal és az impulzivitás vonással. A proaktív agressziót nem kísérik negatív érzelmek (ellenben grandiozitás, önelégültség gyakori), az agresszív személy kezdeményezi, és mindig valamilyen érték (tárgy, elismerés, hatalom, társas dominancia) megszerzésére irányul. A pszichopátiával, a fizikai agresszióval és az erőszakos bűncselekményekkel mutat kapcsolatot (*Cima és mtsai, 2013; Kolla és mtsai, 2013*).

5.1.4. Az erőszakos magatartás neurobiológiai alapjai, gén-környezet interakciók

Az agresszív és erőszakos magatartás neurobiológiai hátterével kapcsolatos vizsgálatok legkövetkezetesebb lelete az amigdala kisebb térfogata, megváltozott reaktivitása szociális/érzelmi ingerekre, valamint a prefrontális kérgi területekkel (elsősorban anterior cinguláris és mediális orbitofrontális kéreg) és a striátummal való kapcsolatának

diszfunkciója (Rosell és Siever, 2015). Félelmetes, haragos, illetve semleges arckifejezések esetén észlelhető amigdala hiperreaktivitás reaktív agresszióra, míg hiporeaktivitás pszichopátiás jellegű, proaktív agresszióra jellemző. A prefrontális területekkel való diszfunkcionális kapcsolat következménye a szociális ingerek feldolgozásának károsodása, míg a sztriátum működészavara egy adott (agresszív) cselekmény jutalmazó vagy büntető hatásának adaptív értékelését nehezíti. Az agresszivitással kapcsolatba hozott neurotranszmitter rendszereknek (elsősorban szerotonin és dopamin) a korábban említett agyterületek fejlődésében és szabályozásában van szerepe. Az epigenetikai kutatások pedig a korai adverz események és a tartós pszichoszociális stressz és a szerotonerg és dopaminerg neurotranszmisszióval kapcsolatos genetikai variációk kapcsolatát hozzák összefüggésbe az agresszív viselkedéssel (Walters és mtsai, 2016).

5.2. Rizikófaktorok

Az erőszakos magatartás rizikófaktorai lehetnek diszpozicionális (nem, életkor, iskolai végzettség, jövedelem), előzményi (kriminális előzmény, korábbi erőszakos magatartás, szülő kriminális előzménye, súlyosan abúzív szülő, tanúja volt szülők közötti verekedésnek), klinikai (mentális zavar, szerhasználat) és kontextuális (a közelmúltban történt elbocsátás, hozzátartozó vagy barát halála, válás vagy külön költözés, munkanélküliség, viktimizáció) tényezők. Másik felosztás statikus, nem változtatható és dinamikus, befolyásolható rizikófaktorokat különböztet meg.

5.2.1. Az erőszakos magatartás statikus rizikófaktorai

Az erőszakos magatartást legjobban az ebbe a csoportba sorolt rizikófaktorok jelzik előre mentális zavarban szenvedő és egészséges személyeknél egyaránt (Bonta és mtsai, 1998), és expozíciójuk általában korai életkorban kezdődik (Loeber és Farrington, 2000).

Férfi nem: Reprezentatív lakossági mintán végzett felmérések és a bűnügyi statisztikák szerint férfiak között nagyobb az erőszakos cselekmények elkövetésének valószínűsége (Swanson és mtsai, 1990). Árnyalja a képet, hogy kórházi kezelést is igénylő pszichiátriai betegségek esetén a két nem közötti különbség csökken (Krakowski és Czobor, 2004; Robbins és mtsai, 2003).

Fiatal életkor: Fiatalabb életkorban gyakoribb az erőszakos magatartás az átlag populációban, erőszakos bűnelkövetők és mentális zavarban szenvedő bűnelkövetők között is (Kivisto, 2016). Elbogen és Johnson (2009) szerint 43 éves kor előtt kb. 5-szörös az erőszakos cselekmények elkövetésének valószínűsége, mint utána.

Életkor az első erőszakos cselekmény elkövetésekor: Minél fiatalabb korban kerül valaki először kapcsolatba a bűnüldöző hatóságokkal vagy ítélik el, annál nagyobb a későbbi erőszakos bűnismétlés esélye (Cottle és mtsai, 2001).

Erőszakos magatartás az előzményben: A korábbi erőszakos magatartás az egyik legerősebb prediktora a későbbi erőszakos cselekményeknek bűnelkövetők (Bonta, Law és Hanson, 1998) és pszichiátriai betegek között is (Dack és mtsai, 2013). Hároméves utánkövetés során kb. 6-szoros kockázatnövekedést tapasztaltak (Elbogen és Johnson, 2009).

Kriminalitás az előzményben: Bár a nem erőszakos bűncselekmények elkövetése is kockázatnövelő tényező, az erőszakos bűncselekmény miatti elzárás fiatal korban (Elbogen és Johnson, 2009) és a közelmúltban (Swanson és mtsai, 2006) erősebb prediktorok.

A gyermekkori viselkedészavar kb. a gyerekek 5–15%-ában figyelhető meg, első tünetei az esetek 80%-ában 11 éves kor előtt észlelhetők. Jelentőségét az adja, hogy a viselkedészavaros fiúk 40%-ánál, a lányok 25%-ánál később antiszociális személyiségzavar alakul ki (Black és Blum,

2014). Egyéb, externalizáló magatartással járó, gyermekkorban induló mentális zavarok, mint a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar, szintén emelik a későbbi bűnelkövetés valószínűségét (*Manuzza és mtsai, 2008*).

Antiszociális személyiségzavar, pszichopátia és egyéb személyiségvonások az antiszociális személyiségzavar, és legsúlyosabb formája, a pszichopátia, nagyon szoros összefüggést mutat az erőszakos magatartással és a kriminális aktivitással bűnelkövetők (*Hare, 1980*) és mentális zavarban szenvedők (*Skeem és Mulvey, 2001*) között is. Az antiszociális személyiségzavarnak még a diagnosztikus kritériumai közé is tartozik, többek között, a törvénytisztelő és agresszív magatartás. Noha az erőszakos magatartás rizikótényezőit vizsgáló kutatások legtöbbször csak az antiszociális vonásokra fókuszál vagy a személyiségzavarokat egységes kategóriaként kezeli, több adat utal rá, hogy borderline (impulzivitás, érzelemszabályozás zavara), narcisztikus (empátia alacsony szintje) és paranoid vonások specifikusan is növelik az erőszakos magatartás kockázatát (*Lobbestael és mtsai, 2015; Lowenstein és mtsai, 2016*).

A gyermekkorban elszenvedett rossz bánásmód nem csak a későbbi mentális betegségek, de a fiatalkori és a felnőttkori kriminalitás kockázatát is növeli (*Maas, Herrenkohl és Souse, 2008; Gilbert és mtsai, 2009*), közvetlenül, vagy mentális betegségek közvetítésével. Egy fiatal férfiakon végzett felmérés szerint (*Gonzalez és mtsai, 2016*) a családon belüli erőszak megtapasztalása gyermekkorban mindenféle erőszakos magatartás kockázatát növelte felnőttkorban (esélyhányados, $EH = 2,7$), a gyermekkorban elszenvedett fizikai abúzus antiszociális személyiségzavar vagy alkoholfüggőség esetén, a kapcsolaton belüli erőszak esélyét növelte ($EH = 2,33$), míg elhanyagolás esetén az idegenekkel szembeni erőszakos magatartás lett gyakoribb ($EH = 1,73$).

Negatív életesemények, áldozattá válás a közelmúltban: Elbogen és Johnson (2009) szerint az elmúlt évben történt válás vagy külön

költözés (EH = 2,04) és munkanélküliség (EH = 1,57) mindenféle erőszakos cselekmény, míg az elbocsátás a munkahelyről (EH = 1,41) csak a szerhasználattal összefüggő erőszak valószínűségét növelte a következő 3 évben. A közelmúltban történt áldozattá válás is növelte az erőszakos cselekmények elkövetésének kockázatát (EH = 1,47). Ez azért érdemel külön figyelmet, mert a súlyos mentális zavarban szenvedők kb. 10-szer gyakrabban válnak áldozattá (25,3% vs. 2,8%) (Teplin és mtsai, 2005), és a gyermekkori abúzus vagy viselkedészavar, a szerhasználat és az antiszociális vonások is növelik az esélyét (Latalova és mtsai, 2014).

5.2.2. Az erőszakos magatartás dinamikus rizikófaktorai

Ebbe a csoportba tartoznak azok a rizikófaktorok, amelyek legnagyobb eséllyel befolyásolhatók pszichofarmakológiai vagy pszichoszociális beavatkozásokkal.

Paranoid téveszmék és egyéb pozitív pszichotikus tünetek: A pszichotikus betegségekhez kötött rizikónövekedést általában nem a diagnózis maga, hanem specifikus tünetek magyarázzák. Swanson és munkatársai (2006) a következő tünetek jelenléte esetén tapasztalták az erőszakos magatartás gyakoribbá válását: gyanakvás/üldöztetés, hallucinációk, ellenségesség, grandiozitás, izgatottság. A MVRAS-vizsgálat első eredményeit, miszerint a téveszmék és az erőszakos magatartás között nincs összefüggés, az adatok újraelemzése árnyalta. Azt találták, hogy bizonyos tematikájú paranoid téveszmék (kémkednek utána, követik, terveznek ellene valamit, kontroll alatt tartják, hallja mások gondolatait, gondolatbeültetés) (EH = 1,62–2,07), amik harag átélésével járnak együtt, hosszabb távon nem, de aktuálisan (a vizsgálatban az elkövetkező 10 hétben) növelik az erőszakos magatartás esélyét (Ullrich és mtsai, 2014).

Pszichotikus élmények és kognitív torzítások: Lakossági mintákon végzett vizsgálatok elemzése azt igazolta, hogy paranoid gondolatok jelenléte, szerhasználattól függetlenül, pszichotikus betegségben nem

szenvedő személyeknél is, kb. 2-szeresére növeli az erőszakos magatartás kockázatát (*Coid és mtsai, 2016*). Másoknak ellenséges szándék tulajdonítása megnöveli a reaktív agresszió esélyét, míg az a hiedelem, hogy az erőszakos vagy támadó viselkedés előnyös kimenetellel fog járni, a proaktív agresszióra jellemző (*Walters, 2007*).

Imperatív akusztikus hallucinációk: A pszichotikus betegségekben megjelenő akusztikus hallucinációk 33–74%-ának van imperatív jellege (*Braham és mtsai, 2004*). Egy vizsgálatban a hangok fele másokkal szembeni ártalomra, kisebb része önártalomra szólított fel, és a hanggal való részleges vagy teljes együttműködés aránya kb. 80% volt (*Shawyer és mtsai, 2008*). Az utasítással való együttműködést növelte a magasabb életkor, kongruens tartalmú téveszme fennállása, csak egyszer vagy nagyon gyakran jelentkező hang, illetve a hangnak tulajdonított magasabb státusz vagy onnipotencia. Ha a hang nő vagy rosszindulatú volt, az inkább protektív tényező volt. A hanghallás által kiváltott harag, és az impulzivitás, mint független tényező, szintén növelik az együttműködés valószínűségét (*Bucci és mtsai, 2013*).

Szerhasználat: A korábban már ismertetett vizsgálatokkal egybeeseng Pulay és mtsai (2008) eredménye, miszerint a szerhasználat az erőszakos magatartásnak erősebb rizikófaktora ($EH = 6$), mint a mentális betegségek önmagukban, a gyakori komorbiditás pedig tovább növeli a kockázatot ($EH = 4-8$) (*Pickard és Fazel, 2013*).

Negatív érzelmi állapotok: Bár korábban már volt szó róla, mint viszonylag jól befolyásolható klinikai változó, érdemes kiemelni, hogy a téveszme vagy hanghallás által kiváltott düh, harag és ellenségesség, illetve a személyiségzavarokban tapasztalható érzelemszabályozási nehézség és impulzivitás növelik a reaktív típusú agresszió kockázatát. A szomorúság és a félelem inkább protektív tényezőnek tűnik (*Ullrich és mtsai, 2014*).

Az erőszakos szándék kinyilvánítása mindig figyelmet érdemel. Warren és munkatársai (2008) követéses vizsgálatában a halálos fenyegetésnek hangot adó személyek 44,4%-át ítéleték el 10 éven belül valamilyen erőszakos cselekmény miatt (a mentális zavarban szenvedő alcsoportban 58,3% volt az arány), a vizsgált személyek 3%-a követett el gyilkosságot, 1,3% szándékos emberölést és 2,6% lett öngyilkos. Az eredeti fenyegetés célszemélyei közül 13,9%-ot ért valamilyen erőszak (támadás, szexuális erőszak, üldözés vagy ismételt halálos fenyegetés). A bekövetkezett erőszakos cselekmények 40%-a más személyekre irányult (Warren és mtsai, 2011). Az erőszakos magatartás rizikóját leginkább a szerhasználat (EH = 5) és az affektív betegségek (EH = 3,5) növelték.

A fegyverhez való hozzáférés emelheti az erőszakos magatartás kockázatát, de ezzel kapcsolatban egyelőre igen kevés adat áll rendelkezésre (Kivisto, 2016).

A kezeléssel való együttműködés hiánya pszichotikus betegségben szenvedőknél összefügg az erőszakos magatartás kockázatát növelő tünetek felerősödésével, és a visszaeső erőszakos bűnelkövetéssel is (Swanson és mtsai, 2000).

5.3. Protektív faktorok

Az erőszakos magatartásra vonatkozó kockázatbecslés szakirodalma szinte kizárólag a kockázatot növelő rizikófaktorokkal foglalkozik, pedig a sikeres kockázatkezeléshez a protektív tényezők azonosítása és mobilizálása is elengedhetetlen (de Vries Robbé és mtsai, 2012; Kivisto, 2016). Ennek a pozitív szemléletnek a gyakorlatba ültetését és a vizsgálni érdemes protektív faktorokat szemlélteti két, az elmúlt évtizedben kifejlesztett kockázatbecslő eszköz.

A START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability) (*Webster és mtsai, 2009*) 20 dinamikus rizikófaktort vizsgál (pl. szociális készségek, impulzuskontroll, belátás, adherencia, megküzdési készségek), és több területet (pl. heteroagresszió, öngyilkosság, önsértés, önelhanyagolás) is lefed. A kockázat mellett azt is értékeli, hogy az adott terület milyen mértékben tartozik a beteg erősségei közé. Az eredmény az adott személyre jellemző, a klinikai döntést támogató, kockázat/erősség mintázat.

A SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk) (*de Vogel és mtsai, 2012*), melynek használatát a HCR-20 (*Douglas és mtsai, 2013*) rizikóbecslő eszközzel kombinálva javasolják, 2 statikus és 15 dinamikus faktort értékel aszerint, hogy az adott faktor milyen mértékben tölt be protektív funkciót a vizsgált személynél egy konkrét szituációban az erőszak kockázata szempontjából.

A faktorokat 3 csoportba sorolja:

- **Belső:** intelligencia, biztonságos kötődés gyermekkorban, empátia, megküzdés, önkontroll.
- **Motivációs:** munka, szabadidős tevékenységek, pénzkezelés, motiváció a kezelésre, autoritással kapcsolatos beállítódások, életcélok, gyógyszeres kezelés.
- **Külső:** társas kapcsolatok, párkapcsolat, szakszerű ellátás, életkörülmények, külső kontroll.

A faktorok jelölhetők aszerint is, hogy aktuálisan jelentős protektív erejük van (kulcsfaktorok), illetve terápiás beavatkozás célpontjai lehetnek (célfaktorok). A mérőeszköz prediktív erejét (és a terápiában hasznosítható szemlélet szerepét) jól mutatja, hogy forenzikus pszichiátriai betegek követéses vizsgálatában azt találták, hogy a HCR-20 által mért rizikócsökkenés és a SAPROF által jelzett növekedés a protektív tényezőkben (valamint a két értékből képzett különbség) az elbocsátás után 1 és 11 évvel is összefüggést mutatott az erőszakos magatartás csökkenésével (*de Vries Robbé és mtsai, 2015*).

5.4. Kockázatkezelés

Az erőszakos magatartás komplex társadalmi jelenség, ezért észlelése, kezelése és megelőzése nem csak az egészségügyi – és szűkebben véve a pszichiátriai – ellátórendszer feladata, hanem az egészségügyi, a szociális, és esetenként a bűnüldöző és az igazságszolgáltatási szervek, valamint a beteg szűkebb környezetének együttműködését igényli.

Az erőszakos magatartás pszichiátriai ellátásban történő kockázatkezelése végső soron mindig összetett klinikai döntési folyamat eredménye. A szakmai megfontolásokon túl nélkülözhetetlen hozzá a biztonságos és professzionális beavatkozást lehetővé tevő emberi és tárgyi feltételek megléte, a jogi lehetőségek és korlátok ismerete, és mindenek előtt a beteg együttműködésének megnyerése. A kockázatkezelés történhet akutan, de a legtöbb esetben folyamatos és a gondozási folyamat részét kell képeznie.

5.4.1. Kockázatbecslés és kockázatkezelés kapcsolata

A hatékony kockázatkezelés első lépése a nagy rizikójú páciensek azonosítása (*Kivisto, 2016*). Ebből a célból, a szakma szabályainak megfelelő klinikai vizsgálat mellett, ami a dinamikus rizikófaktorok azonosítását segíti, már az első találkozásnál szükséges célzottan, strukturáltan tudakozódni az erőszakos magatartást nagyobb részt meghatározó statikus rizikófaktorokról, és lehetőség szerint a páciens életében jelen lévő protektív tényezőkről is.

A személyre szabott kockázatkezelési terv megalkotását a beteg élettörténetéből konkrét helyzetek feltárása és közös elemzése szolgálja. Az erőszakos magatartással járó, illetve azt sikeresen elkerülő, stresszteli helyzetek vizsgálata a dinamikus rizikó- és protektív faktorok egyéni mintázatát segít azonosítani.

A kockázatkezelés konkrét megvalósításánál három főbb szempontot érdemes szem előtt tartani:

- súlyos rizikó esetén szükséges külső segítség bevonásának mérlegelése (családtag, kórházi beutalás, biztonsági szolgálat, rendőrség),
- a beavatkozásnak mindig az egyénileg beazonosított rizikó- és protektív faktorokon kell alapulni (lehetőleg utalva a korábban előfordult hasonló helyzetekre),
- növeli a páciens együttműködését és a beavatkozás sikerességét, ha azt a páciens aktuális panaszaihoz és/vagy céljaihoz igazítjuk.

5.4.2. Egyéb szempontok erőszakos és agresszív betegek ellátása során

Személyi feltételek:

- pszichiáter szakorvos, aki vezeti az ellátást, szükség esetén instruíja a többi résztvevőt,
- kellő létszámú (legalább 2 fő) szakképzett személyzet,
- lehetőleg biztonsági személyzet.

Tárgyi és fizikai feltételek:

- az ellátó hely alkalmas sürgősségi betegellátásra,
- a helyiség nyitását/zárását a személyzet kontrollálja,
- elegendő tér nagyobb létszámú jelenlévőknek (pl. mentő személyzete, rendőrök),
- lehetőleg nem könnyen mozdítható és/vagy törékeny bútorok.

A beteggel való együttműködés és kommunikáció szempontjai:

- a beteg szükségleteinek, kéréseinek lehetőség szerinti figyelembe vétele,
- a megadott keretek között döntési lehetőség felkínálása (pl. injekciót vagy per os készítményt fogad-e el),

- világos, tömör, lényegre törő fogalmazás, melynek célja a beteg megnyugtatása, tájékoztatás a tervezett beavatkozás(ok)ról és az elvárt viselkedésről, az együttműködés támogatása, fenntartása,
- a személyzet részéről nyugodt, de határozott, következetes magatartás (a túlzott/indokolatlan kontroll, fenyegető, következetlen vagy kiszámíthatatlan magatartás, provokáció, megalázás megengedhetetlen),
- szükség esetén fizikai korlátozás a sérülés veszélyének minimalizálásával/elkerülésével.

Jogi szempontok

Az egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. törvény) lehetőséget ad az észlelő orvos számára, hogy közvetlenül intézkedjen valakinek az akarata ellenére történő pszichiátriai intézetbe szállításáról, és ehhez szükség esetén rendőri segítséget is igénybe vegyen, amennyiben az adott személy akut mentális zavara következtében mások életére, testi épségére vagy egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent, és az azonnali kezelés elmaradása állapota további romlását eredményezné, mely azonnali intézeti gyógykezeléssel hárítható el.

A beteg felesleges és indokolatlan korlátozása és a későbbi jogviták elkerülése érdekében fontos szem előtt tartani, hogy az akarat ellenére történő kórházi beutaláshoz mindegyik feltételnek teljesülnie kell.

Közvetetten ugyan, de az erőszakos magatartás kezeléséhez tartozik az is, ha az erőszakos személy áldozatait látjuk el. A jogszabály (1997. évi. XLVII. törvény) szerint 8 napon túl gyógyuló sérülés észlelése esetén, amennyiben az feltehetően bűncselekmény következménye, az érintett személyazonosító adatait be kell jelenteni a rendőrségnek. Hasonlóan, kiskorú ellátása esetén haladéktalanul értesíteni kell a gyermekjóléti szolgálatot, ha feltételezhető, hogy a gyermek sérülése vagy betegsége bántalmazás vagy elhanyagolás következménye, il-

letve a gyermek egészségügyi ellátása során bántalmazására, elhanyagolására utaló körülményekről szerzünk tudomást.

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

Az erőszakos magatartás etiológiájával kapcsolatos (epi)genetikai kutatásoktól és az érintett neurotranszmitter rendszerek és ideghálózatok szerepének jobb megértésétől a jelenleginél célzottabb és hatékonyabb gyógymódok kifejlesztése várható. Ezzel párhuzamosan, az emberi jogi szempontok hangsúlyosabbá válásával, feltehetően az erőszakos magatartást tanúsító személyek pszichiátriai ellátásának jogi környezete is változni fog.

IRODALOM

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 188–201/B §.
1997. évi. XLVII. törvény az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 24§.
- Barry, C.L., McGinty, E.E., Vernick, J.S., Webster, D.W. (2013) After Newtown – Public opinion on gun policy and mental illness. The New England Journal of Medicine. 368, 1077–1081.
- Black, D.W., Blum, N.S. (2014) Antisocial personality disorder and other antisocial behavior. In: Oldham, J.M., Skodol, A.E., Bender, D.S. (eds.), Textbook of personality disorders. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 429–453.
- Bonta, J., Law, M., Hanson, K. (1998) The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a metaanalysis. Psychological Bulletin. 123, 123–142.
- Braham, L.G., Trower, P., Birchwood, M. (2004) Acting on command hallucinations and dangerous behavior: a critique of the major findings in the last decade. Clinical Psychology Review. 24, 513–528.
- Bucci, S., Birchwood, M., Twist, L., Tarrier, N., Emsley, R., Haddock, G. (2013) Predicting compliance with command hallucinations: anger, impulsivity and appraisals of voices' power and intent. Schizophrenia Research. 147, 163–168.

- Choe, J.Y., Teplin, L.A., Abram, K.M. (2008) Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health outcomes. *Psychiatric Services*. 59(2), 153–164.
- Cima, M., Raine, A., Meesters, C., Popma, A. (2013) Validation of the Dutch Reactive Proactive Questionnaire (RPQ): differential correlates of reactive and proactive aggression from childhood to adulthood. *Aggressive Behaviour*. 39(2), 99–113.
- Coid, J.W., Ullrich, S., Bebbington, P., Fazel, S., Keers, R. (2016) Paranoid ideation and violence: meta-analysis of individual subject data of 7 population surveys. *Schizophrenia Bulletin*. 42(4), 907–915.
- Cottle, C.C., Lee, R.J., Heilbrun, K. (2001) The prediction of criminal recidivism in juveniles: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*. 28, 367–394.
- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D., Bowers, L. (2013) A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric inpatient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 127, 255–268.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., de Vries Robbé, M. (2012) SAPROF: Guidelines for the Assessment of Protective Factors for Violence Risk (English version, 2nd ed.). Utrecht, Forum Educatief.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Stam, J. (2012) Protective factors for violence risk: the value for clinical practice. *Psychology*. 3, 1259–1263.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Douglas, K.S., Nijman, H.L. (2015) Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: predicting reductions in postdischarge community recidivism. *Law and Human Behavior*. 39, 53–61.
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., Belfrage, H. (2013) HCR-20 (Version 3): Assessing Risk for Violence. Burnaby, BC, Canada, Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Elbogen, E.B., Johnson, S.C. (2009) The intricate link between violence and mental disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*. 66(2), 152–161.
- Fazel, S., Langström, N., Hjern, A., Grann, M., Lichtenstein, P. (2009) Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*. 301(19), 2016–2023.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Langström, N. (2011) Risk of violent crime in individuals with epilepsy and traumatic brain injury: a 35-year Swedish population study. *PLoS Medicine*. 8(12), e1001150.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G.M., Langström, N. (2010) Bipolar disorder and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*. 67(9), 931–938.
- Fazel, S., Wolf, A., Chang, Z., Larsson, H., Goodwin, G.M., Lichtenstein, P. (2015) Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry*. 2, 224–232.

- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 373(9657), 68–81.
- González, R.A., Kallis, C., Ullrich, S., Barnicot, K., Keers, R., Coid, J.W. (2016) Childhood maltreatment and violence: mediation through psychiatric morbidity. *Child Abuse and Neglect*. 52, 70–84.
- Hare, R.D. (1980) A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*. 1, 111–119.
- Hodgins, S. (1992) Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. *Archives of General Psychiatry*. 49, 476–483.
- Kivisto, A.J. (2016) Violence risk assessment and management in outpatient clinical practice. *J. Clin. Psychol*. 72, 329–349.
- Kolla, N.J., Malcolm, C., Attard, S., Arenovich, T., Blackwood, N., Hodgins, S. (2013) Childhood maltreatment and aggressive behaviour in violent offenders with psychopathy. *Canadian Journal of Psychiatry*. 58(8), 487–494.
- Krakowski, M., Czobor, P. (2004) Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *The American Journal of Psychiatry*. 161, 459–465.
- Large, M.M., Nielssen, O. (2011) Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 125, 209–220.
- Latalova, K., Kamaradova, D., Prasko, J. (2014) Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 10, 1925–1939.
- Lobbetael, J., Cima, M., Lemmens, A. (2015) The relationship between personality disorder traits and reactive versus proactive motivation for aggression. *Psychiatry Research*. 229, 155–160.
- Loeber, R., Farrington, D.P. (2000) Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*. 12, 737–762.
- Lowenstein, J., Purvis, C., Rose, K. (2016) A systematic review on the relationship between antisocial, borderline and narcissistic personality disorder diagnostic traits and risk of violence to others in a clinical and forensic sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 3, 14–25.
- Maas, C., Herrenkohl, T.I., Sousa, C. (2008) Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma Violence and Abuse*. 9(1), 56–67.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Moulton, J.K. (2008) Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research*. 160, 237–246.

- McGinty, E.E., Webster, D.W., Barry C.L. (2013) Effects of news media messages about mass shootings on attitudes toward persons with serious mental illness and public support for gun policies. *The American Journal of Psychiatry*. 170, 494–501.
- Meyer, J.M., Cummings, M.A., Proctor, G., Stahl, S.M. (2016) Psychopharmacology of persistent violence and aggression. *The Psychiatric Clinics of North America*. 39, 541–556.
- Pickard, H., Fazel, S. (2013) Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics. *Current Opinion in Psychiatry*. 26(4), 349–354.
- Pulay, A.J., Dawson, D.A., Hasin, D.S., Goldstein, R.B., Ruan, W.J., Pickering, R.P., Huang, B., Chou, S.P., Grant, B. F. (2008) Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 69(1), 12–22.
- Robbins, P.C., Monahan, J., Silver, E. (2003) Mental disorder, violence, and gender. *Law and Human Behavior*. 27, 561–571.
- Rosell, D.R., Siever, L.J. (2015) The neurobiology of aggression and violence. *CNS Spectrums*. May 2015, 1 – 26.
- Shawyer, F., Mackinnon, A., Farhall, J., Sims, E., Blaney, S., Yardley, P., Daly, M., Mullen, P., Copolov, D. (2008) Acting on harmful command hallucinations in psychotic disorders. An integrative approach. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 196, 390–398.
- Skeem, J.L., Mulvey, E.P. (2001) Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69, 358–374.
- Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T., Roth, L.H., Silver, E. (1998) Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*. 55, 393–401.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K., Jono, R. (1990) Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Psychiatric Services*. 41, 761– 770.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Borum, R., Hiday, V.A., Wagner, H.R., Burns, B.J. (2000) Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 176, 324–331.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Van Dorn, R.A., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., Rosenheck, R.A., Striup, T.S., McEvoy, J.P., Lieberman, J.A. (2006) A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 63, 490–499.
- Teplin, L.A., McClelland, G.M., Abram, K.M., Weiner, D.A. (2005) Crime victimization in adults with severe mental illness. Comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of General Psychiatry*. 62, 911–921.

- Ullrich, S., Keers, R., Coid, J.W. (2014) Delusions, anger, and serious violence: new findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Schizophrenia Bulletin*. 40, 1174–1181.
- Van Dorn, R.A., Volavka, J., Johnson, N. (2012) Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 47(3), 487–503.
- Walters, G.D. (2007) Measuring proactive and reactive criminal thinking with the PICTS: correlations with outcome expectancies and hostile attribution biases. *Journal of Interpersonal Violence*. 22(4), 371–385.
- Waltes, R., Chiochetti, A.G., Freitag, C.M. (2016) The neurobiological basis of human aggression: a review on genetic and epigenetic mechanisms. *American Journal of Medical Genetics Part B*. 171B, 650–675.
- Warren, L., Mullen, P., Ogloff, J. (2011) A clinical study of those who utter threats to kill. *Behavioral Sciences and the Law*. 29, 141–154.
- Warren, L., Mullen, P., Thomas, S., Ogloff, J., Burgess, P. (2008) Threats to kill: a follow-up study. *Psychological Medicine*. 38, 599–605.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., Desmarais, S.L. (2009) Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Clinical Guide for Evaluation of Risk and Recovery, Version 1.1. Ontario, St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Yu, R., Geddes, J.R., Fazel, S. (2012) Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*. 26(5), 775–792.

6. ELHANYAGOLÁS, ÖNELHANYAGOLÁS, ÁLDOZATTÁ VÁLÁS

Gulácsi István • Frecska Ede • Móri E. Csaba
Kolumbár Réka • Blazsek Péter

Az elhanyagolással, illetve az önelhanyagolással kapcsolatban számos rizikófaktor (pl. életkor, pszichiátriai betegség stb.) ismert, melyeken túl tárgyaljuk a fejezetben az elhanyagoló/az abúzust tevő személy viselkedésében fellelhető speciális jegyeket is. Ezek ismeretében lehetőségünk van időben felismerni az elhanyagolt/bántalmazott embert, ezáltal elősegíthetjük a negatív közegből történő kiemelését. További célunk az abúzus típusainak ismertetése, hiszen a közismert fizikális bántalmazáson kívül számos formában detektálható.

6.1. Bevezetés

Az önelhanyagolás a magatartás olyan mértékű romlása, mely során az érintett az enyhétől a súlyos mértékig nem elégíti ki alapvető igényeit, úgymint személyes higiéné, ruházkodás, étkezés vagy a fennálló és kezelésre szoruló betegségek ellátása (*Gibbons, 2006*). Más szóval, az elvárható és megfelelő személyes higiéné, egészségügyi ellátás és életkörülmények biztosításának hiánya alakul ki. Ennek extrém formája a Diogenész-szindróma.

A *Diogenész-szindrómára*, melyet időskori tisztátalan szindrómának is hívnak, rendkívüli személyes elhanyagoltság, szociális visszahúzódás, a lakókörnyezet elhanyagoltsága, apátia, a szemét és háziállatok kényszeres gyűjtögetése és felhalmozása, és a szégyenérzet teljes hiánya jellemző. Ugyanakkor furcsa, bizarr viselkedés és életmód is jellemzi az egyént. Diogenész görög filozófusról kapta a nevét, aki a leírások szerint egy hordóban lakott, bár kereste az emberek társaságát és valószínűleg tévesen nevezték el róla a szindrómát. Nevezik még Pljuskin-szindrómának (*Gogol: Holt lelkek című művéből*). Clark és munkatársai írták le 1966-ban először. A frontális lebeny károsodása játszhat szerepet a kialakulásában.

Az önelhanyagolás okai között mentális betegség, demencia és az agyállomány sérülése szerepelhet. Összességében minden olyan esetben előfordulhat, amikor az egyén mentális vagy szomatikus állapota miatt csökkennek motivációi, energiaszintje, figyelmi funkciói, szervezési és kivitelezési képessége, valamint önmaga és környezetének súlyos fokú elhanyagolása alakul ki, mely további veszélyeket rejt magában (*Lauder, 2006; Halliday, 2000*).

A Diogenész-szindróma éves incidenciája 1/2000 fő a 60 év feletti populációban. Előfordulása az egyedül élők (főként özvegyek) között

és a nők esetében gyakoribb. Az esetek 1/3-ában a tünetek a beteg ápolását végző személy elvesztése után manifesztálódnak.

A szindróma eredetére vonatkozóan elkülönítünk primer (50–70%) és szekunder (30–50%) formát, ez utóbbi más mentális zavarokhoz társul. A leggyakoribb társbetegségek: demencia, depresszió, kényszerbetegség, alkoholbetegség, mentális retardáció, Capgras-szindróma, alvászavar. A demenciák közül ezidáig csupán a frontotemporális demenciánál írtak le Diogenész-szindrómával való társulást. Képalkotó vizsgálatok során a jobb meziális prefrontális kéreg érintettségét írták le.

A Diogenész-szindróma tünettana:

- **Syllogomania:** kóros gyűjtögetés (tárgya lehet bármilyen, a beteg által hasznosnak ítélt tárgy, étel, állat).
- **Önelhanyagolás:** mosdatlanság, elhanyagolt, szennyezett ruházat, ápolatlan külső.
- **Hiányos belátás:** szégyenérzet hiánya, a külső segítség elutasítása.
- **Szociális izoláció:** zárkózottság, embergyűlölet.

Ezek együttes fennállása növeli a mortalitást, 5 éven belül körülbelül 50%-kal. Mindezek ellenére a betegség felismerése általában véletlenül történik, az extrém viselkedés miatt történt társadalmi beavatkozás során vagy a társuló szomatikus megbetegedések miatt kerül diagnosztizálásra.

A szindróma terápiája nehézségekbe ütközik a beteg visszautasító magatartása és a hiányzó betegségtudat miatt. Napjainkban nincsen elfogadott terápiás megoldás, sem farmakológiai, sem pedig nem-farmakológiai szempontból. A megbetegedés ellátásában az otthoni ápolásnak, szociális otthoni elhelyezésnek van létjogo-

sultsága. A gyógyszeres terápia során leggyakrabban antipszichotikumok, antidepresszánsok és fázisprofiliktikumok adásának van effektív hatása. Pozitív eredményeket közöltek risperidone, quetiapine, valproát és SSRI-szerek adását követően (*Cipriani és mtsai, 2009, 2012, 2018*).

Az önelhanyagolás okai között mentális betegség, demencia és az agyállomány sérülése szerepelhet. Összességében minden olyan esetben előfordulhat, amikor az egyén mentális vagy szomatikus állapota miatt csökkennek motivációi, energiaszintje, figyelmi funkciói, szervezési és kivitelezési képessége, valamint önmaga és környezetének súlyos fokú elhanyagolása alakul ki, mely további veszélyeket rejt magában (*Lauder, 2006; Halliday, 2000*).

6.2. Az önelhanyagolás rizikófaktorai

Az önelhanyagolás (self-neglect) főleg a testi, fizikális állapot romlásához vezető tényezők összességét jelenti. Például súlyos depresszió esetén nagymértékben csökkenhet a motiváció, és ennek következtében a beteg elhanyagolja magát, higiéniai szükségleteit nem elégíti ki, az étvágycsökkenés következtében alultápláltság következhet be, a figyelmi funkciók romlása miatt háztartási vagy közlekedési balesetet szenvedhet el a beteg.

Az alábbiakban néhány gyakoribb kockázati tényezőt ismertetünk, a teljesség igénye nélkül:

- időskor (75 év feletti),
- pszichiátriai betegség, főleg demencia, depresszió,
- a kognitív funkciók hanyatlása,
- a frontális lebeny károsodása,

- krónikus szomatikus betegség,
- táplálkozási elégtelenség,
- alkohol- és egyéb szerabúzus,
- szociális izoláció,
- delírium.

A 75 év feletti emberek jelentős része özvegy, s gyermekeik – különféle, gyakran megélhetési okokból – sokszor távol élnek tőlük, ezért izolálódnak, elmagányosodnak. Az elmagányosodás önmagában is növeli a depresszió és szorongás kockázatát, gyakoribbá téve olyan öngyógyító próbálkozásokat, mint az alkohol- és gyógyszerabúzusok, amelyek az ugyancsak gyakori mozgásszervi és más krónikus betegségekkel együtt sokszor azt eredményezik, hogy az idős ember még ritkábban, nehezebben mozdul ki otthonából. Ez kedvez a szociális kapcsolatok beszűkülésének, tovább rontva az elmagányosodást és annak következményeit.

Az ingerszegény környezet kedvezőtlenül hat a kor előrehaladtával egyre gyakoribb kognitív zavarokra és mentális leépülési folyamatokra is, valamint a testi betegségek miatti nehezített mozgás a beteg otthonában bekövetkezett balesetekhez vezetnek, elesést, combnyaktörést eredményezve. Az izoláció miatti segítségnyújtás elmaradása vagy időbeli kitolódása miatt a balesetek következményeit is túl későn kezdi kezelni, ha egyáltalán feltűnik valakinek az idős ember „eltűnése”, és ez a gyógyulás esélyeit nagymértékben csökkenti.

Az önelhanyagolás további szövődményei lehetnek fertőzések, testi betegségek kialakulása, a lakókörnyezet lepusztulása, a szomszédok veszélyeztetése. Az ilyen személy leggyakrabban makacsul ellenáll a segítségnyújtásnak. Belátási képessége csökkent, realitásérzéke beszűkült.

Más esetekben a rendkívül elhanyagolt környezetben való tartós életvitel szkizofrénia vagy személyiségzavar következménye is lehet.

Az önelhanyagolás lehet akaratlagos és nem-akaratlagos. Az előbbi tudatos vagy tudattalan döntés eredménye, utóbbi kiváltó tényezők szövődménye.

Az önelhanyagolás kezeléséhez multidiszciplináris team beavatkozása szükséges. A mentális és szomatikus betegségek kezelése általában a környezetből való kiemeléssel (kórházi beutalás) valósítható meg, ehhez a háziorvos bevonása elengedhetetlen. Az önkormányzat szociális ellátórendszerével való együttműködés a lakókörnyezet rendbetétele, kitakarítása, fertőtlenítés stb. miatt szükséges, majd az egyén hazakerülése után a megfelelő életvitel kialakítása, segítése, ellenőrzése miatt. Ha a belátási képesség csökkent vagy hiányzik, valamint az állapot tartósan és befolyásolhatatlanul fennáll, gondnokság alá helyezés, esetleg az állapotnak megfelelő otthonban való elhelyezés indokolt.

6.3. *Önelhanyagolás, önellátás elégtelensége, áldozattá válás*

Az önelhanyagolás érintettjeire jellemző pszichopatológiai tünetek közül nagyon fontos kiemelni a külső megjelenés jellegzetességeit, a higiéné hiányosságait, valamint a beteg környezetének milyenségét.

Az önelhanyagolás kockázati tényezői közül kiemelendők:

- szomatikus és mentális betegségek,
- szegénység,

- kényszerű együttélés, a családi együttélés nehézségei,
- magány, izolálódás, családi kapcsolatok hiánya,
- szerfogyasztás (alkohol, drog, gyógyszer),
- idős koruknál, mentális betegségüknel fogva családtagjaiknak, gondozóiknak való kiszolgáltatottság.

Az időskorban gyakori polymorbiditás, anyagi nehézségek, izolálódás vagy kényszerű együttélés fokozza a szerfogyasztás rizikóját és koruknál, betegségüknel fogva könnyen kiszolgáltatottá teszi az idős embereket.

Az önelhanyagolás speciális formái közé tartozik az idősbántalmazás és elhanyagolás. Ezek főbb formái:

- fizikai bántalmazás,
- szexuális bántalmazás (egy idősebb, fiatalabb vagy a gondozásra, felügyeletre kijelölt személy részéről),
- lelki bántalmazás, verbális abúzus (tisztelet hiánya, a magánszférához/magánélethez való jog megsértése, a kapcsolattartás jogának megsértése, az idős személy véleményének, kívánságainak figyelmen kívül hagyása),
- pénzügyi, gazdasági kihasználás (az idős személy tulajdonának, anyagi eszközeinek jogtalan használata, kihasználása, elvétele, a végrendelet akarata erőszakos megváltoztatása),
- elhanyagolás,
- az önelhanyagolás, mely olyan viselkedés, amellyel az idős személy veszélyezteteti saját egészségét, biztonságát, segítség és ápolás hiányában,
- *intézményes bántalmazás:*
 - ◆ sürgősségi és fájdalmas orvosi beavatkozás,
 - ◆ a minősíthetetlen megnyilvánulás,
 - ◆ az információ hiánya,
 - ◆ át nem adott információ,
 - ◆ konkrét bántalmazás,

- *rendszerbántalmazás:*
 - ◆ az idős személyek ellátására, gondozására hivatott szociális, egészségügyi szektor nem működik megfelelően,
 - ◆ *akadályozó tényezők:*
 - a populáció öregedése, a korfa eltolódása az idősök irányába,
 - sok az időskorú ember,
 - rossz beidegződés, rossz tanult minta a társadalomban,
 - nincs olyan háló, mely ennek megakadályozását, vagy megelőzését célozná.

Az idős ember bántalmazása egyszeri vagy – gyakrabban – ismétlődő cselekvés vagy szükséges beavatkozás vagy cselekvés hiánya, amely árt és félelmet, szükségtelen fájdalmat okoz. Ez magában foglalja a fizikai bántalmazást, a szexuális erőszakot, érzelmi/szóbeli/pszichológiai bántalmazást, fizikai és lelki elhanyagolást, anyagi/pénzügyi kihasználást, az emberi jogok megsértését, faji, nemzeti, vallási megkülönböztetést. A bántalmazás 44%-a „multiply”.

A magyar jogban az idősbántalmazás fogalmát a BTK 173. §-a adja meg – a gondozás elmulasztása tényállásaként.

Időskori elhanyagoltság-bántalmazás külső jelei:

- testi sérülés, ami nincs jól, megfelelően, gondosan ápolva,
- testi sérülés, ami nem magyarázható az elmondott történettel,
- fájdalom érintésre,
- kiszáradás, és rosszul tápláltság betegség jelenléte nélkül,
- beesett szemek, arc, monoklik, véraláfutások a testen,
- nem megfelelő adminisztráció a gyógyszerezésről,
- orvosi, kórházi ellátás túl gyakori igénybe vétele vagy éppen ennek hiánya,
- élelem, víz, egyéb szükségletek hiánya,

- kellemes életkörülmények, személyes dolgok hiánya,
- erőszakos elzárás, elkülönítés.

A bántalmazás gyanúját felkeltheti, ha a testi sérülések magyarázatának hitelessége kétségbe vonható, illetve ellentmondások vannak a bántalmazott és a bántalmazó elbeszélése között. A gyógyszerelés nem megfelelő adminisztrációja a gyógyszerek adagolásának esetlegességét, hiányát vagy túlzásba vitelét jelezheti. Az orvosi, kórházi ellátás túl gyakori igénybe vétele sokszor néma segélykiáltás, menekülés a lelki bántalmazás elől.

Időskori elhanyagolt-bántalmazott viselkedési jelei:

- félelem,
- szorongás, nyugtalanság,
- harag, düh,
- elkülönülés, visszahúzódás, védekezés,
- depresszió,
- visszavonultság, beletörődés, ambivalens viselkedés,
- ellentmondó kijelentések sérülési nyomokról,
- valószerűtlen történetek sérülésekről, gyakori balesetek,
- tétovázás, nyílt beszélgetés kerülése,
- zűrzavarosság, zavartság.

A viselkedési jelek sokfélék és általában nem specifikusak a bántalmazásra. A tünetek mögött meghúzódó problémákra türelmes, empátikus, az idős ember akaratát tiszteletben tartó részletes exploráció segíthet fényt deríteni.

Elhanyagoló-bántalmazó személy viselkedési jegyei:

- az idős megakadályozása abban, hogy beszéljen, vagy találkozzon látogatókkal,

- düh, közöny, agresszív viselkedés az idősekkel szemben,
- mentális betegségek,
- bűnöző viselkedés, vagy családon belüli erőszak az élettörténetben,
- az idősekhez való jóindulatú hozzáállás hiánya,
- titkolt vonzalom, kacérkodás vagy túlzott féltékenység, feltűnő tartózkodás a testkontaktustól lehetséges indikátor a helytelen szexuális viszonyban,
- egymásnak ellentmondó beszámolók a különféle incidensekről,
- túlzott kontrollálás,
- az idősekről teherként való beszéd.

A bántalmazás egy gondolkodásmóddal, a „jár nekem” mentalitással kezdődik. A bántalmazó úgy tekint önmagára, hogy valami jár neki a másik embertől, a másik tartozik neki valamivel: tisztelettel, engedelmességgel, hálával, különféle szolgáltatásokkal. A bántalmazó célja a hatalom, irányítani, kontrollálni akar másokat.

A bántalmazó gyakran olyan sérült személyiség, akiben zavartan működik, vagy teljes mértékben hiányzik a lelkiismeret.

6.3.1. Időskori abúzus

Egyszeri vagy ismétlődő cselekvés vagy szükséges beavatkozás, cselekvés hiánya, amely cselekedet vagy annak hiánya árt, félelmet, sürgőtelen fájdalmat okoz az idős személynek egy olyan kapcsolaton belül, amelyben elvárható a bizalom.

Ez a cselekvés vagy annak hiánya magába foglalja a fizikai bántalmazást, a szexuális erőszakot, érzelmi/szóbeli/pszichológiai bántalmazást, fizikai elhanyagolást (aktív vagy passzív), lelki elhanyagolást,

anyagi/pénzügyi kihasználást, az emberi jogok megsértését, faji, nemzeti, vallási megkülönböztetést.

Az időskori abúzus főbb formái:

- fizikai abúzus,
- pszichés/verbális abúzus,
- szexuális abúzus,
- elhanyagolás,
- anyagi abúzus.

Otthoni/családon belüli abúzus:

Általánosan ugyanazt jelenti, mint az idősek bántalmazása, rosszul gondozása azzal a különbséggel, hogy ez esetben a bántalmazás az idős otthonában vagy a gondozást végző otthonában történik. A bántalmazó legtöbbször szoros rokoni kapcsolatban áll az idős személlyel.

Intézményi abúzus:

Megjelenési formái megegyeznek az általánosan említett bántalmazási formákkal, azzal a különbséggel, hogy a bántalmazásra intézményi keretek között kerül sor (idősek otthonában, ápoló-gondozóházakban, átmeneti, tartós ellátó intézményekben). Az elkövető jogilag szabályozottan végzi feladatát, fizetett segítők, szakemberek, néha egész intézményi gyakorlatot jellemzően.

Önelhanyagolás:

Olyan viselkedés, amellyel az idős személy veszélyezteti saját egészségét, biztonságát. Az önelhanyagolásba nem tartozik bele az, amikor az idős személy mentálisan kompetens, felméri döntései következményeit a döntéseinek, és tudatosan, önként vállalja, hogy esetlegesen kárt okoz egészségében a választásával.

Egy vizsgálat szerint a bántalmazások 1/6-a, az otthoni bántalmazások 1/14-e kerül nyilvánosságra.

A büntető eljárásokban az elkövetők többsége 26–35 év közötti, alacsony jövedelmű és iskolázottságú férfi, akinek nincs tartós párkapcsolata, ezért – a később áldozattá váló – szülőjével, nagyszülőjével lakik együtt. 91%-uk férfi és jellemzően egyedül követte el a cselekményt. A büntetett előéletűek aránya közel 40%-os.

A National Center on Elder Abuse (USA) vizsgálata a következő megállapításokra jutott:

- Tartósan magas (kb. 43%) az idősök családon belüli bántalmazása.
- Az elmúlt években az idősök otthoni bántalmazása 150%-kal nőtt.
- Az otthoni abúzus 62%-a bántalmazás, elhanyagolás, kihasználás formájában tapasztalható, illetve a rosszul gondozás jelentős.
- 38%-ban önelhanyagolást találtak.
- Az elkövetők 90%-a családtag.
- Az idősök bántalmazásának több, mint felét férfiak követték el.
(*National Association of Adult Protective Services Administrators*).

A bántalmazás megelőzési lehetőségei bizonyos dogmák és berögzült téves képzetek oldása, a helyes attitűdök és korszerű információk átadása, oktatása a társadalom minden tagja számára:

- a megfelelő társadalmi attitűdök fejlesztése,
- annak elfogadása és elfogadtatása, hogy az idősödés is normális folyamat,
- az idősödés is univerzális,
- az idősödés is egyénenként változó,
- az idősödésnek nem szükségszerű velejárói a betegségek,
- az idős emberek három generációt képviselnek – szülők, nagyszülők, dédszülők, nincs más korcsoport, amely ennyire sokféle,
- a halál normális és elkerülhetetlen.

Az időskori bántalmazás megelőzésében és kezelésében fontos az idős ember döntéseinek tiszteletben tartása, társadalmi attitűdök fejlesztése, a bántalmazás jeleinek észlelése, amelyben kiemelkedő szerep jut a környezetnek felnőtt (különélő) gyerekeknek, tágabb családnak, szomszédnak. Fontos a társadalmi éberség, a szakemberek (szociális munkás, lelkész, rendőr) beavatkozása általában és konkrétan, a családlátogatás, pusztai jelenlétkontroll. A kontroll visszatartó erő.

A bántalmazás áldozatainak megfelelő terápiához és szolgáltatásokhoz kell jutniuk. Fontos, hogy az érintetteknek információik legyenek az igénybe vehető szolgáltatásokról.

Több és sajátos igényekre fókuszáló áldozatvédő intézményre lenne szükség, mint pl. menedékház, telefonos segítségnyújtás.

Az elkövetők kezelésére megfelelő programokra, illetve olykor jogi lépésekre van szükség.

Hangsúlyt kell helyezni az intézményi bántalmazás elkerülésére.

Az időskori bántalmazás megelőzésének fontos eszközei lehetnek a tömegkommunikációs lehetőségek, médiakampányok, a szakemberek képzése, továbbképzése.

A bántalmazás megelőzési lehetőségeinek fő pontjai:

- az idősek is képesek és akarnak is tanulni,
- az idősek is képesek és akarnak változni,
- az idős emberek is meg akarják tartani az önrendelkezés jogát,
- az idős emberek is életteli „emberi lények”.

A méltó időskor biztosítása társadalmi feladat, csakúgy, mint a bántalmazás megelőzése és a védelem.

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

Az időskori bántalmazás, elhanyagolás rendkívüli módon háttérbe szoruló téma a mindennapokban, sőt az idősek gondozását végző intézményekben, időseket gondozó családokban is. Bízunk abban, hogy összefoglalásunk elősegíti a segítőként dolgozó kollegák számára az időskori abúzusok időbeni felismerését, a korai jelek ismeretében a bántalmazott idősek megvédését. Reményeink szerint a jövőben ezen tudás birtokában elkerülhetővé válik a jelen korban számos módon tapasztalt időskori bántalmazás/elhanyagolás. Nem tudjuk eléggé felhívni a figyelmet a prevenció fontosságára, az időseket ellátó személyzet oktatására, a társadalom információtára bővítésének és a szakmában dolgozók minden téren történő edukációjának jelentőségére.

IRODALOM

- Cipriani, A. és mtsai (2009) Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*. 373(9665), 746–758.
- Cipriani, G. és mtsai (2012) Diogenes syndrome in patients suffering from dementia. *Dialoques Clin Neurosci*. 14(4), 455–460.
- Cipriani, A. és mtsai (2018) Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 391(10128), 1357–1366.
- Gibbons, S. (2006) Primary care assessment of older adults with self-care challenges. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2, 5, 323–328. Gibbons, S. és mtsai (2006) Self-neglect: a proposed new NANDA diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*. 17, 1, 10–18.
- Halliday, G. és mtsai (2000) Community study of people who live in squalor. *The Lancet*. 355, 882–886.
- Lauder, W. és mtsai (2006) Factors influencing nurses' judgements about self-neglect cases. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 13, 279–287.
- Pillmer, K. és mtsai (2016) Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 56, 2, 194–205.

7. LÉLEKTANI KRÍZIS, KRÍZISINTERVENCIÓ

Herceg Attila • Kiss-Szőke Anna
Mlinarics Réka • Móré E. Csaba

A pszichiátria járóbetegellátásban dolgozók elkerülhetetlenül találkoznak krízisben levő emberekkel, akik valamilyen módon segítségért fordulnak hozzánk. A következő fejezetben az alapvető ismeretek mellett gyakorlati kommunikációs tanácsokat gyűjtöttünk össze a krízisben lévő személy ellátását segítő, majd külön az auto- és heteroagresszív megnyilvánulások esetén megfontolandó tanácsokat. Hely hiányában nem térünk ki részletesen a lélektani krízisállapot vagy a krízisben induló pszichoterápia leírására.

7.1. Bevezetés

A korábbi fejezetekben tárgyalt veszélyeztető állapotok során az észlelt személy sokszor meghatározott jellegzetességekkel leírható krízisállapotban van. Ezt az állapotot a második világháború során kezdték tanulmányozni, majd a megoldást segítő krízisintervenciót a későbbi, koreai háborút átélt amerikai katonák kezelése során kezdték kidolgozni. G. Caplan összegezte a kríziselmélet alapelveit, s tőle származik a legelterjedtebb meghatározás is.

A krízisállapot: rövid időtartamú pszichés dekompenzáció, mely akkor alakulhat ki, amikor az érintett:

- kénytelen a lélektani egyensúlyát veszélyeztető körülményekkel szembenézni,
- ezek fenyegető közelsége számára mindennél fontosabbá válik,
- ezeket a helyzeteket sem elkerülni, sem megoldani nem tudja szokásos problémamegoldó eszközeivel, energiájával.

A krízisállapot egy lehetőség is, mivel a krízis sikeres megoldása gazdagítja az egyén problémamegoldási készletét, készségeit, és hozzásegíti, hogy aktuális helyzetmegoldáson túl a jövőben előforduló krízishelyzetekkel is sikeresen birkózzék meg (kreatív krízis). Ugyanakkor magában rejtheti azt a veszélyt is, hogy dezintegrálódik a személyiség, vagy egyéb kóros reakciók következnek be (pl. pszichotikus reakció, autoagresszivitás, heteroagresszió). A pszichiátriai „vészhelyzet” vezető tünete a szorongás, mely vagy az egyénben keletkezik, aki segítséget kér, vagy másban okoz a krízisben levő személy tünete szorongást, így ő kér segítséget. A krízis nem betegség, de okozhat betegséget, illetve már ismert beteg is kerülhet krízishelyzetbe, vagy éppen egy súlyos betegség megjelenése idézhet elő krízishelyzetet.

A krízis kimenetele lehet:

Egyensúly – diszfunkcionális működés árán:

- alkalmazkodási zavar,
- szorongásos zavar,
- depresszív szindróma,
- szerabúzus – függőség,
- pszichoszomatikus zavar.

Fejlettebb egyensúlyi állapot elérése:

- fejlettebb megküzdés (coping),
- új önkifejezési eszközök,
- önbizalom növekedése,
- veszteségek kezelése,
- „kreatív krízis”.

7.2. Krízisek csoportosítása

Fejlődési (érési):

a személyiségfejlődés felgyorsulási, életciklusváltási pontjain alakulhatnak ki (serdülőkori válság, menopauza időszaka, terhesség stb.).

Akcidentális (esetleges):

egy adott időpontban hirtelen megjelenő sajátos életesemény váltja ki. Érzelmileg veszélyes szituációk, veszteségek, veszélyeztetések (pl. a partnerkapcsolati szakítás, válási krízis, munkanélkülivé válás, gyász stb.).

Krízismátrix elmélet:

időben összekapcsolódik egy fejlődési és esetleges krízis (pl. serdülőkori válság mellett a partnerkapcsolat megszakadása, tanulmányai miatti elköltözés otthonról, szülei válása stb.).

7.3. Krízisek szakaszai

Készenlét fázisa:

a megoldásra való erős motiváció jelenléte, vegetatív tünetek megjelenése, pszichés funkciók fókuszálódása.

Küzdelem fázisa:

próbálkozások, útkeresés időszaka; a nem működő stratégia miatt egyre kapkodóbb, realitásvesztettebb állapot alakul ki, a feszültség nő, indulatvezéreltség fokozódik. Mindezek következménye lehet frusztráció, dezorganizáció és beszűkülés.

Kapkodás fázisa:

Egy érzelem-, indulatvezérelt állapot. Újabb görcsös megoldási próbálkozások mellett nő a beszűkültség, csökken a realitáskontroll, impulzivitás nő, agresszív cselekedetek fordulhatnak elő. Ez egy veszélyes állapot, de még a krízis megoldódhat.

Összeomlás fázisa:

Ahol az alkalmazkodóképesség végképp felborul, a reménytelenség, kilátástalanságérzés uralkodik el. Egyre veszélyeztetőbb a fokozódó regresszió, az esetleg előtérbe kerülő destruktív (önromboló) tendencia.

A pszichiátriai munkánk során a krízis bármelyik szakaszában levő személlyel találkozhatunk és a felismerést követően szükséges döntünk a veszélyeztető állapot fokáról és ennek kapcsán a teendőkről.

Akut krízisben jelentkező beteg ellátásakor érdemes tisztában lenni az ilyen állapotban észlelhető jellegzetességekkel.

7.4. Krízisállapotban levő személy

- figyelme elsősorban a problémára irányul, a nagy problémán belül legtöbbször annak valamely apró részletére,
- furcsán kevert benyomást kelt, a probléma megoldásán való rágódás mellett elgyötört, szorongások kínozzák,
- érzelmi reakcióit nehezen képes kontrollálni, impulzív,
- mindennapi tevékenysége alacsony hatásfokú,
- az emberekhez fűződő kapcsolata megváltozik,
- másokat annak függvényében ítél meg, hogy kap-e tőlük segítséget,
- a tájékozódó attitűdök rendszere összeomlik, a válságban lévő embernek nincs önmagára vonatkozó jövőképe,
- sok mindent tud a problémáról, de ismereteit nem tudja rendszerezni, átgondolni (*Csiszér és Fűri, 1985*).

7.5. Kommunikációs stratégiák, szempontok krízishelyzetben

Egy kialakult krízishelyzet kapcsán rendkívül nagy jelentőséggel bír a pácienssel hatékonyan kialakított kapcsolatfelvétel, a kommunikáció minősége és eredményessége, mely a krízisintervenció, az eredményes kezelés alappillére.

A kapcsolat kialakítás alatt számos speciális tényezővel állunk szemben. Egyrészt a segítő kommunikációja tudatosan felépített stratégiát igényel, másrészt ne feledkezzünk el arról, hogy a krízisben levő személy tudatállapota megváltozott vonatkoztatási rendszert – egyfajta szűrőrendszert – valószínűsít, melyet a kapcsolat kialakítás során figyelembe kell vennünk.

A krízisben levő személy kommunikációs vonatkoztatási rendszerének jellemzői:

- Gyengülhet a valóságellenőrzés (ellentmondó információk nyugtázása).
- Nyelvi árnyalatok eltűnése (így félreérthetők lehetnek a következő kijelentések, mint pl. a „halálbiztos a diagnózis”).
- Hajlamos minden elhangzott közlést, jelzést magára vonatkoztatni (így például a személyzet háttérben zajló, egymás közti beszélgetését is magára vonatkoztathatja, érdemes erre is figyelni, lehetőleg ne beszéljünk más betegről).
- A kapott információkat számára kedvezőtlen – egyfajta paranoid módon – dolgozhatja fel (pl. a „Valószínűleg nincs nagy baj” mondat a beteg számára azt jelentheti, hogy „kicsi baj viszont biztos van”; illetve, hogy az orvos bizonytalan, hiszen csak valószínűsít; de félreérthet jóindulatú mosolyt, nevetést is).
- A betegek szuggesztiók iránti fogékonysága jelentősen nő.

Beszűkült tudatállapotban sokkal inkább hat egy eltalált metafora, vagy szuggesztió, mint a logikus érvelés. Az anamnézis felvételénél a felsorolt tünetekkel azok megjelenését provokálhatjuk, pl. nem szerencsés: „Szédülés, hányinger, fejfájás van-e?”

A beteg „negatív szűrőn” keresztül észleli az információkat, így hasznos, ha azokat számára részletesen, pozitív módon jelezzük. Például határozott bemutatkozás, az őt körülvevő kontextus leírása (pl. Dr. X.Y vagyok. Itt és itt vagyunk. Én azért vagyok itt, hogy ebben a helyzetben segítségére legyek, segítsék abban, hogy könnyebben érezze magát.).

Igyekezzünk pozitív szuggesztiókat használni a kommunikáció során, valamint, ha alkalmunk van, a következő technikák is segítségünkre lehetnek.

Követés-vezetés technika:

Ne rontsunk ajtóstul a házba! Időzzünk azoknál az élményeknél, amelyek jellemzőek nála. Fogalmazzuk meg a gondolatait, érzéseit,

reflektáljunk rá. (pl. Nehéz egy érzés lehet ez... Tehát úgy érzi, nincs remény...) Amennyiben azt tapasztaljuk, hogy a krízisben levő személy figyel ránk és „nyugtázza”, hogy amit mondunk az igaz, mintegy befogadó fázisba kerül, akkor lépünk át a vezetés szakaszba, ahol megnyílik a csatorna a gyógyító szuggesztióink előtt.

Igen-beállítódás technika:

Sorban olyan kérdéseket teszünk fel, amire nagy valószínűséggel igen lesz a válasz, majd ebbe a sorba illesztjük bele a szuggesztív tartalmú záró elemet (pl. Engedje meg, hogy megvizsgáljuk). A módszer lényege az egyetértés kiváltása, nem csak magában az „igen” válasz előidézése (pl. záró kérdés: „Megengedné, hogy megvizsgáljam?”).

Ne feledjük! Az információ nem az, amit közölni szeretnénk, hanem amit a befogadó megért és feldolgoz (Pilling, 2008).

A professzionális segítő feladata akár auto-, akár heteroagresszív veszélyeztetettség esetén:

- közvetítse azt az érzést, hogy ő tudja, mit kell tenni, érdeklődő és képes segíteni (a kompetens magabiztosság segít egyértelműen definiálni a páciens számára is a szerepeket, helyzetet, ezzel csökkenthető a krízis dezorganizáló hatása),
- segítsen a betegnek és kísérőinek világos képet alkotni arról, hogy ők mit tudnak tenni,
- ne hagyja hatni magára a sürgősség nyomását, s ezáltal a páciensre nehezedő hasonló nyomást is mérsékelje,
- biztosítsa a lehető legoptimálisabb körülményeket (idő, csendes, biztonságos helyiség, környezet) (Roger, 2010).

Amit NEM szabad megtenni:

- *Sürgetni a beteget:* „igyekezzen... csak akarjon... tegye túl magát”.
- *Bíztatni:* „menjen szabadságra”.
- *Megengedni:* hogy fontos döntéseket hozzon.

- *Kétségbe vonni*: a téves eszméit.
- *Azt állítani*: hogy a gyógyulás útján van, mielőtt valóban javult volna.

Amit meg kell tenni:

- *Elfogadni*: a beteget olyannak, amilyen (a betegségével együtt).
- *Megbeszélni vele*: az előtörténetet, a kiváltó okokat.
- *Ismertetni*: a kezelési tervet.
- *Informálni*: a betegségről és a választható gyógymódokról.
- *Hangsúlyozni*: a prognózis kedvező.
- *Megnyerni*: az együttműködését.

7.6. Öngyilkossági veszélyeztetettség

Öngyilkosság (de heteroagresszív veszélyeztetettség) esetén is a krízisintervenció részeként felmerül osztályra utalás szükségessége, ahol az első időben nagyobb védelmet, odafordulást, 24 órában jelen levő segítséget, szükség esetén gyógyszeres terápiát (pl. szorongásoldó, altató, hangulatjavító) is kaphat (*Rihmer és mtsai, 2015*). Megfontolandó viszont, hogy egy közelmúltbeli, 15 évet átfogó tanulmány szerint, nem találtak szignifikáns különbséget a nyílt vagy nappali kórház és a zárt pszichiátriai osztályok betegei között a tekintetben, hogy hányan lettek öngyilkosok a kezelés során (*Christian és mtsai, 2016*). Az elkövetett öngyilkossági kísérletek és a kezelés befejezése előtti átmeneti vagy végleges önkényes távozások száma a zárt osztályokon mutatkozott többnek. (Megjegyzés: Figyelembe kell venni, hogy inkább a súlyosabb betegeket helyezik a zárt osztályra, a kevésbé súlyosakat nyílt osztályra. Akkor lenne korrekt az eredmény, ha random módon helyezték volna el az öngyilkossági kísérlet miatt felvetteket, de ez etikailag nem megengedhető.) A szerzők arra hívták fel a figyelmet, hogy az osztály zárt jellege nem elég a betegek védelmére, sokkal fontosabb a kezelőkkel kialakított kapcsolat, terápiás szövetség, ami valóban védelem lehet a terápia során a betegeknek. Ez utóbbit támasztja alá a sürgősségi osztályokon öngyilkossági kísérle-

tet követően ellátott személyekkel készült másfél évig tartó, kontrollált vizsgálat is (*Fleischmann és mtsai, 2008*). Az öt országban végzett vizsgálat kontrollcsoportját, az egyes SBO-k szokásos rutin szerint ellátott betegek képviselték, ami gyakorlatilag a szomatikus ellátást jelentette. A vizsgálat során szignifikáns csökkenést találtak az öngyilkosságok számában azoknál, akik a szokásos ellátáson kívül, standardizált módon rövid pszichiátriai intervencióban és elérhető kapcsolati személy általi utánkövetésben részesültek (1 óra egyéni tanácsadás az SBO-ról való távozást követően, majd meghatározott időpontokban – az 1., 2., 4., 7. és 11. héten, majd 4., 6., 12. és 18. hónapban telefonos vagy személyes konzultáció).

A Ringel-féle preszuicidális szindróma 3 jellegzetes tünetének megléte további öngyilkossági veszélyeztetettségre utal, azok megléte, mértéke, segít dönteni a további kezelés szintjéről, pl. osztályos vagy ambuláns terápia folytatásáról (*Rihmer és mtsai, 2015*).

- A gondolkodás és a magatartás beszűkülése:
 - ◆ rigid sémák,
 - ◆ egyéni értékrend devalválódása.
- Agresszió fokozódása és önmaga ellen fordulása.
- Öngyilkossági fantáziák.

A klasszikus krízisintervenció időben 6–8 hetet és körülbelül ugyanennyi találkozást ölel fel. A pszichés segítségnyújtás (egyéni krízisintervenció, párkonzultáció, családi intervenció, csoportterápia) lehetőségei mellett az adekvátan alkalmazott biológiai, farmakológiai beavatkozásoknak éppúgy helyük van a krízis ellátásában, mint a szociális segítségnyújtás különböző módozatainak is (*Osváth, 2012*). Gyógyszeres terápia során gyors tüneti tehermentesítésre, minimális mellékhatásokra törekszünk. Rendezzük az alvászavart, mérsékeljük a szorongást, ha szükséges, de a gyógyszerfelírásnál mérlegeljük az ismételt öngyilkossági kockázatot. Például az anxiolitikumok kisebb mértékű túladagolása is csökkentheti a kritikai funkciókat, az önkontrollt, így fokozhatja az öngyilkossági késztetések, gondolatok cselekvésbe fordulását. Egyes antidepresszánsok

(SSRI-csoport) kezdeti, fokozott irritabilitást, feszültséget okozó mellékhatásai ronthatják a kialakult lélektani krízist és pillanatnyi copingot, ezért fontos lehet az esetleges gyakori mellékhatásokra felhívni a figyelmet.

Az öngyilkossági veszélyeztetettség esetén különösen fontos a beteggel való kommunikáció, mely sok tényezőben eltér az átlagos interjú felvételétől. Előtérben kell tartanunk a segítő attitűd, kapcsolat kialakításának jelentőségét, a krízisben levő személy jellegzetességei miatt. Néha inkább zárt kérdéseket használjunk, kihasználhatjuk a beteg érdekében a jellemző fokozott szuggesztibilitását, de mindenképpen a biztonság és remény közvetítésére célszerű törekednünk. Közben igyekezni kell feltérképezni a krízishelyzetben a páciens számára elérhető segítségeket, reális motivációkat stb. A beszélgetés lezárásával a rendelkezésünkre álló információk alapján, döntésre kell jutnunk, hogy a közvetlen veszélyeztető állapot még fennáll-e, milyen kockázata van az önsértés lehetőségének és szintjének, valamint, hogy milyen további terápia indokolt a beteg egyéni érdekeit, szomatikus és pszichiátriai diagnózisát, familiáris és szociális státuszát figyelembe véve.

7.7. Heteroagresszív veszélyeztetettség

Krízisállapotban levő betegnél gondolnunk kell a heteroagresszió lehetőségére is, esetleg már ez a fő probléma, amivel rendelésünkre érkezik. Ennek hátterében állhat regresszív állapot, de ugyanígy találkozhatunk ilyen viselkedéssel egyéb állapotok, kórképek esetében is. Sokszor csak gyógyszeres beavatkozást követően fékezhető meg az indulat és folytatható a pszichiátriai interjú.

Heteroagresszív veszélyeztető állapot esetén figyeljünk arra, hogy

- Biztosítsuk a beteg, a kezelőszemélyzet és más jelenlevők biztonságát!
- Segítsük a beteget, hogy kezelni tudja érzelmeit, feszültségét és tudatosan irányíthassa viselkedését vagy visszanyerje a kontrollt visel-

kedése irányítása felett (sokszor a beteg is ugyanúgy fél agresszív indulatainak elszabadulásától, nyugodtan kérjük meg, hogy szóljon, ha úgy érzi, agresszív impulzusai megint kitörni készülnének).

- Lehetőleg kerüljük a megszorító intézkedéseket, kényszerítő eljárásokat, amelyek fokozhatják az agitációt.

Nem különleges irányelvek ezek, vannak helyzetek, amikor magunktól is ezt alkalmazzuk, anélkül, hogy tanultunk volna, mert gyakorlatból tudjuk, hogy viszont-agresszióval sokszor csak nehezítjük a helyzetünket. Fontos erre külön figyelmet szentelnünk, mert a túlterhelt, vagy kiégett egészségügyi személyzet hajlamosabb hamar gyógyszeres kényszerítő eljárásokhoz folyamodni, amivel pillanatnyilag esetleg időt spórol, ugyanakkor a közeljövőben ez fokozhatja a beteg agresszióját és mindenképpen ronthatja az orvos–beteg kapcsolatot.

Az egyik nagy probléma az, hogy agitált beteggel nehéz beszélni, nehéz riportot kialakítani. Ehhez adhat jó támpontot a BETA Projekt (Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation – Jó gyakorlat az agitáció értékelésében és kezelésében). Ez egy olyan módszer, ami az aktuálisan veszélyeztető beteg verbális elköteleződését állítja előtérbe, esetleges szájon át adható gyógyszeres terápiával kiegészítve (*Janet és mtsai, 2012*). Ez a verbális kommunikáció az orvos–beteg kapcsolatot erősítheti és elkerülhetővé teszi a kényszerítő intézkedéseket, néha a hospitalizációt is.

A veszélyeztető állapot akut megoldásán túl szükség van további terápiás terv felállítására, az eddigieket kiegészítve, korrigálva a tapasztalatokkal, bevonva a beteget ellátó multifunkcionális kezelő teamet is.

A fizikai kényszerítő erő elkerülése a következő 4 szempont miatt is fontos:

- mert azzal a személyzet arra ad mintát, hogy nem agresszióval kell megoldani a konfliktusokat,

- a gyógyszeres vagy egyéb kényszerítés nélkül megoldott krízishelyzet a betegnek és a személyzetnek a sikeres kezelésről ad visszajelzést; az agresszió kerülése a terápiával, és a személyzettel való együttműködést segítheti,
- mind a beteg, mind a kezelőszemélyzet testi épsége kevésbé sérül,
- a kényszerítő intézkedések alacsony száma minőségbiztosítás szempontjából általában előnyt jelent.

A feszültség csökkentésének 10 lépése agítált beteg ellátása során:

1. Tartsuk tiszteletben a beteg személyes terét!
2. Kerüljük a provokációt!
3. Kezdeményezzünk szóbeli kommunikációt!
4. Tömör, egyértelmű beszédre törekedjünk!
5. Nevezzük meg az érzéseket és az elérendő célokat!
6. Figyelmesen hallgassuk meg, amit a beteg mond!
7. Keressük meg, miben tudunk egyetérteni a beteggel, vagy fogadjuk el azt, ha valamiben nem ért egyet (pl. ha nem tudunk igazat adni neki, hogy helytelen, hogy a rendelőben nem lehet dohányozni, azt megérthetjük, milyen nehéz lehet neki, hogy nem gyűjthet rá)!
8. Fektessük le a szabályokat, jelöljük ki egyértelmű határokat!
9. Javasoljunk választási lehetőségeket és ezzel párhuzamosan valami jutalmat, engedményt (csak olyat ígérjünk, amit meg tudunk adni, pl. ha elfogadja az injekciós kezelést – már a hét végén hazamehet látogatóba)!
10. Az eseményt követően fordítsunk figyelmet az esetleg megingott terápiás kapcsolat helyreállítására (kérjük meg a beteget, mondja el neki ez a helyzet milyen volt, adjunk teret – ha szükséges – ventillációra; találjunk ki tervet a jövőre, hogy hasonló helyzeteket elkerülhessünk), valamint hallgassuk

meg a résztvevő team tagjait is a történetekről, vonjuk le a tanulságokat!

Agresszió kezelése, megelőzése kapcsán nagyon fontos ismerni az agresszió előfordulásának leggyakoribb előidézőit (*ld. 5. fejezet: Erőszakos magatartás, heteroagresszió*), felismerni a feszültség fokozódásának korai jeleit, és akut helyzetben is szakszerűen kell alkalmazni a kommunikációs technikákat.

Biztosítsunk biztonságos környezetet:

Megfelelő számú személyzet legyen jelen (lehetőleg minél többen). Ne maradjunk a pácienssel egyedül. A helyiség – ahol az agresszív beteggel vagyunk – ajtaját ne zárjuk be, biztosítsunk menekülő útvonalat. Csökkentsük minimálisra azoknak a tárgyaknak a hozzáférését, amely során a beteg önmagában, vagy másokban kárt tehet.

Kommunikáljunk hatékonyan:

Viselkedésünk legyen természetes, kiszámítható, határozott, kereteket tartó. Kommunikációnk legyen következetes, határozott, indulatmentes. Látnia kell a betegnek, hogy a kezelőszemélyzet együtt dolgozik problémájának megoldásában.

Fontos, hogy általa elnyerjük a beteg bizalmát, fókuszálva a problémájára, megérteni helyzetét, ezáltal csökkentve a kialakult feszültséget (*Duxbury és Whittington, 2005*).

Mit tegyünk:

- Őrizzük meg a nyugalunkat!
- Maradjunk empátikusak, tisztázzuk célirányosan a problémát!
- Beszéljünk nyugodt hangnemben, ritmusban. Testtartásunkra figyeljünk, álljunk nyugodtan, kéz, karok test mellett helyezkedjenek el. Tartsunk legalább egy lépés távolságot!

Mit ne tegyünk:

- Kerüljük a hosszú szemkontaktust (provokatív), a hirtelen mozdulatokat!
- Kerüljük el a vizsont indulatot!
- Kerüljük a fölényes, parancsoló hangnemet!
- Ne kritizáljuk, ne becsméreljük a beteget!
- Problémáját ne bagatellizáljuk!

Az agresszió ellenpólusa nem a gyöngédség, hanem a kommunikáció. A szavakon keresztüli kompromisszumkeresés megakadályoz és értelmetlenné tesz minden agresszív és erőszakos cselekedetet. Az erőszak annak az embernek az eszköze, akinek nincsenek szavai (pl. mentálisan retardált, demens), vagy már nem találja azokat (pl. szorongás, depresszió, regresszió, dezorientáció), és aki fenyegetve érzi magát a másiktól (pl. deluzív zavar) (NICE, 2005).

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

A krízisállapot vagy veszélyeztető helyzetek kezelését az újraélesztéshez hasonlíthatjuk: mivel kritikus és megoldásán „életek múlhatnak” fontos, hogy az egészségügyi személyzet az adott helyzetben szakszerűen viselkedjen, és naprakész tudással rendelkezzen. Szerencsére, azonban nem szembesülünk naponta ilyen helyzetekkel, így a tanultakat időről időre kötelességünk tudatosan feleleveníteni.

Ha az egészségügyi személyzet önreflexióra képes, a mindennapi gyakorlatból, tapasztalatokból is sokat tanulhatunk, de a szakirodalom ismerete, a kommunikációs technikák megtanulása és azok tudatos alkalmazása révén még professzionálisabb segítőké válhatunk.

IRODALOM

- Bakó T. (1996) Verem mélyén. Cserépfalvi.
- Caplan, G. (1964) Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books.
- Csiszér N., Füri A.: Egy krízisintervenció modell. In: Kolozsi B., Münnich (szerk.) TBZ. Bulletin 4, 41–79.
- Duxbury, J., Whittington, R. (2005) Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. J Adv Nurs. 2005 Jun, 50(5), 469–78.
- Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., De Silva, D., Phillips, M., Vijayakumar, L., Värnik, A., Schlegelbusch, L., Thanh, H.T. (2008) Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 2008. Sep. 86(9), 703–9.
- Hajduska M. (2008) Krízislélektan. ELTE Eötvös Kiadó.
- Halmi T., Tényi T. (2014) Pszichózis és erőszak szakirodalmi áttekintés preventív nézőpontból. Psychiatria Hungarica.
- Huber, C.G., Schneeberger, A.R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., von Felten, S., Walter, M., Zinkler, M., Beine, K., Heinz, A., Borgwardt, S., Lang, U.E. (2016) Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. Lancet Psychiatry. 2016 Sep. 3(9), 842–9.
- Janet, S., Richmond, Jon, S., Berlin, Avrim, B., Fishkind, Garland, H., Holloman, Jr., Scott, L., Zeller, M.P., Wilson, M.A.R. and Anthony, T. Ng. (2012) Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup in Western Journal of Emergency Medicine. 13(1), 17–25 West J Emerg Med. 2012 Feb. 13(1), 17–25.
- NICE Clinical Guidelines (No. 25) (2005) Violence: The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in In-Patient Psychiatric Settings and Emergency Departments. London: Royal College of Nursing (UK). 2005 Feb.
- Osváth P. (2012) Az öngyilkossági veszély felismerése és kezelése, krízisintervenció szempontjai. A pszichoterápia alapjai. Semmelweis Kiadó.
- Osváth P., Fekete S. (2008) Öngyilkossági kísérletet követő orvos-beteg találkozás kommunikációs sajátosságai (in Orvosi kommunikáció) Medicina.
- Pilling J. (2008) Agresszió megelőzésének és kommunikációs kezelésének lehetőségei (in Orvosi kommunikáció) Medicina.
- Rihmer Z., Fekete S., Gonda X. (2015) Öngyilkosság. In.: A Pszichiátria Magyar Kézikönyve, 5. átdolgozott, bővített kiadás (Szerk.: Füredi J., Németh A.), Medicina Könyvkiadó, Budapest. 729–739.
- Roger, A., MacKinnon, R.M., Buckley, P.J. (2010) Pszichiátriai interjú a klinikai gyakorlatban. Oriold és tsai.

8. KOCKÁZATBECSLÉS ÖSSZEGZÉS

Wernigg Róbert • Blazsek Péter

A mindennapi klinikai rutinhoz képest a bizonyítékokon alapuló, strukturált kockázatbecslés számos előnyt biztosít a pszichiáter, a gondozó személyzet és a beteg számára egyaránt, melyeket ebben a fejezetben részletezünk. Összegezzük továbbá a professzionális kockázatbecslés során feltárt tényezők értékelésének szempontjait, az elemzési lehetőségeket, illetve áttekintésre kerülnek a gyakorlati munkát segítő egyes releváns eszköz (pl. kockázati mátrix) alkalmazhatósága.

Az intuitív kockázatbecslés a napi klinikai gyakorlat és minden klinikus munkájának része, melyet részben vagy egészében tudatosan végez. A strukturált professzionális kockázatbecslés annyival több az eddigieknél, hogy mintegy emlékeztetőként, felhívja a klinikus figyelmét azokra a bizonyítékokon alapuló kockázati tényezőkre, melyek bizonyítottan szerepet játszanak a negatív kimenetel (pl. szuicídium) bekövetkeztében.

A strukturált kockázatbecslés elősegíti a következőket:

- az anamnéziszfelvétel során ne sikkadjon el egyetlen rizikófaktor felderítése sem,
- védi a beteget és az ellátó személyzetet mind orvosi, mind jogi szempontból,
- elősegíti a jó és biztonságos klinikai döntések meghozatalát,
- biztosítja a betegjogok maradéktalan érvényesülését,
- része a klinikai irányításnak, a minőségbiztosítás és elszámoltathatóság eszközeként,
- elősegítheti a betegek szűrését bizonyos kockázati tényezőkre (pl. kiemelt szuicid kockázatú betegek).

A strukturált kockázatbecslés tehát pl. összesen annyit jelent, hogy a vizsgálat lezárása előtt, lehetőség szerint a *Kockázatlista* segítségével még egyszer áttekintjük, hogy azok közül a tényezők közül, amelyek bizonyítottan befolyásolják valamilyen negatív kimenetel valószínűségét, melyek vannak jelen.

A listát áttekintve előttünk áll egy sor statikus kockázati tényező, melyekről jó, ha tudunk, mert várhatóan elkísérik a vizsgált személyt élete során. Látunk néhány dinamikus kockázati tényezőt, amelyek hatásainak enyhítésére kockázatkezelési stratégiát szeretnénk felállítani. Végül látjuk azokat a védő (protektív) tényezőket, amelyek ellensúlyozhatják a kockázati tényezők hatását.

Hogyan értékeljük ezeket a szempontokat?

Itt több lehetőség is adódik. Optimális esetben, ha pontozóskála állna rendelkezésre, akkor az összesített pontszám tájékoztató lehetne az aktuális kockázattal kapcsolatban, bár önmagában még nem feltétlenül elegendő ahhoz, hogy kockázatkezelési stratégiát állítsunk fel. A szakember, leginkább az adott személy korábbi élettörténete és a jelen helyzet súlyossága és jellege alapján adhat nagyobb súlyt egy-egy szempontnak, de ezt célszerű dokumentálnia.

További elemzési lehetőség a kockázati mátrix alkalmazása. A kockázati mátrix olyan táblázat, amelynek az egyik tengelyén egy adott kockázat bekövetkezésének valószínűsége (vagy múltbeli gyakorisága), a másik tengelyen a következmények súlyossága szerepel emelkedő sorrendben **(8/1. táblázat)**. Az adott kockázati tényező súlya a két érték szorzata. Idő hiányában a kockázati mátrixot az egyes kockázati tényezők helyett lehet a teljes kockázati helyzetre is alkalmazni, de ez kevésbé ad pontos megközelítést. Az ábrát tájékoztató jelleggel közöljük.

Színárnyalatokkal vagy színkódokkal szemléletesebbé tehetjük a kockázat súlyozását. A mindennapi gyakorlatban általában elegendő három vagy öt árnyalatot vagy szintet alkalmazni:

- egyre sötétebb árnyalat a kockázat súlyosságának növekedését, illetve a beavatkozás fontosságának és sürgősségének emelkedését jelzi **(ld. 8/1. táblázat)**;
- színekkel: zöld = nincs kockázat (Nem szükséges beavatkozni.), sárgászöld = kis kockázat (Kísérd figyelemmel!), sárga = közepes kockázat (Avatkozz be!), narancssárga = súlyos kockázat (Sürgősen avatkozz be!), vörös = rendkívüli kockázat (Azonnal állítsd le a negatív folyamatot!)

Amennyiben túl vagyunk a kockázatértékelésen, következhet a kockázatkezelési terv felállítás. Ebben a fázisban körvonalazódik az, hogy

8/1. táblázat
A kockázati mátrix

	1 = Következménye enyhe	2 = Következménye érezhető	3 = Következménye problémás	4 = Következménye súlyos	5 = Következménye ka- tasztrofális
5 = (szinte) Bizonyos	5 Avatkozz be!	10 Avatkozz be!	15 Sürgősen avatkozz be!	20 Azonnal állítsd le a negatív folyamatot!	25 Azonnal állítsd le a negatív folyamatot!
4 = Valószínű	4 Kísérd figyelem- mel!	8 Avatkozz be!	12 Sürgősen avatkozz be!	16 Sürgősen avatkozz be!	20 Azonnal állítsd le a negatív folyamatot!
3 = Lehetséges	3 Kísérd figyelem- mel!	6 Avatkozz be!	9 Avatkozz be!	12 Sürgősen avatkozz be!	15 Sürgősen avatkozz be!
2 = Valószínűt- len	2 Nem szükséges beavatkozni	4 Kísérd figyelem- mel!	6 Avatkozz be!	8 Avatkozz be!	10 Avatkozz be!
1 = Nagyon valószínűt- len	1 Nem szükséges beavatkozni	2 Nem szükséges beavatkozni	3 Kísérd figyelem- mel!	4 Kísérd figyelem- mel!	5 Avatkozz be!

(Forrás: *The Australian Government, 2005*)

mi is lenne az a konkrét, reálisan kivitelezhető, mérhető, határidőhöz kötött és mindenki egyetértésével találkozó beavatkozás, amely a jelen esetben (a konkrét betegnél, a konkrét szituációban) a legnagyobb nyereséget eredményezheti. Ezt az öt szempontot egyesíti a SMART betűszó (ld. 3.5 fejezet).

Ha például tudjuk azt, hogy annak kockázata, hogy szenvedélybetegségben nem szenvedő szkizofrén páciens agresszív magatartást tanúsítson 8,5% (illesztett egészséges kontroll: 5,1%), nem-szenvedélybeteg bipoláris páciens esetében ugyanez a kockázat 4,9% (illesztett egészséges kontroll: 3,4%), míg ugyanez szerfüggőség fennállása esetén szkizofréniában 27,6%, bipoláris affektív zavarban pedig 21,3% (2,3%), akkor igen valószínű, hogy szkizofréniában és bipoláris affektív zavarban szenvedő betegeink agresszív magatartás iránti kockázatának csökkentésére általánosságban az egyik legjobb kezelési módszerünk az absztinencia elérése lehet természetesen az alapbetegség (primer betegség) adekvált kezelése mellett (*Fazel és mtsai, 2009; 2010; idézi: Wernigg, 2015*). Ha azonban emellett azt is látjuk, hogy az egész család alkoholizál, és az alkoholnak fontos oldó-kötő funkciója van a család életében, akkor elképzelhető, hogy ez a lépés erős ellenállásba ütközik, ekkor a Prochaska – Di Clemente ciklus modellje szerint a kételkedés felkeltésén kell gondolkoznunk (*Prochaska és mtsai, 1992; Prochaska és mtsai, 2002*), vagy az ellenállás feloldásába érdemes munkát fektetni.

A betegek ellátása alapuljon a pozitív kockázatkezelésen, vagyis fogadjuk el, hogy együtt kell élni bizonyos fokú kockázattal, de fontos, hogy felismerjük, elemezzük, dokumentáljuk és osszuk meg az érintettekkel az adott betegnél fennálló kockázati és protektív tényezőket, tegyünk meg mindent a dinamikus tényezők csökkentésére, a protektív faktorokat használjuk a beteg és környezete biztonságának biztosítására. Vagyis, amennyiben beavatkozást szükségessé tevő kockázati tényezőt azonosítunk, feltétlenül rendelkezünk valamilyen beavatkozási tervvel, melyet dokumentáljunk is!

A kockázatkezelés alapuljon a beteggel és minden érintettel való együttműködésen, bevonódáson, a visszajelzések figyelembe vételén, és az aktív és konstruktív információcserén. A kockázatbecslés eredményét javasolt megosztani a pácienssel, illetve szükség esetén a hoz-

zátartozókkal (természetesen cselekvőképes betegtől ehhez legalább szóbeli hozzájárulás szükséges). Optimális esetben a kockázatkezelési tervet együttesen dolgozzuk ki, lehetőség szerint minél inkább építve a páciens és környezete javaslataira, hiszen csak annak a kockázatkezelési tervnek a megvalósulásában bízhatunk, amelynek végrehajtására maga a beteg (és környezete) is motivált.

A kockázatkezelés legjobban multidiszciplináris csapatmunka révén valósítható meg (*Wernigg, 2015*). A multidiszciplináris csapatmunkában mindenki a saját szakértelmével vesz részt, és a különböző kompetenciák alapján különböző súlypontok alakulhatnak ki a kockázatkezelési tervben. A munkacsoport egy-egy tagja esetleg más-más kockázati elemek nyomon követését vállalja magára (pl. az orvos a gyógyszerelést, kapcsolattartást és állapotmonitorozást, a szociális munkás a megélhetési kérdések kezelését, a dietetikus vagy életmód-tanácsadó a táplálkozásra vonatkozó kérdéseket stb.). Az egyszemélyi szakmai felelősség ugyanakkor a munkacsoport vezetőjénél összpontosul, így az ő érdeke az, hogy a kockázatkezelési terv a lehető legpontosabban végrehajtásra kerüljön.

ÖSSZEGZÉS:

A kockázatbecslés és kockázatkezelés a szokásos klinikai munkánál alig vagy egyáltalán nem ad több feladatot, viszont strukturáltabb gondolkodást feltételez. A gyakorlatban munkánkat megkönnyítheti a kockázati listák, pontozóskálák és a színkódolt kockázati mátrix alkalmazása.

Soha ne bízzuk magunkat azonban kizárólag egy-egy pontozóskálára, hanem vegyük figyelembe az összes statikus és dinamikus tényezőt és a beteg aktuális állapotát. A kockázatbecslés eredményeként kialakult véleményünket és a kockázatkezelési tervet beszéljük meg, illetve osszuk meg az érintettekkel. A helyes kommunikáció ebben az esetben is életmentő lehet!

IRODALOM

- Fazel, S. és mtsai (2010) „Bipolar Disorder and Violent Crime: New Evidence from Population-Based Longitudinal Studies and Systematic Review,” *Archives of General Psychiatry* (Sept. 2010) Vol. 67, No. 9, 931–38.
- Fazel, S. és mtsai (2009) „Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime,” *Journal of the American Medical Association* (May 20, 2009) Vol. 301, No. 19, 2016–23.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992) In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*. 47, 1102–1114. PMID: 1329589.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A., Evers, K. (2002) The Transtheoretical Model and Stages of Change. In Glanz, K., Rimer, B.K., Lewis, F.M. (Eds.) *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3rd Ed.) San Francisco. CA: Jossey-Bass, Inc.
- The Australian Government, Department of Health: National safety priorities in mental health: a national plan for reducing harm. Appendix 7 – Examples of risk matrices. The Australian Government, Department of Health. (2005) ISBN 0 642 82764 8 <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-safety-toc~mental-pubs-n-safety-5~mental-pubs-n-safety-5-7>.
- Wernigg R. (2015) A kockázatkezelés alapelvei, in Blazsek P., Wernigg R., *Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában*. Oriold és Társai Kiadó. Budapest. 93–95.

III.

FEJEZET

KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS EGYES FŐBB KÓRKÉPEK SZERINT

9. SZKIZOFRÉZIA, EGYÉB PSZICHÓZISOK

Kanka Andor

A szkizofrén betegek esetében az öngyilkosság jelentős kockázatot jelent, pl. a betegség korai fázisában vagy a kórházi elbocsátást követő időszakban. Kiemelt jelentőségű a betegség, illetve a relapszusok minél korábbi felismerése és a folyamatos kezelés biztosítása a szuicídium, továbbá a heteroagresszió megelőzéséhez. Ebben a fejezetben elsősorban szkizofrén betegek esetében fennálló kockázati tényezőket és a prevenció lehetőségeit tárgyaljuk, ugyanakkor a leírtak egyaránt vonatkoztathatóak egyéb pszichotikus betegekre.

9.1. Bevezetés

A szkizofrénia jellemzően krónikus lefolyását akutan jelentkező relapszusok is kísérik, melyek gyakran tesznek szükségessé kórházi kezelést. A klinikai kép a betegség fázisától függően különböző tünetek széles spektrumát öleli át. Megkülönböztetünk ún. pozitív tüneteket, mint amilyenek a téveszmék, hallucinációk és a fogalmi, gondolkodási dezorganizáció. Negatív tünetként azonosítjuk az érzelmi és szociális visszahúzódást, az elsivárosodó érzelmeket és a spontán kezdeményező-készség hiányát. A tünetek harmadik csoportját a kognitív zavarok és a hangulati élet zavarai, mint a depresszió vagy az agitált állapotok jelentik. A fenti tünetek a betegek életének számos területén okoznak súlyos funkciózavart és vezetnek rokkantsághoz (Awad és Voruganti, 2008).

9.2. Rizikófaktorok

9.2.1. Öngyilkossági kockázat

Szkizofréniában szenvedő betegek 5–7%-a hal meg öngyilkosság következtében (Hor és Taylor, 2010). Az összes öngyilkosságok nagyjából 2–12%-a tulajdonítható szkizofréniának (Isometsä, 2001). Az első pszichotikus epizódot követő 5 éven belül a betegek 2,4%-a követ el öngyilkosságot (González-Pinto és mtsai, 2007). A serdülőkorban kezdődő szkizofréniában szenvedők 13,1%-a, a fiatal felnőttkorban kezdődő szkizofréniában szenvedő férfiak 21,5%-a vet véget saját életének (Krausz és mtsai, 1995).

Számos közlemény áttekintése alapján szkizofréniában, az alább felsorolt kockázati tényezők esetében támasztják alá megfelelő tények az öngyilkossággal való összefüggést (Popovic és mtsai, 2014).

- Az előzményekben szereplő, vagy jelenleg is fennálló depresszió. Az öngyilkosságot elkövető szkizofrén betegek több mint felénél

állt fenn diagnosztizálható depresszió az öngyilkosság időpontjában.

- Az előzményekben szereplő öngyilkossági kísérlet – különösen az elkövetést követő két évben – jelent fokozott kockázatot befejezett, sikeres öngyilkosságra. A szkizofrén betegek az átlag populációhoz képest erőszakosabb és nagyobb halálozással járó módon követnek el öngyilkosságot.
- Nagyobb számú pszichiátriai osztályos kezelés, valószínűleg azért is, mert súlyosabb betegséget jelez.
- Reménytelenség érzése, még abban az esetben is, ha nem áll fenn depresszió. A reménytelenség érzése még a depressziónál is nagyobb kockázatot jelent.
- Fiatalabb korban – 50 év alatt – a nagyobb kockázat mellett az erőszakos módszerrel elkövetett öngyilkosság valószínűsége is nagyobb. A szkizofrén betegek átlagosan 30 éves korukban követnek el öngyilkosságot.
- A betegség kialakulását követő időszak, különösen a betegség megjelenését követő első években.
- Az idősebb korban kezdődő betegség.
- Férfi betegek esetében jellemzően nagyobb az öngyilkosság kockázata.
- Kórházi kezelések során, és a kezelést követő egy héten belül. Nagyjából az öngyilkosságok egyharmadát követik el ebben az időszakban a betegek.
- Kóros szerhasználat és függőség, különösen a stimuláló hatású szerek (kokain, amfetamin) fogyasztása esetén.

9.2.2. Heteroagresszió kockázata

A klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy a súlyos mentális zavar diagnóza (szkizofrén, szkizoaffektív, valamint paranoid pszichotikus diagnózisú betegek) jelentősen növeli az erőszakos viselkedés valószínűségét (*Halmi és Tényi, 2014*). A pszichózis és az erőszakos vi-

selkedés közötti összefüggés mértékével kapcsolatos tudományos elemzések a vizsgálati módszertől, a vizsgált betegcsoporttól és az erőszakos viselkedés definíciójától függően igen eltérő eredményeket mutatnak. Habár született több olyan eredmény is, amely egyáltalán nem talált ilyen összefüggést, a klinikai adatok széleskörű összegzése alapján általánosságban azt mondhatjuk, hogy a pszichózisban szenvedő betegek körében a violens magatartás kockázata mintegy másfélszerese az átlag népességben várható előforduláshoz képest (*Douglas és mtsai, 2009*). Érdemes megjegyezni, hogy a violens cselekmények leggyakoribb elszenvedői, illetve áldozatai éppen a beteget gondozók, illetve családtagok. Irodalmi adatok szerint, a pszichiáterek 5–48%-a szenved el fizikai támadást valamelyik betege részéről szakmai karrierje során (*Flannery és mtsai, 2001*). Egy másik vizsgálat szerint a súlyos mentális zavarban szenvedő betegek közvetlen hozzátartozói szenvedték el a támadások vagy fenyegetések 30,5 százalékát. Ezen belül kiemelkedő arányban a beteg anyja volt az áldozat, majd sorrendben: fiútestvér, házastárs, gyermek, apa, illetve lánytestvér (*Estroff mtsai, 1998*). Egy másik felmérés szerint, a betegek gondviselőinek fele tapasztalt violens viselkedést. (A gondviselők 72%-a volt nő.) Az erőszakos viselkedés az esetek 62,2%-ában közvetlenül a gondviselő, 12,5%-ában más személy ellen irányult, illetve 24,3%-ban valamilyen környező tárgy felé nyilvánult meg (*Onwumere és mtsai, 2014*).

A súlyos mentális betegségek esetében az erőszakos cselekedetek döntő többsége impulzív agresszió következménye (*Felthous és mtsai, 2009*).

Az erőszakos viselkedéssel kapcsolatos kockázati tényezőket súlyos mentális zavarok esetében ún. statikus és dinamikus kockázati tényezőkre oszthatjuk fel (*Rueve és Welton, 2008; Witt és mtsai, 2013; Halmai és Tényi, 2014*). (ld. még 5. fejezetet: Erőszakos magatartás, heteroagresszió)

Az erőszakos viselkedés jellemzően gyakrabban fordul elő a betegség első epizódja alatt. Az ilyen betegek jelentős része követ el erőszakos cselekedetet még a kezelés megkezdése előtt. Nem ritka ebben az időszakban akár több olyan cselekmény elkövetése sem, amikor a beteg fizikai sérülést okoz másoknak. Összesített irodalmi adatok alapján az első epizód során a betegek 34,5%-a követett el valamilyen erőszakos cselekményt. A súlyos erőszakos cselekményeket elkövetők aránya 16,6%. Ide azokat az eseteket sorolták, amikor a beteg enyhébb sérülést okozott az áldozatnak, valamilyen módon szexuálisan bántalmazza azt, vagy fegyvert is használt. A nagyon súlyosan erőszakos, vagyis az áldozatnak nagyobb mértékű – kórházi kezelést igénylő vagy marandó károsodást okozó – cselekményt a betegek 0,6%-a követett el az első epizód során (*Large és Nielssen, 2011*).

9/1. táblázat

Az agresszív magatartás kockázati tényezői a szkizofrénia első epizódjában

KOCKÁZATI TÉNYEZŐ	ESÉLYHÁNYADOS
Az összes erőszakos eseményre vonatkozó tényezők	
A beteg akarata ellenére történő kezelés	3,84
Erőszakos viselkedés	3,52
Igazságügyi előzmények	3,28
Mánia tünetei	2,86
Tiltott szerhasználat	2,33
Alacsonyabb iskolázottság	1,99
Fiatalabb életkor	1,85
Férfi nem	1,61
Hosszabb ideje kezeletlen pszichózis	1,56
Súlyos erőszakos eseményre vonatkozó tényezők	
Igazságügyi előzmények	4,42
Hosszabb ideje kezeletlen pszichózis	2,76
Súlyosabb tünetek	2,05

A kockázati tényezők, illetve az azokkal összefüggésben jelentkező agresszív viselkedés valószínűsége a betegség első epizódjára vonatkozóan – ide értve a kezelés előtti és az epizód alatti időszakot is – bizonyos mértékben eltér az általános adatoktól. A statisztikailag szignifikánsnak talált kockázati tényezőket a **9/1. táblázat** mutatja.

Amikor külön vizsgálták az első epizód kezelésének megkezdését követő időszakra vonatkozó adatokat, azt találták, hogy csak egyetlen tényező, a beteg akarata ellenére történő gyógykezelés mutatott statisztikailag jelentős összefüggést az erőszakos viselkedéssel. Ebben az esetben viszont az összefüggést elég erősnek találták: az esélyhányados értéke 5,71 volt.

9.2.3. Önelhanyagolás kockázata

A szkizofrénia esetében az önelhanyagolás a betegség tüneteinek gyakori, mondhatni jellemző következménye. Az önelhanyagolás igen gyakran a negatív tünetek részeként jelentkezik (*Mitra és mtsai, 2016; Foussias és mtsai, 2014*). A betegség hosszú távú kezelésének és a rehabilitációs programoknak is egyik fontos célja éppen a negatív tünetek lehetőség szerinti csökkentése. Vezethet önelhanyagoláshoz a pozitív tünetként jelentkező paranoid téveszmék fennállása is. Ilyenkor a beteg a téveszmék (pl. üldöztetés, meglopátás, mérgeztetés stb.) kapcsán jelentkező szorongás és félelmek miatt védekezésként elzárkózhat a külvilággal vagy a másokkal való kapcsolattartás elől. Ennek következtében akár hosszú hónapokig sem hagyja el a lakását, vagy nem táplálkozik megfelelően.

9.2.4. Egyéb kockázatok

Az egyéb kockázatok közül ki kell emelni, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő betegek nagyobb valószínűséggel válnak erőszakos cselekmények áldozatává, mint a társadalom más tagjai (*Latalova*

és mtsai, 2014). Egyes adatok alapján élete során akár a betegek 90%-a is elszenvedhet erőszakos inzultust. A kockázat mértéke attól is függhet, hogy a beteg milyen közösségben él. A múltban átélt trauma és áldozattá válás nagymértékben összefügg a betegek tüneteinek súlyosságával és a betegség lefolyásának szakaszával. A mentálisan súlyosan beteg nők gyakrabban lesznek áldozatai szexuális erőszaknak, mint a mentálisan beteg férfiak, vagy a mentális betegségben nem szenvedő nők és férfiak. Arra vonatkozóan nincs egyértelmű adat, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő nők vagy férfiak lesznek-e gyakrabban a nem szexuális természetű erőszakos cselekmények áldozatai. Az áldozattá válás kockázata a betegek életkorának előrehaladásával csökken. Ahogy fentebb már tárgyaltuk, az áldozattá válás és a beteg részéről jelentkező erőszakos cselekmény valószínűsége között egyértelmű összefüggés mutatkozik. Az áldozattá válás kockázata az erőszakos viselkedés megelőzéséhez hasonló beavatkozásokkal mérsékelhető. Meg kell előzni a hajléktalanná válást, kezelni kell a társuló alkoholizmust és káros szerhasználatot, és a betegek szoros követésével biztosítani kell a folyamatos gyógyszeres kezelést. Kognitív viselkedésterápiás programok szintén csökkenthetik annak valószínűségét, hogy a súlyos mentális zavarban szenvedő betegek erőszakos cselekmények áldozatává váljanak.

9.3. Protektív faktorok

A pszichotikus állapotokban, illetve szkizofréniában az öngyilkosság és az agresszív viselkedés kockázatainak kimerítő elemzése és tárgyalása mellett a védő tényezők célirányos felmérésére alig található adat a szakirodalomban. Az általánosnak mondható védő tényezőkön (kiegyensúlyozott családi kapcsolat, jó munkahely, jó szociális helyzet, stb.) a beteg tüneteitől és a kezelés eredményességétől független speciális protektív faktort nem lehet egyértelműen azonosítani. A kockázatok mértékének meghatározása ezért célszerűen a kockázati tényezők megléte vagy hiánya alapján történhet. Magától értetődik, hogy azok

a betegek védettebbek az öngyilkossággal vagy erőszakos viselkedéssel szemben, akiknél nem, vagy alig azonosítható kockázati tényező.

Ahogy lentebb, a prevenció fejezetben is utalunk majd rá, a megfelelő kezelés minél hamarabb történő megkezdését és fenntartását biztosító ellátó rendszer a legfontosabb protektív faktor mind az öngyilkosságok, mind az erőszakos cselekmények tekintetében.

9.4. Prevenció

9.4.1. Öngyilkosság megelőzése

A szkizofrén betegek öngyilkosságával kapcsolatos irodalmi adatok alapján klinikai szakemberek az alábbi 14 intézkedést javasolják a betegek öngyilkosságának megelőzésére (*Popovic és mtsai, 2014*).

- A kórházi felvétel alatt szorosabb megfigyelés szükséges azoknál a betegeknél, akiknek a kórtörténetében már szerepel öngyilkossági kísérlet, korábban már több alkalommal kerültek felvételre és depressziós tünetek is fennállnak náluk.
- A felvétel után minden betegnél azonnal fel kell mérni az öngyilkosság kockázatát.
- A kórházi elbocsátást követően a betegek azonnali szoros követése szükséges az ambuláns kezelés során.
- Az öngyilkossági kockázat felmérésénél és a szükséges beavatkozások megtervezésénél figyelembe kell venni a családi anamnézisben szereplő szuicid viselkedést.
- A fiatalabb, illetve a betegség korai szakaszában lévő betegek állapotát szorosabban kell figyelemmel kísérni.
- A betegséghez társuló drogfogyasztást minden szkizofrén betegnél vizsgálni kell.
- A depressziót és a reménytelenség érzését fel kell mérni minden betegnél.

- Az öngyilkossági gondolatokat direkt kérdésekkel kell felmérni.
- Minden klinikai megjelenés alkalmával meg kell győződni, hogy a beteg megfelelően szedi a gyógyszereit.
- Az impulzivitást, illetve az impulzuskontrollt fel kell mérni.
- A fekvőbeteg osztályokon minden ésszerű intézkedést meg kell tenni a kórházban elkövetett öngyilkosságok megelőzésére.
- A szkizofrén betegek gondviselőit (a közvetlen hozzátartozókat, vagy azokat, akik a beteggel élnek) tájékoztatni kell az öngyilkosság megelőzésére szolgáló lehetőségekről, ha a betegnél öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok tárhatóak fel.
- Ha a beteg korábban már megkísérelt öngyilkosságot, mind a beteg, mind a hozzátartozók révén pontosan tisztázni kell az előzményeket és fel kell mérni a cselekmény körülményeit.
- Azokat a szkizofrén betegeket, akiknél az akut epizód során öngyilkossági gondolatok észlelhetők, mindenképpen pszichiátriai osztályon kell kezelni.

9.4.2. A heteroagresszív viselkedés megelőzése

Irodalmi áttekintések (*Citrome és Volavka, 2015; Nielssen, 2015*) alapján bizonyítottnak tekinthető, hogy a szkizofrénia első tüneteinek korai észlelése és kezelése csökkenti az erőszakos viselkedés előfordulását és az önsértések számát. Adatok szerint a homicid cselekmények valószínűsége közvetlen összefüggésben van a kezeletlen pszichózis időtartamával. A betegek nagyjából 16%-a követ el valamilyen fizikai erőszakot a kezelés megkezdése előtt. A kezeléssel történő megfelelő együttműködés is csökkenti a szkizofrén betegek erőszakos viselkedésének előfordulását. A súlyos, de nem halálos erőszakos cselekmények pszichotikus beteg elkövetőinek 80%-a volt ismert az ellátó intézmények számára, de csak 16% állt kezelés alatt a cselekmény idején.

Az agresszív cselekmények számának csökkentése a szkizofrén betegek esetében tehát elsősorban az első epizódot megelőző kezelet-

len pszichózis időtartamának csökkentésével érhető el. A másik fő beavatkozási terület a kezelés folytonosságának biztosítása, különösen az olyan betegek esetében, akiknek az előzményében már szerepel agresszív megnyilvánulás. Fontos szerepe van tehát az agresszív viselkedés csökkentésében az ellátó rendszernek. Annak, hogy legyen lehetőség a betegeknél az agresszív viselkedés kockázatának minél előbb történő felismerésére és kezelésére, a diagnózis minél előbb történő felállítására és a gyógyszeres kezelés haladéktalan megkezdésére, illetve a későbbiekben arra, hogy megoldható legyen a betegek folyamatos követése és a kezelés megszakítás nélküli fenntartása. Az egyes gyógyszerek specifikus hatékonyságával kapcsolatban arra vonatkozóan van bizonyíték, hogy a clozapine és kisebb mértékben az olanzapine bírnak specifikus hatékonysággal az agresszivitás csökkentésében.

Fontos továbbá, hogy a betegek az egyidejűleg fennálló rendszeres alkoholfogyasztás és szerhasználat esetén ilyen irányú leszoktató kezelésben is részesüljenek. A betegek, gondviselők és családtagok felvilágosításával lehetőség szerint el kellene érni, hogy a betegek se drogokat, se alkoholt ne fogyasszanak.

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

A pszichotikus betegek auto- és heteroagresszív cselekedeteinek megelőzése csak a folyamatos kezelést és ellátást biztosító, jól szervezett ellátórendszerben lehet eredményes. Fontos lenne ezért annak vizsgálata, hogy költséghatékonysági szempontokat is figyelembe véve, hogyan optimalizálható a betegek kezelése az egyes ellátási szinteken – ide értve a közösségi ellátást is. Érdemes lenne annak felmérése is, hogy milyen eredmények várhatóak a család, illetve a gondozók kezelésbe történő aktívabb bevonásától, valamint ez ellátás egyéb szociális tényezőkre (lakhatás, munkahely stb.) történő kiterjesztésétől.

IRODALOM

- Awad, A.G., Voruganti, L.N.P. (2008) The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *PharmacoEconomics*. 26(2), 149–162. doi: 10.2165/00019053-200826020-00005.
- Citrome, L., Volavka, J. (2015) Preventing Violence in Patients with Schizophrenia. *Curr Treat Options Psych*. 2, 182–191. doi: 10.1007/s40501-015-0039-4.
- Douglas, K.S., Guy, L.S., Hart, S.D. (2009) Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 135(5), 679–706. doi: 10.1037/a0016311.
- Estroff, S.E. és mtsai (1998) Risk reconsidered: Targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 33(SUPPL. 1). doi: 10.1007/s001270050216.
- Felthous, A.R. és mtsai (2009) Assessment of impulsive aggression in patients with severe mental disorders and demonstrated violence: Inter-rater reliability of rating instrument. *Journal of Forensic Sciences*. 54(6), 1470–1474. doi: 10.1111/j.1556-4029.2009.01177.x.
- Flannery Jr., R.B., Rachlin, S., Walker, A.P. (2001) Characteristics of patients in restraint: Six year analysis of the Assaulted Staff Action Program. *International Journal of Emergency Mental Health*. 3(3), 155–161.
- Foussias, G. és mtsai (2014) Negative symptoms of schizophrenia: Clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders. *European Neuropsychopharmacology*. Elsevier. 24(5), 693–709. doi: 10.1016/j.euro-neuro.2013.10.017.
- González-Pinto, A. és mtsai (2007) Predictors of suicide in first-episode affective and nonaffective psychotic inpatients: five-year follow-up of patients from a catchment area in Vitoria, Spain. *The Journal of clinical psychiatry*. 68(2), pp. 242–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17335322> (Accessed: 19 September 2017).
- Halmi T., Tényi T. (2014) [Psychosis and violence -- literature review from a preventive point of view]. *Psychiatria Hungarica. A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*. 29(1), 35–47. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24670291> (Accessed: 10 September 2017).
- Hor, K., Taylor, M. (2010) Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of psychopharmacology* (Oxford, England). SAGE Publications. 24(4 Suppl), 81–90. doi: 10.1177/1359786810385490.
- Isometsä, E. (2001) Psychological autopsy studies – a review. *European Psychiatry*. 16(7), 379–385. doi: 10.1016/S0924-9338(01)00594-6.
- Krausz M., Müller-Thomsen, T., Haasen, C. (1995) Suicide among schizophrenic adolescents in the long-term course of illness. *Psychopathology*. 28(2), 95–103. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7701067> (Accessed: 20 September 2017).

- Large, M.M., Nielssen, O. (2011) Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. Elsevier B.V. 125(2–3), 209–220. doi: 10.1016/j.schres.2010.11.026.
- Latalova, K., Kamaradova, D., Prasko, J. (2014) Violent victimization of adult patients with severe mental illness: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Dove Press. 10, 1925–1939. doi: 10.2147/NDT.S68321.
- Mitra, S. és mtsai (2016) Negative symptoms in schizophrenia. *Industrial psychiatry journal*. Wolters Kluwer -- Medknow Publications. 25(2), 135–144. doi: 10.4103/ipj.ipj_30_15.
- Nielssen, O. (2015) Preventing violence in schizophrenia. *Evidence-based Psychiatric Care*, 1, 15–18. doi: 10.1016/S0920-9964(14)70103-3.
- Onwumere, J. és mtsai (2014) Caregiver reports of patient-initiated violence in psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*. 59(7), 376–384. doi: 10.1177/070674371405900705.
- Popovic, D. és mtsai (2014) Risk factors for suicide in schizophrenia: Systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 130(6), 418–426. doi: 10.1111/acps.12332.
- Rueve, M.E., Welton, R.S. (2008) Violence and mental illness. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*. Matrix Medical Communications. 5, 34–48. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19727251> (Accessed: 18 September 2017).
- Witt, K., van Dorn, R., Fazel, S. (2013) Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE*, 8(2). doi: 10.1371/journal.pone.0055942.

10. HANGULATZAVAROK

Rihmer Zoltán • Osváth Péter

Bár az öngyilkos magatartás hátterében számos pszichiátriai, pszichoszociális és demográfiai tényező állhat, az öngyilkosságra veszélyeztetett személyek döntő többsége aktuálisan (többnyire nem kezelt) pszichiátriai betegségben szenved, amelyek közül a leggyakoribb a depresszió. Ebben a fejezetben a depressziós és a bipoláris betegeknél észlelhető rizikó- és védőfaktorokat, valamint a megelőzés lehetőségeit tárgyaljuk. Mivel hangulatzavarokban a heteroagresszív magatartás sem ritka, kitérünk ennek előrejelzésére és prevenciójára is.

10.1. Bevezetés

Az orvosi értelemben vett depresszió a hangulati élet tartós, negatív irányú megváltozásával járó betegség, amelynek klinikai képét az affektív, kognitív, vegetatív, illetve szomatikus tünetek változatos kombinációja alkotja. A depresszió, mint a hangulati élet zavara nem azonos a nemkívánatos külső (környezeti és társadalmi) tényezők által okozott szomorúsággal, rossz egyéni közérzettel, elkeseredettség-gel, szomorúsággal. A depresszió az affektív, motoros és kognitív tüneteken túl számos, a betegség lényegével szoros összefüggésben álló biológiai eltéréssel, vegetatív tünetekkel is jár, mint pl. étvágytalanság, alvászavarok, szexuális zavarok, neuroendokrin eltérések stb.

A depresszióknak mind a súlyosságot, mind a klinikai képet és a betegség időtartamát, mind a visszatérési hajlamát illetően különböző klinikai megjelenési formái vannak. Nagyon fontos elkülöníteni az unipoláris depressziót és a bipoláris (mániás-depressziós) betegséget, melyek nemcsak a klinikai képben, a genetikai/biológiai háttérben, a lefolyásban és a terápiás válaszban, hanem a kockázati tényezőkben is megnyilvánul. A bipoláris betegségekre a különböző súlyosságú depressziós, mániás és kevert epizódok többnyire szabálytalan időközökben történő váltakozása jellemző, hosszabb-rövidebb tünetmentes periódusok közbeiktatódásával. A hangulatzavarok kiemelt népegészségügyi jelentőségét hangsúlyozza az a WHO-adat is, miszerint a világon a leggyakrabban keresőképtelenséget okozó első tíz betegség között tartják nyilván.

Jelen fejezetünkben az unipoláris depresszióhoz és a bipoláris zavarhoz kapcsolódó legfontosabb rizikótényezőket tárgyaljuk. A rizikóbecslés jelentőségét az adja, hogy a hangulatzavarok mindenütt a világon az egyik leggyakoribb mentális zavaroknak tekinthetők, a lakosság közel egyötödét érinti élete során. Bár a legtöbb pszichiátriai betegség fokozott szuicid kockázattal jár, a legnagyobb rizikó a bipoláris be-

tegség és az unipoláris major depresszió esetén észlelhető; ugyanis az unipoláris depressziós és bipoláris (mániás-depressziós) betegek öngyilkossági rizikója 15–20-szorosa az átlagpopulációhoz képest (*Harris és Barraclough, 1997*). Egy 10 éves követéses vizsgálat során a betegek szuicid kockázata 22-szeres volt (*Tondo és mtsai, 2003*). A befejezett öngyilkosságokhoz hasonlóan a szuicid kísérletek gyakorisága is a legmagasabb a bipoláris, és különösen a II-es típusú betegek körében mind a klinikai mintákban (*Akiskal, 2007; Tondo és mtsai, 2007*), mind az epidemiológiai vizsgálatok során (*Kessler és mtsai, 1999; Szádóczy és mtsai, 2000*). Ugyanakkor szemben a major depresszióval és a bipoláris betegséggel, minor depresszió, disztímiás zavar és szorongásos betegség esetén a szuicid rizikó csak kismértékben emelkedik, viszont markánsan fokozódik, ha a minor depresszió vagy a disztímiás, illetve szorongásos betegség major depresszióvá súlyosbodik (*Goodwin és Jamison, 2007; Rihmer, 2007; Gonda és mtsai, 2012*).

10.2. Klinikailag feltárható öngyilkossági rizikófaktorok a hangulatzavarokban

A major depresszió tehát az öngyilkossághoz vezető leggyakoribb „végső közös út”: a kezeletlen súlyos depressziós betegek 15–20%-a követ el szuicídiumot, tehát a depressziós betegek döntő többsége sohasem lesz öngyilkos. Tehát önmagában sem a depresszió (sem más pszichiátriai betegség) nem elég az önpusztításhoz. A depresszió speciális, szuicid magatartásra hajlamosító tüneteinek kívül (reménytelenség, inszomnia, agitáció) az impulzus/agresszió kontroll és a problémamegoldó készségek elégtelensége, a központi idegrendszer agresszivitásra, illetve impulzivitásra hajlamosító szerotonin-diszregulációja, valamint egyéb pszichoszociális (másodlagos és harmadlagos) rizikófaktorok egyidejű fennállása is „szükséges” (*Mann és mtsai, 1999; Goodwin és Jamison, 2007; Perczel-Forintos és Poós, 2008; McAuliffe és mtsai, 2005*). A pszichoszociális tényezők szerepe az öngyilkos magatartásban

10/1. táblázat

Klinikailag feltárható szuicid rizikófaktorok hangulatzavarokban

	RIZIKÓFAKTOROK
Affektív epizód során észlelhető	• Súlyos major depressziós epizód • Megelőző öngyilkossági kísérlet, öngyilkossági gondolatok/szándék/terv • Reménytelenség, önvádolás, pesszimizmus, életuntság, végrendelkezés • Agitáció, depressziós kevert állapot, diszfóriás mánia • Inszomnia, anhedónia, étvágy- és testsúlycsökkenés • Pszichotikus tünetek (depressziós holotím téveszmék) • Megelőző mánia vagy hipománia (Bipoláris I és II diagnózis) • Komorbid Axis I (addiktív, szorongásos) betegség, akut alkoholintoxikáció • Komorbid személyiségzavar (borderline) és súlyos (testi) betegség • Hiányzó vagy elégtelen orvosi, szociális, illetve családi támogatás • A kezelés megkezdésének első napjai/hetei (különösen akkor, ha a megfelelő támogatás és felügyelet hiányzik) • Kórházi elbocsátást követő hetek, hónapok
Depressziós betegség lefolyásával kapcsolatos	• Megelőző szuicid kísérlet (főleg, ha violens) • Nem öngyilkossági szándékból elkövetett önsértés • Korai (20 év alatti) betegségkezdet, bipoláris betegségben: major depresszióval induló betegség, dominálónan depressziós lefolyás • Rapid ciklusú lefolyás (évente 4 vagy több affektív epizód) • Alkoholabúzus, alkoholdependencia
Személyiség-jegyekkel összefüggő	• Impulzív, agresszív, pesszimista személyiségvonások • Ciklotím, irritábilis, depresszív temperamentum • Dohányzás

	RIZIKÓFAKTOROK
Egyéni élet-történettel és a családi anamnézissel összefüggő	• Korai negatív életesemények (szülő halála, válása, fizikai vagy szexuális abúzus) • Aktuálisan fennálló negatív élethelyzet vagy élethelyzetek (munkanélküliség, anyagi nehézségek, özvegy, elvált, szociális izoláció, súlyos, krónikus testi betegség) • Egyedül élő páciens • Akut pszichoszociális stresszorok (akut veszteségek, gyász, munkanélküliség, anyagi katasztrófa) • A családi anamnézisben szereplő depresszió (elsőfokú és másodfokú rokonok) • Öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet az elsőfokú és/vagy másodfokú rokonoknál • Halálos módszerek könnyű elérhetősége (magas ház, lőfegyver stb.)

kétségtelen, de ezen rizikófaktorok elsősorban az inadekvát, vagy elégtelen pszichológiai védekező mechanizmusokkal bíró pszichiátriai betegeknél játszanak szerepet az önpusztító magatartás kialakulásában (Mann és mtsai, 1999; Rihmer, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009). Tehát a magas szuicid kockázat a depressziós betegeknek csupán egy kisebb alcsoportjára jellemző, és ez az anamnézis, az élettörténet elemzése és a klinikai kép alapján nagy valószínűséggel előre jelezhető (10/1. táblázat).

A szuicid magatartás (befejezett öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet), illetve az öngyilkossági gondolatok affektív betegeknél az esetek 60–87%-ában súlyos major depressziós epizódban, míg 10–15%-ban diszfóriás mániában észlelhetők és csak rendkívül ritkán figyelhetők meg eufóriás mániában és a depresszió vagy a diszfóriás mánia gyógyulása után (Sokero és mtsai, 2006; Rihmer, 2007; Tondo és mtsai, 2008; Valtonen és mtsai, 2008). A szuicid rizikó tehát affektív betegeknél álla-

pot- és súlyosságfüggő jelenség, ezért az adott affektív epizódok korai felismerése és eredményes kezelése a szuicid prevenció hatékony eszköze (Akiskal, 2007; Rihmer, 2007, 2013). Ugyanakkor a depressziós betegek döntő többsége (mintegy 80–85%-a) nem öngyilkosság miatt hal meg, és kb. 50%-uk sohasem kísérel meg szuicídiumot. Ezért nemcsak a depresszió, hanem a depresszió egy kisebb alcsoportjára jellemző speciális klinikai, pszichoszociális (életesemények) és pszichológiai, személyiségbeli (ciklotím, agresszív, impulzív személyiségvonások) tényezők, valamint protektív faktorok is meghatározó szerepet játszanak (Mann és mtsai, 1999; Tondo és mtsai, 2003; Hawton és van Heeringen, 2009; Gonda és mtsai, 2012; Wasserman és mtsai, 2012).

10.2.1. A depressziós és mániás epizódok során észlelhető szuicid rizikófaktorok

Hangulatzavarban szenvedőknél a két legfontosabb szuicid rizikófaktor a súlyos major depressziós epizód és az anamnézisben szereplő korábbi szuicid kísérlet, különösen akkor, ha reménytelenség, önvádlatok, inszomnia, agitáció, anhedónia, étvágy- és testsúlycsökkenés, illetve pszichotikus tünetek észlelhetők (Oquendo és mtsai, 2004; Hawton és mtsai, 2005; Akiskal és mtsai, 2005; Rihmer, 2007; Balázs és mtsai, 2006; Sokero és mtsai, 2006; McGirr és mtsai, 2007; Borges és mtsai, 2016). A reménytelenség érzése különösen alarmírozó szuicid rizikófaktor, de fontos annak hangsúlyozása, hogy a reménytelenség a depresszió egyik jól ismert tünete, és a depresszió gyógyulásával párhuzamosan a reménytelenség megszűnésével együtt múlik el a szuicid készletés is (Sokero és mtsai, 2006; Rihmer, 2007).

A kevert depressziós epizód (major depresszió során jelentkező 3 vagy több „intradepresszív” hipomán tünet), amely nagy átfedést mutat az agitált depresszió klinikai képével, és amely az unipoláris és bipoláris depressziós betegek 30–60%-ánál észlelhető, szintén markánsan növeli a szuicid kockázatot (Akiskal és mtsai, 2005; Benazzi, 2006; Balázs

és mtsai, 2006; Valtonen és mtsai, 2008; Goldberg és mtsai, 2009; Rihmer és mtsai, 2017). Ez részben magyarázza azt a tényt, hogy bipoláris depresszió, illetve depressziós kevert állapot/agitált depresszió esetén a hangulatstabilizáló gyógyszeres kezelés nélkül végzett antidepresszívum adagolás a depresszión belüli hipomániás tünetek indukálásával vagy fokozásával („aktivációs szindróma”) ronthatja a depressziót és növelheti a szuicid kockázatot (Rihmer és Akiskal, 2006; Akiskal, 2007; Musil és mtsai, 2013; Rihmer 2007; 2013; Taksehimia és Oka, 2013). Bipoláris betegeknél az öngyilkossági késztetés ritkábban diszfóriás mánia (vagyis mániás állapot alatt fennálló 2 vagy több depressziós tünet) során jelentkezik, de „klasszikus” ún. eufóriás mánia vagy hipomania alatt, valamint tünetmentes intervallumban gyakorlatilag sohasem fordul elő, tehát bipoláris betegségben a szuicídium rizikója a kevert/agitált depresszió és kevert (diszfóriás) mánia esetén a legmagasabb (Sokero és mtsai, 2006; Rihmer, 2007; Goodwin és Jamison, 2007; Valtonen és mtsai, 2008). Az öngyilkossági veszély kórházi kezelés során az osztályon töltött első napokban, vagy az elbocsátás utáni hetekben a legmagasabb (Luoma és mtsai, 2002; Sokero és mtsai, 2006; Rihmer, 2007; Goodwin és Jamison, 2007; Valtonen és mtsai, 2008) (10/2. táblázat).

A major depresszió alatt fennálló komorbid szorongás/szorongásos betegség, komorbid addiktív betegség, komorbid személyiségzavar (elsősorban borderline vagy antiszociális típusú), súlyos testi betegség, valamint az akut alkoholos állapot – akár nem alkoholfüggő betegeknél is – szintén fontos szuicid rizikófaktoroknak tekintendők (Leverich és mtsai, 2003; Hawton és mtsai, 2005; Rihmer, 2007; Simon és mtsai, 2007; Sher és mtsai, 2009). A depresszióval gyakran szövődő szorongásos állapotok hamar és eredményesen csökkenthetők anxiolitikumok adásával, ezért ezen készítményeknek fontos szerepük van az akut szuicid veszély elhárításában. Mivel a depressziós betegségek sikeres akut és hosszútávú kezelése lényegesen (kb. 80%-kal) csökkenti a befejezett öngyilkosság és a további szuicid kísérletek rizikóját (Tondo és mtsai, 2003; Rihmer és Akiskal, 2006; Rihmer, 2013), affektív betegeknél a meg-

10/2. táblázat
Öngyilkossági rizikó major depressziós epizód során

		KOMORBIDITÁS/ANAMNÉZIS			
		0	Alkohol/ Drog betegség	Hipo- mánia, Mánia	Öngyil- kossági kísérlet
MAJOR DEPRESSZIÓS EPIZÓD	Csak MDE	1	2	3	4
	MDE + akut stresszor	2	3	4	5
	MDE + öngyilkosság elsőfokú vagy másodfokú rokonoknál	3	4	5	6
	MDE + agitáció, inszomnia, reménytelenség	4	5	6	7

1 = legkisebb rizikó

7 = legnagyobb rizikó

MDE: Major Depressziós Epizód

felelő terápia és gondozás hiánya szintén komoly szuicid rizikófaktor-
ként értékelhető.

10.2.2. A depressziós betegség megelőző lefolyásával kapcsolatos szuicid rizikófaktorok

A hangulatzavarok lefolyásával kapcsolatos szuicid rizikófaktorok
közül a legfontosabb a korábbi szuicid kísérlet, különösen, ha a beteg

violens (drasztikus, pl. akasztás, magasból való leugrás, lőfegyver stb.) módszerrel követte el azt (*Tondo és mtsai, 2003; Hawton és mtsai, 2005; Mann és mtsai, 2005; Goodwin és Jamison, 2007*). Egyéb anamnesztikusan feltárható rizikófaktorok: korai betegségkezdet (*Rihmer, 2007; Simon és mtsai, 2007; Tondo és mtsai, 2007*), rapid ciklusú lefolyás, depressziós epizóddal induló bipoláris betegség, dominálónan depressziós vagy kevert epizódok a lefolyás során (többnyire bipoláris II típus), gyakori megelőző hospitalizációk depresszió miatt, komorbid szorongásos vagy addiktív betegség (*Leverich és mtsai, 2003; Hawton és mtsai, 2005; Balázs és mtsai, 2006; Valtonen és mtsai, 2008; Azorin és mtsai, 2009; Gonda és mtsai, 2012*), valamint a közelmúltban történt kórházi elbocsátás (*Oquendo és mtsai, 2004*) szintén komoly alarmírozó jelek.

10.2.3. Személyiségjellemzőkkel összefüggő szuicid rizikófaktorok

A személyiségzavarokon kívül bizonyos személyiségjegyek, mint pl. agresszív, impulzív személyiségvonások, különösen reménytelenséggel és súlyos pesszimizmussal járó depressziós betegeknel, lényegesen fokozzák a szuicid rizikót (*Mann és mtsai, 1999; Oquendo és mtsai, 2004; Zalsman és mtsai, 2006; Swann és mtsai, 2007; Sarchiapone és mtsai, 2009*). A személyiségvonások és betegségi jellemzők komplex interakciójának szerepét az öngyilkos magatartás létrejöttében a legjobban a *Mann és mtsai (1999)* által kidolgozott stressz-diatézis modell írja le, ahol az öngyilkos magatartást mind a stresszor (akut pszichiátriai betegség és/vagy súlyos, akut negatív életesemény), mind a diatézis (agresszív, impulzív, pesszimista személyiségjegyek) együttesen határozzák meg. A depressziós betegeknel észlelhető ciklotím, depresszív és irritábilis affektív temperamentum szintén fokozza a szuicid magatartás esélyét mind gyermekkori, mind felnőttkori depresszióban, ezzel szemben a hipertím temperamentum protektívnek tűnik (*Kochman és mtsai, 2005; Pompili és mtsai, 2008; Rihmer és mtsai, 2009; Gonda és mtsai, 2012; Innamorati és mtsai, 2015*). Jóllehet az öngyilkosságban meghaltak döntő többsége férfi, míg a kísérlet a nők-

nél gyakoribb, a befejezett öngyilkosságot illetően affektív betegségben szenvedőknél nincsen szignifikáns nemi különbség, ugyanakkor a szuicid kísérleteket illetően itt is női dominancia észlelhető (*Harris és Barraclough, 1997; Tondo és mtsai, 2003; Hawton és mtsai, 2005; Simon és mtsai, 2007*).

10.2.4. Az élettörténettel és családi anamnézissel összefüggő öngyilkossági rizikófaktorok

Az anamnézisben feltárható öngyilkossági rizikófaktorok közül a kora-gyermekkorai negatív életesemények, mint pl. szülő halála, izoláció, fizikai vagy szexuális abúzus (*Mann és mtsai, 1999; Leverich és mtsai, 2003; Hawton és mtsai, 2005; Sarchiapone és mtsai, 2009*), valamint a felnőttkorban tartósan fennálló nemkívánatos események (munkanélküliség, izoláció, válás), valamint az akut pszichoszociális stresszorok, mint pl. veszteségek, gyász, súlyos anyagi problémák a legfontosabbak affektív betegeknek, különösen akkor, ha egyéb öngyilkossági rizikófaktorok is jelen vannak. Érdekes, hogy a szeparáció/válás, illetve egyedüllét elsősorban a férfiaknál növeli a rizikót (*Isometsa és mtsai, 1995; Leverich és mtsai, 2003; Hawton és mtsai, 2005; Fukuchi és mtsai, 2013*). Ugyanakkor kétségtelen az is, hogy – főleg bipoláris zavarban – az akut, negatív életesemények sokszor a betegség következményei. A mániás epizód során jelentkező agresszív viselkedés, kritikátlan interperszonális, üzleti, illetve szexuális magatartás újabb életesemények generálásával tovább súlyosbítja a lefolyást (*Isometsa és mtsai, 1995*). Időskori depresszióban, valamint idős kort megélő depressziós betegeknek a szuicid veszélyeztetettség különösen nagy, amikor a fenti rizikófaktorok (veszteségek, izoláció, testi betegségek) is jelen vannak. Az első, vagy másodfokú rokonok között történt befejezett öngyilkosság az egyik legmegbízhatóbb szuicid rizikófaktor általánosságban is, de különösen depressziós, illetve bipoláris betegeknek. Ilyen esetek-

ben a genetikai értelemben vett örökletes faktor 40%, ami igen magasnak számít. Hasonlóan a vérrokonok között előfordult befejezett öngyilkossághoz, az első- és másodfokú rokonok által elkövetett öngyilkossági kísérlet is hasonló klinikai prediktív értékkel bír. Természetesen a familiáris öngyilkosságok esetén ezen túl a családi modellhatás is szerepet játszik, amely általában az egészséges rokonok esetében inkább „taszító”, de egy aktuális major depressziós epizód során a „megoldásra” sarkalló, szuggesztív tényezővé válhat (Mann és mtsai, 1999; Leverich és mtsai, 2003; Hawton és mtsai, 2005; Hawton és van Heeringen, 2009; Voracek és Loibl, 2007; Gonda és mtsai, 2012). Fentiekén kívül öngyilkossági rizikótényezőnek tekinthető a letális módszerek (lőfegyver, növényvédő szerek stb.) könnyű elérhetősége is. A tárgyalt szuicid rizikófaktorok közül általában több is jelen van, és minél nagyobb a rizikófaktorok száma, annál nagyobb az öngyilkosság veszélye, amelyet a protektív tényezők csak részben tudnak kompenzálni. A depressziós, illetve a bipoláris betegeknél klinikailag feltárható szuicid rizikófaktorokat az **10/1. táblázatban**, míg a rizikó felbecslésének sémáját az **10/2. táblázatban** foglaltuk össze.

10.3. Szuicid magatartás szempontjából protektív faktorok hangulatzavarokban

Az általános védő tényezőkön túl a hangulatzavarok esetében ki kell emelnünk az aktuális hangulati epizódok hatékony kezelésének és az ismételt hangulati epizódok megelőzésének jelentőségét, hiszen az akut és hosszútávú antidepresszív gyógyszeres kezelésben részesülő, hangulatzavarban szenvedő betegek öngyilkossági halálozása kb. 80%-kal csökken. Ezenkívül hangsúlyozzuk az erős és bizalomteli terápiás kapcsolat és a kezeléssel való együttműködés (adherencia) fontosságát, a támogató kapcsolati háló jelentőségét, valamint a halálos szuicid módszerek eliminálását vagy elérhetőségük lehetőség szerinti korlátozását is (Rihmer és mtsai, 2017).

10.4. A heteroagresszív viselkedés rizikófaktorai hangulatzavarokban

A bipoláris affektív zavarban – az öndestruktivitás mellett – a hetero-agresszivitás kockázatának felismerése is fontos. Ez elsősorban a bipoláris zavar I. típusának mániás fázisához kapcsolódik, különösen akkor, ha az állapot akut alkohol/drog hatással is társul, vagy olyan járulékos tünetek állnak fent, mint például az impulzivitás, az irritabilitás, a belátás hiánya, a csökkent ítélőképesség, vagy a paranoid/pszichotikus tünetek (*Rihmer és mtsai, 2010*).

Ennek egyéb tényezői lehetnek még:

- a komorbid addikciók és az antiszociális személyiségzavar,
- erőszakos cselekmény a kórtörténetben, vagy a közelmúltban,
- büntetőjogi következmények; bármelyik fázishoz kötődő hetero- vagy autoagresszív viselkedés,
- a kórtörténetben szereplő traumatizáció, mely gyakran a komorbid határeseti személyiségzavarral összefüggésben növeli az agresszivitás kockázatát. Meg kell említenünk bizonyos demográfiai tényezőket (például férfi nem, fiatalabb életkor, alacsony szocio-ökonómiai státusz),
- a szociális támogatás hiányát és az aktuális negatív életeseményeket is (*Blazsek és Wernigg, 2015*).

Unipoláris depresszióban az agresszív cselekmények kockázata jóval alacsonyabb, mint bipoláris affektív zavarban, azonban időnként a poszt-partum depresszió súlyos eseteiben előfordulhat (*Rihmer és mtsai, 2010*). Az agresszivitás kockázati tényezői nagyon hasonlítanak azokhoz, melyeket már a bipoláris zavarnál áttekintettünk. Ezek a tényezők általánosságban azonban jobban növelik az agresszivitás kockázatát bipoláris affektív zavarban, mint unipoláris depresszióban.

A fentiek közül az alábbiakat emelhetjük ki:

- fiatalabb életkor; férfi nem; pszichoaktív-szer-használat,
- antiszociális személyiségzavar; negatív életesemények (munkahely elvesztése, válás stb.),
- erőszakos cselekmény a kórelőzményben; öngyilkossági kísérlet a kórelőzményben,
- szülői agresszív cselekedetek; támogatás hiánya,
- kórházi felvétel a közelmúltban.

Klinikai vizsgálatok igazolják, hogy ezen betegségek eredményes kezelése a szuicid magatartáson kívül a heteroagresszív megnyilvánulásokat is csökkenti (*Rihmer és mtsai, 2010; Blazsek és Wernigg, 2015*).

10.5. Szuicid prevenció hangulatzavarokban

A pszichiátriai betegeknel jelentkező szuicid magatartás megelőzése elsősorban a háttérben meghúzódó mentális zavar, illetve a specifikus pszichiátriai tünetek hatékony kezelése révén valósítható meg. Az öngyilkos viselkedés affektív betegekben leggyakrabban súlyos depressziós epizód, ritkábban diszfóriás (kevert) mánia során jelentkezik. Ez arra utal, hogy a major hangulatzavarokban szenvedő betegek esetében az öngyilkos viselkedés állapot- és súlyosságfüggő jelenség (*Goodwin és Jamison, 2007; Rihmer, 2007; Rihmer és mtsai, 2017*). Ez egyben azt is jelenti, hogy az akut epizód sikeres kezelése és a tünetmentes/gyógyult állapot hosszútávú stabilizálása a szuicid prevenció alapvető stratégiája. Azonban míg a major depresszió és a bipoláris zavar akut epizódjainak sikeres farmakoterápiája segítségével megelőzhető az adott epizóddal összefüggő öngyilkossági kockázat, tartós eredményt csak az adekvát hosszútávú farmakoterápia mellett alkalmazott pszichológiai/pszichoterápiás kezelés és pszichoszociális támogatás hozhat.

A klinikai vizsgálatok egyértelműen igazolták, hogy a kezeletlen állapottal összehasonlítva az öngyilkossági kísérletek és a befejezett öngyilkosságok kockázata hosszútávú antidepresszív farmakoterápiában részesülő unipoláris major depressziós betegeknél jelentősen, kb. 80%-kal csökken és hasonló szuicid prevenciós hatás észlelhető a profilaktikus lítiumkezelés során is (*Goodwin és Jamison, 2007; Rihmer, 2013; Rihmer és Gonda, 2013*). Kiemeljük azonban, hogy az SSRI-ok csakúgy, mint a szerotonin-noradrenalin, valamint a noradrenalin-dopamin visszavétel gátlók nem rendelkeznek szedatív hatással, és egyes esetekben (elsősorban a bipoláris depresszióban, ahol a hipomániás tünetek indukálásával vagy fokozásával) agitációt, vagyis állapotromlást okozhatnak, ami növeli a szuicid veszélyt még gyógyszermentes depressziós betegeknél is (*Goldberg és mtsai, 2009; Musil és mtsai, 2013; Rihmer, 2013; Taksehima és Oka, 2013*). A szorongás, inszomnia és a pszichotikus jegyek miatt szükség lehet rövid ideig tartó, anxiolitikumokkal, például benzodiazepinekkal, illetve altatókkal és/vagy antipszichotikumokkal történő kiegészítő gyógyszerelésre, amíg a nyugtalanság és az agitáció megszűnik és kialakul a kielégítő éjszakai alvás. Komorbid szorongással és téveszmékkel járó depresszió esetében a típusos, vagy atípusos antipszichotikumokkal történő kezelés javasolt (*Wasserman és mtsai, 2012; Rihmer és Gonda, 2013; Rihmer és mtsai, 2017*).

Bipoláris zavar esetén az antidepresszívumokat kizárólag a bipoláris depresszió kezelésében alkalmazzuk, minden esetben csak átmenetileg, hangulatstabilizálóval kombinációban. A hangulatstabilizáló hatású szer együtt adása nélkül végzett antidepresszív monoterápia bipoláris, illetve bipoláris spektrum zavarban szenvedő betegeknél ronthatja a betegség rövid- és hosszútávú lefolyását (*Goodwin és Jamison, 2007; Rihmer, 2013; Taksehima és Oka, 2013*). Az újabb eredmények szerint antimániás hatásuk mellett egyes atípusos antipszichotikumok

(olanzapin, quetiapin és aripiprazol) akut antidepresszív és hosszútávú hangulatstabilizáló hatással is rendelkeznek major depresszióban és bipoláris zavarban (*Yatham és mtsai, 2013*).

Unipoláris major depresszióban végzett antidepresszív monoterápiával kapcsolatos randomizált klinikai vizsgálatok arra utalnak, hogy az antidepresszívumok néha szuicid gondolatokat provokálnak vagy fokozzák az öngyilkossági kísérlet kockázatát (*Rihmer és Aksikal, 2006; Rihmer, 2013*). Az empirikus adatok azonban egyértelműen igazolták az antidepresszívumok markáns öngyilkosság-csökkentő hatását, mely mellett eltörpül az igen ritkán jelentkező, és megfelelő (hangulatstabilizátorral kombinált) kezeléssel megelőzhető „öngyilkosság-indukáló” potenciáljuk. Kiemelésre érdemes, hogy ez a hatás az életkorral is összefügg, ennek esélye nagyobb olyan kamaszokban és fiatal felnőttekben, akiknél a major depresszió hátterében meghúzódó bipolaritás és komorbid személyiségzavarok fennállása, valamint a gyógyszerekre adott terápiás válasz elmaradása jellemző. Ezért a rizikófelmérés során a serdülők és a 25 év alatti felnőttek vulnerábilis csoportjában jelentkező major depresszió esetén mindig gondosan mérlegelni kell a bipoláris depresszió lehetőségét (*Rihmer és Akiskal, 2006; Rihmer, 2013; Takeshima és Oka, 2013*).

A klinikai vizsgálatok szerint a hosszú távú lítiumkezelésben részesülő unipoláris major depresszióban és bipoláris zavarban szenvedő betegek esetében 80–90%-kal csökken mind az öngyilkossági kísérletek, mind a befejezett öngyilkosságok kockázata (*Goodwin és Jamison, 2007; Rihmer és Gonda, 2013*). Ezt a hatást nemcsak a kezelésre jól reagálóknál, hanem a részleges reszpondereknél és a non-reszpondereknél is igazolták, tehát nagy szuicid rizikójú affektív betegeknél a lítiumot akkor is tartsuk meg (vagy vezessük be), ha a páciens más típusú hangulatstabilizálóra reagál (*Ahrens és Muller-*

Oerlinghausen, 2001). A többi hangulatstabilizáló szer közül a valproát és a karbamazepin szintén rendelkezik antisuicid hatással, azonban ez némiképp gyengébb, mint a lítiumé (*Rihmer és Gonda, 2013; Yatham és mtsai, 2013*).

A gyógyszeres kezeléssel kapcsolatban hangsúlyozzuk azt is, hogy mindig nagyon fontos meghallgatni a beteg kezeléssel kapcsolatos preferenciáit, mivel ez befolyásolja a kezeléssel kapcsolatos compliance-t, legyen az akár farmakológiai, akár pszichológiai. A páciensnek (és lehetősége szerint a hozzátartozók számára) alapvető és releváns motivációs információt kell nyújtani. Az antidepresszívumok alkalmazása során a mellékhatások folyamatos és hozzáértő monitorozása, valamint a gyógyszerek alkalmazási előírásainak, illetve a régebben forgalomban lévő készítményekkel kapcsolatos új információknak a követése feltétlenül szükséges. A túladagolás következtében kialakuló intoxikáció kockázatának elkerülése érdekében a gyógyszert minden esetben gyakori kontroll mellett, kis mennyiségekben célszerű felírni.

Az egyéb biológiai terápiák között meg kell említenünk az elektrokonvulzív terápiát, mely súlyos depresszióban szenvedő betegekben igen hatékony az akut szuicid veszély megszüntetésében. A kövétéses vizsgálatok kimutatták, hogy ez a kezelés a későbbi öngyilkos viselkedés kockázatát is csökkenti (*Wasserman és mtsai, 2012; Rihmer és mtsai, 2017*).

A biológiai kezelést minden esetben célszerű és szükséges más – nem biológiai – terápiákkal (mint például a nem specifikus szupportív, vagy a specifikus pszichoterápiák) kombinálni, mivel bizonyított, hogy a legjobb eredményt a kétféle kezelés együttes alkalmazása adja. A pszichoterápiás intervenciók közül a pszichoedukáció és a szupportív pszichoterápia minden esetben szükséges. Egyéni vagy csoportos

kognitív magatartásterápia, valamint a problémamegoldó tréning hatékonyságát a relapszusok számának csökkentésében. Az interperszonális és szociális ritmusterápia az unipoláris depresszióban régóta sikeresen alkalmazott interperszonális terápiának a bipoláris betegségre továbbfejlesztett, illetve adaptált formája. A strukturált kezelés a szociális szerepekre, emberközi kapcsolatokra, azoknak a bipoláris betegség által megváltoztatott jellegére, valamint az életvezetéssel kapcsolatos biológiai és szociális ritmusokra koncentrál, és különös figyelmet szentel a stresszteli élethelyzetekkel való megküzdésnek is (*Goodwin és Jami-son, 2007; Perczel-Foritos és Pócs, 2008; Yatham és mtsai, 2013; Rihmer és mtsai, 2017*).

Hangsúlyozzuk, hogy akut és súlyos szuicid veszélyeztetettséggel járó hangulatzavar esetén feltétlenül hospitalizációra van szükség. A hospitalizációval kapcsolatos kulcsfontosságú döntést az is befolyásolja, hogy rendelkezésre áll-e a beteget körülvevő társas háló, valamint, hogy elérhető-e megfelelő képesítéssel rendelkező járóbeteg-ellátás. Ezek hiánya esetén még a kevésbé súlyos esetekben is megfontolandó a hospitalizálás. A kórházi felvétel szükségességének indokait természetesen dokumentálni kell, és a páciensnek az osztályon való tartózkodása alatt a személyes szabadság korlátozását a mindenkori jogszabályoknak megfelelően kell intézni. Súlyos, közvetlen szuicid veszély esetén – természetesen a vonatkozó jogi rendelkezések maradéktalan betartása mellett – a beteg akarata ellenére is hospitalizálható (*Rihmer és mtsai, 2017*).

Az önelhanyagolás és áldozattá válás esélye felnőttkori hangulatzavarokban viszonylag csekély, de kétségtelen, hogy egyedül élők esetében a nem kezelt depresszió súlyos izoláltsághoz vezethet, ami a fokozott szuicid rizikón túl a fizikai állapot romlásán keresztül is veszélyeztetheti a beteg egészségi állapotát, illetve életét.

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

Az akut öngyilkossági veszély felismerése és ellátása kétségtelenül lényegesen csökkenti a szuicid rizikót. Ugyanakkor mivel csak a hosszútávú kezelés és gondozás képes megelőzni a betegség későbbi lefolyása során jelentkező önpusztítást, több figyelmet kell fordítani a szuicidális páciensek hosszútávú, rendszeres követésére, gondozására.

IRODALOM

- Ahrens, B., Müller-Oerlinghausen, B. (2001) Does lithium exert an independent antisuicidal effect? *Pharmacopsychiatry*. 34, 132–136.
- Akiskal, H.S., Benazzi, F., Perugi, G. és mtsai (2005) Agitated „unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: Implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord*. 85, 245–258.
- Akiskal, H.S. (2007) Targeting suicide prevention to modifiable risk factors: Has bipolar II been overlooked? (Editorial) *Acta Psychiat Scand*. 116, 395–402.
- Azorin, J-M., Kaladjian, A., Adida, M. és mtsai (2009) Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: Findings from a French National Cohort. *Compr Psychiatry*. 50, 115–120.
- Balázs J., Benazzi F., Rihmer Z. és mtsai (2006) The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implications for suicide prevention. *J Affect Disord*. 91, 133–138.
- Benazzi, F. (2006) Mood patterns and classification in bipolar disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 19, 1–8.
- Blazsek P., Wernigg R. (2015) Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Oriold és Társai Kiadó. Budapest.
- Borges, G., Bagge, C.L., Orozco, R. (2016) A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *J Affect Disord*. 195, 63–74.
- Fukuchi, N., Kakizaki, M., Sugawara, Y. és mtsai (2013) Association between marital status with the incidence of suicide: A population-based Cohort Study in Japan (Miyagi cohort study). *J Affect Disord*. 150, 879–885.

- Goldberg, J., Perlis, R.H., Bowden, C.L. és mtsai (2009) Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: Findings from the STEP-BD. *Amer J Psychiatry*. 166, 173–181.
- Gonda, X., Pomlili, M., Serafini, G. és mtsai (2012) Suicidal behavior in bipolar disorder: Epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord*. 143, 16–26.
- Goodwin, F.K., Jamison, K.R. (2007) *Manic Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Oxford University Press. New York.
- Harris, E.C., Barraclough, B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *Brit J Psychiatry*. 170, 205–228.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C. és mtsai (2005) Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 66, 693–704.
- Hawton, K., van Heeringen, K. (2009) Suicide. *Lancet*. 373, 1372–1381.
- Innamorati, M., Rihmer, Z., Akiskal, H. és mtsai (2015) Cyclothymic temperament rather than polarity is associated with hopelessness and suicidality in hospitalized patients with mood disorders. *J Affect Disord*. 170, 161–165.
- Isometsa, E., Heikkinen, M., Henriksson, M. és mtsai (1995) Recent life events and completed suicide in bipolar affective disorder: A comparison with major depressive disorder in Finland. *J Affect Disord*. 33, 99–106.
- Kessler, R.C., Borges, G., Walters, E.E. (1999) Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiat*. 56, 617–626.
- Kochman, F.J., Hantouche, E.G., Ferrari, P. és mtsai (2005) Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 85, 181–189.
- Leverich, G.S., Altshuler, L., Frye, M.A. és mtsai (2003) Factors associated with suicide attempts in 684 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry*. 64, 506–515.
- Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L. (2002) Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Amer J Psychiat*. 159, 909–916.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. és mtsai (1999) Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Amer J Psychiatry*. 156, 181–189.
- McAuliffe, C., Corcoran, P., Fekete, S. és mtsai (2006) Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: a multicenter study. *Psychological Medicine*. 36, 45–55.
- McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M. és mtsai (2007) An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: A psychological autopsy study. *J Affect Disord*. 97, 203–209.
- Musil, R., Zill, P., Seemüller, F. és mtsai (2013) Genetics of emergent suicidality during antidepressant treatment. – Data from a naturalistic study on a large sample of inpatients with major depressive episode. *Eur Neuropsychopharm*. 22, 663–674.

- Oquendo, M.A., Galfalvy, H., Russo, S. és mtsai (2004) Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Amer J Psychiatry*. 161, 1433–1441.
- Perczel-Forintos D., Poós J. (2008) Kiút a kiúttalanságból – Problémamegoldó tréning az öngyilkossági veszélyeztetettség megelőzésében. Áttekintő tanulmány. *Psychiat Hung.* 23, 4–21.
- Pompili, M., Rihmer, Z., Aksikal, H.S. és mtsai (2008) Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology*. 41, 313–321.
- Rihmer A., Rózsa S., Rihmer Z. és mtsai (2009) Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord*. 116, 18–22.
- Rihmer Z., Akiskal H.S. (2006) Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord*. 94, 3–13.
- Rihmer Z., Fekete S., Gonda X. (2015) Öngyilkosság. In.: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*, 5. átdolgozott, bővített kiadás (Szerk.: Füredi, J., Németh, A.), Medicina Könyvkiadó. Budapest. 729–739.
- Rihmer Z., Gonda X., Rihmer A. és mtsai (2010) Suicidal and violent behaviour in mood disorders: A major public health problem. A review for the clinician. *3International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 14, 88–94.
- Rihmer Z., Gonda X. (2013) Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 37, 2398–2403.
- Rihmer Z., Németh A., Kurimay T. és mtsai (2017) A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. *Psychiat Hung.* 32. (nyomdában)
- Rihmer Z. (2007) Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiat*. 20, 17–22.
- Rihmer Z. (2013) Antidepresszívumok, depresszió és öngyilkosság. *Neuropsychopharmacol Hung.* 15, 1–8.
- Sarchiapone, M., Jaussent, I., Roy, A. és mtsai (2009) Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior – via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *Eur Psychiatry*. 24, 57–62.
- Sher, L., Oquendo, M.A., Richardson-Vejlgaard, R. és mtsai (2009) Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *J Psychiat Res*. 43, 901–905.
- Simon, G.E., Hunkeler, E., Fireman, B. és mtsai (2007) Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipol Disord*. 9, 526–530.
- Sokero, P., Eerola, M., Rytasala, H. és mtsai (2006) Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness. *J Affect Disord*. 95, 95–102.
- Swann, A.C., Moeller, F.G., Steinberg, J.L. és mtsai (2007) Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episode. *Bipol Disord*. 9, 206–212.

- Szádóczky E., Vitrai J., Rihmer Z. és mtsai (2000) Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *Eur Psychiatry*. 15, 343–347.
- Taksehima, M., Oka, T. (2013) Association between the so-called „activation syndrome” and bipolar II disorder, a related disorder, and bipolar suggestive features in outpatients with depression. *J Affect Disord*. 151, 196–202.
- Tondo, L., Isacsson, G., Baldessarini, R.J. (2003) Suicidal behaviour in bipolar disorder. *CNS Drugs*. 17, 491–511.
- Tondo, L., Lepri, B., Baldessarini, R. (2007) Suicidal risk among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiat Scand*. 116, 419–428.
- Tondo, L., Lepri, B., Baldessarini, R.J. (2008) Suicidal status during antidepressant treatment in 789 Sardinian patients with major affective disorder. *Acta Psychiat Scand*. 118, 106–115.
- Valtonen, H.M., Suominen, K., Haukka, J. és mtsai (2008) Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and bipolar II disorders. *Bipol. Disord*. 10, 588–596.
- Voracek, M., Loibl, M.L. (2007) Genetics of suicide: A systematic review of twin studies. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 119, 463–475.
- Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. és mtsai (2012) Az Európai Pszichiátriai Szövetség (European Psychiatric Association, EPA) útmutatója az öngyilkosság kezelésére és megelőzésére. *Neuropsychopharmacol Hung*. 14, 113–136.
- Yatham, L.N., Kennedy, S.H., Parikh, S.V. és mtsai (2013) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update *Bipolar Disord*. 15(1), 1–44.
- Zalsman, G., Braun, M., Arendt, M. és mtsai (2006) A comparison of the medical lethality of suicide attempts in bipolar and major depressive disorder. *Bipol Disord*. 8, 558–565.

11. SZORONGÁSOS ÉS STRESSZHEZ TÁRSULÓ ZAVAROK

Kálmán Sára

A szorongásos zavarok gyakran állnak a szuicid és violens viselkedés hátterében, társulnak mentális betegségekkel, növelik a depresszió, a szerfüggőség kockázatát, melyek önálló rizikófaktoroként tovább növelik a hangulatzavarok, az ön- és heteroagresszió, illetve az önelhanyagolás kockázatát. Tárgyaljuk az akut és krónikus szorongásos állapotokban jelentkező rizikó- és protektív tényezők klinikai vonatkozásait, a prevenció lehetőségeit, különös tekintettel a szorongásos zavarok testi és mentális jóllétben játszott kiemelt szerepére.

11.1. Bevezetés

A szorongásos zavarok magja a túlzott mértékű, indokolatlan és/ vagy krónikusan elhúzódó félelemreakció. Világszerte a leggyakoribb pszichiátriai betegségek közé tartoznak: élettartam prevalenciájuk 20–25%, a nőknél 2–4× gyakrabban fordulnak elő. Az epidemiológiai adatok hazai viszonylatban igen hasonlóak: az egyéves prevalencia 17,7% (Szádóczy és mtsai, 2000).

A BNO-10 szerint ide tartoznak a speciális fóbiák, a szociális fóbia, a pánikzavar, a generalizált szorongás (GAD), a kevert szorongásos és depressziós zavar, továbbá az obszesszív-kompulzív zavarok (OCD) és a stresszhez társuló zavarok, így az akut stresszreakció, a poszttraumás-stressz zavar (PTSD) és az alkalmazkodási zavarok.

Az egészségügyi ellátás és kockázatkezelés szempontjából a szorongásos zavarok fő jelentősége (Boettcher és mtsai, 2014):

- növelik a depresszió, a szerfüggőség és az öngyilkossági kísérletek kockázatát,
- gyakran társulnak mentális és testi betegségekhez: rontják a tüneteket, azok szubjektív megélését, a felépüléshez szükséges időt, a klinikai kimenetelt és a páciensek életminőségét,
- jelentős egyéni és szociális terhet jelentenek, a mentális zavarok összköltségének egyharmadát teszik ki.

11.2. Rizikófaktorok szorongásos zavarokban

11.2.1. Öngyilkossági kockázat

A szorongás az egyik legjelentősebb öngyilkossági rizikó. A szuicid viselkedést leíró elméletek kulcsszerepet tulajdonítanak a tentamen előtt közvetlenül megfigyelhető szorongásos állapotoknak, az agitá-

ció fontos „figyelmeztető jel” a klinikus számára az akut öngyilkossági rizikó szempontjából (Bentley és mtsai, 2016; Rihmer, 2007, Wenzel és mtsai, 2008; Rudd és mtsai, 2006). A szuicid ideációk cselekvésbe fordulása szempontjából a szorongásos zavar megléte fontosabb tényező, mint a hangulatzavarok, a szerhasználat vagy az impulzus kontrollzavar (Nock és mtsai, 2008 és 2009).

Lényeges azonban, hogy nem csak az akut szorongásos állapot járul hozzá az öngyilkossági kockázathoz. Bizonyított, hogy a krónikus szorongásos zavarok a mentális és szomatikus társbetegségektől füg-

11/1. táblázat

Az öngyilkossági kísérlet kockázata önálló vagy társuló szorongásos zavarokban

DIAGNÓZIS	ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET KOCKÁZATI HÁNYADOSA*
Bármely szorongásos zavar	2,43
Pánikzavar	2,06
Szociális fóbia	2,12
Speciális fóbiák	1,58
Agorafóbia	2,04
Generalizált szorongás	1,97
PTSD	2,66
DIAGNÓZIS	ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET KOCKÁZATI HÁNYADOSA**
Hangulat- és szorongásos zavar	1,43
Szerhasználati és szorongásos zavar	1,61
Személyiség és szorongásos zavar	1,92
Pszichotikus és szorongásos zavar	1,38 (nem szignifikáns)

* szociodemográfiai adatokra, társbetegségre kontrollálva

** referenciacsoport: csak hangulat-/szerhasználati/személyiség-/pszichotikus zavar

getlenül fokozzák az öngyilkossági kísérletek és ideációk rizikóját (kockázati hányados: 3,03–7,00, illetve 3,34–10,57). Sőt, populációs szinten nagyobb mértékben járulnak hozzá a szuicid viselkedéshez, mint az impulzuskontroll vagy a szerhasználati zavarok (Nock és mtsai, 2010; Kanwar és mtsai, 2013).

A háttérben húzódó pszichológiai folyamatok és rizikófaktorok hasonlóak, mint a hangulatzavaroknál (Rihmer, 2007). Szorongásos zavarokban is gyakori a rumináció, a maladaptív hiedelmek, a büntudat, szégyen, csökkent hatékonyság érzése. Ezen felül a kórképekre jellemző elkerülő viselkedés és szerhasználati zavar éppen a protektív tényezőket, interperszonális kapcsolatokat, szociális hálót destruálja, és fokozza a magány érzését (Thibodeau és mtsai, 2013).

A mindennapi gyakorlatban szem előtt kell tartanunk, hogy a szorongásos zavarok és a komorbid pszichiátriai kórképek (leggyakrabban hangulatzavarok), valamint személyiségzavarok hatásnagyságai az öngyilkossági rizikó szempontjából összeadódnak (*ld. 11/1. táblázat*) (Rihmer, 2007; Thibodeau és mtsai, 2013; Nepon és mtsai, 2010).

11.2.2. Heteroagresszió kockázata

Az adatok arra utalnak, hogy a szorongásos zavarokkal élők körében gyakrabban fordul elő violens viselkedés, mint az átlag populációban (Corrigan és mtsai, 2005). Az ok-okozati viszony azonban nem egyértelmű, hiszen a szerhasználati zavar, a (gyermekkori) adverz életesemények, a traumatizáció, a háborús tapasztalat önmagában is hajlamosítanak heteroagresszív viselkedésre, függetlenül attól, hogy kialakul-e klinikai kórkép (Norman és mtsai, 2014).

A probléma komplexitását jól demonstrálja, hogy a 2001. szeptember 11-i terrortámadások túlélői körében akkor is magasabb az erőszakos cselekmények aránya a kontroll populációhoz képest (3,0–6,4% vs.

11/2. táblázat

A szorongásos zavarok és az erőszakos cselekmények közötti összefüggés

DIAGNÓZIS (AZ ELMÚLT 1 ÉVBEN)	ERŐSZAKOS CSELEKMÉNY AZ ELMÚLT EGY ÉVBEN*
Nincs mentális zavar	2,0%
Egyszerű fóbia	5,8%
Szociális fóbia	7,7%
Agorafóbia	7,8%
GAD	6,4%
Pánikzavar	8,4%
PTSD	7,5%
Disztímia	0,8%
Major depresszió	7,1%
Bipoláris zavar	16,0%
Pszichózis	3,2%
Alkohol abúzus (dependenciával)	9,1%
Drog abúzus (dependenciával)	19,8%

* konfliktusa volt a rendőrséggel vagy részt vett min. 1 verekezésben, amely sérüléshez vezetett

2,0%), ha nem áll fenn PTSD. Továbbá a PTSD-vel küzdő túlélők körében magasabb a violens viselkedés előfordulása (8,6–19,5%), mint az átlag populáció PTSD-vel diagnosztizált tagjai körében (7,5%) (*Id. 11/2. táblázat*).

11.2.3. Önelhanyagolás kockázata

A szorongásos zavarok, különösen az agorafóbia, a szociális fóbia és az OCD, akadályozhatják az önellátást, a függetlenséget. Az önelhanyagolás szempontjából kockázati tényezőt jelent (*Pavlou és mtsai, 2008*):

- izoláció, beszűkült szociális háló,
- válás, özvegység, egyedül élés,

- barátok, szeretett személyek elvesztése, gyász,
- szégyenérzet, betegségével kapcsolatos ön- és bejósolt-stigmák.

A progrediáló alap- és társbetegségek következtében a páciens elveszíti függetlenségét, egyre nagyobb személyes és szociális segítség-re szorul, amelynek igénybevételében akadályozza az értéktelenség és szégyen érzése, az elkerülő viselkedés.

Az öngondoskodás speciális területe az egészségviselkedés, a kezeléssel való együttműködés. Vizsgálatok szerint a szorongás önmagában nem járul hozzá a terápiás non-compliancehez, a depresszió azonban igen (kockázati hányados: 3,03) (*DiMatteo és mtsai, 2000*).

11.2.4. Egyéb kockázatok

A szorongásos zavarok okozta egyéni és szociális betegségteher jelentős része a pszichiátriai komorbiditásokra, a testi betegségekre és a társas kapcsolatokra, életminőségre gyakorolt negatív hatásukra vezethető vissza.

a) Pszichiátriai betegségek

A pszichiátriai kórképek közül a depresszió, a szerhasználati zavarok és más szorongásos kórképek társulnak leggyakrabban. Az öngyógyítás (alkohol-, drog-, gyógyszerabúzus) valamennyi szorongásos kórképben magas (szociális fóbia esetén 7,9%, generalizált szorongásban 35,6%). Jelentősége abban rejlik, hogy önálló rizikófaktorként tovább növeli a hangulatzavarok, a szuicid viselkedés, a heteroagresszió és az önelhanyagolás kockázatát is (*Bolton és mtsai, 2006*).

b) Alvászavarok

Az alvászavar a szorongásos kórképek tünete, következménye, sőt előzménye is lehet. Ismert ugyanis, hogy az elégtelen alvás rontja az

exekutív funkciókat, így az egyén kevésbé tudja kontrollálni a szorongási reakció részét képező maladaptív ismétlődő gondolatokat (rumináció, kényszerszorongások) vagy éppen a figyelmi preferenciák eltolódását. Az alvás fontos szerepet játszik az érzelmi tanulás és memória folyamatában is, amely a pszichoterápiás intervenciók hatékonyságának kulcstényezője (Cox és mtsai, 2016).

Ha a szorongásos betegséghez alvászavar is társul, a kezelés során érdemes lépésenként haladni. Hatékonyabb lehet, ha előbb az alvásproblémát próbáljuk meg – akár átmeneti megoldásokkal – rendezni, mintha a két tünetegyüttest egyszerre, szem előtt tartva annak a terápiában szerzett kognitív és emocionális élmények konszolidációjára és a beteg compliancerea gyakorolt kedvező hatását.

c) Szomatikus betegségek

A stresszreakció során aktiválódik a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese kéreg tengely, emelkedik a stresszhormonok szintje és szimpatikus túlsúly alakul ki. A súlyos, hosszantartó (vagy rekurrens) szorongás esetén ez az egyébként adaptív válasz állandósul, a szervezet nem tud regenerálódni. Ez negatívan hat valamennyi szervrendszer működésére, és az egyéni hajlamtól, illetve társbetegségektől függően testi tünetek, betegségek kialakulásához, súlyosbodásához vezet (Culpepper és mtsai, 2009).

A kapcsolat azonban itt is kétirányú. Például a krónikus obstruktív tüdőbetegségek (COPD) akut exacerbációja és az abból való felépülés során nagyobb eséllyel lépnek fel és súlyosbodnak a szorongásos/depresszív tünetek, mint a krónikus szakban (Maurer és mtsai, 2008). Ismert továbbá, hogy a szorongásos zavarral élő páciensek ugyanolyan súlyosságú testi betegségek tüneteit rosszabbnak érzik, a betegségterhet nagyobb tudatossággal élik meg, mint a mentálisan egészséges páciensek (Katon és mtsai, 2007).

Ez a kölcsönös kauzális viszony különösen nagy jelentőséggel bír a krónikus fájdalomszindrómákban, amelyekhez GAD szövődik a leggyakrabban: migrénes pácienseknél 3–4-szer, krónikus hátfájással élőknel 2,5-ször gyakoribb, mint az átlag populációban (*McWilliams és mtsai, 2004*).

A szorongás szerepe a fájdalom krónicizálódásában (Woo, 2010):

- katasztrofizálás (prognosztikai jelentőségű),
- hipervigilancia (a fájdalomhoz köthető jelenségek irányában),
- félelem és elkerülő viselkedés (a fájdalommal társított aktivitásokkal szemben, jelentősen nehezíti a rehabilitációt).

Kockázati tényezők:

- inadekvát akut fájdalomcsillapítás,
- elképzelések, hiedelmek a fájdalommal és betegséggel kapcsolatban,
- testkép megváltozásával járó sebészeti beavatkozások,
- az akut szakban fellépő szorongásos/depresszív zavar,
- túlvédő, a katasztrofizálást támogató család.

A szorongással összefüggő további szomatikus egészségügyi problémák a teljesség igénye nélkül: reumatoid arthritisz, gyomor- és nyombélfekély, irritábilis bélszindróma, kardiovaszkuláris betegségek, hipertireózis, diabetes mellitus, asztma, COPD és a reprodukív rendszer zavarai (pl. erektilis diszfunkció, premenstruációs szindróma).

Bizonyított például, hogy a tartós szorongás más ismert rizikófaktoroktól függetlenül 2–8× növelheti a koronáriabetegség incidenciáját és a vele összefüggő halálozást (*Bánki, 2006*). Sőt, a legsúlyosabb fóbiás szorongással élők 60%-kal nagyobb eséllyel kapnak szívrohamot és 31%-kal nagyobb eséllyel halnak meg annak következtében, mint az enyhébb tünetekkel élő betegtársaik (*Albert és mtsai, 2005*). A COPD-s pácienseknek pedig gyakrabban van szüksége kórházi kezelésre, ha szorongásos kórkép is fennáll. Lényeges tehát, hogy a szorongásos za-

var (súlyossága) nem csak a megbetegedés, hanem a betegséglefordulás szempontjából is jelentős tényező.

d) Életminőség

Valamennyi szorongásos zavar szignifikánsan csökkenti az életminőséget (QOL) a társbetegségektől és a szociodemográfiai tényezőktől függetlenül. Olatunji és mtsai, (2007) meta-análízise szerint a szociális fóbia kivételével a kórképek a QOL mind az 5 doménjét befolyásolják (fizikai; mentális egészség; munkahelyi funkciók; szociális kapcsolatok; otthon és család), ugyanakkor a páciensek a szociális funkciók és a mentális egészség terén észlelik a legnagyobb problémát. Az életminőség romlása szempontjából a legveszélyeztetettebbek a PTSD-ben szenvedő páciensek: 59%-a súlyos QOL-romlásról számol be. Ugyanez az arány szociális fóbia esetén például 21% (*Rapaport és mtsai, 2005*).

11.3. Protektív faktorok

Az öngyilkosság szempontjából védő tényező az alap- és társbetegségek adekvát kezelése, jó családi, illetve szociális támogatás, vallásosság, a halálos módszerek nehezebb elérhetősége, rendszeres fizikai aktivitás, sportolás. Heteroagresszió szempontjából utalunk a már ismertetett protektív faktorokra.

11.4. Prevenció

A szorongásos zavarok rövid és hosszú távú kezelésében szerep jut a farmako- és pszichoterápiának egyaránt. Ennek részleteit illetően utalunk a Pszichiátriai Szakmai Kollégium irányelveire. Ezen felül, a kórképek kezelés szempontjából kiemelt jelentősége van a komorbid alkohol- és droghasználat felismerésének és kezelésének (*Elbogen és mtsai, 2014; MacManus és mtsai, 2013*).

A testi betegségek megelőzése, kezelése és rehabilitációja szempontjából kardinális kérdés a szorongás felismerése és megfelelő terápiája, mely már önmagában javíthatja az akut és krónikus kórképek kimenetelét és a páciens életminőségét.

A szorongásos zavarral és szomatikus társbetegséggel élő páciens egyéni kezelési tervének felállításakor (*Hoehn-Saric, 2007; Katon és mtsai, 2007*):

- Nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a szorongásos tünetek a testi panaszok köré rögzülnek, ezért fel kell térképezni az aggodalmakat, az arousal szintjét, a szomatikus panaszokat és azok viselkedéses következményeit.
- A fel nem ismert szorongás a terápia ineffektivitásának látszatát keltheti, így felesleges gyógyszer módosításokra kerülhet sor és csökkenhet a compliance.
- Első a szomatikus kivizsgálás, majd át kell beszélni a pácienssel az észlelt testi tünetek közül melyek lehetnek a szorongás és melyek a testi betegség következményei.
- A testi állapot észlelése általában nem „a valós” fiziológiai státuszt tükrözi, nagyban függ az emocionális állapottól és a figyelmi fókuszról, éppen ezért akut stressz és szorongás esetében még inkább torzulhat.
- A szorongás egyik leggyakoribb fizikai jele a fokozott izomfeszülés, melyet a páciensek ritkán érzékelnek vagy tudnak kontrollálni.
- Ha a fizikai tünetek dominálnak, relaxációs technikák, ha a pszichés tünetek, akkor inkább kognitív-viselkedésterápiás technikák kerülhetnek előtérbe.
- A testi tünetek kezelése önmagában általában nem elegendő terápiás beavatkozás.
- A farmakoterápia adverz hatásai fokozott figyelmet igényelnek (pl. triciklikus antidepresszánsok kardiovaszkuláris kórképekben, SSRI-ok irritábilis bélszindrómában súlyosbíthatják a panaszokat).

- A hiperarousal állapot napközben feszültséget, éjszaka alvászavart okoz.
- Ha a krónikus betegségekhez szorongásos/depresszív zavar társul, gyakran csökken az adherencia az életmód-változtatás és farmakoterápia iránt.

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

A szorongásos zavarok a leggyakoribb pszichiátriai kórképek közé tartoznak, gyakran társulnak más mentális és szomatikus panaszokhoz, illetve betegségekhez, így egyénre szabott kivizsgálási és terápiás tervre, a szakemberek részéről pedig átfogó, holisztikus szemléletre és szoros együttműködésre van szükség. A szorongás hatékony hosszú távú kezelése javíthatja az általános klinikai kimenetelt, a rehabilitáció sikerességét, valamint a páciens életminőségét, és csökkentheti a mortalitási – beleértve az öngyilkossági – kockázatot.

IRODALOM

- Albert, C.M., Chae, C.U., Rexrode, K.M., Manson, J.E., Kawachi, I. (2005) Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation*. 2005 Feb 1. 111(4), 480–7.
- Bánki, M.Cs. (2006) [Anxiety as an independent cardiovascular risk]. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2006 Mar. 8(1), 5–11.
- Bentley, K.H., Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Kleiman, E.M., Fox, K.R., Nock, M.K. (2016) Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 43, 30–46.
- Boettcher, J., Åström, V., Pålsson, D., Schenström, O., Andersson, G., Carlbring, P. (2014) Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2014 Mar. 45(2), 241–53.

- Bolton, J., Cox, B., Clara, I., Sareen, J. (2006) Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis.* 2006 Nov. 194(11), 818–25.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C. (2005) Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res.* 2005 Sep 15. 136(2–3), 153–62.
- Cox, R.C., Olatunji, B.O. (2016) A systematic review of sleep disturbance in anxiety and related Disorders. *J Anxiety Disord.* 2016 Jan. 37, 104–29.
- Culpepper, L. (2009) Generalized anxiety disorder and medical illness. *J Clin Psychiatry.* 70 Suppl 2, 20–4. Review. PubMed PMID: 19371503.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., Croghan, T.W. (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000 Jul. 24. 160(14), 2101–7.
- Elbogen, E.B., Johnson, S.C., Wagner, H.R., Sullivan, C., Taft, C.T., & Beckham, J.C. (2014) Violent behaviour and post-traumatic stress disorder in US Iraq and Afghanistan Veterans. *British Journal of Psychiatry.*
- Hoehn-Saric, R. (2007) Treatment of somatic symptoms in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Times.* 24(3), 34–36.
- Kanwar, A., Malik, S., Prokop, L.J., Sim, L.A., Feldstein, D., Wang, Z., Murad, M.H. (2013) The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety.* 30(10), 917–929.
- Katon, W., Lin, E.H., Kroenke, K. (2007) The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007 Mar-Apr. 29(2), 147–55.
- Katon, W., Lin, E.H., Kroenke, K. (2007) The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007 Mar-Apr. 29(2), 147–55.
- MacManus, D., Dean, K., Jones, M., Rona, R.J., Greenberg, N., Hull, L., Fahy, T., Wessely, S., & fear, N.T. (2013) Violent offending by UK military personnel deployed to Iraq and Afghanistan: a data linkage cohort study. *Lancet*, 381, 907–917.
- Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S., és mtsai. (2008) Anxiety and Depression in COPD: Current Understanding, Unanswered Questions, and Research Needs. *Chest.* 134(4 Suppl), 43S–56S. doi:10.1378/chest.08-0342.
- McWilliams, L.A., Goodwin, R.D., Cox, B.J. (2004) Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain.* Sep. 111(1–2), 77–83.
- Nepon, J., Belik, S-L., Bolton, J., Sareen, J. (2010) The Relationship Between Anxiety Disorders and Suicide Attempts: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and anxiety.* 27(9), 791–798. doi:10.1002/da.20674.

- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., Lee, S. (2008) Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*. 30(1), 133–154.
- Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R.C., Angermeyer, M., Beautrais, A., és mtsai Williams, D.R. (2009) Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO world mental health surveys. *PLoS Medicine*. 6(8), e1000123.
- Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N.A., Kessler, R.C. (2010) Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*. 2010a;15(8), 868–876.
- Norman, S., Elbogen, E.B., Schnurr, P.P. (2014) Research Findings on PTSD and Violence. US Department of Veteran Affairs, National Center for PTSD.
- Olatunji, B.O., Cisler, J.M., Tolin, D.F. (2007) Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2007 Jun. 27(5), 572–81.
- Pavlou, M.P., Lachs, M.S. (2008) Self-neglect in Older Adults: a Primer for Clinicians. *Journal of General Internal Medicine*. 23(11), 1841–1846. doi:10.1007/s11606-008-0717-7.
- Rapaport, M.H., Clary, C., Fayyad, R., Endicott, J. (2005) Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2005 Jun. 162(6), 1171–8.
- Rihmer Z. (2007) Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiat* 20, 17–22.
- Rudd, M.D., Berman, A.L., Joiner, T.E., Nock, M.K., Silverman, M.M., Mandrusiak, M., és mtsai Witte, T. (2006) Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-threatening Behavior*. 36, 255–265.
- Szádóczky E., Papp Zs., Vitrai J., Füredi J. (2000) A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orvosi Hetilap*, 141(1), 17–22.
- Thibodeau, M.A., Welch, P.G., Sareen, J., Asmundson, G.J. (2013) Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples. *Depress Anxiety*. 2013 Oct. 30(10), 947–54.
- Wenzel, A., Beck, A.T. (2008) A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*. 12, 189–201.
- Woo, A.K. (2010) Depression and Anxiety in Pain. *Reviews in Pain*. 4(1), 8–12.

12. KÉMIAI ÉS VISELKEDÉSI ADDIKCIÓK

Andrássy Gábor

A függőségek kialakulásában számos pszichiátriai, pszichoszociális és demográfiai tényező játszik szerepet. Az addikciók igen sokfélék lehetnek, az általuk hordozott veszélyek nagysága és milyensége is igen széles skálán mozog. Az okok és következmények eme sokszínűségében mégis vannak közös pontok. A fejezetben a hasonlóságokra helyezve a hangsúlyt egy általános, gyakorlati haszonnal is bíró összefoglalást nyújtunk a függőségek, függők és az őket körülvevő egészségügyi és szociális problémák megértéséhez, felismeréséhez, megelőzéséhez.

12.1. Bevezetés

A függőségek etiológiai szempontból összetett állapotok, melyet számos genetikai, illetve környezeti kockázati faktor eredményez.

Emberek milliói vannak kitéve addiktív szereknek (például a fájdalom orvosi ellátása során) túlnyomó többségük azonban nem válik függővé. A kezdeti használat valószínűségét és a patológiás használat előrehaladásának valószínűségét befolyásolják belső tényezők (pl. genotípus, nem, életkor, korábban meglévő addiktív rendellenesség vagy más mentális betegség), külső tényezők (pl. a kábítószer-hozzáférhetőség, a kortársak hatása, a szülői minták, a társadalmi-gazdasági helyzet), valamint a függőséget okozó ágens (pl. pszichoaktív tulajdonságok, farmakokinetika, használati mód vagy alkalmazás) jellege. E tényezők relatív fontossága az egész életen át és a függőség különböző fázisaiban változik. Például a kortárs hatások és a családi környezet a legfontosabb az expozíció és a kezdeti használati mintázat szempontjából, miközben a genetikai tényezők és a pszichopatológia kiemelkedőbb szerepet játszanak a problematikus használatba való átmenetben.

Az addikciók kialakulását a gének és környezet kölcsönhatásának tulajdonítjuk. Az eddig felfedezett gének különböző utakon fejtik ki hatásukat: a szer megváltozott anyagcseréjén keresztül (az alkohol- és a nikotin-anyagcsere génváltozatai) egy receptor megváltozott funkcióján keresztül (a nikotinreceptor, amely megváltoztathatja a nikotin kötődését) és a függőség általános mechanizmusai révén (olyan gének, mint a monoamin-oxidáz A és a szerotonin transzporter, amelyek modulálják a stresszválaszt, az érzelmeket és a viselkedési kontrollokat).

A függőséggel szembeni sebezhetőségben érintett gének magukban foglalják mind az anyagspecifikus géneket, mind a géneket, amelyek a különböző hatóanyagoktól független közös utakon és más pszichiátriai rendellenességekben is működnek. Az anyagspecifikus

gének közé tartoznak az anyag metabolizmusában részt vevő metabolikus enzimek génjei (pl. ALDH2, ADH1B), valamint a kapuzó ioncsatornák, (pl. nikotinreceptorok, OPRM1) kódoló gének.

Az addikció életet veszélyeztető, progresszív betegség, gyakori komorbiditással. Az ellátás során számos kockázati tényező merül fel az addikció formája, a komorbid állapotok és a szociális háttér függvényében. Gyakori a többszörös függőség, így a valamely függőségben szenvedő fokozott kockázatnak van kitéve egyéb függőségeknek (pl.: alkohol-szerencsejáték, alkohol-gyógyszer, testépítés-szteroid, internet-energialtal), illetve a függőség váltásának (alkoholizmus-munkafüggőség, alkohol-evés). Az addikciókhoz gyakran társuló impulzus-kontroll-zavar önmagában is jelentős kockázata az öngyilkosságnak, ám ezt tovább növelik a következményesen/párhuzamosan fennálló pszichiátriai, illetve krónikus szomatikus betegségek. A szerhasználat, illetve komorbid betegségek kölcsönösen hatnak egymásra, kölcsönösen erősíthetik egymás romboló hatását egyfajta lefelé tartó spirál formájában (pl. alkohol-depresszió). Az addikciók (mind kémiai, mind viselkedési) és egyéb pszichiátriai problémák kezelése során használt benzodiazepinek jelentősen növelik a függőség, a többszörös függőségek, a szerváltság, valamint az öngyilkosság kockázatát. Használatuk visszaszorítása, erős kontrollálása alapvető kérdés a betegellátásban. Magyarországon jelenleg az alkohol jelenti a legáltalánosabb addiktológiai problémát.

Az addikció kockázatát növelő biológiai és környezeti tényezők:

Biológiai faktorok:

- genetika,
- pszichiátriai megbetegedés,
- nemi különbségek,
- életkor.

Környezeti faktorok:

- családi tényezők,

- csoportnyomás,
- stressz,
- az anyag és a bevitel formája.

A betegség lefolyásával kapcsolatos leggyakoribb kockázat a gondozásból való kiesés, valamint a relapszus, melyek esélye hullámzó mértékben, ám gyakorlatilag élethosszig fennáll. Hatással van rá a sóvárgás mértéke, személyiségvonások, életesemények, komorbid állapotok. A függőség milyenségétől függően számos szomatikus, illetve pszichiátriai betegség, állapot kialakulása lehetséges, melyek kialakulásának kockázata jelentősen csökkenthető megfelelő ellenőrzéssel. A szerhasználatból közvetlenül is adódnak kockázatok, melyek közvetlenül megjelenhetnek az ellátásban. Ilyenek az intoxikáció és a használatból adódó, a szer milyenségétől függő szomatikus és pszichés károsító hatások, melyeket kezelni szükséges, így az ártalom csökkenthető. A szerhasználók közt, különösen a dizájner-drog használóknál, igen gyakori a szerváltás, illetve multidroghasználat, míg viselkedési addikciók kezelése során tünetváltás, illetve komorbid szerhasználat fordulhat elő. A komorbid pszichiátriai betegek, illetve krónikus, az életminőséget rontó szomatikus betegségben szenvedők, krónikus fájdalommal élők a szerhasználat kockázatának különösen kitett csoportok.

12.2. Kémiai addikciók

A függőségekkel (szer, és viselkedési) kapcsolatos általános kockázatok:

- kiesés a gondozásból,
- relapszus,
- szerváltás/tünetváltás,
- többszörös függőségek kialakulása.

A szerrel közvetlen kapcsolatban lévő kockázatok (egyes szerek esetén eltérő lehet):

- túladagolás kockázata (tolerancia csökkenése, ismeretlen szerek, magányos szerhasználat, szerek keverése),
- a bevitel módjával összefüggő kockázatok (szájon át, inhalálás, felszippantás, intravénás használatból adódnak, pl.: fulladás, bronchitis, szisztémás fertőzések, HIV, Hepatitis B és C, TBC),
- magatartásváltozás (gátlástalanság, erőszakos viselkedés, kockázatkeresés, veszélyeztetés),
- megvonás (mely olykor életet veszélyeztető állapotot eredményezhet).

Önkárosítás:

- öngyilkosság (kockázati tényezők gyakran megegyeznek az általános kockázatokkal, azonban egyes tényezőknek jobban kitettek),
- testi betegség (pl. májkárosodás, neurológiai problémák, mozgáskorlátozottság),
- pszichiátriai megbetegedések (pl. pszichózis, depresszió, demencia),
- szociális, egzisztenciális, életvezetési problémák (jövedelem, táplálkozás, lakhatás, higiéné, izolálódás, kriminalizálódás, áldozatul esés).

Otthon, család veszélyeztetése:

- nemkívánt terhesség, szerhasználat terhesség során,
- gyermek, (házas)társ (alapvető szükségletek, bántalmazás, drog hozzáférhetősége, érzelmi szükségletek, viselkedésminták).

Környezet veszélyeztetése:

- forgalomban részvétel,
- munkavégzés (pl. darukezelő, orvos).

Szerhasználók esetén a betegellátás során számos, nem egészségügyi természetű kockázat is felmerül, ilyenek az agresszió, illetve a gon-

dozót üzletszerzésre használók (gyógyszerekkel üzletelés, különösen benzodiazepinek, fájdalomcsillapítók).

12.3. Viselkedési addikciók

A viselkedési függőségek felismerése, kezelése nehezebb, romboló hatásuk kevésbé közvetlen és szembeszökő. Közülük leginkább a játékfüggőség ismert, mivel szociális destruktív hatása a nagymérvű anyagi megterhelés miatt igen korán jelentkezhet. Legismertebbek a játék-, munka-, vásárlás-függőségek, a problémás internethasználat, testedzésfüggőség és étkezéssel kapcsolatos problémák. Rizikófaktoraik gyakorlatilag megegyeznek a kémiai addikciókéval. A problémákat súlyosbíthatja a komorbid szerhasználat, a fokozott szuicid kockázat (pl. testépítők, játékfüggők).

Tekintettel a viselkedési függőségek igen heterogén voltára, a bennük rejlő kockázat is igen sokféle.

Általánosságban elmondhatók az alábbiak:

- a szociális/egzisztenciális hatásai a szerhasználókéhoz hasonlóak,
- a szuicid kockázat a szerhasználókhoz képest kisebb,
- az egészségügyi kockázatok általában kisebbek és más természetűek,
- az agresszivitás, illetve fizikai veszélyeztetés kockázata kisebb, mint a szerhasználóknál.

Ezek alól némiképp kivételek:

- testedzés-függőség – melynél gyakori a komorbid szteroid-, stimuláns-használat, ezáltal a közvetlen egészségügyi veszélyeztetettség, a szuicídium, illetve az agresszivitás kockázata nagyobb,
- szerencsejáték-függőség – gyakori komorbid szerhasználat, előtérben lévő pénzügyi következmények miatt a kriminalizálódás, az áldozatul esés, illetve a szuicídium kockázata nagyobb (Karlsson és

Håkansson, 2018; Giovanni és mtsai, 2017; Battersby és mtsai, 2006; Petry és Kiluk, 2002).

12.4. Az aktuális kockázat felmérése

Az aktuális kockázat felméréséhez szükséges:

- részletes szomatikus anamnézis (különös tekintettel a krónikus fájdalommal járó betegségekre, illetve az életminőséget nagyban befolyásoló állapotokra),
- pszichiátriai anamnézis,
- szociális anamnézis (lakás, munkahely, család, higiénés körülmények)
- a szer használatának/problémás viselkedésnek formája, mennyisége, rendszeressége, mintázata, triggerrei,
- fentiek monitorozása (Szerhasználat. A felírt/használt gyógyszerek monitorozása: fogyasztás sebessége, rákérdezés egyéb helyen felírt gyógyszerekre, egyéb beszerzésekre).

Tekintettel az addikciók – így a bennük rejlő kockázatok – sokféleségére, betegenként eltérő stádiumára, általános monitorozó eszköz nem létezik. A monitorozásban segíthet: Random vér-/vizeletteszt (beleegyezéssel) – Kannabinoid, opiát, BDZ, katinon, alkohol stb., HIV, hepatitis B- és C-vírus, terhesség. Szomatikus állapot rendszeres kontrollja megfelelő szakorvosnál, háziorvosnál.

Szerhasználat (alkohol és egyéb) felmerülésekor az igen rövid, 4 kérdéses eszköz a CAGE-AID (CAGE Questions Adapted to Include Drug Use) kitöltése ajánlott, valamint igen jól használható az Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív, illetve a SADQ-C (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire) (*Stockwell és mtsai, 1994*).

Fájdalommal élők opioid használatának felmérésére a SOAPP-R (Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain–Revised) ja-

vasolt. Játékfüggőség esetén a South Oaks Gambling Scale (SOGS) nyújthat segítséget. Szerhasználat monitorozására leginkább a DAST-10 ajánlott, egyszerűsége és széleskörű használhatósága miatt (10 kérdéses Drug Abuse Screening Test, mely alkalmas felírt gyógyszerek túlhasználatának felmérésére, illetve nem-medikális szerek monitorozására (*Gerevich és mtsai, 2012*)).

12.5. Jogi kérdések

A kezelés kapcsán olykor felmerülhetnek rendőrségi ügyek, olykor ilyen irányú motiváció a kezelésben. A rendőrség/bíróság adatigénnyel jelentkezhet. Ilyen esetekben a beteg- és személyiségi jogok betartása és a pontos dokumentáció kiemelten fontos.

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

Az addikciók kezelésében elsődleges a rászorulók felismerése, szűrése – különösen a veszélyeztetett populációban –, illetve a kezelés irányában a megfelelő motiváció kialakítása. A kezelés céljainak kialakításánál figyelembe kell venni a beteg aktuális igényeit, olykor be kell érnünk – legalább átmenetileg – a részleges absztinencia elérésével, ártalomcsökkentéssel. Fontos a beteg gondozásban tartása. A kezelés nem szorítkozhat csupán a biológiai kezelésre, szükséges a rehabilitáció, a szociális háttér rendezésében segítségnyújtás, közösségi terápiák. Az absztinencia fenntartásának egyik legfontosabb eleme a craving (sóvárgás) kezelése. Az addikciók kezelése javít(hat)ja a beteg szomatikus és pszichiátriai panaszait (hangulat, memória, interperszonalis konfliktusok), így komorbid függőségek esetén ezt figyelembe kell vennünk.

IRODALOM

- Ascher, M., Levounis, P. (2015) Viselkedésfüggőségek. M. A., OrioldBooks.
- Battersby, M., Tolchard, B., Scurrah, M., Thomas, L. (2006) Suicide Ideation and Behaviour in People with Pathological Gambling Attending a Treatment Service. *Int J Ment Health Addiction*. 4, 233–246.
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G. és mtsai (2016) Type of gambling as an independent risk factor for suicidal events in pathological gamblers. *Psychol Addict Behav*. 30(2), 263–9.
- Brown, R., Rounds, L. (1995) Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *Wisconsin Medical Journal*. 94(3), 135–140.
- CAGE kérdőív, Gerevich J., Bácskai E. (2012) Korszerű mérőmódszerek az addiktológiában. Semmelweis Kiadó. <http://www.bhevolution.org/public/document/cage-aid.pdf>
- Dragisic, T., Dickov, A., Dickov, V., Mijatovic, V. (2015) Drug Addiction as Risk for Suicide Attempts, *Mater Sociomed*. 27(3), 188–191.
- Drug misuse and dependence UK guidelines on clinical management; Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive (2007).
- Ducci, F., Goldman, D. (2012) The Genetic Basis of Addictive Disorders, *Psychiatr Clin North Am*. 35(2), 495–519.
- Fong, T. (2005) The Biopsychosocial Consequences of Pathological Gambling. *Psychiatry (Edmont)*. 2(3), 22–30.
- Gerevich J., Bácskai M., Rózsa S. (2006) Az alkohollal kapcsolatos zavarok szűrése: a CAGE hazai adaptációja. *Psychiatr Hung*. 21(1), 77–83.
- Giovanni, M., Fabiola, S., Federica, F., Mariangela, C., Nicola, P., et al. (2017) Gambling Disorder and Suicide: An Overview of the Associated Co-Morbidity and Clinical Characteristics. *Int J High Risk Behav Addict*. 6(3):e30827. doi: 10.5812/ijhrba.30827.
- Grucza, R., Krueger, R., Racette, S. (2010) The Emerging Link Between Alcoholism Risk and Obesity in the United States és mtsai. *Arch Gen Psychiatry*. 67(12), 1301–1308.
- Karlsson, A., Håkansson, A. (2018) Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *Journal of Behavioral Addictions* 7(4), 1091–1099.
- Konopka, A., Mak, M., Grzywacz, A., Murawiec, S., Samochowiec, J. (2017) Genetic and psychosocial factors for benzodiazepine addiction. An analysis based on the results of the authors' own research conducted in a group of benzodiazepine addicted and non-addicted individuals. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. 71(0), 205–213.
- Miller, N., Mahler, J., Gold, M. (1991) Suicide risk associated with drug and alcohol dependence. *J Addict Dis*. 10(3), 49–61.
- Monaghan, L. (2001) *Bodybuilding, Drugs and Risk*, USA, Routledge.

- Petry, N.M., Kiluk, B.D. (2002) Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Treatment-Seeking. Pathological Gamblers. *J Nerv Ment Dis.* 190(7), 462–469.
- SADQ-C Alkoholfüggőség súlyossága kérdőív, 75 papír-ceruza teszt, Animula kiadó.
<https://www.smartcjs.org.uk/wp-content/uploads/2015/07/SADQ.pdf>
- Stephens, M.C., Wand, G.: Stress and the HPA Axis: Role of Glucocorticoids in Alcohol Dependence. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arc344/468-483.html>
- Stockwell, T., Sitharan, T., McGrath, D., Lang (1994) The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. *Addiction*, 89, 167–174.
- Yuodelis-Flores, C., Ries, R. (2015) Addiction and suicide: A review. *Am J Addict.* 24(2), 98–104.

13. DEMENCIÁK, ORGANIKUS ÉS IDŐSKORI PSZICHIÁTRIAI KÓRKÉPEK

Kovács Attila István

A lakosság öregedése miatt a demenciával összefüggésbe hozható társadalmi terhek egyre növekvő mértékűek. Áttekintjük a demenciatípusok kialakulását elősegítő és mérséklő tényezőket, a már kialakult betegség tüneteinek a betegre és közvetlen környezetére irányuló negatív hatásait, továbbá támpontokat adunk demencia – pszudodemencia elkülönülésére, az önálló életvitel, vagy az egyedülhagyhatóság elbírálásához, illetve kitérünk a jó prediktív értékekkel bíró pszichometria teszt, modern biomarker-vizsgálatok jelentőségére is.

13.1. Bevezetés

A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban a születéskor várható élettartam egyre növekvő volta miatt a populációban érthetően megnő azon betegségek gyakorisága, amelyek tipikusan időskorban jelentkeznek. Ezek közül kiemelkedő szerepe van a mentális hanyatlással járó kórképeknek. A demenciák alaptünetei az emlékezetzavar, apraxia, afázia, agnózia, az egzekutív működés zavara és a szociális készségek csökkenése. Osztályozásuk történhet életkor, súlyosság, kimenetel (reverzibilis-irreverzibilis), az érintett agyi struktúrák, kiváltó tényezők (primer-szekunder) alapján.

13.2. Leggyakoribb demenciatípusok kialakulásának gyakoriságát elősegítő és mérséklő tényezők

Az Alzheimer-kór a neurokognitív zavarok leggyakoribb formája. A demenciák 60–70%-a felelhet meg ennek a betegségnek. Számos kockázati tényezőt hoztak összefüggésbe az Alzheimer-kórral, ezek más demenciatípusban is megjelennek, így a hazánkban gyakoriságban második helyen rangsorolt vaszkuláris demenciában is.

Vannak arra utaló jelek, hogy az Alzheimer-kór rendelkezik vaszkuláris komponenssel is. Az Alzheimer-demencia és a vaszkuláris eredetű demencia közötti határ elmosódottsága már korábban is ismert volt. Mindkét kórkép esetében kockázati tényező a magas vérnyomás. Ez középkorú felnőtteknél bizonyítottan emeli a kór előfordulási gyakoriságát. Idősebb életkor esetében azonban vannak fordított hatást igazoló tanulmányok is, ezek a fordított ok-okozat jelenlétét erősítik. Hasonló viszonyok vonatkoznak a testtömeg index (BMI) értékekre is. Magasabb BMI (body mass index) fokozott rizikóval jár. Ugyanakkor mivel a demencia idővel fogyással jár, így a későbbiekben a demenciák inkább alacsonyabb BMI-vel mutatnak összefüggést.

Szintén kockázati tényező a magas koleszterinszint, amely pozitív összefüggést mutat az amyloid halmozódással. A magasabb koleszterinszintre is igaz, hogy főleg középkorúakban számít jelentős kockázati tényezőnek.

A diabetes mellitus kis ereket érintő betegséggel jár, ezért fokozott a vaszkuláris károsodás lehetősége. A vér-agy gát károsodás jelenléte is megfigyelhető. Az inzulinbontó enzim csökkent szintézise hozzájárul az amyloid felhalmozódásához. A hyperinsulinaemia a glycogen synthase kinase 3 beta enzimen keresztül pedig a tau-fehérje foszforilációját segíti elő.

A dohányzás főként, mint vaszkuláris betegségek kockázati tényezője ismert. Emellett meg kell említeni, hogy a középkorú felnőtteknél a dohányzás APOE4-hordozók esetében önmagában is fokozta az Alzheimer-kór kialakulásának a kockázatát nem vaszkuláris tényezőkön át. Akik nem hordozták ezt az allélt, azoknál már nem volt megfigyelhető ez a jelenség.

A jobb iskolázottság védő hatású. Ezt a jelentősebb kognitív tartálékkal magyarázhatjuk. A fizikai aktivitás szintén pozitív hatású. A mérsékelt alkoholfogyasztás szintén védő hatású lehet. Az alkohol túlzott fogyasztása viszont növeli az Alzheimer-kór kialakulásának kockázatát (*Imtiaz és mtsai, 2014*).

A vörösbort is rendelkezik védő hatással, segíti az antioxidáns enzimek aktivitását. Ezt a hatását alkoholtartalom nélkül is kifejti (*Noguer és mtsai, 2012*).

13.3. Depresszió – Demencia – Pszeudodemencia

Magyarországon minden adott hónapban több mint 200.000, és minden évben közel 700.000 major depressziós beteggel kell számolni,

akik közül csak mintegy 40–45% áll aktuálisan orvosi kezelés alatt (Szádóczy és mtsai, 2000).

A depressziók egy részében észlelhető negatív kognitív tetrád jól ismert (Tringer, 1986). Emellett a régebbi kutatások a depressziókhoz társuló neurokognitív zavarokat elsősorban a depresszióban gyakran észlelhető csökkent memória-funkciókra korlátozták, amikor is idő-

13/1. táblázat

Támpontok a demencia és pszeudodemencia elkülönítésére

Családi anamnézis	Affektív betegség	Demencia
Egyéni kórelőzmény	Depresszió (esetleg mánia is)	Személyiségváltozás
Panasz az emlékezetre	Előtérben áll	Gyakran hiányzik
Magatartás a vizsgálatnál	Elutasító („nem tudom” válaszok)	Együttműködő, készséges („majdnem jó” válaszok)
Teljesítmény	Indokolatlanul hullámzó	Egyenletes, de hamar fárad
Tájékozódás	Lassú, jelentős eltérés nincs	Időbeli tájékoztatlanság
Sikerélmény a vizsgálatnál	Ha elfogadja a feladatot, van	Van
Reakció a kudarcra	Közömbös	Kétségbeesik
Mimika	„Melankólikus omega”	Kifejezéstelen
Affektivitás	Csak negatív irányú	Labilitás
Öngyilkossági gondolatok	Lehetségesek	Nincsenek
Téveszmék	Lehetségesek, hangulatvezéreltek	Többnyire nincsenek, ha van, inkább paranoid
Egyéb	Depresszió biológiai jelei	Kortikális tünetek

sebb depressziós betegeknél a depresszió során jelentkező megjegyző és felidéző emlékezet zavart kellő mérlegelés híján demenciának minősítették. Ez a „pszeudodemencia” azonban megszűnik a depresszió eredményes kezelése során bekövetkező gyógyulást követően (*Rihmer, 1994*). Ugyanakkor a depresszió esetén észlelhető kognitív funkciók zavara ennél jóval szélesebb és összetettebb problémakört jelent, mivel a depresszió alapvetően változtatja meg a környezetünkhöz való viszonyulást. Ismételt vizsgálatok igazolják, hogy a verbális és vizuális rövid- és hosszú távú memória, a figyelem, a pszichomotoros teljesítmények és a végrehajtó funkciók egyaránt károsodnak depresszióban, és ezek a deficitek alapvetően (negatív irányban) befolyásolják nemcsak a betegek életminőségét, hanem a megküzdési stratégiákat, valamint a terápiával való együttműködést, illetve a gyógyszeres és kognitív terápiára adott választ is (*Rihmer, 2015*) (*ld. 13/1. táblázat*).

13.4. Diagnosztika menete

- Az átvizsgálás során részletes anamnézis és lehetőleg hetero-anamnézis felvétele.
- Potenciálisan kezelhető okok, így például a hypothyreosis, az anaemia, a B₁₂-vitaminhiány kiszűrése céljából rutin vérkép, elektrolitok, máj- és vesefunkció, B₁₂-vitaminszint és folsav, pajzsmirigyfunkció vizsgálata.
- Vaszkuláris léziók, normál nyomású hidrokefalusz, cerebrális atrófia, hippocampális érintettség, agyi traumák megerősítése vagy kizárása céljából koponya CT- és MR-vizsgálat elvégzése javasolt.

Kiegészítő vizsgálatok

- Syphilis-, HIV-, Lyme-szerológia,
- Gyulladásos markerek,
- Gyógyszer- és drogszint-vizsgálat,
- EKG, EEG, SPECT.

13.5. Pszichometriai tesztek

Demencia szűrésére, súlyosságának megítélésére, követésre használható pszichometriai tesztek:

- Mini Mental State Examination (MMSE) (szűrés, követés),
- Órarajzolósi teszt (szűrés),
- Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) (követés),
- ADAS-Cog (követés),
- Módosított Hachinski Skála (szűrés),
- Geriatric Depression Scale (GDS) (szűrés),
- TYM-HUN (szűrés).

A Teszteld a memóriádat (Test Your Memory – TYM) egy önkitöltős, rövid kognitív szűrőteszt, mely az Alzheimer-kór felismerésére ajánlott. Előnye, hogy gyorsan elvégezhető, kitöltése szakember jelenlétét nem igényli. A magyar változatának (TYM-HUN) validálása Alzheimer-kórban megtörtént. Validitása és specificitása egyaránt 94% *(Koloszvári és mtsai, 2017)*.

13.6. Enyhe kognitív zavar

A kórkép előfordulási gyakorisága a demenciákhoz képest átlagosan kétszer nagyobb az adott korcsoportokban. A diagnózis felállításához megtartott önállóság és végrehajtó funkciók mellett egy vagy több kognitív területen tetten érhető romlás jelenléte szükséges. A még elégséges teljesítmény eléréséhez a páciensnél fokozott erőfeszítés, kompenzációs stratégiák igénybevétele jellemző. Az enyhe kognitív zavar jelentősége, hogy ezekkel a tünetekkel bíró betegek esetében a különböző demenciaformákba való átmenet lényegesen nagyobb, mint az adott korcsoport átlagában. A memóriazavart mutató alcsoport esetében az Alzheimer-kórba, az egyéb kognitív romlást mutató alcsoportoknál a frontotemporális demenciába, Lewy-testes

demenciába való átmenet a jellemző, de vaszkuláris demencia és depresszió is kialakulhat (*Petersen és mtsai, 2008*).

Vizsgálat felállítása során a laboratóriumi szűrővizsgálatok a demenciáknál használtaknak megfelelnek. Agyi képalkotó vizsgálatok közül a koponya CT és lehetőleg MR-vizsgálat elvégzése szükséges.

Az enyhe kognitív zavar vizsgálatára és szűrésére alkalmazható pszichometriai tesztek:

- Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) (nyelv és kultúra független, 30–40 perces vizsgálat) (*Égerházi és mtsai, 2007*),
- az ADAS-Cog (globális kognitív állapotfelmérésre alkalmas, 30–45 perces vizsgálat) (*Papp és mtsai, 2012*),
- „gyorsteszték” – MMSE (*Folstein és mtsai, 1975*), Órarajzoló teszt (*Brodaty és mtsai, 1997*), Korai Mentális Teszt (KMT) (*Kálmán és mtsai, 2013*).

A TYM-HUN teszt validálása enyhe kognitív zavarban folyamatban van.

13.7. A demenciák rizikófaktorai

A demencia kockázatbecslésénél a szakemberek elsődlegesen a betegség kialakulásának kockázatára és a megelőzés lehetőségeire fókuszálnak. A családtagok szemében az elsődleges kockázat az interperszonális kapcsolatok megváltozása, míg a demens pácienseknél a vezető kockázati tényező az identitásvesztés.

Az alábbiakban a már kialakult betegség tüneteinek a betegekre és közvetlen környezetére irányuló negatív hatásait soroljuk fel a teljeség igénye nélkül, azzal a megjegyzéssel, hogy a jól beazonosított kockázati tényezőket mindig csak egyénre szabottan lehet megfelelően értékelni. A kockázat kezelésénél lényeges szempontok az egyéni

szükségletek és a kockázat hatásának ismerete, a kockázattal járó folyamatok kipróbálása és az előre megtervezett intervenciók lehetőségei számbavétele (*Goodchild és mtsai, 2010*).

13.7.1. Enyhe fokú demenciánál jelentkező fontosabb rizikófaktorok

Enyhe fokú demens pácienseknél jellemzően a mindennapi teendők elvégzésénél érhetők tetten különböző, a leépülési folyamatokat megkönnyítő kompenzációs stratégiák (pl. jegyzet készítése, emlékeztetők elhelyezése, készpénz helyett elektronikus fizetési lehetőségek alkalmazása, gyors segítséget adni képes személyek listázása). Ezeknek a mindennapi tevékenységeket megkönnyítő technikáknak a proaktív megismerése, gyakorlása hasznos lehet (*Goodchild és mtsai, 2003*).

Amikor a páciens első alkalommal szembesül a betegségével, az negatívan befolyásolhatja a még meglévő és megfelelően működő képességeit is. A páciens és hozzátartozói számára nyújtott tájékoztatás elégtelensége kockázati tényezővé válhat.

Részvétel közúti forgalomban – vezetés

Kevésbé szabályozott a mindennapokban a vezetői engedély bevonásának módja a képességek hiánya, önmaga és mások veszélyeztetése miatt, mint az engedély megszerzéséé (*Hughes és mtsai, 2002*).

Önálló életvitel – átmeneti, egyedül töltött időszakok otthon

Támpontok az önálló életvitel, vagy az egyedülhagyhatóság elbírálásához:

- Feszült helyzetekben zavartság, megjósolhatatlan viselkedés jelentkezik-e?
- Felismeri-e az olyan veszélyes helyzeteket, mint egy tüzeset?
- Képes-e veszély esetén telefonálni?

- Tud-e segítséget kérni?
- Otthoni környezetben nem válik-e nyugtalanná?
- Tájékozatlanság, menési késztetés megjelenik-e?
- Egyedül maradva agitálttá, lehangolttá válik-e?
- Egyedül maradva kezdeményez-e olyan tevékenységeket, amelyek felügyeletre lenne szüksége? (*National Institute on Aging, 2009*)

13.7.2. Egyéb kockázati tényezők

- Elesés, megbotlás, elcsúszás veszélye különösen nagy azoknál a demens pácienseknél, akiknél valamilyen mozgásszervi probléma is fennáll.

A rizikó csökkentése érdekében az útvonalak akadálymentesítése javasolt. Hosszabb útvonalaknál székek elhelyezése segíthet abban, hogy pihenőt tartson a páciens. Megfelelő lábbeli és ruha használata is csökkenti az elesés lehetőségét.

- Csökkent megértési, figyelmi és koncentrációs képességek miatt fokozott a demens páciensek sérülésveszélye.

Ez csökkenthető egyrészt azzal, hogy megtanítjuk, újratanítjuk a páciens felismerni a veszélyes helyzeteket, az utasításokat többször elmondjuk, illetve a veszélyes helyekre általuk is jól felismerhető figyelmeztető jelzéseket rakunk.

- A fenti két rizikótényező kialakulásához gyakran azokat befolyásoló gyógyszerek, elsődlegesen a benzodiazepinek indokolatlan és túlzott alkalmazása is hozzájárul.

A veszély csökkentése a polipragmázia mérséklésével jelentősen csökkenthető.

- Demens betegeknek a zavart állapotok kialakulásának egyik leggyakoribb oka a kiszáradás.

Ennek veszélyét csökkentheti a megfelelő öltözet kiválasztása, munkavégzés közbe iktatott gyakori pihenők, a rendszeres felhívás a folyadékfogyasztásra, a napos helyek kerülése.

- Szociális helyzet nem megfelelő felismeréséből, szorongásos tünetekből, zavartság által befolyásolt valóságtesztelésből adódóan váratlan és inadekvát reakciók jelenhetnek meg a környezet felé a demens betegek részéről.

A felismerési folyamatok újratanulása, az ellentmondásos, feszültséget okozó tényezők kiiktatása, a megfelelő szintű felügyelet megszervezése segíthet (*Launer és mtsai, 1999*).

13.8. Diogenész-szindróma

Kevésbé ismert viselkedési zavar, mely gyakran más betegségekhez, főleg demenciához társul (*Cipriani, 2012*).

A Diogenész-szindróma részletes leírása (okai, incidenciája, osztályozása, tünettana, kezelése) megtalálható a 6. Elhanyagolás, önelhanyagolás, áldozattá válás alfejezeten belül a 6.1. pontban.

13.9. Biomarkerek jelentősége a korai diagnózisban és terápiában

13.9.1. Diagnosztika

Biomarkerek használata korábbi és pontosabb diagnózis felállítását teszi lehetővé. A páciensek a demencia előrehaladottsági állapotától függően több csoportba oszthatók, így egy adott gyógyszercsoport hatását figyelembe véve olyan csoportok alakíthatók ki, akik esetében nagyobb lehetőség van a sikeres beavatkozásra.

Lényeges tényező, hogy a megfelelő biomarkert a megfelelő időben alkalmazzuk, ennél fogva fontos ismernünk, hogy az egyes markerek időben a tünetek megjelenéséhez és egymáshoz viszonyítva mikor fognak a diagnózist elősegítő eltérést mutatni.

Alzheimer-kór esetében a CSF-markerek közül az A β 1-42 mennyisége fog először csökkenni, a foszforilált tau fehérje mennyiségének emelkedése időben az amyloid központi idegrendszeri jelenlétét jelző PET-eljárások pozitívvá válása után következik be. Ezeket követően, illetve közel egy időben jelentkezik az MRI és az FDG-PET által jelzett hypometabolizmus (*Jack és mtsai, 2013*).

Az utóbbi két módszer által jelzett eltérések is évekkel a klinikai tünetek megjelenése előtt felvethetik az Alzheimer-kór lehetőségét. Mindez azt jelenti, hogy még akár a tünetekkel nem járó, de már az irreverzibilis károsodás megjelenése előtt is széles időablak állhat rendelkezésre a sikeres terápiás beavatkozáshoz.

13.9.2. Terápia

Jelenleg a β -amyloid termelődésének, illetve agyi lerakódásának gátlását célzó kutatások a leggyakoribbak. A β -amyloid aktív vakcinációval (AN-1792) folytatott vizsgálatot ugyan leállították mellékhatásai miatt, de jelenleg is több aktív és passzív immunizációs terápiás eljárás vizsgálata van folyamatban.

Lehetséges a β -amyloid aggregációját gátló peptidfragmensek, illetve az aggregációhoz szükséges Cu²⁺ és Zn²⁺ ionok hatását gátló kelátképzők használata is. A β -amyloid képződéséért felelős proteázok gátlószerei is ígéretesek. A β -szekretáz gátlószereinek fejlesztése napjainkban eredményez olyan kis molekulású vegyületeket, melyek a vér-agy gáton is áthatolnak. A gamma-szekretáz gátlóit már III. fázisú vizsgálatokban kutadják, de ezen az enzimen keresztül fejtheti

ki kedvező hatását a β -amyloid szint csökkentésében az ibuprofen is. A kóros foszforilációt végző enzimek (elsősorban a glikogén-szintáz kináz-3) gátlószereinek fejlesztése a közeljövőben klinikai vizsgálatra alkalmas vegyületeket eredményezhet, hasonlóan a foszfatázok aktivátoraihoz.

E két alapvető mechanizmus mellett több más támadáspontú eljárás vizsgálata is folyik. Kevés betegen végzett vizsgálatok szerint például kedvező az intraventriculárisan adott idegnövekedési faktor (nerve growth factor). A diabetes mellitus kezelésére használt peroxisoma proliferátor aktivált receptor (PPAR) agonista rosiglitazone is javította a memóriát és az exekutív funkciókat (Kovács, 2009).

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

A különböző demenciaformák korai felismerése, a gyógyszeres és szupportív kezelések mielőbbi alkalmazása években kifejezhető haszonnal jár mind a páciens, mind a környezete számára. Az alapellátásban és a szakellátásban szervezett képzési programok és a szervezetfejlesztés jelenthetnek előrelépést.

A háziorvosi praxisban használható önkitöltős TYM-HUN teszt, vagy az aszisztensek által is rövid idő alatt felvehető Korai Mentális Teszt biztosíthatja a lakosság jelentős részénél a korai „gyanújelek” mielőbbi észlelését és szükség szerinti szakellátásba való irányításukat. A döntően átvizsgálást végző „Demencia centrumok”, az utánkövetést, a gyógyszeres kezelést és a gondozói feladatokat ellátó pszichiátriai gondozói hálózat, valamint a demens betegek kognitív készségeinek szinten tartását és fejlesztését is végző Napközi Otthonok, bentlakásos intézetek kialakítása és szoros együttműködése szolgáltathat keretet az eddigi ismereteink hatékonyabb alkalmazásához.

IRODALOM

- Alzheimer Europe. Cost of illness and burden of dementia – The base option. <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Cost-of-dementia/Cost-of-illness-and-burden-of-dementia>.
- Alzheimer Europe. The prevalence of dementia. The basse option. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Hungary>
- Brodaty, H., Moore, C.M. (1997) The Clock Drawing Test for dementia of the Alzheimer's type: A comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic. *Int J Geriatr Psychiatry*. 12(6), 619–27.
- Cipriani, G. és mtsai (2012) Diogenes syndrome in patients suffering from dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 14(4), 455–460.
- Égerházi, A., Berecz, R., Bartók, E., Degrell, I. (2007) Automated Neuropsychological Test Battery (CANTAB) in mild cognitive impairment and in Alzheimer's disease. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 31(3), 746–51. Epub 2007 Jan 16.
- Ersek K., Karpati K., Kovacs T., Csillik G., Gulacsi A.L., Gulacsi L. (2010) [Epidemiology of dementia in Hungary] *Ideggyogy Sz.* 63, 175–182.
- Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975) "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12(3), 189–198.
- Gilmour, H., Gibson, F., Campbell, J. (2003) 'Living alone with dementia: a case study approach to understanding risk', *Dementia*. 2(3), 403–420.
- Goodchild, C. és mtsai (2010) Nothing ventured, nothing gained: risk guidance for dementia. UK Department of Health.
- Hughes, J.C., Hope, T., Reader, S., Rice, D. (2002) Dementia and ethics: the views of informal carers. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 95(5), 242–246.
- Imtiaz, B., Tolppanen, A.M., Kivipelto, M., Soininen, H. (2014) Future directions in Alzheimer's disease from risk factors to prevention. *Biochemical Pharmacology*. 88, 661–670.
- Jack, R.C., Knopman, D.S., Jagust, W.J., Petersen, R.C., Weiner, M.W., Aisen, P.S. (2013) Tracking pathophysiological processes in Alzheimer's disease: an updated hypothetical model of dynamic biomarkers. *The Lancet Neurology*. 12, 207–216.
- Kálmán J. és mtsai (2013) Korai mentális teszt: az enyhe kognitív zavar szűrőtesztjének fejlesztése. *Ideggyogy Sz.* 66(1–2), 43–52.
- Kolozsvári L.R. és mtsai (2017) Validation of the hungarian version of the Test Your Memory. *Ideggyogy Sz.* 70(7–8), 267–272.
- Kovács T. (2009) Az Alzheimer-kór terápiája. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. 2009. XI. 1, 27–33.

- Launer, L.J., Andersen, K., Dewey, M.E. és mtsai (1999) EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease. Results from EURODEM pooled analyses. *Neurology*. 52, 78–84. [PubMed].
- National Institute on Aging (2009) Home Safety for People with Alzheimer's Disease, Bethesda, MD: National institute on Aging. Retrieved 25 February 2010 from. http://www.nia.nih.gov/NR/rdonlyres/A86CA4FA-CAA9-4E8A-8B38F5887EFABF2B/0/HomeSafetyFINAL_08DEC.pdf.
- Noguer, M.A., Cerezo, A.B., Navarro, E.D., Garcia-Parrilla, M.C. (2012) Intake of alcohol-free red wine modulates antioxidant enzyme activities in a human intervention study. *Pharmacological Research*. 66, 609–614.
- Papp E., Pákási M., Drótos G., Kálmán J. (2012) Validation of the Hungarian version of Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-Cog) in patients with mild cognitive impairment. *Psychiatr Hung.* 27(6), 426–34.
- Petersen, C. és mtsai (2008) Mild cognitive impairment: an overview. *CNS Spectr.* 2008. Jan. 13(1), 45–53.
- Rihmer Z. (1994) A depressziók larvált megjelenési formái. *Psychiatr Hung.* 9, 37–48.
- Rihmer Z. (2015) Depresszió és kognitív zavarok – Diagnosztika és terápiás jelentőség. *Psychiatr Hung.* 30 (Különszám 2), 4–5.
- Szádóczky E., Papp Z., Vitrai J. és mtsai (2000) A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orv Hetil.* 141, 17–22.
- Tringer L. (1986) A depressziók kognitív szemlélete. *Psychiatr Hung.* 1, 29–38.

14. SZEMÉLYISÉGSZAVAROK

Réthelyi János

A személyiségzavarral küzdő páciens kezelése gyakran nagy kihívást jelent a pszichiátriai ellátásban, a kezelőszemélyzettől speciális kommunikációs, pszichoterápiás készségeket, illetve agressziókezelési technikákat igényel. A hosszú távú prognózis szempontjából a személyiségzavarok súlyosbító tényezőként hatnak, továbbá a szuicid- és agresszivitási rizikót is nagyban növelik. Mi alapján ismerhető fel a szuicid- és agresszivitási rizikó személyiségzavaros páciensek körében? Erre keressük a választ.

14.1. Bevezetés

A személyiségzavarokat mai pszichiátriai gondolkodásunk szerint az egyén lelki tulajdonságainak dinamikusan létrejövő összességében, azaz a személyiségben megmutatkozó szélsőséges eltérésekként, kiugró vonásokként és ezek hosszú távú következményeiként értelmezzük. Ezek az időben stabilitást mutató szélsőséges eltérések az interperszonális kapcsolatok, az értékrend és az életvitel eltéréseit eredményezik, az egyénnek és környezetének is szenvedést, terheltséget jelenthetnek. A személyiségzavarokat leggyakrabban nem epizodikus lefolyású betegségként vagy állapotként értelmezzük, hanem a személyiség állandó eltéréseiként, vonásokként, melyek előzményei már gyakran serdülőkorban is megfigyelhetők. Összetettségükből és időbeli stabilitásukból kifolyólag a személyiségzavarok nagyon gyakran járnak együtt egyéb pszichiátriai betegségekkel, mintegy precipitálják a depressziós epizód, szorongásos zavar, krízisszituáció vagy pszichózis kialakulását. Ezt a típusú vulnerabilitást és potenciális komorbiditást tekinthetjük a személyiségzavarok legjelentősebb, csoportokon átívelő tulajdonságának. A jelen fejezet témája a pszichiátriai kockázat felmérése ebben a betegségcsoportban, így nem célunk a személyiségzavarok definíciójának kialakulását részletesen bemutatnunk. Fontos ugyanakkor látni hogy a személyiségzavarok – melyek feltehetően mindig is léteztek, – a jelenleg használatos diagnosztikai rendszerekben szereplő felosztásukat és definíciójukat a fogalom és jelenségkör fokozatos fejlődése révén érték el.

A XIX. és XX. században a pszichopátia kifejezést használták a személyiségzavarokra, elsősorban az antiszociális egyénekre. A szociopátia elnevezést hasonló értelemben használták, utalva ezzel a társadalmi beilleszkedés zavarára és az empátia hiányára, valamint a merev magatartási és kognitív sémákra („a pszichopata nem tanul.”), melyek szintén elsősorban az antiszociális személyiségzavar ismérvei. Kurt Schneider terjesztette ki a pszichopátia fogalmát, melyet 10 alcsoportra osztott

(ezek között volt az explozív, hangulatlabil és becsvágyó pszichopáták, melyek a mai antiszociális, borderline és nárcisztikus személyiségzavarok előalakjai), beemelve a betegségcsoportba az egyéb személyiségbeli eltéréseket is.

A személyiségzavarok DSM-IV és DSM-5 szerinti felosztásában mutatkozó különbségek:

A Diagnostic and Statistical Manual (DSM), az Amerikai Pszichiátriai Társaság klasszifikációs rendszerében hátrahagyták a pszichopátia pejoratív elnevezését és a személyiségzavar fogalmát vezették be. A DSM-IV nozológiája 3 klaszterbe rendezte a 10 személyiségzavar-típust. Fontos volt még a DSM-IV rendszerében, hogy a személyiségzavarokat az egyéb pszichiátriai betegségektől elkülönítve a multiaxiális rendszer II. tengelyén jelöltük. Ennek a szemléletformáló klasszifikációs gyakorlatnak volt az eredménye, hogy a személyiségzavarokat a pszichiátriai ellátásban pejoratív és elítélendő módon gyakran „kettes tengely betegségeknek” neveztük. A DSM legújabb, 5. kiadásában megszüntették a személyiségzavarok más tengelyen való jelölését, ezzel kevésbé hangsúlyozva a személyiségzavarok és más pszichiátriai betegségek közötti különbségeket. Ugyanakkor megtartották a személyiségzavarok korábbi alcsoportjait, és próbálták a kritériumok között a szociális tér és a szociális kötődés zavarait előtérbe hozni, mint a személyiségzavarokban jellemző általános tüneteket.

14.2. A kockázatbecslés általános kérdései személyiségzavarokban

A kockázatbecslés jelentőségét az adja ebben a betegségcsoportban, hogy a személyiségzavarokat definíció szerint sérülékenységnak, vulnerabilitásnak tekintjük az egyéb pszichiátriai betegségek kialakulásának, valamint a már kialakult betegség súlyosságának szempontjából. Emiatt a személyiségzavarokkal élő egyénekre mindig úgy kell tekinte-

nünk, mint akik az öngyilkosság, önsértés és agresszív magatartás szempontjából emelkedett rizikóval rendelkeznek. Különösen igaz ez, ha az egyén egyidejűleg teljesíti a személyiségzavar és egy másik, komorbid pszichiátriai betegség kritériumait. Általánosságban elmondhatjuk, hogy a narcisztikus személyiségzavarban szenvedő és depressziós páciens vagy a borderline személyiségzavaros és depressziós egyén öngyilkossági rizikója többszörösére növekszik mind az egészséges populációhoz képest, mind azon betegekhez képest, akik csak személyiségzavarban vagy csak depresszióban szenvednek. Hasonlóképpen az antiszociális egyén agresszív magatartásra vonatkozó rizikója többszöröse az átlag populációénak, és még tovább emelkedik, ha az egyén addiktológiai problémákkal vagy figyelemhiányos-hiperaktivitási zavarral is küzd. Tekintve, hogy a személyiségzavarok nagyon szerteágazó tünetekkel rendelkeznek altípusaik szerint, a kockázatbecslésnek is differenciálnak és körülményeknek kell lennie. Ökölszabályként arra gondoljunk, hogy az A klaszterbe tartozó személyiségzavaros egyénekre, a különcökre kis mértékben megnövekedett öngyilkossági és agresszivitási rizikó jellemző, hasonlóképpen a C, „szorongó” klaszter is csak kis vagy közepes mértékben emelkedett rizikót jelent öngyilkosság szempontjából. Ehhez képest a B klaszter, a dramatikus páciensek csoportja, jelenti a legfontosabb csoportot a rizikóbecslés során, az egyaránt nagyobb eséllyel bekövetkező öngyilkossági kísérlet és az agresszivitás szempontjából is.

Felmerül a kérdés, hogy az öngyilkossági és agresszivitási rizikónak milyen háttértényezői vannak személyiségzavarokban, másképpen fogalmazva, mi az az endofenotípus, neurobiológiailag meghatározott vonás, amely predisponál az ilyen reakciókra és magatartásra. Két pszichológiai jelenséget (konstruktumot), személyiségvonást kell kiemelnünk, melyek fontosak ebből a szempontból, az impulzivitást és a ruminációt. Ezek pontosan azok a szélsőséges, automatikusan fellépő érzelmi reakciók, melyek fokozottan, gyakrabban fordulnak elő személyiségzavarokban és mediáló, közvetítő szereppel bírnak a szuicid magatartás és az agresszivitás kialakulásában.

Az impulzivitás személyiségvonás, a tudatos tervezés nélküli, spon-tán, akár agresszív vagy kockázatos viselkedésekre való hajlamot meg-alapozó, alapvető tényezője az emberi viselkedésnek. Számos személyi-ségelméletben szerepel, kapcsolatba hozható különböző maladaptív viselkedésformákkal, viselkedési addikciókkal és több pszichiátriai kór-kép diagnosztikus kritériumát is képezi (pl. figyelemhiányos hiperak-tivitászavar, ADHD, borderline és antiszociális személyiségzavar). Az impulzivitást tekinthetjük a központi idegrendszeri gátló funkciók za-varának is. Mind az öngyilkossági kísérletek, mind az önsértés, mind a reaktív, impulzívnak is nevezett agresszivitás fontos közvetítője az emelkedett impulzivitási hajlam.

A ruminációt az egyén számára zavaró, visszatérő negatív gondol-a-tok jelentik, melyek gyakran az egyén kudarcainak, sikertelenségeinek témája körül forognak. A rumináció egyben általános gondolkodási merevséget, kognitív inflexibilitást jelent. A magas ruminációs szinttel jellemezhető pácienseknél súlyosabb a depressziós epizód lefolyása, nehezebben alakul ki remisszió, és gyakoribb az öngyilkossági kísér-let. A rumináció gyakran párosul egyéb diszfunkcionális attitűdökkel, mint a pozitívumok diszkvalifikálása, szélsőséges (fekete-fehér) látás-mód, vagy a túlgeneralizáció. Az elmúlt évek kutatásai arra mutattak rá, hogy a szégyenérzet és a megszégyenüléstől való félelem is fontos tényezők a szorongásos és depressziós panaszok krónikussá válásában, és nárcisztikus személyiségzavar fennállása esetén súlyosbítják a tüne-teket, növelik a szuicid rizikót.

Fontos, általános rizikót jelent a szuicid magatartás szempontjá-ból az interperszonális kapcsolatok, a szociális tér zavara, amely szin-tén átívelő tulajdonsága a személyiségzavaroknak. A diszharmonikus emberi kapcsolatok, az egyedüllét, a magányos életmód, a szociális tá-mogatás hiánya részjelenségei a személyiségzavaroknak, ugyanakkor ön-magukban is szuicid rizikófaktort jelentenek. A kockázatbecslés fon-tos momentuma a szociális kapcsolatrendszer feltérképezése.

Ezek az endofenotípusok, személyiségvonások, illetve a szociális helyzet önmagukban is mérhetők speciális kérdőívekkel, interjúkkal. Az általános rizikóbecslés során nem cél az impulzivitás, a rumináció és a szociális helyzet részletes felmérése, ugyanakkor az interjú során fontos rákérdeznünk ezekre a tünetekre.

A személyiségzavaroknak, az agresszivitásnak és a szuicid magatartásnak közös rizikótényezői a gyerekkori abúzusok, a pszichológiai, fizikai és szexuális bántalmazás, ezekre egyaránt rá kell kérdezni ismert személyiségzavar esetén, de személyiségzavar nélkül is. Antiszociális személyiségzavarban követéses vizsgálatok azt mutatták, hogy a fizikai bántalmazás prediktora a későbbi agresszivitásnak, violens magatartásnak, főleg egy bizonyos genetikai variáns, a monoamin-oxidáz (MAO) gén alacsony enzimaktivitású változatának hordozása esetén (Caspi és mtsai, 2003). A gyerekkori bántalmazás pleiotróp hatásnak tekintendő, számos pszichiátriai betegség rizikóját növeli, valamint a szuicid és agresszív magatartásnak is prediktora.

A továbbiakban a személyiségzavarok típusait vizsgáljuk meg részletesen a DSM nozológiáját alapul véve a kockázatbecslés szempontjából.

14.3. Kockázatbecslés klaszter A személyiségzavarok, „különc” személyiségek esetén

14.3.1. Szkizoid személyiségzavar és szkizotíp személyiségzavar

Az irodalom és a klinikai tapasztalat alapján ebben a két betegségcsoportban nem, vagy csak enyhe fokban kifejezettebb a szuicid és agresszív magatartás rizikója, mint általában a pszichiátriai betegek között. Ezeket a csoportokat leginkább a szkizofrénia előalakjaiként vagy

tágabban értelmezett fenotípusaiként szoktuk tekinteni. A szkizoid egyénre az érzelmi reakciók beszűkült tartománya, színtelensége jellemző, a szociális motivációk csökkenésével együttjárva. Egy Izraelben készült kutatás azt mutatta, hogy a katonai szolgálat alatt befejezett öngyilkosságot elkövető egyének pszichológiai autopsziás vizsgálata (a személyiség halál utáni rekonstrukciója anamnesztikus és hetero-anamnesztikus adatok alapján) során nagyobb arányban voltak felfedezhetők szkizoid személyiségvonások. Ez felveti a szkizoid személyiségzavar és az autizmus spektrum zavar, az Asperger-szindróma átfedését ezekben az esetekben. Szkizotípiás személyiségzavarban a mágikus gondolkodás, az ezoterikus, okkult érdeklődés állnak előtérben. Mindkét típusban sérül a szociális kapcsolatrendszer, így az egyes betegeknek emelkedhet a szuicid rizikója.

14.3.2. Paranoid személyiségzavar

A paranoid személyiségzavarban szenvedő egyén gondolkodásában és magatartásában meghatározóvá válik a gyanakvás, a bizalmatlanság, a megfigyeltetéstől való félelem. Idejének és energiájának nagy részét vélt vagy valós igazának bizonyítására, sérelmeinek orvoslására fordítja, bíróságokon, hivataloknál és egyéb fórumokon. A paranoid személy nem képes bensőséges kapcsolatok létesítésére, érzelmi működése beszűkült, szociális kapcsolatai elsorvadnak. Fontos kiemelnünk, hogy a paranoid személyiség időnként pszichotikusan dekompenzálódik, ilyenkor nagyban megnőhet az agresszivitási rizikó. Ezekre a személyekre jellemző lehet az instrumentális, előre megtervezett agresszió, bosszúból vagy egyéb célból. Az agresszivitás kockázatának megítélése ilyen személyeknél nagy körültekintést igényel, elsősorban az exploráció során kell kitérni a korábbi agresszív cselekedetekre, valamint a paranoid élmények milyenségére, ezekkel kapcsolatos kontroll- és korrekciós képességekre, a realitáskontroll milyenségére.

14.4. Kockázatbecslés klaszter B személyiségzavarok, „dramatikus” személyiségek esetén

A klaszter B személyiségzavarokra magas pszichiátriai rizikó jellemző mind öngyilkossági, mind agresszivitási szempontból, melyet számos keresztmetszeti és longitudinális vizsgálat bizonyított. A magas rizikó hátterében a fokozott érzelmi reakciók, emocionális labilitás, impulzivitás, identitás- és értékzavarok állnak.

14.4.1. Antiszociális személyiségzavar

Antiszociális személyiségzavarban szenvedő egyénekre a társadalmi konvenciók, szabályok figyelmen kívül hagyása, az empátia hiánya, a másik ember szempontjainak, érzéseinek átélésére való képtelenség jellemző. Az antiszociális egyének viselkedésükben gyakran manipulatívak, nem mondanak igazat, hazudoznak. Ennek az állapotnak vezető tünete az agresszivitás, a violens magatartás, a családtagok vagy idegenek bántalmazása, és gyakoriak a hivatalos rendvédelmi szervekkel való összeütközések, erőszakos bűncselekmények elkövetése, bírósági ügyek és a szabadságvesztés. Erre a személyiségzavarra jellemző lehet az instrumentális, előre megtervezett agresszió. Pszichiáterként a legfontosabb feladat az antiszociális személyiségjegyek felismerése, felmérése, a korábbi agresszív cselekményekre való rákérdezés, a rendőrségi és bírósági ügyek, ítéletek, szabadságvesztés figyelembe vétele. A kockázatbecslés során mérlegeljük a páciens pszichiátriai kezelésének szükségességét, azt, hogy milyen másodlagos betegségelőnyök származnak a páciens számára a kezelésből (bírósági ügyek, rendőrség elől való eltűnés, orvosi igazolás, „fedődiagnózisok”). A súlyos, bírósági ügyekkel is terhelt esetek megítélése igazságügyi pszichiáter feladata. Természetesen az antiszociális egyén is lehet depressziós, fokozódhat szuicid kockázata és igényelhet akut hospitalizációt. A kockázatbecslés másik fontos eleme, hogy a páciensnél milyen a violens magatartás kockázata, közvetlen veszélyt jelent-e ránk, a kezelőszemélyzetre vagy a többi páciensre. Az

elmúlt években több eset fordult elő Magyarországon, ahol antiszociális személyiségzavarban szenvedő páciensek súlyosan bántalmaztak, vagy három esetben megöltek egy másik páciens pszichiátriai osztályokon.

14.4.2. Érzelmileg labilis, borderline személyiségzavar

A borderline páciensekre gyors, órákban és napokban mérhető hangulati hullámzás, impulzív döntéshozatal és magatartás, valamint torzult önkép és identitás jellemző. Tartós kapcsolatok kialakításával és megtartásával nagyon komoly problémáik vannak, ugyanakkor a páciensek extrém módon félnek az elhagyatástól. Visszatérő tünet borderline egyéneknél a belső üresség átélése. Nagyon gyakoriak az önsértések („falcolás”, végtagok bőrének karcolása, felvágása, bőr kiégetése cigarettával), elsősorban feszültségoldó céllal, de az öngyilkossági kísérletek is jellemzőek. A tünetek súlyossága miatt a borderline páciensek gyakran kerülnek felvételre pszichiátriai osztályokon, elsősorban pszichotikus dekompenzáció, depressziós epizód, szerhasználat vagy öngyilkossági kísérlet miatt. A borderline páciensek öngyilkossági és agresszivitási kockázata is emelkedett.

Pompili és munkatársainak metaanalízisében (2005) 8 utánkövetéses vizsgálat 1179 borderline páciensre vonatkozó adatait összesítették. A populációból 94 páciens szuicidált az utánkövetési időszakokban. A vizsgálatok között nagy heterogenitás volt kimutatható, ugyanakkor az összesített adatok szerint a befejezett szuicídiumok száma százszorosra volt a lakosság szuicid rátájával összehasonlítva. Kiderült továbbá, hogy a borderline személyiségzavar korai szakaszában gyakrabban következett el öngyilkosságot a páciensek, mint később. A borderline populáción belül magasabb szuicid rizikót jelent a komorbid depresszió vagy szerhasználat, a bulimiás tünetek, a bántalmazás anamnézise, különösen a szexuális abúzus, az akut szociális stresszorok, mint a munkanélküliség, hajléktalanság vagy pénzügyi problémák. Az agresszivitásra vonatkozóan a klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy elsősorban

reaktív, impulzív jellegű. Gyakran verbális vagy irányul tárgyakra, be rendezésre, ablakokra, televízióra, ugyanakkor személy elleni tette- gességgel is számolnunk kell.

Akut ellátásban borderline pácienseknél a rizikóbecslésnek ki kell ter- jednie a komorbid depressziós és pszichotikus tünetekre, a szerhaszná- latra, a bántalmazás anamnézisére, a jelenlegi szociális helyzetre és akut stresszorokra. Fontos információ a kockázat megítélése szempontjából az önsértés, a korábbi szuicid kísérlet és agresszív magatartás. Ezek ösz- szegzésével mérhető fel a borderline beteg kockázata. Fontos elkülöníteni a krónikus szuicid rizikót az akutan jelentkező, nagyon veszélyes, krónikus- ra rakódó plusz szuicid késztetéstől, mivel hajlamosak vagyunk borderline betegek- nél fásulttá, figyelmetlenné, érzéketlenné válni a szuicid rizikóval szemben. A borderline személyiségzavarban szenvedő betegek hosszú távú gondozása alapos felkészültséget igénylő pszichiátriai és pszichote- rápiás folyamat. Tartós tünetredukció hosszú távú pszichoterápiás keze- lés (kognitív-viselkedésterápia, séma-központú pszichoterápia, dialekti- kus behavior terápia) mellett remélhető, mely a páciens igényeire reflektál.

14.4.3. Nárcisztikus személyiségzavar

Nárcisztikus személyiségzavarban az önértékelés extrém eltolódá- sa, az egyén saját véleményének és döntéseinek helyességében való megingathatatlan hit jellemző. A nárcisztikus egyén nem képes elvisel- ni, ha cselekedeteit vagy munkáit kritika éri. Hosszabb távon elsősor- ban a depressziós állapotok kialakulása és öngyilkossági kísérlet szem- pontjából jelent súlyos rizikót a nárcisztikus személyiségzavar.

Apter és munkatársai azt találták, hogy pszichológiai autopszia módszerével az izraeli hadseregben öngyilkosságot elkövető egyének- nél a leggyakoribb diagnózis a szkizoid és nárcisztikus személyiségza- var volt. Links és munkatársai összefoglaló tanulmányukban arra hívják fel a figyelmet, hogy nárcisztikus személyiségzavarban hosszú távon

a depressziós tünetekről függetlenül is emelkedett a szuicid rizikó. Narcisztikus egyénekre jellemző a kiterjesztett öngyilkosság, amely ritka, de az öngyilkoságnál még sokkal tragikusabb kimenetel, az elmúlt években ilyen is többször előfordult Magyarországon.

14.4.4. Hisztrionikus személyiségzavar

A hisztrionikus személyiségre a túlzott emocionális reakciók, interperszonális kapcsolatokban való manipulatív magatartás, a tünetek eltúlzása és adott előnyök elérésére való felhasználása jellemző. A hisztrionikus egyének elsősorban depresszió irányában esendőek, így öngyilkossági kockázatuk is emelkedett. Meg kell még említenünk, hogy a hisztrionikus személyiségnél gyakoriak a teátrális érzelmi reakciók és a manipulatív jellegű figyelemfelhívó szuicid kijelentések vagy kísérletek. Ezek megfelelő értékelése, súlyosságuknak megítélése nagy kompetenciát igénylő pszichiátriai feladat.

14.5. Kockázatbecslés klaszter C személyiségzavarok, „szorongó” személyiségek esetén

A C klaszterbe a szorongásos állapotokkal összefüggő személyiségvonások extrém megnyilvánulásai a jellemzők. Ide tartoznak az önálló döntésekre képtelen, döntési helyzetek, nyilvános szereplés elől elmenekülő egyének, akik elkerülő személyiségzavarban szenvednek, továbbá a kapcsolataikban alárendeltségre törekvő, önálló életvitelre nem képes dependens személyiségzavaros egyének. A kényszeres személyiségzavarban szenvedő döntéseit halasztgatja, rágódik a potenciális következményeken, emiatt nem képes jól dönteni, döntéseit mindig rossznak érzi. Mindennapjait felemészti a saját és mások cselekedeteinek, munkájának ellenőrzése, gondolkodására általában melegség jellemző. Ugyanakkor a tünetek nem érik el a kényszerbetegség diagnosztikus kritériumainak szintjét. Ezekben a személyiségzavarok-

ban nem kifejezettebb az öngyilkossági vagy agresszivitási kockázat, mint az általános pszichiátriai betegpopulációban. Ugyanakkor ezek az állapotok depressziós epizóddal vagy alkohol-dependenciával párosulva már fokozott rizikót jelentenek.

Nem foglalkozunk külön a másodlagos, avagy szerzett és kevert személyiségzavarokkal, melyek alapvető jellegüknél fogva heterogének. A pszichiátriai kockázat elsősorban az etiológiai tényezőktől függ, ezek

14/1. táblázat

A személyiségzavarokra jellemző pszichiátriai kockázat és a figyelembe veendő tünetek és egyéb tényezők

SEMÉLYISÉG-ZAVAR	ÖNGYILKOSSÁGI KOCKÁZAT	AGRESSZIVITÁSI KOCKÁZAT	SPECIÁLIS FAKTOROK
Paranoid	átlagos	emelkedett	pszichotikus tünetek, bosszúvágy
Szkizotíp	átlagos	átlagos	–
Szkizoid	emelkedett	átlagos	autisztikus tünetek, szociális stressz, pl. katonai szolgálat
Antiszociális	emelkedett	nagy fokban emelkedett	forenzikus előzmények, ADHD-s tünetek
Borderline	nagy fokban emelkedett	nagy fokban emelkedett	pszichotikus tünetek, depresszió, szerhasználat
Nárcisztikus	emelkedett	átlagos	kiterjesztett öngyilkosság lehetősége
Hisztrionikus	emelkedett (elsősorban fenyegetőzés és kísérletek)	átlagos	párkapcsolati, interperszonális krízisek, manipulatív, teátrális viselkedés
Elkerülő	emelkedett	nem jellemző	–
Dependens	átlagos	„passzív-agresszív”	–
Kényszeres	átlagos	nem jellemző	–

részletes explorációja és értékelése szükséges a kockázat megítéléséhez. Kiemelendő az agresszió fokozott kockázata krónikus alkoholizmushoz kötődő másodlagos személyiségzavarban és induló demenciához vagy agyi traumákhoz kötődő organikus személyiségzavarok esetén (*ld. 14/1. táblázat*).

14.6. Összegzés

Tanulmányunkban arra próbáltuk felhívni a figyelmet, hogy a személyiségzavarral élő egyének több szempontból is veszélyeztetett betegcsoportot jelentenek, amelyben mind az öngyilkossági, mind az agresszivitási kockázat megemelkedett volta tapasztalható. Jellemző a személyiségzavarokra egyfelől, hogy bármely pszichiátriai betegség esetén vulnerabilitást jelenthetnek a betegség kialakulásának szempontjából, másrészt, ha már kialakult a pszichiátriai betegség, akkor súlyosabb tüneteket, rosszabb gyógyulási és magasabb relapszus hajlamot okoznak.

A személyiségzavarok nagyon gyakran együtt járnak olyan gyermekkori és pszichológiai tényezőkkel, melyek önmagukban is növelik a szuicid és agresszivitási kockázatot. Ide tartoznak az impulzivitás, a rumináció, a kognitív rugalmatlanság, a fokozott szégyenérzet, a gyermekkori bántalmazás, valamint az alkohol- és egyéb szerhasználat. Ezen túlmenően a paranoid, antiszociális, borderline, nárcisztikus és hisztrionikus személyiségjegyek specifikusan, önmagukban is hozzájárulhatnak a szuicid és agresszivitási kockázathoz. A kockázatbecslés során nagyon fontos, hogy a személyiségzavarok detektálásán túl felmérjük, kikérdezzük a korábban taglalt, pszichiátriai rizikó szempontjából fontos háttértényezőket és megfelelően dokumentáljuk ezeket. Bár a kockázat felmérésének alaposága és szakmai színvonala közvetlen módon nem mérhető, közvetve tudhatjuk, hogy a pszichiátriai munkának ez a része emberéletekben mérhető.

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

Szuicid prevenció, kockázatbecslési és általános pszichiátriai szempontból is fontos lenne Magyarországon követéses vizsgálatokat szervezni, melyek alapján hazai adatok állnának rendelkezésre a személyiségzavarok és más pszichiátriai betegségek hosszú távú hatásairól az öngyilkossági és agresszivitási kockázatra. Ezen túlmenően így mérhetővé válna a kockázatbecslési tevékenység hatékonysága is.

IRODALOM

- Apter, A. és mtsai (1993) Death without warning? A clinical postmortem study of suicide of 43 Israeli adolescent males. *Archives of General Psychiatry*. 50, 138–42.
- Caspi, A. és mtsai (2002) Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science*. 5582, 851–854.
- Goodman és mtsai (2012) Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*. 14, 79–85.
- Links, P.S. és mtsai (2003) Assessing Suicidal Youth With Antisocial, Borderline, or Narcissistic Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 48, 301–310.
- Lowenstein és mtsai (2016) A systematic review on the relationship between antisocial, borderline and narcissistic personality disorder diagnostic traits and risk of violence to others in a clinical and forensic sample. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation*. 3, 14.
- Pompili, M. és mtsai (2005) Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*. 59, 319–324.
- A személyiségzavarok tünettanának leírása szempontjából hivatkozunk a legfontosabb magyar nyelvű pszichiátria tankönyvekre:
- Tringer L. (2010) A Pszichiátriai tankönyve. Semmelweis Kiadó.
- Fürdei J., Németh A. (2015) A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Könyvkiadó Zrt.

15. NEURODEVELOPMENTÁLIS ZAVAROK

Szuromi Bálint • Réthelyi János

A fejezetben tárgyalt két neurodevelopmentális zavar (autizmus spektrum zavar – ASD; figyelemhiányos hiperaktivitás zavar – ADHD) gyermekkorban kezdődik, és komplett vagy szubklinikus formában az érintettek döntő többségében felnőttkorban is sok panaszt és egyéb hátrányt okoz. Mindkét zavar esetén, elsősorban komorbid mentális zavarok közvetítésével, de részben főbb tünetdimenzióik révén, mind a szuicídium, mind az erőszakos magatartás és az áldozattá válás kockázata emelkedett.

15.1. Autizmus spektrum zavar

15.1.1. Bevezetés

Az ASD gyakorisága a legfrissebb felmérések szerint 1% körül van, férfiakat 2–3-szor gyakrabban érint. Főbb tünetei a szociális kapcsolatok és a kommunikáció sajátosságai, a rigid, beszűkült érdeklődés és magatartás, rituálék, és a szenzoros érzékenység eltérései. A komorbid zavarok aránya meglepően magas: depresszió és szorongásos zavarok az esetek több mint felében, ADHD 40%-ban, bipoláris zavar 10–20%-ban fordul elő, de a pszichotikus betegségek, a kényszerbetegség és a személyiségzavarok is jóval gyakoribbak, mint az átlag népességben (*Lai és Baron-Cohen, 2015*).

15.1.2. Szuicídium rizikófaktorai

ASD-ben valószínűleg a szuicid gondolatok és a szuicid kísérletek emelkedett kockázatával kell számolni, bár a témának elég szegényes az irodalma. Szuicid kísérleten átesettek körében az átlag populációban mértnél nagyobb arányban (7,3%) találtak ASD-re jellemző vonásokat (*Kato és mtsai, 2013*). ASD miatt gondozás alatt állók között pedig az átlagosnál jóval magasabb volt a szuicid gondolatok (66%) és a szuicid kísérletek (34%) élettartam-prevalenciája (*Cassidy és mtsai, 2014*). Egy nemzeti egészségügyi adatbázison alapuló elemzés szerint az ASD, a komorbid zavaroktól függetlenül, kb. 6-szorosára növelte a szuicid kísérletek kockázatát (*Chen és mtsai, 2017*). A szuicidalitás ASD-re jellemző rizikófaktorai egyelőre nem pontosan ismertek, de az irodalmi adatok alapján az alábbiak feltételezhetők: komorbid affektív és szorongásos betegség, bullying az előzményben, magasabb intellektus (ami nagyobb társas igényel

és belátással jár), szociális kogníciós deficit, beszűkült adaptációs képesség, rigiditás.

15.1.3. Erőszakos cselekmények rizikófaktorai

Az ámokfutó lövöldözők és egyéb különös bűnesetek kapcsán rendre felmerül, hogy az elkövető autista lenne, esetleírások pedig a gyújtogatást és a megszállott zaklatást (stalking) hozzák kapcsolatba autizmussal (*Bjorkly, 2009*), noha egyelőre nincsen arra bizonyíték, hogy az autizmus az erőszakos magatartások emelkedett kockázatával járna (*Im, 2016*). Sőt, az autizmusra jellemző mentalizációs deficit sok szempontból ellentétes a pszichopátiában megfigyelhetővel, ezért ASD-ben proaktív agresszió nem is nagyon fordul elő. ASD esetén a reaktív agressziót és az erőszakos magatartást magyarázó magtünetek és egyéb tényezők a következők: szociális helyzetek félreértése, mások szempontjainak figyelmen kívül hagyása, szociális naivítás, szenzoros túlérzékenység, a merev viselkedési rutin vagy a beszűkült érdeklődésnek megfelelő tevékenység megszakítása vagy akadályozása, érzelmek megértésének és kifejezésének nehézsége, szexuális frusztráció, komorbid zavarok (ADHD, pszichotikus tünetek).

15.1.4. Áldozattá válás rizikófaktorai

Az ASD-ben szenvedő gyerekeket és kamaszokat érő bullying gyakorisága kb. 2–3-szorosa az átlag populációban észlelhetőnek (60–80%), és általában fizikai abúzus formájában jelenik meg (*Zeedyk és mtsai, 2014*). A rizikót növelő tényezők közé tartozik a szociális helyzetek félreértése, a jobb kommunikációs készségek, a dühkezelés nehézsége és a komorbid ADHD. Protektív faktornak tekinthető a magasabb intellektus és a közösség által elfogadhatóbb tematikájú érdeklődési kör (*Schroeder és mtsai, 2014*).

15.1.5. Protektív tényezők

A legfontosabb protektív tényezőknek a korai felismerés és fejlesztés, valamint az ASD-vel élő személyt ismerő, támogató közeg tekinthető.

15.1.6. Kockázatkezelés

A kockázatkezelés alapja a minél korábbi ASD-diagnózis, ugyanis az érintett így juthat hozzá autizmus specifikus, elsősorban gyógypedagógiai fejlesztéshez, autizmus-specifikus elemeket is alkalmazó kognitív terápiához, szociális készségfejlesztéshez, a környezetében lévők pedig megfelelő pszichoedukációhoz, melyektől leginkább várható a szuicídium és az agresszív magatartás megelőzése ASD-ben.

Legalább ilyen fontos a kockázatot növelő és ASD-ben gyakori, komorbid zavarok (depresszió, bipoláris zavar, pszichózis, ADHD) felismerése és kezelése. Az ASD-hez társuló depresszió felismerését az érzelmkifejezés nehézségei miatt főleg a magatartási és vegetatív tünetek feltárása segítheti (pl. mozgás meglassulása, étvágytalanság, a megrögzött érdeklődési kör elhanyagolása, dührohamok).

Az ASD-nek nem ismert specifikus gyógyszeres kezelése (kivéve az ASD-hez társuló irritáltság kezelésére indikált aripiprazol és risperidon), ezért sürgősségi ellátás során ugyanazokat a szereket alkalmazhatjuk, mint más esetekben. Szem előtt kell azonban tartani, hogy benzodiazepinek esetén előfordulhat paradox agitáció, első és második generációs antipszichotikumok adásakor pedig gyakoribbak az extrapiramidális mellékhatások (rigor, disztónia, akatízia).

15.2. Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar

15.2.1. Bevezetés

Az ADHD a felnőttek legalább 1–2%-át érinti (*Simon és mtsai, 2009*). Figyelemzavaros (szétszórtság, figyelem fenntartásának nehézsége, strukturálatlan időbeosztás, késések), impulzív (belevág mások szavába, nem tud várakozni) és hiperaktív (képtelen nyugodtan ülni, izgága, sokat beszél) tünetei vannak. Az érzelemszabályozás nehézségeit (robbanékony, labilis) is jellemzőnek tartják, de ez egyelőre nem diagnosztikus kritérium. Komorbid zavarok az esetek 60–80%-ában fordulnak elő, elsősorban szerhasználat és személyiségzavarok (antiszociális, borderline), de az affektív és szorongásos zavarok is gyakoriak.

15.2.2. Szuicídium rizikófaktorok

Egy friss összefoglaló szerint, a korábbi közlésekhez hasonlóan, ADHD-s személyek között gyakoribbak a szuicid gondolatok, a szuicid kísérletek ($EH = 1,5\text{--}2$) és a befejezett öngyilkosság (*Balázs és Keresztény, 2017*). Egy vizsgálatban az ADHD-s felnőttek 16%-a számolt be korábbi öngyilkossági kísérletről (*Agosti és mtsai, 2011*). Az ADHD-hoz társuló nagyobb öngyilkossági rizikót az impulzivitás vonás és a komorbid mentális zavarok (elsősorban depresszió és szerhasználat) közvetítik.

15.2.3. Erőszakos cselekmények, rizikófaktorok

Ma már jól megalapozott ténynek tekinthető az ADHD és a kriminalitás kapcsolata (*Erskine és mtsai, 2016*). ADHD-s gyerekek a későbbiekben jóval gyakrabban követnek el bűncselekményeket és kerül-

nek börtönbe, mint nem ADHD-s társaik (*Mannuzza, Klein és Moulton, 2008*). A börtönökben pedig az átlag populációban megfigyelhetőnél kb. 10-szer gyakoribb (25–30%) az ADHD előfordulása (*Young és mtsai, 2015*). Az ADHD és az erőszakos cselekmények megnövekedett kockázata között a komorbid szerhasználat és antiszociális személyiségzavar a közvetítő tényező. A családon belüli és a párkapcsolati erőszakban az ADHD (hiperaktív és impulzív tünetei révén) valószínűleg önálló rizikófaktornak tekinthető (*Buitelaar, Posthumus és Buitelaar, 2015*).

15.2.4. Kockázatkezelés

A szuicidalitás és az erőszakos magatartás kockázatkezelésének alapja ADHD-ban is a zavar és a társuló komorbiditás felismerése és kezelése. Ebből a célból a legfrissebb irodalom rutinszerű szűrést javasol a szuicid kísérleten átesettek és az elítéltek körében ADHD-ra, az ADHD miatt kivizsgálás vagy kezelés alatt állók között pedig depresszió és szerhasználat irányába. Egy nemzeti adatbázisokon végzett vizsgálat összefüggést talált ADHD-sok stimuláns kezelése és az általuk elkövetett bűncselekmények gyakoriságának csökkenése között (*Lichtenstein és mtsai, 2012*), ezért feltételezhető a célzott gyógyszeres kezelés haszna a kockázatkezelésben.

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

A világszerte növekvő igényeknek megfelelően várhatóan fejlődni fog a fejezetben tárgyalt neurodevelopmentális zavarok felismerése és szakszerű kezelése felnőtt pszichiátriai ellátórendszerben. Tudományosan talán a szociális kogníciós deficit farmakológiai kezelésével (pl. oxytocin) kapcsolatban vannak a legnagyobb várakozások.

IRODALOM

- Agosti, V., Chen, Y., Levin, F.R. (2011) Does attention deficit hyperactivity disorder increase the risk of suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*. 133, 595–599.
- Balázs J., Keresztény Á. (2017) Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: a systematic review. *World Journal of Psychiatry*. 7(1), 44–59.
- Bjorkly, S. (2009) Risk and dynamics of violence in Asperger's syndrome: a systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 14, 306–312.
- Buitelaar, N.J.L., Posthumus, J.A., Buitelaar, J.K. (2015) ADHD in childhood and/or adulthood as a risk factor for domestic violence or intimate partner violence: a systematic review. *Journal of Attention Disorders*. Online megjelenés: 2015. május 20. doi: 10.1177/1087054715587099.
- Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., Baron-Cohen, S. (2014) Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *Lancet Psychiatry*. 1(2), 142–7.
- Chen, M.H., Pan, T.L., Lan, W.H., Hsu, J.W., Huang, K.L., Su, T.P., Li, C.T., Lin, W.C., Wei, H.T., Chen, T.J., Bai, Y.M. (2017) Risk of suicide attempts among adolescents and young adults with autism spectrum disorder: a nationwide longitudinal follow-up study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. Online megjelenés: 2017. augusztus 29. doi: 10.4088/JCP.16m11100.
- Erskine, H.E., Norman, R.E., Ferrari, A.J., Chan, G.C.K., Copeland, W.E., Whiteford, H.A., Scott, J.G. (2016) Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 55(10), 841–850.
- Im, D.S. (2016) Template to perpetrate: an update on violence in autism spectrum disorder. *Harvard Review of Psychiatry*. 24(1), 14–35.
- Kato, K., Mikami, K., Akama, F., Yamada, K., Maehara, M., Kimoto, K., Kimoto, K., Sato, R., Takahashi, Y., Fukushima, R., Ichimura, A., Matsumoto, H. (2013) Clinical features of suicide attempts in adults with autism spectrum disorders. *General Hospital Psychiatry*. 35(1), 50–53.
- Lai, M-C., Baron-Cohen, S. (2015) Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *Lancet Psychiatry*. 2, 1013–1027.
- Lichtenstein, P., Halldner, L., Zetterqvist, J., Sjölander, A., Serlachius, E., Fazel, S., Langström, N., Larsson, H. (2012) Medication for attention deficit–hyperactivity disorder and criminality. *The New England Journal of Medicine*. 367, 2006–2014.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Moulton, J.K. (2008) Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research*. 160, 237–246.
- Schroeder, J.H., Cappadocia, M.C., Bebko, J.M., Pepler, D.J., Weiss, J.A. (2014) Shedding light on a pervasive problem: a review of research on bullying experiences among

children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 44, 1520–1534.

Simon V., Czobor P., Bálint S., Mészáros A., Bitter I. (2009) Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 194(3), 204–211.

Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., Hodgkins, P. (2015) A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological Medicine*. 45(2), 247–258.

Zeedyk, S.M., Rodriguez, G., Tipton, L.A., Baker, B.L., Blacher, J. (2014) Bullying of youth with autism spectrum disorder, intellectual disability, or typical development: victim and parent perspectives. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 8(9), 1173–1183.

16. LELKI ÉS TESTI KOMORBIDITÁS

Osváth Péter • Rihmer Zoltán • Móri E. Csaba

A mentális zavarok és a társuló (komorbid) szomatikus betegségek szerteágazó kapcsolatának kérdésköre azért nagyon fontos, mert ez mind a testi, mind a lelki betegség prognózisát ronthatja, és kedvezőtlenebb kimenetelhez vezethet. A fejezet részletesen tárgyalja a leggyakoribb komorbid állapotokat és az ezekhez társuló rizikófaktorokat, valamint áttekintjük a hangulat- és szorongásos zavarok, a vaszkuláris betegségek, valamint más krónikus testi betegségek komorbiditását, és a komorbid zavarok kezelésének legfontosabb lehetőségeit is.

16.1. Bevezetés

Ebben a fejezetben a mentális zavarok és a társuló (komorbid) szomatikus betegségek kapcsolatát tekintjük át a rizikófelmérés aspektusából. Ennek jelentőségét az adja, hogy ez a komorbiditás mind a testi, mind a lelki betegség prognózisát ronthatja, és kedvezőtlenebb kimenetelhez vezethet, így sokkal magasabb morbiditási és mortalitási arányt eredményezhet.

Ráadásul komoly diagnosztikus, differenciáldiagnosztikus és terápiás kihívást is jelenthet. A komorbid zavarok felismerése és eredményes kezelése kiemelt jelentőséggel bír, mert a korai, adekvát diagnózis és a kezelésbe vétel döntő fontosságú a terápia eredményességének és az életminőség helyreállításának szempontjából. A major depresszió és a disztímia számos esetben társul más (komorbid) pszichiátriai és testi betegséggel, melyek sokszor megnehezítik a felismerést és a kezelést, és lényegesen befolyásolják a terápiás stratégiákat. A társuló mentális zavarok közül a leggyakoribbak a szorongásos zavarok (elsősorban pánikbetegség), az alkohol-, illetve a drogfüggőség, a dohányzás, a személyiségzavarok, a szomatikus betegségek közül pedig a hipertónia és a II. típusú diabetes mellitus, illetve a metabolikus szindróma (*Goodnick, 1997; Rihmer, 2007; Rihmer és mtsai, 2003, 2008; Péter és mtsai, 2008; Hare és mtsai, 2014; Darvai és mtsai, 2017*).

16.2. A hangulat és szorongásos zavarok szomatikus komorbiditása

A major depressziók, a kardiovaszkuláris és a cerebrovaszkuláris betegségek magas prevalenciájuk és súlyos szövődményeik miatt külön-külön is komoly népegészségügyi problémát jelentenek, a két betegség együttes megjelenése az egyik legnagyobb kihívást

jelenti a szakemberek számára, különös tekintettel arra, hogy jelentősen növelik a morbiditási és mortalitási rizikót. Számos vizsgálat igazolta ugyanis, hogy a major depresszió többszörösére növeli a miokardiális infarktus gyakoriságát és a kardiális, illetve a cerebrovaszkuláris eredetű mortalitás rizikóját. A depresszió és bipoláris betegség az esetek felében egyben szorongásos zavarral is társul. A hangulat- és szorongásos zavarban szenvedők várhatónál magasabb kardiovaszkuláris morbiditásának és mortalitásának legkézenfekvőbb okai az ezen betegeknél gyakrabban előforduló magas vérnyomás, cukorbetegség, dohányzás és elhízás, amely tényezők a szívkoszorúér-betegségeknek és a szívinfarktusnak jól ismert rizikófaktorai. A hosszútávú követéses vizsgálatok azt is igazolták, hogy a major depressziós betegek megközelítőleg kétszeres kardiovaszkuláris mortalitása akkor is kimutatható, ha az egyéb rizikófaktorokat (vérnyomás, dohányzás, szérumkoleszterin, testtömegindex stb.) korrigálják. Ennek háttérében az állhat, hogy major depressziós epizód alatt fokozott a trombóziskészség, romlik az endothelfunkció és kifejezetten emelkedett a szimpatoadrenális aktivitás, a proinflammatorikus citokinek szintje, valamint a csökkent szívfrekvencia-variabilitás és az alacsony omega-3 zsírsavszint, melyek szintén komoly szerepet játszanak a kardiovaszkuláris morbiditásban és mortalitásban, ugyanakkor a depresszió gyógyulása után ezen eltérések többnyire normalizálódnak (*Zellweger és mtsai, 2004; Parker és mtsai, 2006; Lichtman és mtsai, 2014; Darvai és mtsai, 2017*).

A major (és újabb vizsgálatok szerint a minor) depresszió tehát a kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris betegségek független rizikófaktorának tekinthető, de az összefüggés fordítva is igaz: mivel a kardiovaszkuláris/cerebrovaszkuláris betegségek (hipertónia, iszkémiás szívbetegség, stroke) a depresszió rizikófaktorainak tekinthetők. Több vizsgálat egybehangzó adatai szerint ugyanis a koszorúér-betegségben, akut miokardiális infarktusban szenvedőknél, vagy iszkémiás agyi stroke-t követően a major vagy minor depresszió többszö-

rös gyakorisággal fordul elő (*Rihmer és mtsai, 2003; Lichtman és mtsai, 2014*). Tehát a depresszió, illetve a szorongás és a kardiovaszkuláris betegségek közötti összefüggés leginkább egy ördögi körhöz hasonlítható: a depresszió és szorongás a kardiovaszkuláris morbiditás rizikófaktora, másrésről viszont a szív- és érrendszeri betegek gyakran szenvednek hangulat- és szorongásos zavarban, ami pedig rontja a szívbetegség prognózisát (*Zellweger és mtsai, 2004; Taylor és mtsai, 2005; Péter és mtsai, 2014; Darvai és mtsai, 2017*). A depresszió és kardiológiai betegségek (pontosabban ezek rizikófaktorai) iránti közös genetikai-biológiai predispozíció, illetve az elsőnek jelentkező betegség által okozott pszichoszociális stressz egyformán fontos szerepet játszhat a másodiknak jelentkező betegség kifejlődésében és a tipikus sorrend: (dohányzás) – szorongásos betegség – depresszió – hipertónia – diabetes mellitus – iszkémiás szívbetegség (*Rihmer és mtsai, 2003; Péter és mtsai, 2008*). A depressziós betegek fokozott kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris morbiditásának és mortalitásának főbb okait az **16/1. táblázatban** tüntettük fel.

A depresszió, szorongás és kardiovaszkuláris betegségek gyakori komorbiditása sok esetben jelent diagnosztikai problémát, amikor a megtevéstző tüneti kép (mellkasi fájdalom, szívdobogásérzés) miatt elmarad a hangulat- vagy szorongásos zavar felismerése (*Rihmer és mtsai, 2003; Péter és mtsai, 2008*). Kiemeljük, hogy a fentiek mellett major depressziós és bipoláris betegeknél a cukorbetegség gyakorisága is jóval magasabb, mint az átlagnépességben, illetve egyéb pszichiátriai betegek között (*Goodnick, 1997; Darvai és mtsai, 2017*). A major depresszió hatékony akut és hosszútávú kezelése nemcsak a szuicid, hanem a kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris morbiditást és mortalitást is lényegesen csökkenti. A korszerű (SSRI és egyéb új generációs, szelektív vagy kettős hatású) antidepresszívumok kardiotoxikus hatása, a régebben használatos triciklusos/tetraciklusos szerekéhez képest elhanyagolható, így ezen antidepresszívumok kardiovaszkuláris, illetve cerebrovaszkuláris betegségben szenvedőknél

is nagy biztonsággal és hatékonysággal alkalmazhatók (*Rihmer és mtsai, 2003; Zellweger és mtsai, 2004; Prker és mtsai, 2006*). Ez az összefüggés bipoláris páciensek hosszútávú lítiumkezelése során is igazolódott (*Ahrens és mtsai, 1995*), sőt még a rosszindulatú daganatos

16/1. táblázat

Depressziós betegek fokozott kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris morbiditásának és mortalitásának eddig feltárt lehetséges okai

ÉLETMÓDDAL ÖSSZEFÜGGŐ RIZIKÓFAKTOROK	GYAKORISÁG/MÉRTÉK	MEGJEGYZÉS
Dohányzás	gyakoribb	szignifikáns összefüggés
Fizikai aktivitás	csökkent	–
BIOLÓGIAILAG MEGHATÁROZHATÓ RIZIKÓFAKTOROK	GYAKORISÁG/MÉRTÉK	MEGJEGYZÉS
Obezitás	előfordulása gyakoribb	szignifikáns összefüggés
Hipertónia	előfordulása gyakoribb	szignifikáns összefüggés
Diabétesz mellitusz	előfordulása gyakoribb	elsősorban II. típusú,
Hipofízis – hipotalamusz – mellékvesekéreg aktivitás	emelkedett	hiperkortizolémia, szimpatikotónia
Thrombocita aggregációs-készség	emelkedett	fokozott trombózishajlam
Szív-frekvencia-variabilitás	csökkent	–
Endothel-funkció	csökkent	fokozott trombózis-hajlam
HDL koleszterin szint	csökkent	–
Omega-3 zsírsavszint	csökkent	–
EGYÉB RIZIKÓFAKTOROK	GYAKORISÁG/MÉRTÉK	MEGJEGYZÉS
Együttműködés a gyógyszeres és nem gyógyszeres kezeléssel/ rehabilitációval	csökkent	–

betegségekre vonatkozó mortalitás is szignifikánsan alacsonyabb volt a hosszútávú terápiában részesülők között (*Angst és mtsai, 2005*). A ma már klasszikusnak számító SADHART-vizsgálat igazolta, hogy az akut miokardiális infarktusból vagy instabil anginában szenvedő major depressziós betegek szertralinnal (és feltehetőleg egyéb SSRI-val, illetve egyéb korszerű antidepresszívummal) történő kezelése hatékony és biztonságos terápia és lényegesen csökkentheti a rövidtávú kardiális morbiditást és mortalitást (*Glassmann és mtsai, 2002, 2009*). Az SSRI-ok mortalitást csökkentő hatását akut iszkémiás stroke-on átesett betegek esetében is igazolták (*Jorge és mtsai, 2003*). Tehát a major depresszió és a bipoláris zavar eredményes akut és hosszútávú gyógyszeres kezelése nemcsak kifejezett szuicidprevenciós hatással bír, de a fokozott kardiovaszkuláris, illetve daganatos betegség miatti mortalitását (és feltehetően morbiditását is) és lényegesen csökkentheti (*Darvai és mtsai, 2017*).

16.3. Komorbiditás és öngyilkossági rizikó krónikus testi betegségekben

A kutatások azt is kimutatták, hogy szignifikáns kapcsolat van az öngyilkos magatartás és egyes központi idegrendszeri betegségek – pl. szklerózis multiplex, Huntington-kór, epilepszia, Parkinson-kór, migrén, agyi és gerincvelői léziók, stroke –, illetve bizonyos tumoros kórképek, diabétesz és krónikus fájdalom jelenléte között (*Fekete és Osváth, 2005; Stenager és Stenager, 2009; Kalmár és mtsai, 2012*). Az öngyilkossági kockázatot leginkább a neurológiai és a daganatos betegségek fokozzák. Az idős – 75 év feletti – egyének relatíve magas szuicid rátája ezzel a komponenssel szoros összefüggésben lehet. Ez felhívja a figyelmet a krónikus szomatikus betegségben szenvedő idős egyének pszichés gondozásának fontosságára. Rákbetegség esetén az öngyilkossági készlet elsősorban a fennálló major depresszióval és nem a betegség súlyosságával, várható kimenetelével

vagy a fájdalom intenzitásával függ össze (*Breitbart és mtsai, 2000*). Gyermek és kamaszok esetében, akár csak felnőtteknél, az emelkedett öngyilkossági kockázattal összefüggő további testi betegségek az újonnan induló diabetes mellitus, a bronchialis asztma, a HIV, az epilepszia és a szklerózis multiplex (*Zalsman és Shoval, 2009*). Tehát a súlyos, különösen a központi idegrendszert érintő, valamint fájdalommal, fizikai korlátozottsággal és szenvedéssel járó szomatikus betegségek fokozzák az öngyilkosság kockázatát. Ebben a testi betegségekhez társuló depresszió, szorongás, a kognitív deficitek, az esetleges izoláció és a fájdalom következtében orvosi okokból kialakuló gyógyszerabúzus játszhat szerepet. A súlyos szomatikus betegség diagnózisát megelőző időszak és az azt követő napok kockázati periódust jelentenek, csakúgy, mint amikor a hosszabb ideje fennálló betegség hirtelen progressziót mutat (*Breitbart és mtsai, 2000; Stenager és Stenager, 2009; Kalmár és mtsai, 2012*).

16.4. Komorbiditás és a heteroagresszió, az önelhanyagolás és az áldozattá válás rizikója

Nagy anyagra kiterjedő epidemiológiai vizsgálatok szerint pszichiátriai (és így hangulatzavarban szenvedő) betegeknél a pszichiátriai komorbiditás, elsősorban hangulatzavarhoz társuló alkohol- vagy szerabúzus, illetve betegség – főleg ha kezeletlen – lényegesen növeli a heteroagresszív megnyilvánulások, illetve bűncselekmények rizikóját (*Elbogen és Johnson, 2009*). A testi és pszichiátriai betegségek közötti komorbiditás, valamint akár csak a pszichiátriai betegségek közötti komorbiditás elsősorban a major depresszió kialakulási esélyének növekedésével indirekt módon fokozhatja az elhanyagolás és/vagy áldozattá válás esélyét is az adott betegnél. Másrészt viszont ismert, hogy a gyermekkori elhanyagolás, illetve a szexuális abúzus növeli a későbbi hangulat- és szorongásos zavarok, valamint a szuicid magatartás kialakulásának kockázatát, és ezen gyermekkori traumák

elszenvedőinek szülei gyakran depressziós és főleg bipoláris betegek (*Chen és mtsai, 2012; Affifi, 2012; Blazsek és Wernigg, 2015*).

16.5. Az öngyilkossági veszély, a heteroagresszió és az áldozattá válás rizikójának csökkentése komorbid állapotokban

Az elmúlt évtizedekben egyre több adat szól amellett, hogy a kezeletlen hangulatzavarok (unipoláris depresszió és bipoláris betegség) az ismert pszichiátriai, pszichoszociális komplikációk (szuicid magatartás, produktivitás csökkenése, másodlagos alkoholbetegség, heteroagresszív magatartás stb.) mellett gyakran jár elhízással, szignifikánsan növeli a 2-es típusú diabétesz kialakulásának esélyét és több mint kétszeresére növeli a kardiovaszkuláris halálozást. Tehát a kezeletlen major depresszió kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris kórképekre hajlamosít, illetve a kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris betegségek a major, illetve minor depresszió szignifikáns rizikófaktorai (*Regenold és mtsai, 2002; Kopp és Strabski, 1995; Malone és mtsai, 2003; Döme és mtsai, 2005; Tóth, 2006*).

A követéses vizsgálatok azt is igazolták, hogy az antidepresszív farmakoterápia lényegesen csökkenti nemcsak a hangulatzavarok és következményes auto- és heteroagresszív magatartás esélyét, hanem javítja a keringési betegség prognózisát is. A hatékony antidepresszív gyógyszeres kezelés markánsan csökkenti a reinfarktus gyakoriságát és a rövid-, illetve hosszútávú kardiovaszkuláris (*Angst és mtsai, 2002; Mezuk és mtsai, 2008; Péter és mtsai, 2008; Rihmer és mtsai, 2008; 2010; Glassman és mtsai, 2009; Sowden és Huffman, 2009; Hare és mtsai, 2014; Litchman és mtsai, 2014*), valamint a cerebrovaszkulá-

ris morbiditást és mortalitást (*Pratt és mtsai, 1996; Rasmussen és mtsai, 2003; Niedermayer és mtsai, 2004; Jorge és mtsai, 2003*). Így a hangulatzavarok korai felismerésének és hatékony kezelésének nemcsak a szuicid (és heteroagresszív) cselekmények gyakoriságának csökkentésében, de a kardio- és a cerebrovaszkuláris morbiditás és mortalitás kedvezőbb alakulásában is jelentős szerepe van (*Darvai és mtsai, 2017*). A kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris betegek major vagy minor depressziójának gyógyszeres kezelésében feltétlenül preferálandók az új generációs antidepresszívumok (SSRI-készítmények, illetve kettős – szerotonin és noradrenalin – hatású szerek). Bipoláris depresszióban pedig a hosszútávú kezelés tengelyét mindenképpen a hangulatstabilizátorok (pl. lítium, lamotrigin, valproát, karbamazepin stb.) képezzék. Szükség esetén a szorongás csökkentésére, valamint az alvás javítására nagypotenciálú benzodiazepinek (alprazolám, klonazepám, lorazepám) is szükségesek lehetnek. Kiemeljük, hogy az eredményes kezelés érdekében a farmakoterápiát minden esetben szupportív pszichoterápiával kell kiegészíteni, és adott esetben akár specifikus pszichoterápiákat kell alkalmazni (*Zellweger és mtsai, 2004; Rihmer és mtsai, 2003; Parker és mtsai, 2006; Luutonen és mtsai, 2002*).

Összefoglalva az eddigieket megállapítható, hogy a pszichiátriai, pszichoszociális és szomatikus faktorok egymást szoros kölcsönhatásban befolyásolva járulnak hozzá a fokozott mortalitási, morbiditás és szuicid rizikó kialakulásához. Ezen fokozott rizikó felmérése és kezelése a komplex bio-pszicho-szociális szemlélet alkalmazásával válik lehetővé. A szomatikus és pszichiátriai komorbiditás gondos kivizsgálása, értékelése és kezelése tehát fontos szereppel bír az öngyilkossági, valamint a szomatikus betegségekhez társuló morbiditási és mortalitási rizikó csökkentése szempontjából.

TOVÁBBI PERSPEKTÍVÁK:

A komorbid zavarok felismerése és eredményes kezelése azért fontos kérdés, mert a korai, adekvát diagnózis és a kezelésbe vétel döntő fontosságú a tünetek mielőbbi megszüntetésének, a negatív következmények megelőzésének és az életminőség helyreállításának szempontjából. Ez azonban komoly diagnosztikus, differenciáldiagnosztikus és terápiás kihívást jelent, ezért a komorbid állapotokhoz társuló rizikó csökkentésében kiemelt szerepe van a páciensek kezelésében résztvevő egészségügyi szakemberek (orvosok és szakdolgozók) továbbképzésének.

IRODALOM

- Affifi, T.O. (2012) The relationship between child maltreatment and Axis I mental disorders: A summary of the published literature. *Open J Psychiatr.* 2, 21–32.
- Ahrens, B., Müller-Oerlinghausen, B., Schou, M. és mtsai (1995) Excess cardiovascular and suicide mortality of affective disorders may be reduced by lithium prophylaxis. *J Affect Disord.* 33, 67–75.
- Angst, F., Stassen, H.H., Clayton, P. és mtsai (2002) Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord.* 68, 167–181.
- Blazsek P., Wernigg R. (2015) Kockázatbecslés a pszichiátriában. Oriold és társa.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessiin, H. és mtsai (2000) Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA.* 284, 2907–2911.
- Chen, L., Murad, H., Paras, M.L. és mtsai (2010) Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin. Proc.* 85, 618–629.
- Darvai L., Rihmer Z., Balczár L. és mtsai (2017) Az alkoholbetegség és a dohányzás interdiszciplináris vonatkozásai az alapellátás szemszögéből. *Lege Artis Medicinae.* 27, 246–250.
- Döme P., Rihmer Z., Gonda X. és mtsai (2005) Cigarette smoking and psychiatric disorders in Hungary. *Int J Psychiat Clin Pract.* 9, 145–148.

- Elbogen, E.B., Johnson, S.C. (2009) The interictate link between violence and mental disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 66, 152–161.
- Fekete, S., Osvath, P. (2005) Suicide studies – from genetics to psychiatry and culture. Pécsi Tudományegyetem. Pécs.
- Glassman, A.H., O'Connor, C.M., Califf, R.M. és mtsai (2002) Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI and unstable angina. *JAMA*. 288, 701–709.
- Glassman, A.H., Bigger, T., Gaffney, M. (2009) Psychiatric characteristics associated with long-term mortality among 361 patients having an acute coronary syndrome and major depression. Seven-year follow-up of SADHART participants. *Arch Gen Psychiatry*. 66, 1022–1029.
- Goodnick, P.J. (1997) Diabetes mellitus and depression: Issues in theory and treatment. *Psychiatr Annals*. 27, 353.
- Hare, D.L., Toukhsati, S.R., Johansson, P. és mtsai (2014) Depression and cardiovascular disease: A clinical review. *Eur Heart Journal*. 35, 1365–1372.
- Jorge, R.E., Robinson, R.G., Arndt, S. és mtsai (2003) Mortality and poststroke depression: A placebo-controlled trial of antidepressants. *Amer J Psychiat*. 160, 1823–1829.
- Kalmár S., Németh A., Rihmer Z. (szerk.) (2012) Az öngyilkosság orvosi szemmel. Medicina Könyvkiadó. Budapest.
- Kopp M., Skrabski Á. (1995) Magyar lelkiállapot. Végeken Kiadó. Budapest.
- Lichtman, J.H., Froelicher, E.S., Blumenthal, J.A. (2014) Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: Systematic review and recommendations. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 129, 1350–1369.
- Luutonen, S., Holm, H., Salminen, J.K. és mtsai (2002) Inadequate treatment of depression after myocardial infarction. *Acta Psychiat Scand*. 106, 434–439.
- Malone, K.M., Waternaux, C., Haas, G.L. és mtsai (2003) Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *Amer J Psychiat*. 160, 773–779.
- Mezuk, B., Eaton, W.W., Albrecht, S. (2008) Depression and type 2 diabetes over lifespan: A meta-analysis. *Diabetes Care*. 31, 2383–2390.
- Niedermaier, N., Bohrer, E., Schulte, K. és mtsai (2004) Prevention and treatment of post-stroke depression with mirtazapine in patients with acute stroke. *J Clin Psychiat*. 65, 1619–1623.
- Péter L., Döme P., Rihmer Z. és mtsai (2008) Kardiiovaszkuláris betegségek és depresszió: Az epidemiológiai és a lehetséges etiológiai összefüggések áttekintése. *Neuropsychopharmacol. Hung*. 10, 81–90.
- Pratt, L.A., Ford, D.E., Crum, R.M. és mtsai (1996) Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. *Circulation*. 94, 3123–3129.

- Prker, G., Gibson, N.A., Brotchie, H. és mtsai (2006) Omega-3 fatty acids and mood disorders. *Amer J Psychiatry*. 163, 969–978.
- Rasmussen, A., Lunde, M., Poulsen, D.L. és mtsai (2003) A double-blind, placebo controlled study of sertraline in the prevention of depression in stroke patients. *Psychosomatics*. 44, 216–221.
- Regenold, W.T., Thapar, R.K., Marano, C. és mtsai (2002) Increased prevalence of type 2 diabetes mellitus among psychiatric inpatients with bipolar I affective and schizoaffective disorders independent of psychotropic drug use. *J Affect Disord*. 70, 19–26.
- Rihmer Z., Harmati L., Kecskés I. (2003) A kardiovaszkuláris betegségek kapcsolata a depressziós és szorongásos kórképekkel. In: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*, 3. kiadás, (Szerk.: Füredi J., Németh A., Tariska P.) Medicina Könyvkiadó, Budapest. 745–751.
- Rihmer Z., Purebl Gy., Faludi G. és mtsai (2008) Az elhízás és depresszió kapcsolatai. *Neuro-Psychopharmacologia Hungarica*. 10, 183–189.
- Rihmer Z., Gonda X., Rihmer A. és mtsai (2010) Suicidal and violent behaviour in mood disorders: A major public health problem. A review for the clinician. *3International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 14, 88–94.
- Rihmer Z. (2007) Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiat*. 20, 17–22.
- Sowden, G.L., Huffman, J.C. (2009) The impact of mental illness on cardiac outcomes: A review for the cardiologist. *Int J Cardiology*. 132, 30–37.
- Stenager, E., Stenager, E. (2009) Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman, D., Wasserman, C, *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford University Press. Oxford. 293–299.
- Taylor, C.B., Youngblood, M.E., Catellier, D. és mtsai (2005) Effects of antidepressant medication on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction. *Arch Gen Psychiat*. 62, 792.
- Tóth K. (2006) A szorongás szerepe a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásában. *Hippocrates*. 2006, április. 3–6 (kötetszám nélkül).
- Zalsman, G., Shoval, G. (2009) The link between physical disabilities and suicidality in children and adolescents. In: Wasserman, D., Wasserman, C, *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford University Press. Oxford. 661–665.
- Zellweger, M.J., Osterwalder, R.H., Langewitz, W. és mtsai (2004) Coronary artery disease and depression. *Europ Heart J*. 25, 3–9.

IV.

FEJEZET

AZ EGYES FEJEZETHEZ KAPCSOLÓDÓ ELŐADÁSOK (OKTATÁSI SEGÉDANYAG)

17. KOCKÁZATBECSLÉS ÉS -KEZELÉS CÉLJA, ALAPELVEI ÉS MÓDSZERTANA

Wernigg Róbert • Blazsek Péter

A diasor „A pszichiátriai kockázatbecslés és -kezelés célja, alapelvei és menete” című, I. fejezet kiegészítése és szerves egysége. Oktatási segédanyagként a fejezetben részletesen kifejtett alapfogalmak, alapelvek elsajátításához, illetve a kockázatbecslés és -kezelés módszertan megértéséhez nyújt további támpontokat és segítséget. Az egyes diák részletes magyarázatait a tankönyv megfelelő fejezeteiben találja, valamint ismeretmérő kérdések segítségével ellenőrizheti aktuális ismereteit (V. fejezet: Feladatgyűjtemény, Ellenőrző kérdések).

TARTALOM

- Bevezető
 - Alapfogalmak
 - Kockázat, kockázatbecslés, kockázatkezelés
 - A kockázatbecslés és kockázatkezelés célja és alapelvei
- Kockázatbecslés, kockázatkezelés a klinikumban
 - A kockázatbecslés menete
 - A kockázatelemzés menete
- Összefoglalás

BEVEZETŐ – ALAPFOGALMAK 1.

- **Kockázat** annak a lehetősége, hogy az adott tevékenység vagy lépés (vagy nem-cselekvés) veszteséget (nemkívánatos eseményt) idéz elő

Oxford English Dictionary, „Risk”

- Más megfogalmazásban a kockázat a bizonytalanság hatása a vizsgált jellemzőkre

*International Organization for Standardization,
ISO 31000 (2009) / ISO Guide 73:2002*

- A **kockázatbecslés** olyan minőségi (kvalitatív) vagy mennyiségi (kvantitatív) értékelés, amely az adott helyzetre egy bizonyos meghatározott negatív kimenetel lehetőségét valószínűség és súlyosság szerint osztályozza

BEVEZETŐ – ALAPFOGALMAK 2.

Kockázatbecslés

$$R_i = L_i \times p(L_i)$$

- R_i : az „i” esemény **kockázata**
- L_i : az „i” esemény során bekövetkező **veszteség**
- $p(L_i)$: az esemény bekövetkeztének **valószínűsége**, mely becsülhető:
 - múltbeli tapasztalatok alapján
 - szakirodalmi adatok alapján

de Moivre, 1711

BEVEZETŐ – ALAPFOGALMAK 3.

Kockázatkezelés

Az erőforrások összehangolt és gazdaságos felhasználása arra, hogy

- a nemkívánatos esemény valószínűségét és/vagy hatását ellenőrzés alatt tartjuk, nyomon kövessük, és a lehető legkisebbre csökkentjük,
- a lehetőségek megvalósulását a legnagyobbra növeljük



Dionne, 2013

BEVEZETŐ – ALAPFOGALMAK 4.

Kockázatbecslés és kockázatkezelés célja

- Az adott páciens állapotára vonatkozóan a lehetséges negatív kimenetel csökkentése az elfogadható szintre, bizonyítékokon alapuló módszerek révén
- Meg kell határozni az **elfogadható kockázat** mértékét

Morgan, 2010

BEVEZETŐ – ALAPELVEK 1.

- **Ismerni**
 - a szakirodalmat
 - a páciens
 - a döntéshozatal menetét
 - a jogszabályi hátteret
- **A kockázat szintje**
 - alacsony
 - közepes
 - magas
 - kritikus
- **A kockázatkezelési tervet**
 - a pácienssel közösen
 - a pozitív kockázatkezelés elvei alapján építjük fel
 - az erősségekre építünk

UK Department of Health, 2007

BEVEZETŐ – ALAPELVEK 2.

- **Kockázatkezelési terv felépítése**
 - elköteleződünk a közös célok iránt
 - de: rugalmasak vagyunk az eszközökben
 - milyen körülmények között, kinek, mi a feladata
 - reális
 - egyénre szabott
 - ragaszkodunk a végrehajtáshoz
 - rendszeresen újraértékeljük
- **Kommunikáció!**

UK Department of Health, 2007

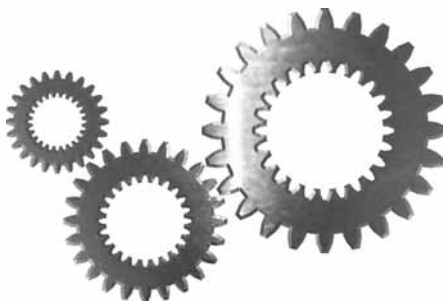
KOCKÁZATBECSLÉS A KLINIKUMBAN

- Gyors, automatikus döntésből adódó (heurisztikus) hibák kiküszöbölése
- Szakmai objektivitás
- Számonkérhetőség
- Betegbiztonság

A KOCKÁZATBECSLÉS FOLYAMATA

Kockázatbecslés a kockázati tényezők

1. Azonosítása
2. Elemzése
3. Priorizálása



KOCKÁZATI TÍPUSOK IDŐBELISÉG SZERINT

Idült (krónikus) kockázat

- A személyre jellemző
- Kockázati népesség azonosítására használható
- Jellemző helyzet
 - népegészségügyi szűrés
- Intervenció
 - a kockázati személyek azonosítása
 - a kockázati népességre irányuló beavatkozás
- Népesség szint

Heveny (akut) kockázat

- Az aktuális helyzetre jellemző
- Klinikai helyzetekben használható
- Jellemző helyzet: kríziskezelés
- Intervenció
 - dinamikus kockázati tényezők csökkentése
 - védő tényezők erősítése
- Egyéni/kis csoportos (pl. családi) szint

KOCKÁZATI TÍPUSOK GYAKORLATI SZEMPONTBÓL 1.**Statikus kockázat**

- Minden, ami adottságként kezelendő
 - genetika
 - neveltetés
 - múltbeli események
 - egyéni kórelőzmény
- Nem befolyásolható
- A rizikócsoporthoz szűrésének fő szempontja

Dinamikus kockázat

- Ami változhat idővel
- A klinikai beavatkozás legfőbb célpontja
- Lehet
 - jelenlegi
 - jövőbeli

*Blazsek és Wernigg, 2015***KOCKÁZATI TÍPUSOK GYAKORLATI SZEMPONTBÓL 2.****Védő tényezők**

- Különböző kölcsönhatásokat képezhetnek a kockázati tényezőkkel
- Erősíteni kell

Blazsek és Wernigg, 2015

KOCKÁZATI TÍPUSOK SÚLYOZÁSA I.

PL. ÖNGYILKOSSÁGI KOCKÁZAT ESETÉN



Texas Suicide Prevention, 2017

KOCKÁZATI TÍPUSOK SÚLYOZÁSA II.

PL. ÖNGYILKOSSÁGI KOCKÁZAT ESETÉN

Statikus kockázat

- Kórelőzményben önkárosítás
- Korábbi önkárosítás súlyossága
- Kórelőzményben
 - kórházi kezelés
 - mentális zavar (elsősorban depresszió, pszichózis)
 - szenvedélybetegség
 - személyiségzavar
- Kedvezőtlen gyermekkor
- Öngyilkosság a családi előzményben
- Kor: időskor, serdülőkor (férfiak)
- Nem: férfi
- Családi állapot: özvegy, elvált
- Kedvezőtlen életesemények
- Születés ideje (tavasz, nyár)
- Kisebbségi identitás
- Szegénység

Blazsek és Wernigg, 2015

KOCKÁZATI TÍPUSOK SÚLYOZÁSA III. PL. ÖNGYILKOSSÁGI KOCKÁZAT ESETÉN

Dinamikus kockázat

- Öngyilkossági gondolat és szándék
- Reménytelenség
- Jelenlegi mentális betegség
- Aktív tünetek
- Kezeléssel való hiányos együttműködés
- Szerhasználat
- Kórházi felvétel és elbocsátás
- Aktuális stressz
- Problémamegoldó készség hiányosságai
- Testi betegség
- Magányosság, társas elszigeteltség (inkább nőknél)
- Elvált/özvegy (férfiaknál)
- Munkanélküli (férfiaknál)
- Premenstruális szindróma
- Etikátlan médiatudósítás öngyilkosságról
- Börtönbüntetés
- Meghatározott időpontok

Blazsek és Wernigg, 2015

KOCKÁZATI TÍPUSOK SÚLYOZÁSA IV. PL. ÖNGYILKOSSÁGI KOCKÁZAT ESETÉN

Védő tényezők

- Együttműködés a kezeléssel
- Segítségkérés
- Terápiás szövetség
- Szoros utánkövetés
- Vallásosság, koherens világnézet
- Kapcsolati háló
- Színvonalas munkahely (férfiak)
- Házassági állapot (férfiak)
- Gyermekszám
- Kívánt terhesség (nők)
- Jó kommunikáció
- Kognitív készségek
- Részvétel a társadalom életében
- Félelem
- Rendszeres testmozgás (különösen serdülőkorban)
- Mentális retardáció

Blazsek és Wernigg, 2015

KOCKÁZATI TÍPUSOK SÚLYOZÁSA V. PL. ÖNGYILKOSSÁGI KOCKÁZAT ESETÉN

Öngyilkossági ablak

- Az az időpont, amikor **ENNEK** a bizonyos személynek a legnagyobb a kockázata az öngyilkosságra
- Az egyedi sérülékenység és a jelen stresszor keresztüze

A KOCKÁZATLISTA ELEMEI I.

A vizsgálat végén gyorsan elvégezhető.

ÖNGYILKOSSÁG, ÖNAGRESSZIÓ RIZIKÓFAKTORAI

Statikus (nem változtatható tényezők)

- Korábbi öngyilkossági kísérlet(ek)/önsértés
- Szuicid előzmény a családban (1. vagy 2. fokú rokonok)
- „Nagy” pszichiátriai kórkép (súlyos depresszió, bipoláris zavar, szkizofrénia)
- Súlyos testi betegség/fogyatékoság
- Különvált/özvegy/elvált
- Munkahely elvesztése/nyugdíjazás

A Kockázatlístateljes terjedelmében a VII. fejezetben és a Mellékletben található

Rihmer, 2007

A KOCKÁZATLISTA ELEMEI II.

A vizsgálat végén gyorsan elvégezhető.

ÖNGYILKOSSÁG, ÖNAGRESSZIÓ RIZIKÓFAKTORAI

Dinamikus (jelenlegi/ideiglenes) (kezelendő tényezők)

- Öngyilkossági gondolatok
- Öngyilkossági terv/szándék
- Jelenleg fennálló súlyos, major mentális betegség, pl. depresszív epizód, bipoláris zavar, szkizofrénia
- Erős szorongás, agitáció, alvászavar
- Reménytelenség/megküzdési mechanizmusok elégtelensége
- Megterhelő életesemény a közelmúltban
- Halálos módszerek könnyű elérhetősége (lőfegyver stb.)

A Kockázatlistateljes terjedelmében a VII. fejezetben és a Mellékletben található.

Rihmer, 2007

A KOCKÁZATLISTA ELEMEI III/A.

A vizsgálat végén gyorsan elvégezhető.

ÖNGYILKOSSÁG, ÖNAGRESSZIÓ RIZIKÓFAKTORAI

Elsődleges (pszichiátriai)

- Jelenleg fennálló pszichiátriai betegség
 - Affektív betegségek:
 - bipoláris II > bipoláris I > unipoláris major depresszió
 - agított/kevert depresszió
 - súlyos depresszió, reménytelenség, alvászavar
 - komorbid szorongásos betegség
 - komorbid alkohol- ill.- drog-betegség
 - ciklotím/hipertím/depresszív temperamentum

A Kockázatlistateljes terjedelmében a VII. fejezetben és a Mellékletben található.

Rihmer, 2007

A KOCKÁZATLISTA ELEMEI III/B.

A vizsgálat végén gyorsan elvégezhető.

ÖNGYILKOSSÁG, ÖNAGRESSZIÓ RIZIKÓFAKTORAI

Elsődleges (pszichiátriai)

- impulzív/agresszív személyiségvonások
- komorbid személyiségzavar (főleg borderline)
- mánia (diszfóriás/kevert)
- Szkiizofrénia (főleg ha depressziós tünetek is vannak)
- Alkohol/gyógyszer/drog/nikotin abúzus/addikció, szerencsejáték-függőség
- Megelőző öngyilkossági kísérlet
- Szuicid előzmény a családban az 1. vagy 2. fokú rokonok között
- Kórházból való elbocsátást követő időszak
- Az öngyilkossági szándék/halálvágy kommunikációja

A Kockázatlistateljes terjedelmében a VII. fejezetben és a Mellékletben található

Rihmer, 2007

A KOCKÁZATLISTA ELEMEI IV.

A vizsgálat végén gyorsan elvégezhető.

ÖNGYILKOSSÁG, ÖNAGRESSZIÓ RIZIKÓFAKTORAI

Másodlagos (pszicho-szociális)

- Kora gyermekkori negatív életesemények (fizikai/szexuális abúzus, szülő halála, válás stb.)
- Impulzív, agresszív személyiségvonások
- Ciklotím, hipertím, depresszív temperamentum
- Izoláció
- Súlyos testi betegség (krónikus fájdalom, mozgáskorlátozottság)
- Munkanélküliség, komoly anyagi problémák
- Súlyos akut negatív életesemények
- Dohányzás
- Halálos eszközök könnyű elérhetősége (fegyver, magas ház, mérgek stb.)

A Kockázatlistateljes terjedelmében a VII. fejezetben és a Mellékletben található

Rihmer, 2007

A KOCKÁZATLISTA ELEMEI V.

A vizsgálat végén gyorsan elvégezhető.

ÖNGYILKOSSÁG, ÖNAGRESSZIÓ RIZIKÓFAKTORAI

Harmadlagos (demográfiai)

- Férfi nem
- Serdülőkor (fiúk)
- Idős kor (mindkét nem)
- Sérülékeny csoportok (öngyilkosok hozzátartozói, homo- vagy biszexualitás, bevándorlók, börtönlakók stb.)
- Nagyobb kockázatú időszakok (tavasz/kora nyár, a hét első napjai, premenstruum, férfiaknál születésnap)

A Kockázatlistateljes terjedelmében a VII. fejezetben és a Mellékletben található.

Rihmer, 2007

A KOCKÁZATLISTA ELEMEI VI/A.

A vizsgálat végén gyorsan elvégezhető.

HETEROAGRESSZIÓ, ERŐSZAKOS VISELKEDÉS RIZIKÓFAKTORAI

Statikus (nem változtatható tényezők)

- Erőszakos cselekmény(ek) az előzményekben
- Korábbi fegyverhasználat (bármilyen fegyverrel)
- Férfi nem
- 35 év alatti életkor
- Előzményekben:
 - bűnügy
 - állatkínzás
 - agresszív magatartás
 - gyermekkori abúzus, agresszív bűncselekmény elszenvetője

A Kockázatlistateljes terjedelmében a VII. fejezetben és a Mellékletben található.

A KOCKÁZATLISTA ELEMEI VI/B.

A vizsgálat végén gyorsan elvégezhető.

HETEROAGRESSZIÓ, ERŐSZAKOS VISELKEDÉS RIZIKÓFAKTORAI

Statikus (nem változtatható tényezők)

- Szerepzavar/Szerepkonfliktus (stresszkeltő életesemény, változás, mellyel nem tud megbirkózni)
- Anamnézisben:
 - alkohol/drog/nyugtató abúzus/addikció
 - szkizofrénia, mánia
 - antiszociális személyiségzavar

A Kockázatlistateljes terjedelmében a VII. fejezetben és a Mellékletben található.

A KOCKÁZATLISTA ELEMEI VII.

A vizsgálat végén gyorsan elvégezhető.

HETEROAGRESSZIÓ, ERŐSZAKOS VISELKEDÉS RIZIKÓFAKTORAI

Dinamikus (jelenlegi/időleges) (kezelendő tényezők)

- Környezetre irányuló agresszív szándék
- Verbális agresszió
- Hozzáférés bármilyen fegyverhez
- Súlyos, kezeletlen mániás állapot
- Szkizofrénia, paranoid gondolatok/téveszmék
- Erőszakra buzdító hallucinációk
- Düh, agitáció, frusztráció
- Erőszakos gondolatok
- Szexuális abúzus vulnerábilis személyekkel szemben vagy nem konszenzuális szexuális kapcsolat erőltetése
- Önkontroll csökkenése
- Jelenlegi alkohol/drog/nyugtató abúzus/addikció

A Kockázatlista teljes terjedelmében a VII. fejezetben és a Mellékletben található.

A KOCKÁZATLISTA ELEMEI VIII.

A vizsgálat végén gyorsan elvégezhető.

ELHANYAGOLÁS, ÖNELHANYAGOLÁS, ÁLDOZATTÁ VÁLÁS RIZIKÓFAKTORAI

- Értelmi fogyatékoság
- Testi fogyatékoság
- Súlyos mozgáskorlátozottság
- Idős kor
- Addikciók:
 - kémiai (alkohol/ kábítószer/nyugtatók/nikotin)
 - viselkedési
- Demencia
- Szkizofrénia, depresszió, mánia, kényszerbetegség
- Egyedül élő személy:
 - tartósan
 - ideiglenesen
- Hajléktalanság

A Kockázatlistateljes terjedelmében a VII. fejezetben és a Mellékletben található.

KOCKÁZATI MÁTRIX

Összetett kockázati index = a kockázati esemény hatása × a bekövetkezésének valószínűsége (vagy gyakorisága)

Valószínűség (gyakoriság)	Következmény				
	Jelentéktelen (1)	Kicsi (2)	Közepes (3)	Súlyos (4)	Katasztrofális (5)
Szinte bizonyos (5)	5 – avatkozz be!	10 – avatkozz be!	15 – sürgősen avatkozz be!	20 – azonnal állítsd le a folyamatot!	25 – azonnal állítsd le a folyamatot!
Valószínű (4)	4 – kísérd figyelemmel!	8 – avatkozz be!	12 – sürgősen avatkozz be!	16 – sürgősen avatkozz be!	20 – azonnal állítsd le a folyamatot!
Lehetséges (3)	3 – kísérd figyelemmel!	6 – avatkozz be!	9 – avatkozz be!	12 – sürgősen avatkozz be!	15 – sürgősen avatkozz be!
Valószínűtlen (2)	2 – nem szükséges beavatkozni	4 – kísérd figyelemmel!	6 – avatkozz be!	8 – avatkozz be!	10 – avatkozz be!
Ritka (1)	1 – nem szükséges beavatkozni	2 – nem szükséges beavatkozni	3 – kísérd figyelemmel!	4 – kísérd figyelemmel!	5 – avatkozz be!

International Organization for Standardization, ISO 31000 (2009) / ISO Guide 73:2002

MAGAS KOCKÁZAT

- Súlyos, csaknem halálos öngyilkossági kísérlet
- Állandó öngyilkossági gondolatok vagy átmeneti gondolatok tényleges halálválggyal; átgondolt terv
- Pszichózis (különösen parancshallucinációk)
- Veszélyeztető magatartás (pl. agresszió, veszélyes vezetés)
- Nemrég kezdődött mentális megbetegedés (különösen depresszió) vagy öngyilkossági kísérlet
- Aktuális szerfüggőség
- Kórházi hazabocsátás (1 napon, 1 héten, 1 hónapon, vagy 1 éven belül)
- Agresszív és indulatvezérelt magatartás a személyes kórelőzményben
- Támogató kapcsolat hiánya, elszigeteltség, ellenséges kapcsolatok
- Rossz együttműködés; ellenségesség a szakemberekkel szemben; hiányzó, hullámzó vagy változékony rapport

Blazsek és Wernigg, 2015

KÖZEPES KOCKÁZAT

- Öngyilkossági gondolat és valamennyi szándék ténylegesen veszélyes tettek nélkül
- Viszonylag kevés dinamikus kockázati tényező
- Jól megalapozott, aktív terápiás kapcsolat
- Fennállhat a szerfogyasztás kockázata, de az nem súlyos, és nincs függőség
- Ambivalens vagy nehezen elérhető, illetve aktiválható kapcsolatok

Blazsek és Wernigg, 2015

ALACSONY KOCKÁZAT

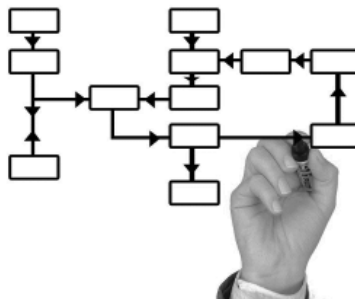
- Kevéssé intenzív, illetve passzív öngyilkossági gondolatok; nincs tényleges szándék
- Nincs önkárosítás az (egyéni és családi) anamnézisben
- Nincs szerhasználat
- Széles támogató háttér
- Jó rapport és terápiás szövetség

Blazsek és Wernigg, 2015

A KOCKÁZATKEZELÉS FOLYAMATA

Kockázatkezelés:

1. A veszély azonosítása, jellemzése és felmérése
2. A kritikus struktúrák/folyamatok speciális sérülékenységeinek meghatározása
3. A kockázati tényezők meghatározása
4. A kockázatcsökkentés módjának meghatározása
5. A kockázatcsökkentés eszközeit illetően fontossági sorrend felállítása



A KOCKÁZATKEZELÉS FOLYAMATA KLINIKAI HELYZETBEN

1. **Zárjuk ki a közvetlen életveszélyt!**
2. Vizsgáljuk meg a mentális állapotot, végezzünk kockázatbecslést, mérjük fel a védő tényezőket!
3. Állapítsuk meg:
 - a diagnózist
 - a kockázati tényezők kölcsönhatását
 - a kockázati szintet
4. Készítsünk stratégiai tervet a dinamikus kockázati tényezők kizárására és a védő tényezők megerősítésére!
5. Kössünk megállapodást a beteggel és a lehetséges szövetségesekkel!
6. Végezzünk intenzív utánkövetést, amíg a kockázat háttérbe nem szorult!

A BEAVATKOZÁS MEGTERVEZÉSE

- A beteg és a hozzátartozók közreműködésével történjék
- Vonjunk be minél több érdekeltet a megoldásba!
- A célkitűzés legyen SMART
 - **S**pecifikus
 - **M**érhető
 - **Á**ltalánosan elfogadott (beteg, hozzátartozók, szakember)
 - **R**eális
 - **T**artamhoz (időhöz) kötött

POZITÍV KOCKÁZATKEZELÉS

- A kockázat az élet velejárója
- Soha nem lehet teljesen kizárni
- Valamennyi kockázatvállalás szükséges a jó életminőséghez
- A kockázatot
 - fel kell mérni
 - meg kell beszélni a beteggel
 - kezelni kell

Morgan, 2007

A KOCKÁZATBECSLÉS ÉS KOCKÁZATKEZELÉS HASZNÁLHATÓSÁGA

Mire alkalmas?

- Emlékeztető (sorvezető) a szakembernek
- A klinikai döntéshozást segíti (kockázati szint)
- Elszámoltathatósági eszköz
- Minőségellenőrzési eszköz
- Kockázati populációk azonosítása
- Közös nyelv a népegészségügy, az egészségügyi ellátás és az egészségszervezés között

Mire nem alkalmas?

- Szakácskönyv-orvoslásra
- A tapasztalat és a jó gyakorlat helyettesítésére
- Horoszkópkészítésre
- A jövő megjósására egyedi esetben
- Kockázatmentességet garantálni
- A betegjogok megsértésének igazolására

ÖSSZEFOGLALÁS

A strukturált kockázatbecslési módszerek

- Előnye:
 - jó diagnózis
 - jó kezelési terv
 - heurisztikus hibák kiküszöbölése
 - sikerélmény!
- Hátránya:
 - szemléletváltást igényel(het)

IRODALOM

- Blazsek P., Wernigg R. (2015) Kockázatbecslés a pszichiátriában. Oriold és Társai Kft.
- de Moivre, A. (1711) De Mensura Sortis. In the Ph. Trans. of the Royal Society.
- Dionne, G. (2013) Risk Management: History, Definition and Critique. Cirreлт, 2013–56. <https://www.cirreлт.ca/DocumentsTravail/CIRRELT-2013-56.pdf>.
- Doran, G.T. (1981) „There’s a S.M.A.R.T. way to write management’s goals and objectives”, Management Review. 70(11), 35–36.
- International Organization for Standardization. ISO 31000 (2009)/ISO Guide 73, 2002.
- Morgan, J.F. (2007) „Giving up the Culture of Blame”. Risk assessment and risk management in psychiatric practice. Royal College of Psychiatrists. <https://lemosandcrane.co.uk/resources/Risk%20Assessment%20Paper%20-%20Giving%20up%20the%20Culture%20of%20Blame%20RCPSYCH.pdf>.
- Morgan, S. (2010) Making good risk decisions in mental health and social care. Health Care Risk Report. 16(5), 16–17.
- Rihmer és mtsai (2007) Curr Opin Psychiatry. 20, 17–22.
- Texas Suicide Prevention. (2017) Suicidal Zone. <https://texassuicideprevention.org/wp-content/uploads/2016/11/2016-2017-ASK-ShortRev-Version-for-Video-July-2016-Sept16-stats-update-3.pptx>.
- UK, Department of Health. (2007) Best Practice in Managing Risk.

18. ÖNGYILKOSSÁG KOCKÁZATBECSLÉSE ÉS MEGELŐZÉSE

Rihmer Zoltán

A diasor a tankönyv II. fejezet „Szuicídium” alfejezetével, valamint a „Kockázatbecslés és -kezelés egyes főbb kórképek szerint” című IV. fejezet vonatkozó szakaszaival alkot szerves egységet. Hazai és nemzetközi adatokkal, diagramokkal, ábrákkal teszi szemléletessé és segíti a téma jobb megértését, valamint az öngyilkosság és az önagresszió kockázatának felismerését, felmérését. Az egyes diák részletes magyarázatait a tankönyv megfelelő fejezeteiben találja, valamint a Feladatgyűjteményében (V. fejezet) található Ellenőrző kérdések segítségével felmérheti aktuális tudását a témáról.

TARTALOM

- Az öngyilkos magatartás epidemiológiája
- Az öngyilkos magatartás pszichiátriai és orvosi háttértényezői
- Öngyilkossági rizikófaktorok
- Öngyilkossági protektív faktorok
- Az öngyilkos magatartás megelőzése
- Szuicid halálozás alakulása Magyarországon az utóbbi 35 évben

ÖNGYILKOSSÁG – NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMA

- Az öngyilkosság kérdése társadalmi probléma és nem a pszichiátria belügye
- Egy öngyilkosság kb. 10 közeli rokont érint (Magyarországon ez 2016-ban 18.000 ember)
- Egy befejezett öngyilkosság költsége az EU-országokban átlagosan 2 millió Euro

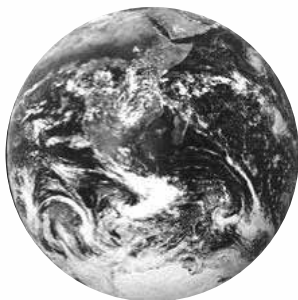
AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGÍTÉLÉSE

- Szókratész, Arisztotelész: elítéli
- Római Birodalom: szabad akarat
- Biblia: nem ítéli el
- Szent Ágoston (IV–V. sz.): elítéli
- Aquinói Szent Tamás (XIII. sz.) elítéli
- Hume, Kant és Schopenhauer: elítélik
- Camus: az öngyilkosság az egyetlen komoly filozófiai kérdés
- Szász Tamás: öngyilkosság emberi jog, megakadályozása korlátozás, öngyilkosság éppúgy nem létezik, mint az önlopás (elfogadhatatlan)
- Manapság: az öngyilkosság nem egészséges emberi reakció, multikauzális, de pszichiátriai betegség szerepe vitathatatlan, tehát előre jelezhető és megelőzhető (nem mindig...)

1.

AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS EPIDEMIOLOGIÁJA ÉS PSZICHIÁTRIAI HÁTTÉRTÉNYEZŐI

ÖNGYILKOSSÁG A VILÁGON, EURÓPÁBAN ÉS MAGYARORSZÁGON



➤ A WHO 2014-es adatai szerint a **világon** évente kb. **800.000 ember hal meg öngyilkosság miatt.**

- kb. 2/3-a depresszióban szenved
- Férfi/Nő arány: 3–4:1

➤ Európában évente **150.000 ember** lesz öngyilkos (120.000 férfi és 30.000 nő), az EU-ban évente kb. 68.000 fő.

Magyarországon 1.763 öngyilkos volt 2016-ban, méhnyakrák halálozás 476 fő/év.

Az öngyilkosok kétharmada (többnyire nem kezelt) depresszióban szenved a halála idején.

AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS SPEKTRUMA

Életúntság

Halálvágy

Öngyilkossági gondolat

Öngyilkossági terv

„Suicide gesture”

Öngyilkossági kísérlet

Befejezett öngyilkosság

ÖNGYILKOSSÁG ÉS ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET

- **Öngyilkossági kísérlet:**
férfiak < nők (1:4–5)

Főleg nem violens módszer (gyógyszer)

- **Befejezett öngyilkosság:**
férfiak > nők (3–4:1)

Főleg violens módszer (akasztás, leugrás stb.)

Egy befejezett szuicídiumra 15–20 kísérlet esik.

A BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁG LEGGYAKORIBB MÓDSZEREI HAZÁNKBAN

1. Önakasztás
2. Szándékos önmérgezés
3. Magas helyről leugrás
4. Mozgó jármű elé ugrás
5. Lőfegyver
6. Vágó-, szúróeszköz
7. Vízbefulladás
8. Áramütés
9. Egyéb

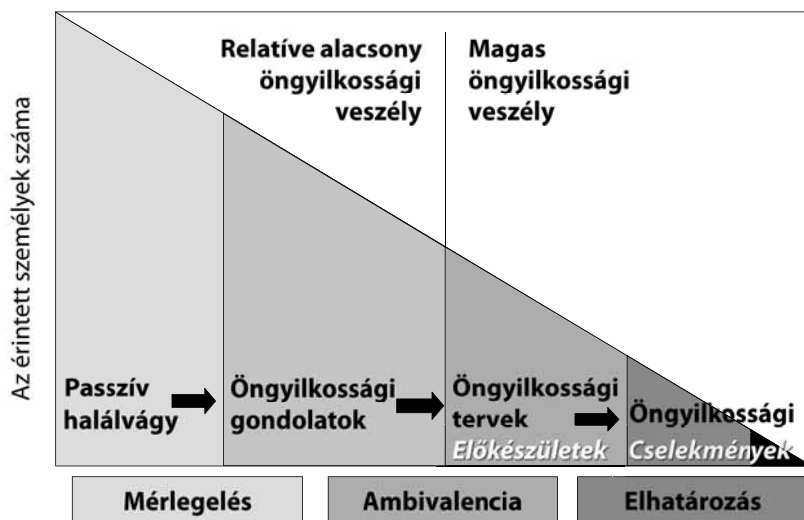
➤ **Férfiak**

- önakasztás
- magas helyről leugrás

➤ **Nők**

- szándékos önmérgezés
pl.: gyógyszer

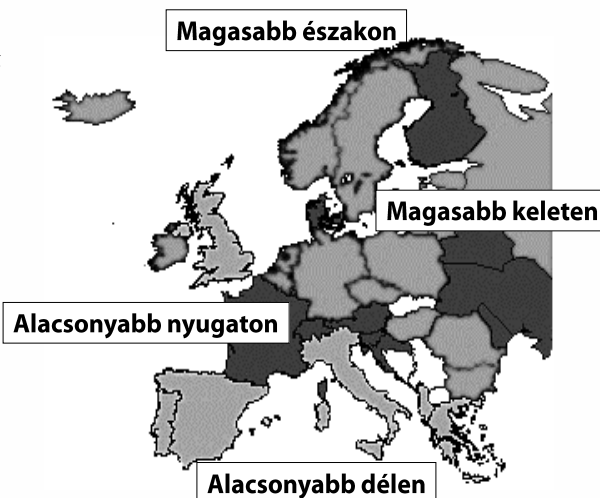
A SZUICIDALITÁS KÜLÖNBÖZŐ FÁZISAI



ÖNGYILKOSSÁGI RÁTÁK EURÓPÁBAN 1. (2010)

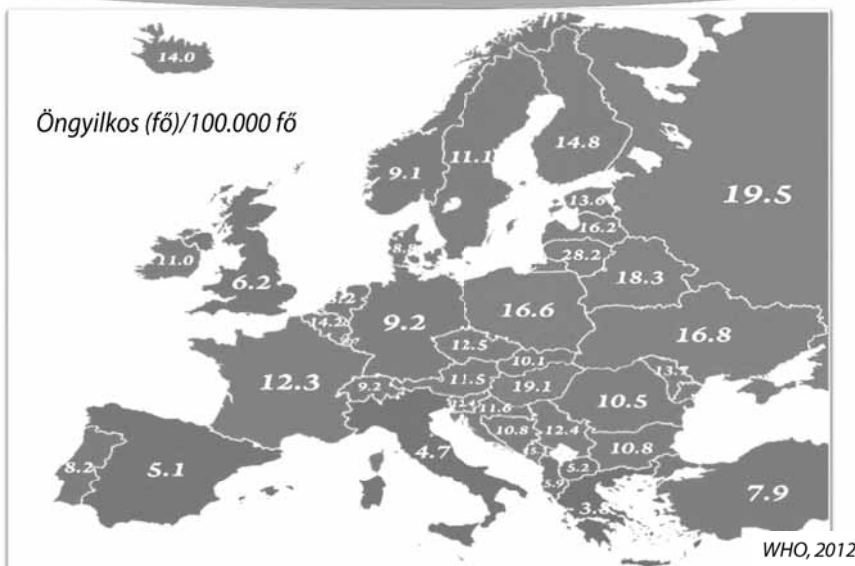
Öngyilkos (fő)/100.000 fő

Litvánia	33
Magyarország	26
Lettország	21
Szlovénia	20
Belgium	19
.....	
UK	7
Olaszország	6
Görögország	3



WHO, 2010

ÖNGYILKOSSÁGI RÁTÁK EURÓPÁBAN 2. (2012)



ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEK ELŐFORDULÁSA MAGYARORSZÁG FELNŐTT LAKOSSÁGÁBAN (18–64 ÉV)

➤ **Öngyilkossági kísérlet volt: 3,2%** (Nők: 4,0%, Férfiak: 2,2%)

DSM-III-R élettartam

diagnózis	EH	95% CI
nincs	1,0	
major depresszió első epizód	3,7	(1,4–9,1)
major depresszió, rekurrens	11,0	(6,4–18,9)
bipoláris beteg (I + II)	14,4	(6,8–30,2)

$n=2.953$

ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEK MAGYARORSZÁG REPREZENTATÍV MINTÁIBAN (>18 ÉV)

	1995 <i>n</i> =12.527	2002 <i>n</i> =12.653	változás
➤ Megelőző kísérlet	4,0%	2,9%	-28 %
➤ Megelőző kísérlet (orvosi ellátást igénylő)	3,8%	1,5%	-61%

Kopp és mtsai, 2011

AZ ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEK ÉS A DEPRESSZIÓ SÚLYOSSÁGÁNAK ÖSSZEFÜGGÉSE MAGYARORSZÁGON

	Öngyilkossági kísérlet
➤ Teljes minta	4,0%
➤ Nincs Beck-depresszió	2,2%
➤ Enyhe Beck-depresszió	5,2%
➤ Középsúlyos Beck-depresszió	9,2%
➤ Súlyos Beck-depresszió	14,4%

Kopp és mtsai, 1997

A MAJOR AFFEKTÍV BETEGSÉGEK PREVALENCIÁI MAGYARORSZÁGON (DSM-III-R DIAGNÓZISOK)

n=2.953 fő, reprezentatív minta (18–64 év)

Diagnózis	Élettartam	1 éves	1 hónapos
➤ Unipoláris depresszió	15,1%	7,1%	2,6%
➤ Bipoláris beteg	5,0%	2,7%	1,3%
Bipoláris I	3,0%	1,1%	0,5%
Bipoláris II	2,0%	1,6%	0,8%
Összes:	20,1%	9,8%	3,9%

Nem igaz, hogy a „depresszió” prevalenciája Magyarországon 30%!

*Szádóczky és mtsai, 1998;
Szádóczky és mtsai, 2000.*

ÖNGYILKOSSÁG A POPULÁCIÓBAN ÉS AZ ORVOSI ELLÁTÁST FELKERESŐK KÖZÖTT

Az öngyilkosság ritka esemény a populációban, de igen gyakori pszichiátriai betegek között, akik felkeresik az orvosi ellátás különböző formáit.

Annak ellenére, hogy a pszicho-szociális tényezők fontos szerepet játszanak, az öngyilkosságban meghaltak 90%-a aktuálisan pszichiátriai betegségben szenved (45–87%-ban unipoláris vagy bipoláris major depresszió, 8–12% szkizofrénia, 15–35% alkoholizmus).

*Cavanagh és mtsai, 2003;
Rihmer és mtsai, 2007.*

ÖNGYILKOSSÁG – DIAGNÓZIS 1.

A leggyakoribb aktuális Axis I és Axis II diagnózisok öngyilkosságban meghaltaknál

	Gyakoriság	
Pszichiátriai betegség	90%	(82–96%)
➤ Major depressziós epizód	70%	(56–87%)
➤ Alkohol/drogbetegség	36%	(26–55%)
➤ Szkizofrénia	9%	(6–13%)

Komorbid

➤ Szorongásos betegség	7–30%
➤ Személyiségzavar	10–58%

Rihmer, 2007;
Hawton és mtsai, 2009.

ÖNGYILKOSSÁG – DIAGNÓZIS 2.

200 egymásután észlelt öngyilkos RDC pszichiátriai diagnózisa (Budapest, 1986–1987)

	Gyakoriság
➤ Depressziós betegség	63,0%
Major depresszió	58,0%
Primer major depresszió	50,0%
Unipoláris major depresszió	26,5%
Bipoláris (I + II) depresszió	23,5%
➤ Szkizofrénia/skizoaffektív betegség	9,0%
➤ Alkoholizmus	8,0%
➤ Csak testi betegség	5,0%
➤ Nincs pszichiátriai/testi betegség	14,0%

Arató és mtsai, 1988

ÖNGYILKOSSÁG – DIAGNÓZIS 3.

Budapest-Manchester Suicide Study (Budapest, 2002–2004)

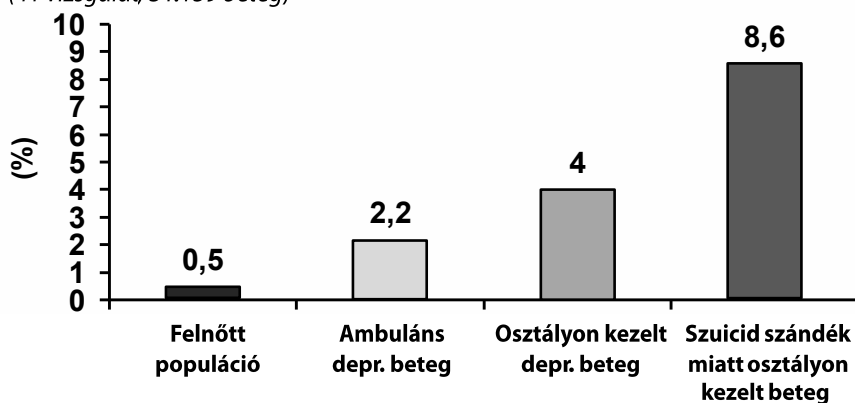
Jelen DSM-IV Axis I diagnózisok	Öngyilkosok		Kontrollok	
	n=194	(%)	n=194	(%)
➤ Major depresszió	49,0		6,2	
➤ Dysthymia	8,8	60% Depr.	5,2	11 % Depr.
➤ Mánia/hipománia	0,5		0,5	
➤ Szorongásos betegség	6,2		4,7	
➤ Pszichotikus betegség	2,6		0	
➤ Alkohol/drogdependencia	10,3		4,7	
➤ Min 1 Axis I diagnózis	77,4		21,2	

Munkanélküliség, izoláció, akut pszicho-szociális stresszorok szignifikánsan gyakoribbak voltak az öngyilkosok között.

Almási és mtsai, 2009

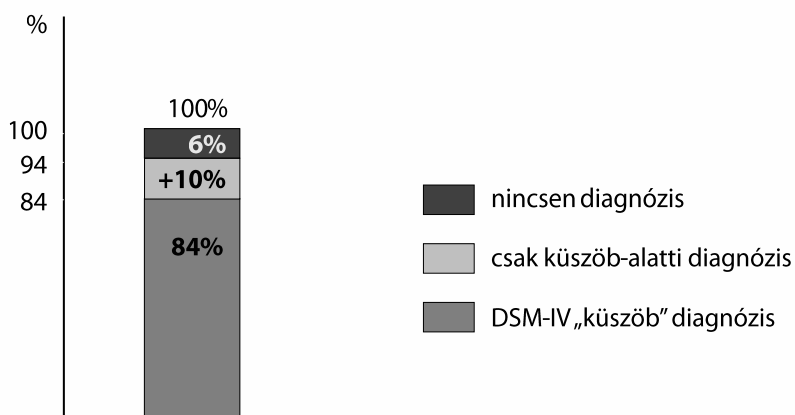
A BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁG ÉLETTARTAM-RIZIKÓJA AFFEKTÍV BETEGEKNÉL

(41 vizsgálat, 31.159 beteg)



Bostwick és Pankratz, 2000

ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEN ÁTESETTEK DSM-IV DIAGNÓZISAI



Balázs és mtsai, 2000

ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET ÉS PSZICHIÁTRIAI MORBIDITÁS

Metaanalízis

A szuicid kísérletet elkövető felnőttek 84%-a,
az adollescensek 81%-a
I. tengely pszichiátriai betegségben szenvedett
a cselekmény idején.

Hawton és mtsai, 2013

DEPRESSZIÓ ÉS ÖNGYILKOSSÁG 1.

- A major depresszió és bipoláris betegség egy hónapos prevalenciája kb. 4%
- **Az öngyilkosságban meghaltak 59–87%-a aktuálisan major depresszióban szenved**
- A depressziós öngyilkosok csak 9–20%-a áll antidepresszív gyógyszeres kezelés alatt halála idején

*Rihmer és mtsai, 2002;
Wasserman, 2000;
Henriksson és mtsai, 2001.*

DEPRESSZIÓ ÉS ÖNGYILKOSSÁG 2.

- A (nem kezelt) major depressziós betegek 15–19%-a öngyilkosságban hal meg (rizikó: 25–30×)
- A (nem kezelt) depressziós betegek kb. 40–50%-a legalább egy alkalommal öngyilkossági kísérletet követ el
- **DE a depressziós betegek (döntő) többsége sohasem lesz öngyilkos**, így egyéb tényezők is fontos szerepet játszanak:
 - **klinikai** (súlyosság, agitáció, alvászavar stb.)
 - **genetikai** (családi anamnézis)
 - **személyiségbeli** (impulzivitás, agresszivitás, ciklotím temperamentum stb.)
 - **pszicho-szociális** (munkanélküliség, izoláció, súlyos negatív élet-események)
 - **demográfiai** (férfiak, idősök stb.)

*Mann és mtsai, 2005;
Rihmer, 2007.*

A NEM KEZELT DEPRESSZIÓ SZÖVŐDMÉNYEI

- | | |
|---|----------|
| ➤ Öngyilkosság (legsúlyosabb) | 15–19% |
| ➤ Öngyilkossági kísérlet
(bipoláris > major depresszió) | 35–50% |
| ➤ Másodlagos alkohol/drogbetegség | 30–55% |
| ➤ Munka elvesztése
tartós betegállomány stb. | 1,8–2,5× |
| ➤ Szeparáció, válás | 2–3× |
| ➤ Fokozott szomatikus mortalitás
(szív-érrendszeri, daganatos) | 2–2,5× |
| ➤ Az egészségügyi ellátás fokozott terhelése | 2,5× |

2.

AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS RIZIKÓ ÉS PROTEKTÍV FAKTORAI

AZ ÖNGYILKOSSÁG ÁLTALÁNOS RIZIKÓFAKTORAI 1.

- Öngyilkosság a vérrokonok között (1. és 2. fokú rokonok)
- Megelőző öngyilkossági kísérlet/szándék, jelen halálvágy
- Korai betegségkezdet
- Férfiak
- Idősek
- Súlyos depresszió
(reménytelenség, agitáció, inszomnia, pszichotikus tünetek)
- Komorbid szorongásos és addiktív betegségek
- Bipoláris diagnózis, rapid ciklusú lefolyás
(folytatás...)

**A rizikófaktorok
összeadódnak**

*Rihmer, 2007;
Colom és mtsai, 2006;
Maj és mtsai, 2006;
Chaudhury és mtsai, 2007;
Gonzalez-Pinto és mtsai, 2006;
Rihmer és Pompili, 2017.*

AZ ÖNGYILKOSSÁG ÁLTALÁNOS RIZIKÓFAKTORAI 2.

- Impulzivitás, agresszív vonások, ciklotím/depresszív temperamentum
- Kora-gyermekkor szexuális és/vagy fizikai abúzus
- Dohányzás, akut alkoholos állapot
- Egyedül élő
- Munkanélküli, anyagi krízis, akut stresszor
- Halálos módszerek elérhetősége
- Kezelés/utógondozás hiánya, együttműködés hiánya
- Kórházból való elbocsátás utáni hetek, hónapok

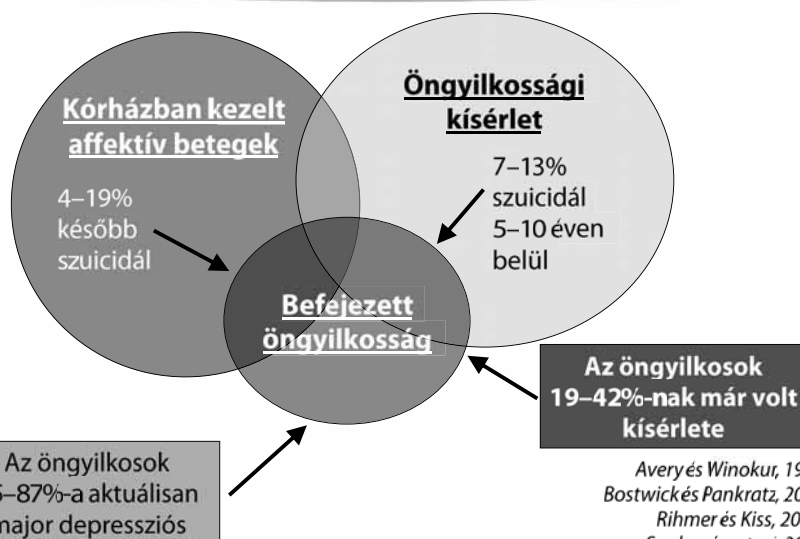
**A rizikófaktorok
összeadódnak**

*Rihmer, 2007;
Colom és mtsai, 2006;
Maj és mtsai, 2006;
Chaudhury és mtsai, 2007;
Gonzalez-Pinto és mtsai, 2006;
Rihmer és Pompili, 2017.*

ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK DEPRESSZIÓBAN/BIPOLÁRIS BETEGSÉGBEN

- Major depresszió (súlyos)
- Megelőző öngyilkossági kísérlet
- Öngyilkosság a vérrokonok között
- Agitáció
- Inszomnia
- Reménytelenség
- Komorbid alkohol-, illetve szorongásos betegség
- Impulzivitás, ciklotím irritábilis, depresszív temperamentum
- Halálos módszerek könnyű elérhetősége

MAJOR AFFEKTÍV BETEGSÉGEK ÉS SZUICID MAGATARTÁS



ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK SZORONGÁSOS BETEGSÉGEKBEN

- Megelőző szuicid kísérlet
- **Komorbid major depresszió**
- Szuicídium a családban
- Komorbid addiktív betegség
- Akut pszicho-szociális krízis

Hawton és van Heeringen (Eds.), 2000

ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK SZKIZOFRÉNIÁBAN

- **Major depresszió, reménytelenség**
- **Megelőző öngyilkossági kísérlet, halálvágy**
- Korai betegségstádium
- Gyakori visszaesések
- Jó premorbid funkcionálás
- Halálvágy
- Magasabb IQ
- Kórházból való elbocsátás utáni időszak
- Parancs-hallucinációk (egyes vizsgálatok szerint)

Hawton és van Heeringen (Eds.), 2000

ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK ADDIKTÍV BETEGSÉGEKBEN

- **Major depresszió**
- **Reménytelenség**
- **Aktuálisan magas alkohol/droghasználat**
- Megelőző öngyilkossági kísérlet
- Késői betegségstádium
- Súlyos testi betegség
- Szociális támogatás hiánya
- Munkanélküliség
- Izoláció

Hawton és van Heeringen (Eds.), 2000

ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓ PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGEKBEN

Diagnózis	SMR	%/év	% össz
Bipoláris betegség	21	0,31	15,5
Súlyos major depresszió	19	0,29	14,6
Drog abúzus	19	0,28	14,7
Disztímia	11	0,17	8,6
Kényszerbetegség (OCD)	11	0,14	8,2
Pánikbetegség	11	0,16	7,2
Szkizofrénia	8,0	0,12	6,0
Személyiségzavar	6,7	0,10	5,1
Alkohol abúzus	5,3	0,08	4,2
Átlagpopuláció	1,00	0,015	0,72

AZ ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET A BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁG LEGERŐSEBB RIZIKÓFAKTORA

- Az öngyilkosok egyharmadának már volt legalább egy megelőző kísérlete
- Tehát az öngyilkosok kb. kétharmada az első kísérletébe hal bele !
- **Az első öngyilkossági esemény előrejelzése fontos és lehetséges a szuicid rizikófaktorok ismeretében.**

*Isomatsa és Lönnqvist, 1998;
Oquendo és mtsai, 2006;
Rihmer, 2007.*

AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK HIERARCHIÁJA

- **Pszichiátriai/orvosi (Elsődleges)**
Depresszió, alkohol/drog betegség, szkizofrénia, megelőző öngyilkossági kísérlet, öngyilkossági szándék...
- **Pszicho-szociális (Másodlagos)**
Kora-gyermekkori negatív élet-események, impulzivitás, agresszivitás, ciklotím/depresszív temperamentum, munkanélküliség, súlyos élet-helyzeti krízisek, akut pszichoszociális stresszorok, izoláció, veszteségek, szuggesztív hatás, mintakövetés...
- **Demográfiai (Harmadlagos)**
Férfiak, idős emberek, öngyilkosok rokonai, orvosok, kisebbségek...

Rihmer, 2007

AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK HIERARCHIKUS OSZTÁLYOZÁSA (1)

<i>Rizikófaktor</i>	<i>Példa</i>
➤ Elsődleges	nem kezelt depresszió megelőző szuicid kísérlet
➤ Másodlagos	munkanélküliség akut stresszor, impulzivitás
➤ Harmadlagos	férfiak, tavasz, perimenstrum
Szuicid rizikó:	ALACSONY !

A fennálló rizikótényezők vastaggal szedve.

*Rihmer és mtsai, 2002;
Rihmer, 2007.*

AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK HIERARCHIKUS OSZTÁLYOZÁSA (2)

<i>Rizikófaktor</i>	<i>Példa</i>
➤ Elsődleges	nem kezelt depresszió megelőző szuicid kísérlet
➤ Másodlagos	munkanélküliség akut stresszor, impulzivitás
➤ Harmadlagos	férfiak, tavasz, perimenstrum
Szuicid rizikó:	MAGAS !

A fennálló rizikótényezők vastaggal szedve.

*Rihmer és mtsai, 2002;
Rihmer, 2007.*

AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK HIERARCHIKUS OSZTÁLYOZÁSA (3)

Rizikófaktor

Példa

➤ **Elsődleges**

**nem kezelt depresszió
megelőző szuicid kísérlet**

➤ **Másodlagos**

**munkanélküliség
akut stresszor, impulzivitás**

➤ **Harmadlagos**

férfiak, tavasz, perimenstrum

Szuicid rizikó:

EXTRÉM MAGAS !

A fennálló rizikótényezők vastaggal szedve.

*Rihmer és mtsai, 2002;
Rihmer, 2007.*

KLINIKAILAG FELTÁRHATÓ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK DEPRESSZIÓBAN 1/A.

1. A depressziós epizód során észlelhető szuicid rizikófaktorok

- súlyos major depressziós epizód
- megelőző öngyilkossági gondolatok/szándék/terv
- reménytelenség, önvádolás, pesszimizmus, életuntság, végrendelkezés
- agitáció, depressziós kevert állapot
- inszomnia, étvágy és testsúlycsökkenés
- pszichotikus tünetek (depressziós holotím téveszmék)

(folytatás...)

Rihmer és mtsai, 2015

KLINIKAILAG FELTÁRHATÓ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK DEPRESSZIÓBAN 1/B.

1. A depressziós epizód során észlelhető szuicid rizikófaktorok

- megelőző mánia vagy hipománia (bipoláris I illetve II diagnózis)
- komorbid Axis I (addiktív, szorongásos betegség, akut alkohol hatás)
- komorbid Axis II és súlyos Axis III (testi) betegségek
- hiányzó orvosi, szociális, illetve családi támogatás
- a kezelés megkezdésének első napjai/hetei (különösen, ha a megfelelő felügyelet hiányzik)

(folytatás...)

Rihmer és mtsai, 2015

KLINIKAILAG FELTÁRHATÓ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK DEPRESSZIÓBAN 2.

2. A depressziós betegség megelőző lefolyásával kapcsolatos rizikófaktorok

- megelőző szuicid kísérlet (főleg, ha violens)
- korai (20 év alatti) betegségkezdet, bipoláris betegségben dominálónan depressziós lefolyás
- rapid ciklusú lefolyás
- alkohol abúzus, alkohol dependencia

3. Személyiségjegyekkel összefüggő szuicid rizikófaktorok

- agresszív, impulzív, pesszimista személyiségvonások
- ciklotím és irritábilis temperamentum
- dohányzás

(folytatás...)

Rihmer és mtsai, 2015

KLINIKAILAG FELTÁRHATÓ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK DEPRESSZIÓBAN 3.

4. Az egyéni élettörténettel és a családi anamnézissel összefüggő szuicid rizikófaktorok

- korai negatív életesemények (szülő halála, válása, fizikai vagy szexuális abúzus)
- aktuálisan fennálló negatív élethelyzet vagy élethelyzetek (munkanélküliség, anyagi nehézségek, özvegy, súlyos-, krónikus testi betegség)
- akut pszicho-szociális stresszorok (akut veszteségek, gyász, munkanélküliség, anyagi katasztrófa)
- a családi anamnézisben szereplő depresszió (1. és 2. fokú rokonok)
- öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet az 1. és/vagy 2. fokú rokonoknál

Rihmer és mtsai, 2015

SZEZONALITÁS, PERIODICITÁS 1.

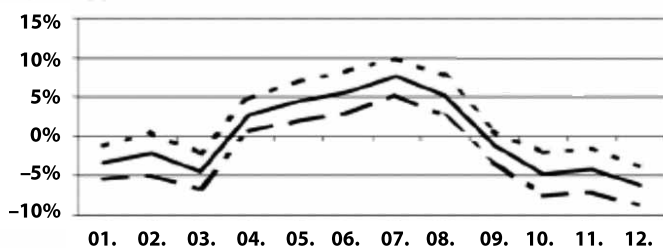
- Az öngyilkosság mindenütt a világon a leggyakoribb tavasszal/kora nyáron, és legritkább télen. Nemi és módszerbeli különbségek.

*Rihmer és mtsai, 2013;
Galvao és mtsai, 2018.*

- Az öngyilkosság leggyakoribb hétfőn, és legritkább vasárnap.

Zonda és mtsai, 2008-09

SZÜLETÉS SZEZONALITÁSA ÖNGYILKOSOKNÁL



Nemzetközi adatoknak megfelelően az öngyilkosok Magyarországon is leggyakrabban júliusban születnek.

Döme és mtsai, 2010

A KLINIKAILAG FELTÁRHATÓ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK OSZTÁLYOZÁSA 1.

- Egyéni vs. populáció szintű rizikófaktorok
- Proximális vs. disztális rizikófaktorok
- Rövidtávú vs. hosszútávú rizikófaktorok
- Statikus vs. dinamikus rizikófaktorok
- Változtatható vs. nem változtatható rizikófaktorok
- Elsődleges , másodlagos, harmadlagos rizikófaktorok

*Rihmer, 2007;
Blazsek és Wernigg, 2015;
Rihmer és mtsai, 2015.*

A KLINIKAILAG FELTÁRHATÓ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK OSZTÁLYOZÁSA 2.

- Biológiai rizikófaktorok
 - alacsony centrális szerotonin forgalom
 - alacsony omega-3-zsír sav szint
 - kóros DST
 - szerotonin transzporter gén „s” allélja
 - alacsony BDNF stb.

DST = dexametazon szuppressziós teszt

BDNF = brain derived neurotrophic factor (agyi neurotrop faktor)

*Rihmer, 2007;
Blazsek és Wernigg, 2015;
Rihmer és mtsai, 2015.*

VÁLTOZTATHATÓ ÉS NEM VÁLTOZTATHATÓ RIZIKÓFAKTOROK

- **Változtatható (dinamikus) rizikófaktorok**
 - az egészségügyi ellátáson belül (depresszió, szkizofrénia...)
 - az egészségügyi ellátáson kívül (munkanélküliség, halálos módszerek...)
- **Nem változtatható (statikus) rizikófaktorok**
 - öngyilkos rokon, férfi nem...

SZUICID KÉRDŐÍVEK HASZNA

Nemzetközi szakirodalmi adatok szerint

- Célzott, **a szuicid szándékra kérdező** kérdőívek, skálák nem sokat segítenek a rizikó felmérésében, de **kiegészítő módszerként** hasznosak.
- A személyre szabott interjú jobban jelez.

Lotito és Cook, 2015

ÖNGYILKOSSÁG ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET UTÁN 1.

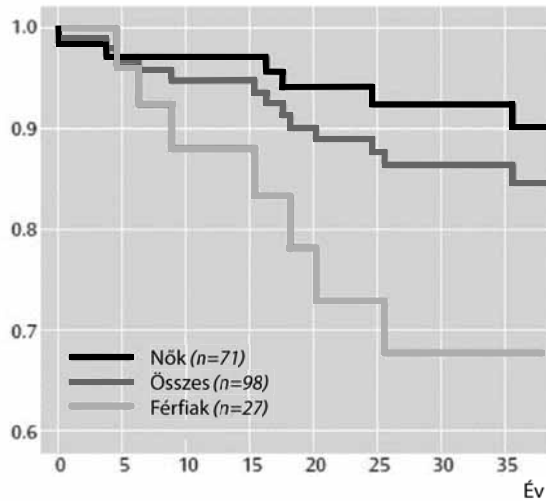
Metaanalízis

Az öngyilkossági kísérletet elkövetők
7–13%-a öngyilkosságban hal meg
5–37 éven belül!

Tidemalm és mtsai, 2008

ÖNGYILKOSSÁG ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET UTÁN 2.

**37 éves követés,
13% halt meg
öngyilkosságban
(19/98)**



Suominen és mtsai, 2004

ÖNGYILKOSSÁG ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET UTÁN 3.

- 40.346 kísérletező beteg
- Oxford, Manchester és Derby
- 11 éves követés
- 1,5% halt meg öngyilkosságban
 - férfiak: 2,6%
 - nők: 0,9%
 - **49-szeres a populációhoz képest!**
- Leggyakoribb módszerek:
 - túladagolás (kísérlet)
 - akasztás (befejezett öngyilkosság)

Hawton és mtsai, 2015

NEM ÖNGYILKOSSÁGI SZÁNDÉKKAL TÖRTÉNT ÖNSÉRTÉS ÉS KÉSŐBBI SZUICID KÍSÉRLET

Ilyen esetekben a későbbi követés során:

- a **szuicid** szándékkal elkövetett **kísérlet** sokkal gyakoribb
- a **befejezett öngyilkosság** is gyakoribb

*Hamza és mtsai, 2012;
Klonsky és mtsai, 2014.*

AZ ÖNGYILKOSSÁGI MÓDSZER VÁLTOZÁSA

- Nem violens első kísérlet



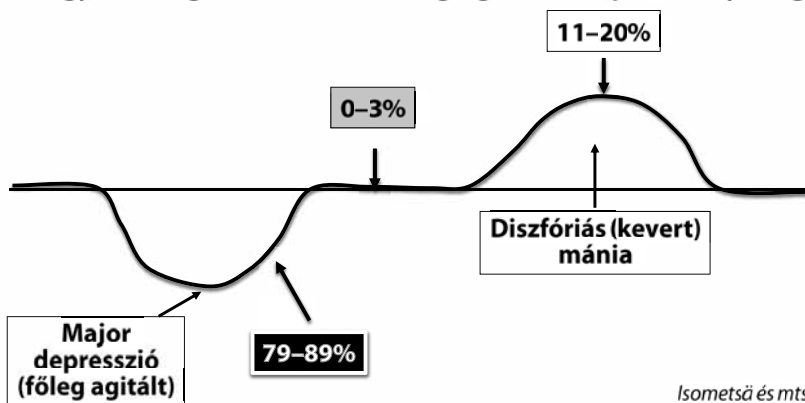
violens következő kísérlet (gyakori)

- Az ellenkező ritka
- **A nem violens kísérletet is komolyan kell venni !**

*Rihmer és mtsai, 1995;
Isometsa és Lönnqvist, 1998.*

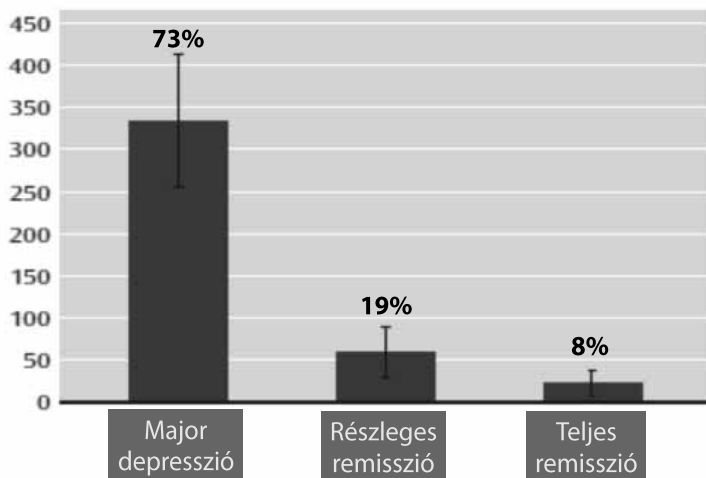
MIKOR KÖVETNEK EL AZ AFFEKTÍV BETEGEK ÖNGYILKOSSÁGOT?

Az öngyilkos magatartás affektív betegségekben állapot- és súlyosság függő



*Isometsä és mtsai, 1994;
Tondo és mtsai, 1998; Rouillon és mtsai, 1991;
Qin és mtsai, 2005; Baldassano, 2006;
Valtonen és mtsai, 2005; Valtonen és mtsai, 2007;
Pompili és mtsai, 2009; Isometsä, 2014.*

BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁG MAJOR DEPRESSZIÓBAN, VALAMINT ANNAK RÉSZLEGES ÉS TELJES REMISSZIÓJA SORÁN



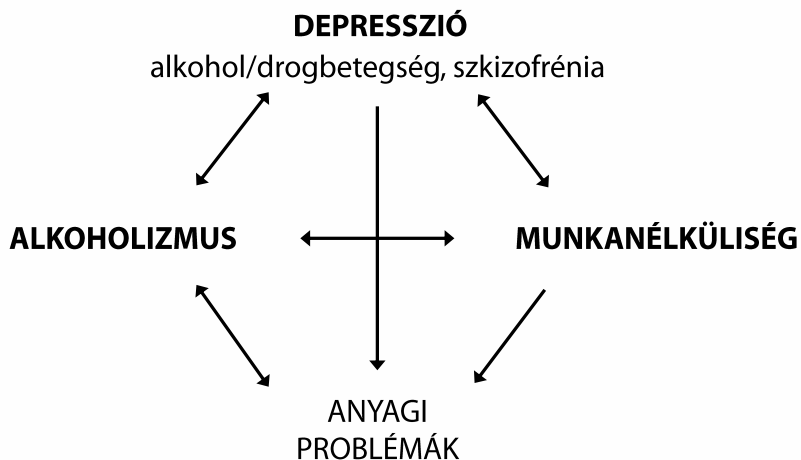
Holma és mtsai, 2010

AZ ÖNGYILKOSSÁGI GONDOLATOK/SZÁNDÉK IS ÁLLAPOT- ILL. SÚLYOSSÁG FÜGGŐ DEPRESSZIÓBAN

Mind a szuicid gondolat/szándék,
mind a reménytelenség
megszűnik a depresszió javulásával,
gyógyulásával!

*Alexopoulos és mtsai, 1999; Szántó és mtsai, 2003;
Gunnel és mtsai, 2004; Cheung és mtsai, 2006;
Williams és mtsai, 2006; Sokero és mtsai, 2006;
Szántó és mtsai, 2007; Valtonen és mtsai, 2007;
Tondo és mtsai, 2008; Mulder és mtsai, 2008;
Cukrowicz és mtsai, 2009; Seemüller és mtsai, 2009;
Zisok és mtsai, 2009; Courtet, 2010;
Perlis és mtsai, 2009; Wang és mtsai, 2015.*

AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK INTERAKCIÓJA



AZ ÖNGYILKOSSÁG NEM SZOCIÁLIS, MORÁLIS, ETIKAI KÉRDÉS...

...ha az lenne, akkor a földön csak

- gazdag
 - házas
 - munkahellyel rendelkező
 - becsületes
 - magasan etikus
- emberek élnének.

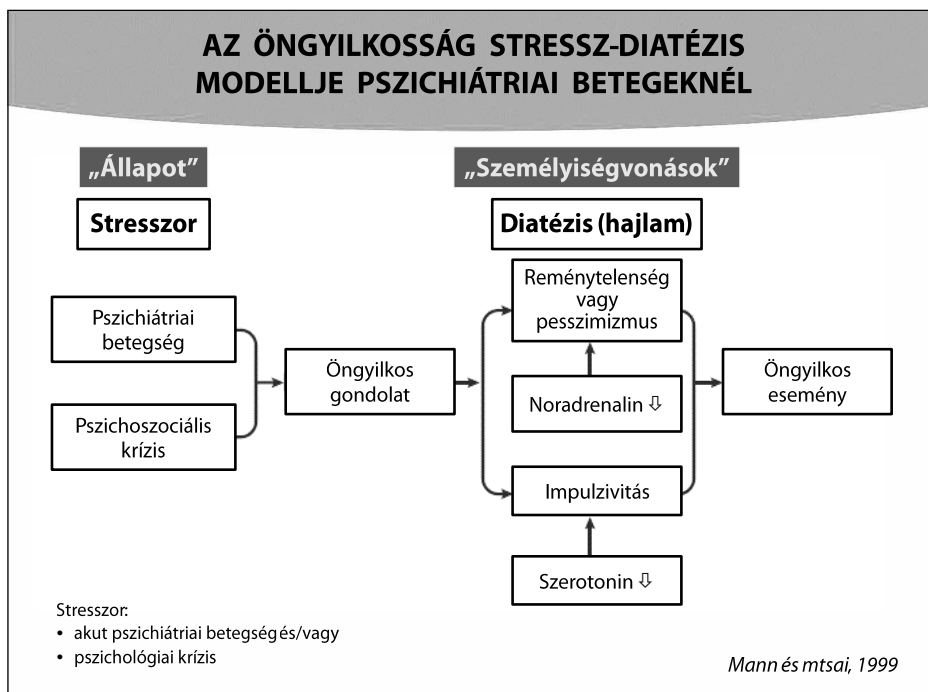
DEPRESSZIÓ, ÉLETESEMÉNYEK ÉS ÖNGYILKOSSÁG

**„Jókedvet adj, és semmi mást, Uram!
A többivel megbirkózom magam.”**



Garai Gábor
1929–1987

AZ ÖNGYILKOSSÁG STRESSZ-DIATÉZIS MODELLJE PSZICHIÁTRIAI BETEGEKNÉL



ÖNGYILKOSSÁGI PROTEKTÍV FAKTOROK

- Jó családi-/szociális-/orvosi támogatás
- Nagy gyermekszám
- Terhesség, posztpartum időszak
- Tényleges (nem formális) vallásosság
- Letális módszerek hiánya/eliminálása (ha lehetséges)
- Rendszeres fizikai aktivitás, sportolás
- Hiperszomnia (major depresszióban)
- Hipertím temperamentum
- Megfelelően kezelt/gondozott pszichiátriai betegség

*Rihmer, 2007;
Turecki és Brent, 2015.*

3.

AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS MEGELŐZÉSE

A KOMPETENCIA KÉRDÉSE

Bár az öngyilkosság rendkívül komplex, „multikauzális” jelenség számos

- biológiai-pszichiátriai
- pszichológiai
- szociális
- kulturális és
- vallási komponenssel,

a szuicidális beteget minden esetben, csak és kizárólag pszichiátriai osztályra szállítják (és nem a szociális intézetbe, nem a kultúrházba stb.)

AZ ÖNGYILKOSSÁG-MEGELŐZÉS SZINTJE

- **Általános prevenció**
halálos módszerek elérhetősége, közösségi felvilágosítás, iskolai programok...
- **Szelektív prevenció**
tehát:
pszichiátriai betegek kezelése...
(depresszió, alkoholbetegség stb.)
SOS telefonszolgálat
- **Indikált prevenció**
akut szuicid szándék, szuicid kísérlet...

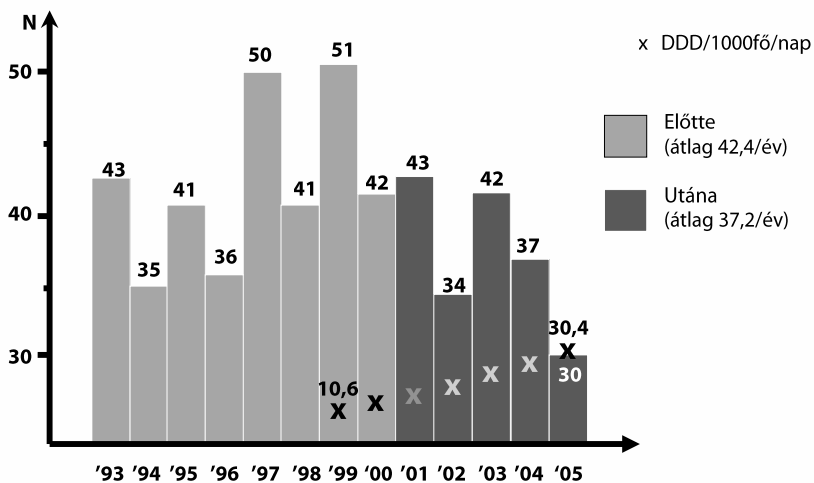
ORVOSI KONTAKTUS AZ ÖNGYILKOSSÁG ELŐTT

Szuicídium előtti időpont	Kontaktus háziorvossal (%)	Kontaktus pszichiáterrel (%)
3 hónap	47–73	–
4 hét	34–66	18–21
1 hét	18–40	9–11

- Orvosi vizitek: nők > férfiak
- Közel felük kommunikálja szuicid szándékát (Cry for help).
- Ezek fele csak a családdal, gyakoriak az indirekt jelzések.
- A depressziót gyakran nem ismerik fel, a kezelés elmarad.

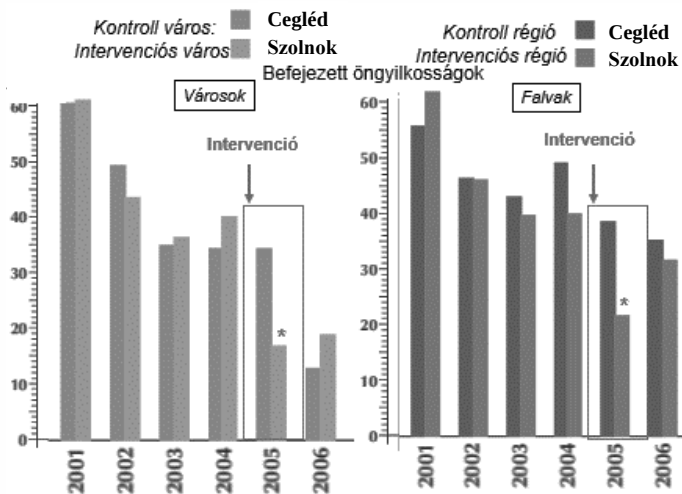
*Pirkis és Burgess, 1998; Andersen és mtsai, 2000;
Rihmer és Rutz, 2009; Ahmedani és mtsai, 2014;
Pompili és mtsai, 2016; Husky és mtsai, 2016.*

AZ ÖNGYILKOSOK SZÁMA KISKUNHALAS RÉGIÓBAN A HÁZIORVOS TOVÁBBKÉPZÉS ELŐTT ÉS UTÁN (1993–2005)



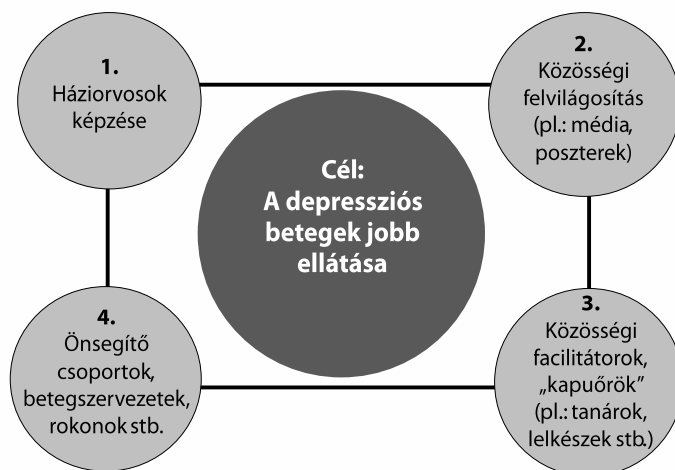
Szántó és mtsai, 2007

EAAD STUDY- MAGYARORSZÁGI CENTRUM (SZOLNOK)



Kopp és mtsai, 2008

NÉGYSZINTŰ KÖZÖSSÉGI SZUICID PREVENCIÓS PROGRAM



Hegerl, 2009 nyomán

A DEPRESSZIÓ FELISMERÉSÉNEK AKADÁLYAI A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN

Beteg

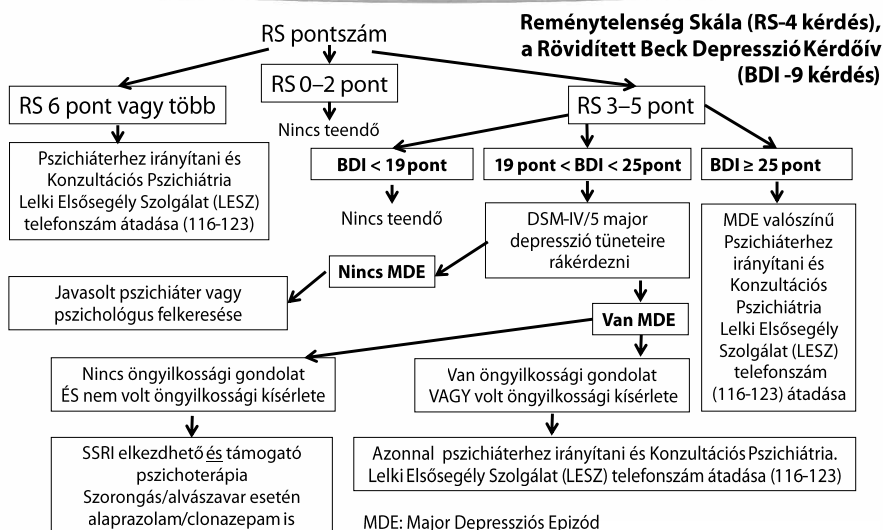
- Komorbid pszichiátriai és testi betegségek
- Enyhe depresszió
- Férfi nem
- Fiatal életkor
- Fiatal életkor
- Főleg testi tünetek
- Agresszív magatartás

Orvos

- Elégtelen ismeretek
- Előítéletek
- Téves ismeretek/elképzelések
- Időhiány
- Komorbid testi betegség
- Csekély empátia

Rihmer és Rutz, 2009

DEPRESSZIÓ ÉS SZUICIDALITÁS SZŰRÉSE ÉS KEZELÉSE A CSALÁDORVOSI PRAXISBAN



RÖVID BECK REMÉNYTELENSÉG SKÁLA

Alkalmas a rövidtávú szuicid veszély jelzésére.

Az alábbi skála alapján írjon mindegyik mellé egy számot, mennyire volt jellemző Önre az állítás az elmúlt héten a mai napot is beleértve:

- 0 = egyáltalán nem igaz
1 = részben igaz
2 = nagymértékben igaz
3 = teljesen igaz

1. Sötétben látom a jövőt.
2. Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.
3. Főlegesen igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.
4. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni.

Értékelés:

- 6 pont vagy több: az öngyilkossági veszély valószínű,
- 9 pont vagy több: az öngyilkossági veszély nagyon valószínű,
- Mindkét esetben pszichiátriai konzílium vagy pszichiáterhez való irányítás szükséges

RÖVID BECK DEPRESSZIÓ KÉRDŐÍV 1.

Kérjük, értékelje az alábbi állításokat önmagára vonatkoztatva az alábbiak szerint:

1 = egyáltalán nem jellemző

3 = jellemző

2 = alig jellemző

4 = teljesen jellemző

1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.

1 2 3 4

2. Semmiben nem tudok dönteni többé.

1 2 3 4

3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.

1 2 3 4

4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.

1 2 3 4

5. Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.

1 2 3 4

RÖVID BECK DEPRESSZIÓ KÉRDŐÍV 2.

6. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.

1 2 3 4

7. Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.

1 2 3 4

8. Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok.

1 2 3 4

9. Állandóan hibáztatom magam.

1 2 3 4

Értékelés:

- 9–13 pont = nincs depresszió
- 14–18 pont = enyhe depressziós tünetek
- 19–24 pont = közép súlyos depressziós tünetek
- 25 pont vagy több = súlyos depressziós tünetek

MIKOR IRÁNYÍTSA A HÁZIORVOS PSZICHIÁTERHEZ A BETEGET?

- **Akut pszichiátriai (krízis) osztályos beutalás:**
 - akut (közvetlen) szuicid veszély
 - nagyon súlyos depresszió/szorongásos betegség
 - mániás vagy hipomániás epizód
- **Pszichiátriai ambuláns kezelésbe irányítás:**
 - nemrég történt szuicid kísérlet
 - differenciál-diagnosztikai kérdés
 - terápia-rezisztencia
 - komorbid alkohol/drogbetegség
 - mániás, hipomániás vagy pszichotikus tünetek
 - noncompliance

A SZAKSZERŰ FARMAKOTERÁPIA HATÁSA AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁSRA DEPRESSZIÓS BETEGEKNÉL

Rizikócsökkenés:

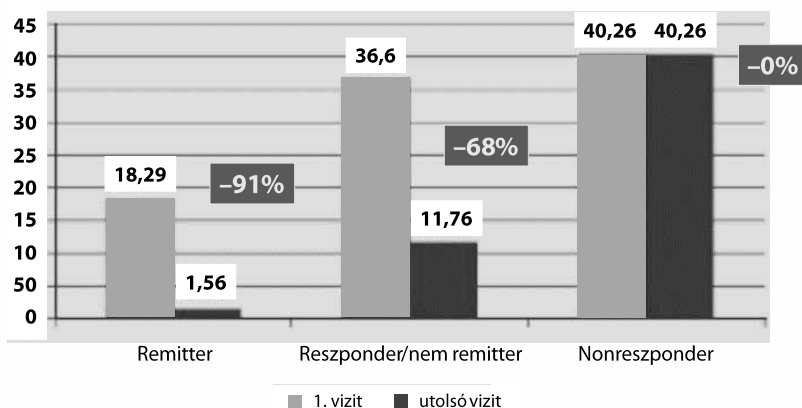
- | | | |
|--------------------------|------------|----------|
| ➤ Öngyilkosság | 82% | (60–95%) |
| ➤ Öngyilkossági kísérlet | 80% | (66–93%) |

Kognitív terápia és problémamegoldó tréning szintén hatékony, főleg kiegészítőként

*Baldessarini és mtsai, 2006;
Yerevanian és mtsai, 2004; Kessing és mtsai, 2005;
Sondergard és mtsai, 2007; Yerevanian és mtsai, 2007;
Sondergard és mtsai, 2008; Rihmer, 2011;
Rihmer és Gonda, 2013; Tsai és mtsai, 2016.*

SSRI KEZELÉS ÉS SZUICID MAGATARTÁS

Az öngyilkossági gondolatok gyakorisága az első és utolsó vizitnél a klinikai válasz szerint



Zisok és mtsai, 2009

ANTIDEPRESSZÍVUMOK (AD) ÉS SZUICID MAGATARTÁS 1.

- Az AD-ok szedése mellett bekövetkezett szuicídiumok döntő többsége az első 10 napon, vagy nonreszpondereknél, vagy a kezelést megszakítóknál történik.
- Az AD-ok (és hangulatstabilizátorok) unipoláris major depresszióban drasztikusan (80–90%-al) csökkentik a szuicid rizikót, de bipoláris depresszióban (és kevert, agitált unipoláris depresszióban) a hangulatstabilizáló nélkül végzett antidepresszív monoterápia hatása lehet:
 - rezponder, remitter (ritka)
 - hipománia/mánia, rapid ciklusú lefolyás (gyakori)
 - nonreszponder (gyakori)
 - **romlás (ritka)**

Rihmer és mtsai, 2016; Musil és mtsai, 2013;
Takeshima és Oka, 2013; Sani és mtsai, 2014.

ANTIDEPRESSZÍVUMOK (AD) ÉS SZUICID MAGATARTÁS 2.

**Az antidepresszívum által indukált
vagy fokozott intradepresszív hipomániás tünetek révén
romlik az állapot,
ezáltal fokozódik a szuicid veszély.**

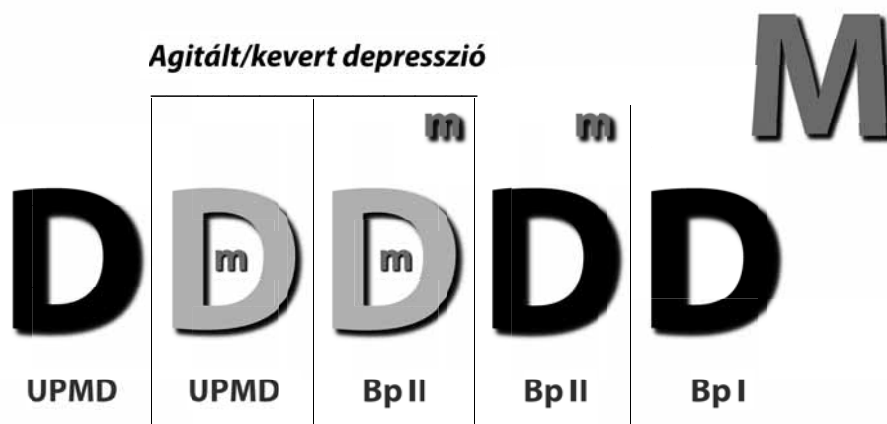
*Rihmer és mtsai, 2016; Musil és mtsai, 2013;
Takeshima és Oka, 2013; Sani és mtsai, 2014.*

ANTIDEPRESSZÍV FARMAKOTERÁPIA DEPRESSZIÓS ÖNGYILKOSOKNÁL

A major depressziós öngyilkosok,
illetve kísérletezők **9–20%-a** áll
antidepresszív gyógyszeres kezelés alatt
az esemény idején!

*Rihmer és mtsai, 1990;
Isometsa és mtsai, 1994; Marzuk és mtsai, 1995;
Oquendo és mtsai, 1999; Isacsson, 2000;
Henriksson és mtsai, 2001; Dhossche és mtsai, 2001;
Balázs és mtsai, 2003; Almási és mtsai, 2009.*

AZ UNIPOLÁRIS – BIPOLÁRIS SPEKTRUM



UPMD=unipoláris major depresszió, Bp-II=bipoláris II depresszió, Bp-I=bipoláris I depresszió, m=hipománia, M=mánia, D=depresszió

MAJOR DEPRESSZIÓS EPIZÓD ESETÉN MIKOR GONDOLJUNK BIPOLÁRIS DEPRESSZIÓRA?

- BP-I és BP-II betegeknél az első epizód 55–65%-ban major depresszió
- A bipolaritás prediktorai
 - korai (gyermekkor!) kezdet
 - bipoláris családi anamnézis (1. és 2. fokú rokonok)
 - pszichotikus depresszió
 - depressziós kevert állapot, agitáció vagy nagyfokú gátoltság
 - peripartum kezdet, hirtelen kezdet
 - 3 vagy több depressziós epizód, szezonális lefolyás
 - DSM-IV atípusos depresszió (hiperfágia, hiperszomnia)
 - 2 vagy több hatástalan antidepresszívum
 - komorbid szorongásos/alkoholbeteg, dohányzás
 - szuicíd kísérlet az anamnézisben
 - hipertím vagy ciklotím személyiség
 - több szuicídium a családban

Guillamue és mtsai, 2010;
Rihmer és mtsai, 2013;
Rihmer és mtsai, 2016.

PROFILAKTIKUS LITHIUM KEZELÉS SZUICID KÍSÉRLETEN ÁTESETT UNI- VAGY BIPOLÁRIS BETEGEKNÉL

	Szuicid Li előtt	Kísérlet/év Li alatt	Csökkenés (%)
Kiváló reszponder (n = 45)	0,26	0,02	92*
Közepes reszponder (n = 81)	0,27	0,06	78**
Non-reszponder (n = 41)	0,33	0,10	70**

* p = 0,001

** p = 0,007

Ahrens és Müller-Oerlinghausen, 2001

ECT ÉS ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉS

- 444 unipoláris major depressziós beteg
- 131 (30%) esetben volt 3 vagy 4 pont a HAM-D öngyilkossági tételén (No. 3) kezdetben
- Azok aránya, akiknél a 3 vagy 4-ről 0-ra csökkent ez a pontszám:
 - 1. hét (3 ECT) 38%
 - 2. hét (6 ECT) 61%
 - 3. hét (9 ECT) 81%

Kellner és mtsai, 2005

INSZOMNIA, HIPERSZOMNIA MAJOR DEPRESSZIÓBAN

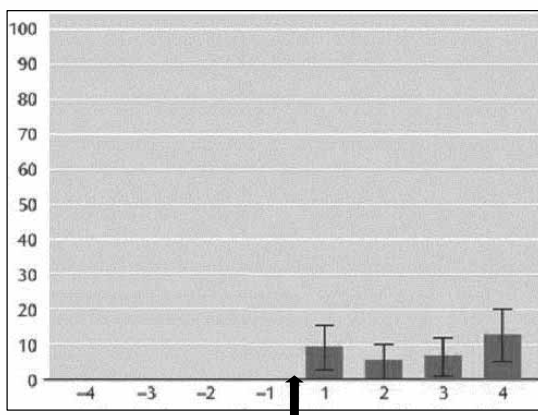
- Major depresszióban az **inszomnia erős szuicid rizikófaktor**.
Ez könnyen és azonnal eliminálható.

*Fawcett és mtsai, 1990;
Taylor és mtsai, 2003;
McGirr és mtsai, 2007.*

- Major depresszióban a **hiperszomnia protektív faktor**.

McGirr és mtsai, 2007

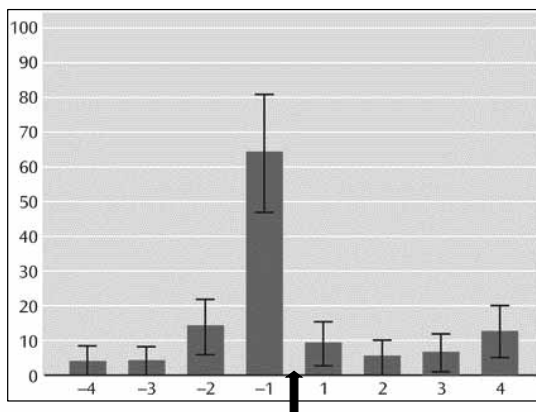
SZUICID KÍSÉRLETEK AZ AD KEZELÉS MEGKEZDÉSE UTÁNI 4 HÉTEN



Az öngyilkossági kísérletek aránya az antidepresszív farmakoterápia megkezdése **utáni** 4 hétben.

Simon és mtsai, 2006

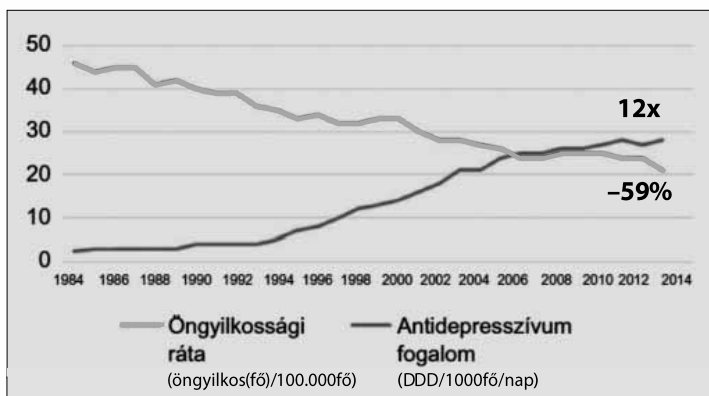
SZUICID KÍSÉRLETEK 4 HÉTTEL AZ AD KEZELÉS MEGKEZDÉSE ELŐTT



Az öngyilkossági kísérletek aránya az antidepresszív farmakoterápia megkezdése **előtti** és utáni 4 héten.

Simon és mtsai, 2006

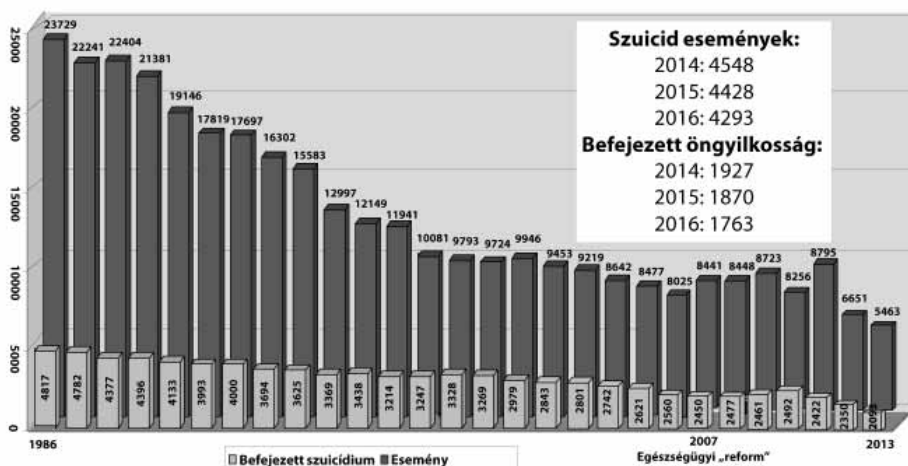
ÖNGYILKOSSÁGI RÁTA ÉS AD FORGALOM MAGYARORSZÁGON (1984–2013)



Egyéb tényezők szerepe: munkanélküliség és válási ráta változása, S.O.S. telefonszolgálatok, vezetékes és mobil telefonvonalak, intenzív betegellátás fejlődése, kevésbé toxikus gyógyszerek stb.

Rihmer és Németh, 2014

AZ OMSZ ÁLTAL JELENTETT ÖNGYILKOS ESEMÉNYEK ÉS BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁGOK MAGYARORSZÁGON (1986–2016)



Göbl, 2017
KSH, 2017

SZUICID HALÁLOZÁS CSALÁDI ÁLLAPOT SZERINT MAGYARORSZÁGON (2000–2016)

	2000	2016	
➤ Házas	1439	602	–58%
➤ Özvegy	647	286	–56%
➤ Elvált	549	398	–28%
----- 2× !			
➤ Hajadon/Nőtlen	632	469	–26%

Több, mint **kétszeres a csökkenés mértéke a házások esetében** a hajadonokhoz/nőtlenekhez képest!

KSH, 2000, 2016

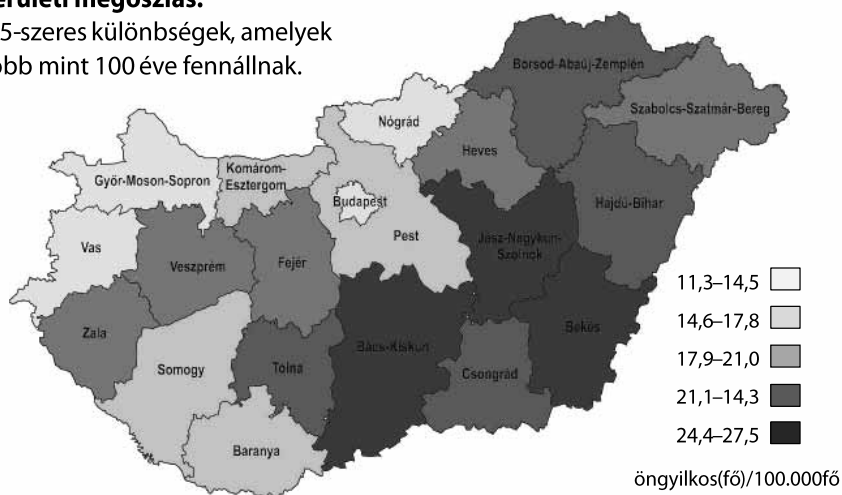
SZUICID HALÁLOZÁS ÉLETKORI CSOPORTOK SZERINT MAGYARORSZÁGON (2000–2016)

Életkor	2000 (fő)	2016 (fő)		
10–19	57	25	– 56%	Férfiak
20–29	261	101	– 62%	2463–1317 (fő)
30–34	203	72	– 70%	–47%
35–39	237	107	– 55%	Nők
40–44	334	139	– 58%	806–446 (fő)
45–49	462	157	– 66%	–45%
50–54	313	168	– 46%	Összes
55–59	276	181	– 44%	3269–1763 (fő)
60–69	422	341	– 19%	–46%
70–79	441	286	– 35%	
80 +	263	183	– 30%	KSH, 2000, 2016

SZUICID RÁTA MAGYARORSZÁGON (2015)

Területi megoszlás:

2,5-szeres különbségek, amelyek
több mint 100 éve fennállnak.

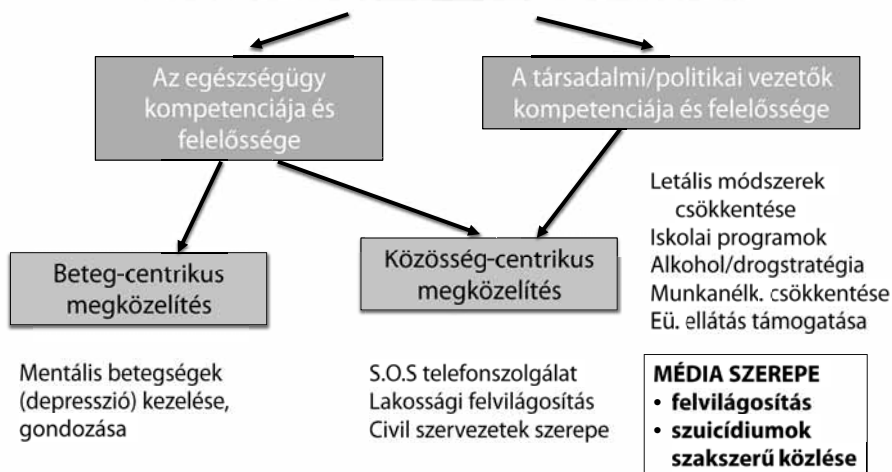


AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSE KOMPLEX FELADAT

- **Orvosi/pszichiátriai/pszichológiai kompetenciaeszközök**
 - gyógyszeres (biológiai) kezelés
 - pszichoterápia, krízis intervenció, S.O.S. telefonszolgálat
 - közösségi felvilágosítás (média)
 - kapuőrök képzése
- **Társadalmi kompetencia – eszközök**
 - szociális támogatás, munkalehetőség
 - letális módszerek visszaszorítása
 - alkohol-, drogstratégia (dohányzás is)
 - destigmatizáció, média szerepe
 - egészségnevelés
 - civil szerveződések

Krízisvonal: 116-123

ÖNGYILKOSSÁG-MEGELŐZŐ STRATÉGIÁK 1.



Mivel az öngyilkosság komplex jelenség, megelőzése is csak komplex lehet!

ÖNGYILKOSSÁG-MEGELŐZŐ STRATÉGIÁK 2.

Szuicid prevenciók stratégiák a mindennapi gyakorlatban

A veszélyeztetettek azonosítása, szűrése az ellátásba már bekerült és még be nem kerültek között

Pszicho-szociális intervenciók

- akut
(S.O.S. telefonszolgálat, krízisintervenció stb.)
- hosszútávú

Gyógyszeres (biológiai) intervenciók

- akut
- hosszútávú

PÉLDA: KÉT MAJOR DEPRESSZIÓS BETEG 1.

Az öngyilkossági rizikó felmérése még az első szuicid cselekmény előtt

1. Beteg

Férfi
22 éves
Apja szuicidált
Agitáció, inszomnia
Megelőző hipománia
Komorbid szorongásos beteg
Korai fizikai abúzus
Dohányzik
Munkanélküli
Egyedül él, gyermektelen
Impulzív, ciklotím temperamentum

2. Beteg

Nő
55 éves (kezdett: 35 ék.)
Nincs szuicid a családban
Retardáció, hipersomnia
Nem volt (hipo)mánia
Nincsen komorbiditás
Nem volt abúzus
Nem dohányzik
Nyugdíjas
Férfivel él
Hipertím temperamentum

Melyik beteg szuicidális? Melyiknek nagyobb a rizikója?

PÉLDA: KÉT MAJOR DEPRESSZIÓS BETEG 2.

Az öngyilkossági rizikó felmérése még az első szuicid cselekmény előtt

1. Beteg

Férfi

22 éves

Apja szuicidált

Agitáció, inszomnia

Megelőző hipománia

Komorbid szorongásos beteg

Korai fizikai abúzus

Dohányzik

Munkanélküli

Egyedül él, gyermektelen

Impulzív, ciklotím temperamentum

2. Beteg

Nő

55 éves (kezdett: 35 ék.)

Nincs szuicid a családban

Retardáció, hiperszomnia

Nem volt (hipo)mánia

Nincsen komorbiditás

Nem volt abúzus

Nem dohányzik

Nyugdíjas

Férfjével él

Hipertím temperamentum

A fennálló rizikótényezők vastaggal szedve.

PÉLDA: KÉT MAJOR DEPRESSZIÓS BETEG 3.

Az öngyilkossági rizikó felmérése még az első szuicid cselekmény előtt

1. Beteg

➤ Minden tényező szuicid rizikófaktor

➤ Maximálisan szuicidális

2. Beteg

➤ egyik tényező sem szuicid rizikófaktor

➤ a lehető legkevésbé szuicidális

A példa extrém.

Költői a kérdés a rizikófaktorok ismeretében, hiszen egyértelműen az 1. beteg a szuicidális.

SZAKMAI IRÁNYELV

Egészségügyi szakmai irányelv – A felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről

- **Típusa:** Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
- **Azonosító:** 002038
- **Megjelenés dátuma:** 2017. 10. 04.
- **Érvényesség időtartama:** 2017. 10. 04–2020. 10. 04.
- **Kiadja:** Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
- **Megjelenés helye**
 - nyomtatott verzió: Egészségügyi Közlöny LXVI. ÉVFOLYAM 15. szám (2017, Eük 15)
 - elektronikus elérhetőség: <https://kollegium.aeek.hu>
- **Irányelvfejlesztésben résztvevők:** Rihmer Zoltán^{1,2}, Németh Attila², Kurimay Tamás³, Perczel-Forintos Dóra¹, Purebl György¹, Döme Péter^{1,2}

1 Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest

2 Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

3 Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓ FELMÉRÉSE MDE SORÁN

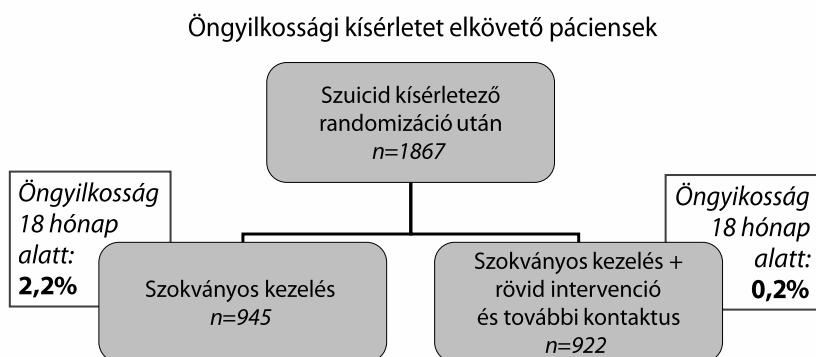
			Csak MDE	Alkohol/ Drog betegség	Hipománia vagy mánia	Öngyil- kossági kísérlet
MAJ OR DEP R. EPI ZÓD	MDE		1	2	3	4
	MDE +	akut stresszor	2	3	4	5
	MDE +	öngyilkosság elsőfokú vagy másodfokú rokonoknál	3	4	5	6
	MDE +	agitáció, inszomnia, remény- telenség	4	5	6	7

MDE: Major Depressziós Epizód, 1 = legkisebb rizikó, 7 = legnagyobb rizikó

magasabb pontszám = nagyobb rizikó

Rihmer és mtsai, 2017

WHO RÖVID INTERVENCIÓ ÉS 18 HÓNAPOS KÖVETÉSES VIZSGÁLAT SZUICID KÍSÉRLET UTÁN



Rövid terápiás intervenció majd telefon/levelezőlap-kontaktus az 1, 2, 4, 7, 11. héten, majd a 4, 6, 12, és 18. hónap végén.

Fleischmann és mtsai, 2008

ELJÁRÁS AKUT ÖNGYILKOSSÁGI VESZÉLY ESETÉN 1. (ISMERŐSÖK, ROKONOK, ÁPOLÓ, ASSZISZTENS...)

1. Időt kell nyerni!

Az öngyilkossági veszélyeztetettség általában nem tartós állapot. Az akut szuicidális krízis viszonylag gyorsan lecsenghet.

Ha az öngyilkossági cselekedet végrehajtása késleltethető, akkor nagy a valószínűsége annak, hogy a személy túléli.

2. Együttérző meghallgatás, értő figyelem!

Tanácsadás, megoldás adása nem szükséges, nyugodt, megértő meghallgatás elegendő.

3. Segítség igénybevétele!

Bevonhatóak-e a hozzátartozók? Volt-e, van-e pszichiáttere? Jó-e a kapcsolata a családorvosával? Hol van a legközelebbi pszichiátriai osztály?

Szükség esetén el kell kísérni az orvoshoz vagy a kórházba!

ELJÁRÁS AKUT ÖNGYILKOSSÁGI VESZÉLY ESETÉN 2. (ISMERŐSÖK, ROKONOK, ÁPOLÓ, ASSZISZTENS...)

**A szuicid szándékról való lemondó nyilatkozat
orvosilag és jogilag irreleváns,
de a mindennapi gyakorlatban néha mégis hasznos lehet,
jó orvos-beteg kapcsolat esetén
sok esetben ez tartja vissza a beteget.**

SÜRGŐSSÉGI BEUTALÁS PSZICHIÁTRIAI OSZTÁLYRA

**„Közvetlenül veszélyeztető magatartás:
a beteg – pszichés állapotának akut zavara következtében – saját vagy mások
életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent.”**

(1997. évi CLIV törvény az egészségügyről)

Önveszély vagy mások veszélyeztetése esetében, ha a páciens nem együttműködő

- Rendőrség és mentők értesítése.
- Mentősök és rendőrség pszichiátriai osztályra szállítják.
- A felvételes pszichiáter szakorvos dönt a felvételtől.
- A beteg 72 órát tölthet beleegyezése ellenére pszichiátriai osztályon.
- A pszichiátriai intézet 24 órán belül kezdeményezi a bíróságnál a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelését.
- A bíróság 72 órán belül határozatot hoz.
- A bíróság határozatának meghozataláig a beteg ideiglenesen az intézetben tartható.

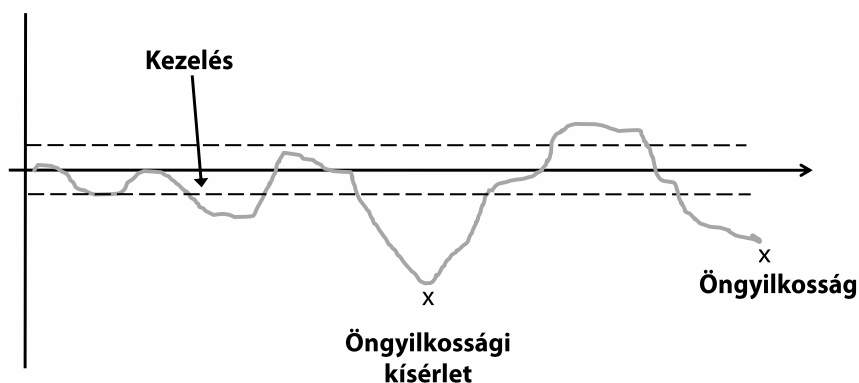
A MÉDIA ÉS AZ ÖNSEGÍTŐ SZERVEZETEK SZEREPE

Mivel az egészségügyi (orvosi, pszichológiai stb.) ellátás csak azokon tud segíteni, akik segítséget kérnek, a média (public **EDUCATION**, destigmatizáció stb.) és az önségítő szervezetek szerepe alapvető fontosságú.

(„egyedül nem megy...”)

REJTETT SZUICID PREVENCIÓ

Az öngyilkos magatartás gyakran a második vagy későbbi depressziós epizódok során jelentkezik.



TÉVHITEK

- Nem lehet előre jelezni, hogy ki készül öngyilkosságra.
- Aki komolyan gondolja, hogy öngyilkos lesz, az nem beszél erről.
- Ha valaki túléli az öngyilkossági kísérletet, akkor csak a figyelmet akarta felhívni magára, manipulálni a környezetét és nem akart meghalni.
- Az öngyilkosság legfőbb oka a munkanélküliség és a szegénység, az egyén és a pszichiátria nem sokat tehet a megelőzés érdekében.
- Vannak olyan problémák, amire csak az öngyilkosság a megoldás.
- Az öngyilkosságban az utánczás (családi minta) a döntő.

KONKLÚZIÓ

- Az öngyilkosság majdnem mindig pszichiátriai betegséggel kapcsolatos, és többnyire megjósolható;
- A nem kezelt **major depresszió jelenti a legnagyobb rizikót;**
- **A klinikailag feltárható szuicid rizikófaktorok ismeretében a szuicid magatartás előre jelezhető;**
- A szakszerű gyógyszeres **kezelés** (különösen pszicho-szociális intervenciókkal együtt) **kb. 80%-al csökkenti az öngyilkosság ill. öngyilkossági kísérlet rizikóját;**
- Specifikus pszichoterápia fokozza a hatást;
- Nemcsak az egészségügyi ellátás felelős a szuicid prevencióért, ez társadalmi feladat.

IRODALOM

- Ahmedani és mtsai (2014) *J Gen Intern Med.* 29, 870–877.
- Ahrens és Müller-Oerlinghausen (2001) *Pharmacopsychiatry.* 34, 132–136.
- Alexopoulos és mtsai (1999) *Arch Gen Psychiatry.* 56, 1048–1053.
- Almási és mtsai (2009) *BMC Psychiatry.* 9, 45.
- Andersen és mtsai (2000) *Acta Psychiat Scand.* 102, 126–134.
- Arató és mtsai (1988) *Acta Psychiat Scand.* 77, 454–456.
- Avery és Winokur (1978) *Arch Gen Psychiatry.* 35, 749–753.
- Balázs és mtsai (2000) *Eur Psychiatry.* 15, 354–361.
- Balázs és mtsai (2003) *J Affect Disord.* 76, 113–119.
- Baldassano (2006) *J Clin Psychiatry.* 67(S-11), 8–11.
- Baldessarini és mtsai (2006) *Bipol Disord.* 8, 625–639.
- Blazsek és Wernigg (2015) *Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában.* Ortiold és társa. Budapest.
- Bostwick és Pankratz (2000) *Amer J Psychiatry.* 157, 1925–1932.
- Cavanagh és mtsai (2003) *Psychol Med.* 33, 395–405.
- Chaudhury és mtsai (2007) *J Affect Disord.* 104, 245–250.
- Cheung és mtsai (2006) *J Affect Disord.* 90, 193–199.
- Colom és mtsai (2006) *J Affect Disord.* 93, 13–17.
- Courtet (2010) *Neuropsychiatr Dis Treatm.* 6(S-1), 3–8.
- Cukrowicz és mtsai *J Affect Disord.* 2009; 113, 30–36.
- Dhossche és mtsai (2001) *Arch Intern Med.* 161, 991–994.
- Döme és mtsai (2010) *Biol Psychiatry.* 68, 148–155.
- Fawcett és mtsai (1990) *Amer J Psychiatry.* 147, 1189–1194.
- Fleischmann és mtsai (2008) *Bulletin of WHO.* 86, 703–709.
- Galvão és mtsai (2018) *J Affect Disord.* 228, 132–142.
- Gonzalez-Pinto és mtsai (2006) *Bipol Disord.* 8, 618–624.
- Göbl (2017) Személyes közlés.
- Guillamue és mtsai (2010) *J Affect Disord.* 122, 53–59.
- Gunnel és mtsai (2004) *Brit J Psychiatry.* 185, 385–393.
- Hamza és mtsai (2012) *Clin Psychol Rev.* 32, 482–495.
- Hawton és mtsai (2013) *Journal of Affective Disorders.* 151, 821–830.
- Hawton és mtsai (2015) *J Affect Disord.* 175, 147–151.
- Hawton és van Heereingen (2009) *Lancet.* 373, 1372–1381.
- Hawton és van Heereingen (Eds.) (2000) *International Handbook of Suicide and Attempted Suicide,* J. Wiley és Sons, Chichester.
- Hegerl, U., Wittenburg, L. és EAAD Consortium (2009) a.
- Henriksson és mtsai (2001) *Acta Psychiat Scand.* 103, 301–306.
- Holma és mtsai (2010) *Amer J Psychiatry.* 167, 801–808.

- Husky és mtsai (2016) *J Affect Disord.* 205, 36–43.
- Isacsson (2000) *Acta Psychiat Scand.* 102, 113–117.
- Isomatsa és Lönngqvist (1998) *Brit J Psychiatry.* 173, 531–533.
- Isometsa és mtsai (1994) *Amer J Psychiatry.* 151, 530–536
- Isometsä és mtsai (1994) *Amer J Psychiatry.* 151, 1020–1024.
- Isometsä (2014) *Can J Psychiatry.* 59, 120–130.
- Kellner és mtsai (2005) *Amer J Psychiatry.* 162, 977–982.
- Kessing és mtsai (2005) *Arch Gen Psychiat.* 62, 860–866.
- Klonsky és mtsai (2014) *Caad J Psychiatry.* 59, 565–568.
- Kopp és mtsai (2008) *Magyar Lelkiállapot.* 5, 109–120.
- Kopp és mtsai (1997) *Lege Artis Medicine.* 3, 136–144.
- Kopp és mtsai (2011) Szóbeli közlés.
- Központi Statisztikai Hivatal (2000, 2016)
- Központi Statisztikai Hivatal (2017)
- Lippincott Williams and Wilkins (2017) Philadelphia, PA. 1667–1675.
- Lotito és Cook (2015) *Ment. Health Clin.* 5, 16–23.
- Maj és mtsai (2006) *J Clin Psychiatry.* 67, 712–719.
- Mann és mtsai (1999) *Amer J Psychiatry.* 156, 181–189.
- Mann és mtsai (2005) *JAMA.* 294, 2064–2074.
- Marzuk és mtsai (1995) *Amer J Psychiatry.* 152, 1520–1522.
- McGirr és mtsai (2007) *J Affect Disord.* 97, 203–209.
- Mulder és mtsai (2008) *Acta Psychiat Scand.* 118, 116–122.
- Musil és mtsai (2013) *Eur Neuropsychopharmacol.* 23, 663–674.
- Oquendo és mtsai (2006) *Acta Psychiat Scand.* 114, 151–158.
- Oquendo és mtsai (1999) *Amer J Psychiatry.* 156, 190–194.
- Perlis és mtsai (2009) *Bipol Disord.* 11, 867–876.
- Pirkis és Burgess (1998) *Brit J Psychiatry.* 173, 462–474.
- Pompili és mtsai (2009) *Expert Rev Neurother.* 9, 109–136.
- Pompili és mtsai (2016) *Psychol Med.* 46, 2239–2253.
- Qin és mtsai (2005) *Arch Gen Psychiatry.* 62, 427–432.
- Rihmer és Gonda (2013) *Neurosci Behav Rev.* 37, 2398–2403.
- Rihmer és Kiss (2002) *Bipol Disord.* 4(Suppl.1), 21–25.
- Rihmer és mtsai (2015) *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*, 5. kiad. (Szerk.: Füredi J. és Németh A.), Medicina, Budapest. 729–739.
- Rihmer és mtsai (2013) *Ann Gen Psychiatry.* 12, 21–27.
- Rihmer és mtsai (2002) *Curr Opin Psychiatry.* 15, 83–87.
- Rihmer és mtsai (2007) *Curr Opin Psychiatry.* 20, 17–22.
- Rihmer és mtsai (2013) *Int J Psychopharmacol.* 33, 449–452.
- Rihmer és mtsai (1990) *J Affect Disord.* 18, 221–225.
- Rihmer és mtsai (1995) *J Affect Disord.* 35, 147–152.

- Rihmer és mtsai (2017) *Neuropsychopharm Hung.* 19, 45–51.
- Rihmer és mtsai (2016) *Psychiatr Hung.* 31, 157–168.
- Rihmer és mtsai (2002) *Curr Opin Psych.* 15, 83–87.
- Rihmer és Nemeth (2017) Kurimay (Recognition, care and prevention of suicidal behavior in adults). *Psychiatr Hung.* 32, 4–40.
- Rihmer és Németh (2014) *Neuropsychopharmacol Hung.* 16, 195–204.
- Rihmer és Pompili. Mood disorders: Suicidal behavior. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th edition. (Eds.: Sadock B. J., Sadock V. A., Ruiz P.)
- Rihmer és Rutz (2009) *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, (Eds.: Wasserman, D., Wasserman, C.) Oxford University Press. Oxford. 463–470.
- Rihmer és Torzsa (2016) *Háziorvos Továbbképző Szemle.* 21, 584–589.
- Rihmer (2007) *Curr Opin Psychiatry.* 20, 17–22.
- Rihmer (2011) *Eur Psychiat Rev.* 4, 48–51.
- Rouillon és mtsai (1991) *J Clin Psychiatry.* 52, 423–431.
- Sani és mtsai (2014) *Psychother Psychosom.* 83, 213–221.
- Seemüller és mtsai (2009) *Int. J Psychopharmacol.* 12, 181–189.
- Simon és mtsai (2006) *Amer J Psychiatry.* 163, 41–47.
- Sokero és mtsai (2006) *J Affect Disord.* 95, 95–102.
- Sondergard és mtsai (2007) *Arch Suic Res.* 11, 163–175.
- Sondergard és mtsai (2008) *Bipol Disord.* 10, 87–94.
- Suokas és mtsai (2001) *Acta Psychiat Scand.* 104, 117–121
- Suominen és mtsai (2004) *Amer J Psychiatry.* 161, 563–654.
- Szádóczky és mtsai (1998) *J Aff Disord.* 50, 153–162.
- Szádóczky és mtsai (2000) *Orv Hetil.* 141, 17–22.
- Szádóczky és mtsai (2000) *Eur Psychiatry.* 15, 343–347.
- Szántó és mtsai (2003) *Arch Gen Psychiatry.* 60, 610–617.
- Szántó és mtsai *Arch Gen Psychiatry.* 64, 914–920.
- Szántó és mtsai (2007) *J Affect Disord.* 98, 153–162.
- Takeshima és Oka (2013) *J Affect Disord.* 151, 196–202.
- Taylor és mtsai (2003) *Behav Sleep Med.* 1, 227–247.
- Tidemalm és mtsai (2008) *BMJ.* 337, 2205–2210.
- Tondo és mtsai (2008) *Acta Psychiat Scand.* 118, 106–115.
- Tondo és mtsai (1998) *J Clin Psychiatry.* 59, 405–414.
- Tsai és mtsai (2016) *J Affect Disord.* 196, 71–77.
- Turecki és Brent. (2015) *Lancet.* 387, 1227–1239.
- Valtonen és mtsai (2007) *J Affect Disord.* 97, 101–107.
- Valtonen és mtsai (2005) *J Clin Psychiatry.* 66, 1456–1462.
- Wang és mtsai (2015) *J Affect Disord.* 183, 83–89.
- Wasserman (2000) *Suicide.* M. Dunitz. London.
- Williams és mtsai (2006) *J Affect Disord.* 91, 189–194.

-
- World Health Organisation (2012) Suicidal behavior.
- Yerevanian és mtsai (2004) *Acta Psychiat Scand.* 110, 452–458.
- Yerevanian és mtsai (2007) *J Affect Disord.* 103, 5, 13, 23.
- Zisok és mtsai (2009) *J Affect Disord.* 117, 63–73.
- Zonda és mtsai (2008–2009) *Omega.* 58, 153–162.

19. SZAKDOLGOZÓI TEENDŐK SZUICÍDIUM VONATKOZÁSÁBAN

Herceg Attila

Az öngyilkosság, önagresszió rendkívül összetett jelenség, melynek megelőzésében a pszichiátriai gondozók szakdolgozóira is jelentős feladat hárul. Számukra nyújt segítséget ez az oktatási segédanyag, melyben tárgyaljuk az ápolás folyamatát, ezen belül az ápolási diagnózist. A diasor gyakorlatban alkalmazható támpontokat ad konkrét pszichiátriai eseten keresztül, továbbá nemzetközi vonatkozásokra (NANDA) is kitekintünk. Az ismeretek elsajátítását az V. fejezet feladatgyűjteményében található kérdések segítségével ellenőrizheti.

TARTALOM

- Az ápolás fogalma, definíciója
- Az ápolás feladata, célja, funkciója
- Az ápolási folyamat
- Ápolási diagnózis
- NANDA
- Esetleírás

ÁPOLÁS FOGALMA, DEFINÍCIÓJA

Fogalma:

- Az ápolás olyan alapvető emberi tevékenység, melyet az egyének, családok és a társadalom végez szakképzett egészségügyi dolgozók segítségével vagy anélkül.
- Az alapápolás az alapvető szükségletek kielégítésére irányuló tevékenység, a kezeléshez kapcsolódó ápolás pedig a gyógyító munkában való részvétel.

Definíciója a WHO szerint:

- Az ápolási folyamat az egyének, családok és/vagy közösségek egészsége érdekében végzett jellegzetes ápolási beavatkozások rendszere. Magába foglalja tudományos módszerek alkalmazását a beteg vagy kliens, család vagy közösség egészségügyi szükségleteinek meghatározására, a szükségletek kielégítésének tervezését, az ápolási tevékenység megvalósítását és az eredmények értékelését.

*Sinka és Szálteleki, 2012;
Papp és mtsai, 2014*

ÁPOLÁS FELADATA, CÉLJA

Feladata:

- Az egészség elősegítése, megőrzése és megvédése
- A beteg, a sérült, a haldokló ápolása az orvos utasítása alapján, a beteg állapotának, szükségleteinek megfelelően
- Az ápolás magába foglalja az egyén rehabilitációjáról, gondozásáról való gondoskodást is

Célja:

- Az ápolás az ápoló lényegi és eredeti funkciója
- Célja segíteni az egészséges vagy beteg egyént, a családot és a közösséget azokban a tevékenységekben, melyek hozzájárulnak az egészség megtartásához, az egészség visszaszerzéséhez, illetve a békés halálhoz

ÁPOLÁS, MINT FUNKCIÓ

- **Független funkció**
azok a tevékenységek, melyeket az ápoló saját hatáskörében végez (pl. alapápolási feladatok)
- **Függő funkció**
orvosi utasításra, de saját felelősségre végrehajtott tevékenységek (pl. gyógyszerelés)
- **Együttműködő funkció**
orvos utasítására, orvossal együtt, az orvos felelősségére végrehajtott tevékenységek (pl. segédkezés beavatkozásnál)

ÁPOLÁSI DOKUMENTÁCIÓ

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről:

- Egészségügyi dokumentáció definíciója (3. §)
„Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.”
- Dokumentációs kötelezettség (136. §)
 - az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát
 - az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni az ápolási dokumentációt (3.C pont)

ÁPOLÁSI FOLYAMAT 1.

- Ápolási folyamat
 - betegellátás megtervezése
 - problémák módszeres felmérése és azonosítása
 - célok kitűzése
 - célok elérésének érdekében módszerek és stratégiák bevezetése
- Definíció (WHO – középtávú ápolási- és szülésznőiségi program)
 - **„Ápolási tervek rendszere**, amelyet az egyének családok és/vagy közösségek egészségi állapotának javítása érdekében alkalmazunk.
 - Magába foglalja a tudományos módszereket, kitűzi a célokat, megállapítja a kielégítést igénylő szükségleteket, mozgósítja az erőforrásokat, és értékeli az eredményeket.
 - **A szisztematikus és individualizált ápolás egyik alapeszköze**, a kritikai gondolkodás módszere.”

Mayers, 1972

Papp és mtsai, 2014

ÁPOLÁSI FOLYAMAT 2.

- **Az ápolási folyamat célja**
 - a betegre vonatkozó adatbázis létrehozása
 - a beteg egészségügyi szükségleteinek felismerése
- **Az ápolás elsődleges teendői**
 - a célok és a várható eredmények meghatározása
 - az ellátási / ápolási terv elkészítése
 - a beteg szükségleteinek kielégítését szolgáló ápolási beavatkozások elvégzése
 - annak megállapítása, mennyire volt hatékony az ápolás célkitűzéseinek megvalósítása
- **Az ápolók számon kérhetően felelősek** a beteggel, illetve a családtaggal szemben

Potter és Perry, 1999

ÁPOLÁSI FOLYAMAT 3.

- Az ápolási folyamat az egész ápolást átfogja, ennek keretében kell végezni az ápolást
- Az ápolási folyamat az ápolási ellátás nyújtásának szisztematikus megközelítése
- **Ápolás folyamat lépései:**
 - állapot-felmérés
 - ápolási diagnózis
 - tervezés
 - megvalósítás
 - értékelés

Potter és Perry, 1999

ÁPOLÁSI DIAGNÓZIS 1.

Az ápolási diagnózis

- Klinikai véleményalkotás a tényleges és lehetséges egészségi problémákra vagy életeseményekre adott egyéni, családi vagy közösségi reakciókról
- Az ápolási folyamat második mozzanata
- Helyzetfelmérés befejezése után kezdődik
- Az összegyűjtött és csoportokba rendezett adatok elemzése
- Cél: a beteg panaszainak megállapítása

Herdman és Kamitsuru, 2014

ÁPOLÁSI DIAGNÓZIS 2.

- Az ápolási diagnózisok a beavatkozások megválasztásának alapjai
- Az ápolási diagnózis:
 - olyan megállapítás, amely a betegnek az egészségügyi problémára adott tényleges és feltehető reakcióját írja le
 - amelynek a kezelésére az ápoló engedélye és hatásköre kiterjed

Herdman és Kamitsuru, 2014

ÁPOLÁSI DIAGNÓZIS 3. – NANDA

- A **NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association – Észak-Amerikai Ápolási Diagnózis Szövetség) 1982-ben hivatalosan alapított professzionális ápolói szakmai szervezet, amely az ápolási diagnózisok nómenklatúrájának, kritériumainak és taxonómiájának kidolgozását, kutatását, terjesztését és finomítását végzi.
- A NANDA 2002-ben újjászerveződött a tagság szélesebb körére tekintettel **NANDA International** néven. (**NANDA-I**)
- A NANDA International negyedévente publikálta a Ápolási Diagnózist (Nursing Diagnosis), amely 2002-ben az ápolói ismeretek nemzetközi folyóirata lett (International Journal of Nursing Knowledge).
- Egyéb kapcsolódó nemzetközi szervezetek:
 - ACENDIO (Európa)
 - AENTDE(spanyol nyelv)
 - AFEDI (francia nyelv)
 - JSND (Japán)

nanda.org

AKTUÁLIS ÁPOLÁSI DIAGNÓZIS

PES: Probléma – Etiológia–Szimptoma (tünet)

Az ápoló olyan klinikai ítélete, melyet a felmérés során gyűjtött és rendszerezett, szubjektív és objektív adatok igazolnak.

Ez az ápolási diagnózis
a tényleges/aktuális/fennálló problémákkal
kapcsolatban fogalmazható meg.

Papp és mtsai, 2014

KOCKÁZATI ÁPOLÁSI DIAGNÓZIS

PE: Probléma – Etiológia

Az ápoló olyan klinikai állapotot fogalmaz meg, amelyben az egyén vagy csoport nagyobb mértékben hajlamos a jelzett baj kialakulására, mint mások hasonló helyzetben.

Papp és mtsai, 2014

JÓLLÉTI-, POTENCIÁLIS-, TÜNETCSOPORTI- ÁPOLÁSI DIAGNÓZIS

➤ **A jólléti ápolási diagnózis**

Olyan egyénről, családról vagy közösségről alkotott klinikai ítélet, aki vagy amely a jóllét valamely specifikus fokáról magasabb fokra vezető úton van.

➤ **Potenciális ápolási diagnózis**

Még nincs jelen, de a bekövetkezésére megvan az esély.

➤ **Tünetcsoporti ápolási diagnózis**

Több aktuális vagy kockázati ápolási diagnózis társulását jelzi, amelyek bizonyos állapot fennállása vagy esemény bekövetkezte alapján előre jelezhetők.

Papp és mtsai, 2014

ÁPOLÁSI DIAGNÓZIS 3.

Pszichiátriai ápolási diagnózisok listája a NANDA-I javasolt taxonómia (III) alapján

- The characteristics of risk behavior, health hazards, and milieu hazards essential to human health – **Az emberi egészségre kockázatos magatartás és veszélyes miliő jellemzői**
- Class: Self-Harm – **Felosztás: Önbántalmazás**
- Selfdirected risk behavior and suicidal behavior – **Önártó és öngyilkos magatartás kockázata**
- Selfmutilation – 00151 – **Öncsonkítás**
- Risk for selfmutilation – 00139 – **Az öncsonkítás kockázata**
- Risk for selfdirected violence – 00140 – **Önártás kockázata**
- Risk for suicide – 00150 – **Öngyilkosság kockázata**

(Ford. Herceg Attila)
Saatchi, 2015

ESETLEÍRÁS 1. – ANAMNÉZIS

22 éves férfi beteg:

- Egyedül él, gyermektelen
- Munkanélküli
- Ciklotím temperamentum, agitáció, impulzív
- Apja szuicidált
- Gyógyszereit abbahagyta
- Inszomnia
- Megelőző hipománia
- Komorbid szorongásos betegség
- Korai fizikai abúzus
- Dohányzik

ESETLEÍRÁS 2. – ANAMNÉZIS

Diagnózis:

- A betegnél az anamnézisben szereplő hipománia, illetve az ebből következő bipoláris betegség miatt a kórházi osztályon lithium terápiát indítottunk SSRI (szelektív szerotonin reuptake gátló, tehát a szerotonin forgalmat növelő) antidepresszívummal.
- Állapota a hatodik-hetedik napon kezdett javulni, és a harmadik hét végére teljesen tünetmentes lett, ekkor ambuláns kezelésbe tettük át. Az antidepresszívumot lassan (kb. 6 hét alatt) elhagytuk, és csak lithiumot szedett.
- Munkába állt, és kéthavonta kértük vissza lithium vérvételre, illetve klinikai kontrollra. Jól volt, de másfél év múlva a lithiumot abbahagyta.
- Elmaradt, depressziója kiújult, és a harmadik emeletről szuicid szándékkal kiugrott, de egy bokorra esett, megmenekült.

ESETLEÍRÁS 3. – ORVOSI DIAGNÓZIS ÉS TERÁPIA

➤ Dg:

- Bipoláris II zavar
Hipománia-major depresszió,
jelenleg major depressziós epizód,
nem pszichotikus súlyosság. F31.40
- Pánikbetegség F41.00

➤ Th:

- Lithium
- SSRI

ESETLEÍRÁS 4. – ÁPOLÁSI DIAGNÓZIS

Az ápolási diagnózisok a NANDA-I javasolt taxonómia (III) alapján

- Risk for loneliness – 00054 – **Az elmagányosodás kockázata**
- Risk for ineffective relationship – 00229 – **Hatástalan kapcsolat kockázata**
- Impaired social interaction – 00052 – **Csökkent társas interakció**
- Labile emotional control – 00251 – **Labilis érzelmi kontroll**
- Risk for selfmutilation – 00139 – **Az öncsonkítás kockázata**
- Risk for selfdirected violence – 00140 – **Az önmaga elleni erőszak kockázata**
- Risk for suicide – 00150 – **Az öngyilkosság veszélye**
- Insomnia – 00095
- Anxiety – 00146 – **Szorongás**
- Risk for Noncompliance – 00079 – **Terápiával való szakítás kockázata**

(Ford. Herceg Attila)

ESETLEÍRÁS 5. – ÁPOLÁSI FOLYAMAT

Ápolási diagnózis PES és/vagy kockázati diagnózis	Ápolási cél	Ápolási terv	Értékelés
Az öngyilkosság veszélye az egyedüllét és a pszichiátriai betegség miatt.	Az önátalom megakadályozása.	• Látogatás otthonában havi rendszerességgel. • A beteggel megismertetni, hogy hol, kitől és mikor tud azonnali segítséget kérni állapotrosszabbodás esetén. • Járóbeteg foglalkoztatói csoportba való felvétel.	• A betegnek öngyilkossági kísérlete volt. • A beteg nem kért segítséget, állapotrosszabbodása nem lett időben felismerve. • Járóbeteg csoportba a felvétel nem történt meg. • Az ápolási folyamatot újra kell tervezni.
Terápiával való szakítás kockázata a gyenge betegségbelátás miatt (hipomán szakaszban).	Jó adherencia kialakítása. Jó viszony kialakítása a beteg és a Pszichiátriai Gondozó között.	• Az előírt gyógyszeres terápia szedésének ellenőrzése. • A beteg pszichoedukációs csoportba való bevétele. • Elsődleges cél, hogy a beteg képes legyen időben felismerni a relapszusok kezdődő tüneteit. • Megismertetni vele a betegség karakterisztikáját, klinikai lefolyását.	• Az edukációs csoportba a bevonás nem történt meg. • Javasolt a kezelési teammel való egyeztetés, és új ápolási terv készítése.

IRODALOM

- Babak, S. (2016) Psychiatric Nursing Diagnosis List; based on the NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs). Tehran University of Medical Sciences, Tehran. Elérhető: https://www.researchgate.net/publication/309494245_New_Update_Psychiatric_Nursing_Diagnosis_List_based_on_the_NANDA-I_Nursing_Diagnoses_NDs (olvasva: 2019. augusztus 07.)
- Papp K. és Ujváriné S. (2014) Az egészségügy és az ápolás általános alapelvei. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar. Debrecen. Elérhető: https://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop412A/2010_0020_apolas_magyar/4_az_polsi_folyamat_s_fzisei_a_hatkony_polsi_dokumentci.html (olvasva: 2019. augusztus 07.)
- Potter, P. és Perry, A. (1996) Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó. Budapest. 146–182.
- Sinka M., Száltelegi J. (2012) Egészségügyi Ismeretek. Líceum Kiadó. Eger. 15–18.
- Susan, G.L., és R.N. (2014) Nursing Diagnosis, Basics In: Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (Szerk.). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017. Oxford: Wiley Blackwell. 21–30.

20. ERŐSZAKOS MAGATARTÁS ÉS HETEROAGRESSZIÓ KOCKÁZATBECSLÉSE

Szuromi Bálint

A diasor kiegészíti, és szerves egységet alkot a tankönyv II. fejezet „Erőszakos magatartás és heteroagresszió” alfejezetével, valamint a „Kockázatbecslés és -kezelés egyes főbb kórképek szerint” című IV. fejezet vonatkozó szakaszaival. Segíti az erőszakos magatartás kockázatának, felmérését, a korai és fenyegető jelek felismerését, a statikus/dinamikus faktorok, a triggererek azonosítását. Az egyes diák részletes magyarázatai a tankönyv megfelelő fejezeteiben található. Az ismeretek elsajátítását az V. fejezetben (Feladatgyűjtemény) található kérdések segítségével ellenőrizheti.

TARTALOM

- Erőszakos magatartás és mentális zavarok kapcsolata
- Statikus rizikófaktorok
- Dinamikus rizikófaktorok
- Protektív faktorok
- Violencia rizikó az akut pszichiátriai ellátásban
- Kockázatkezelés alapelvei

AGRESSZIÓ VS. ERŐSZAKOS MAGATARTÁS

Agresszió

Fizikai, lelki vagy anyagi kár okozására irányuló szándékos tevékenység (verbális, fizikai, szociális)

Megjelenése:

- Reaktív (impulzív): frusztráció váltja ki, heves érzelmekkel jár, célja az érzelem mérséklése
- Proaktív (instrumentális): a személy kezdeményezi, negatív érzésekkel nem jár, érték megszerzésére irányul

Erőszakos magatartás

Legalább kettő az alábbiakból:

- Verekedésekbe keveredik
- Verekedés (ütésváltás) hozzátartozóval
- Szexre kényszerít valakit, annak akarata ellenére
- Fegyvert (bot, kés, löfegyver) használ
- Úgy megüt valakit, hogy megsérül vagy ellátásra szorul
- Fizikai sérülés okozása más módon
- Rablás

ERŐSZAKOS MAGATARTÁS MENTÁLIS ZAVAROKBAN

	Átlag népesség	SMI/ SUD–	SMI/ SUD+
National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (Swansot és mtsai, 1990)	2%	7%	12%
National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (Van Dorn és mtsai, 2012)	0,8%	2,9%	10%

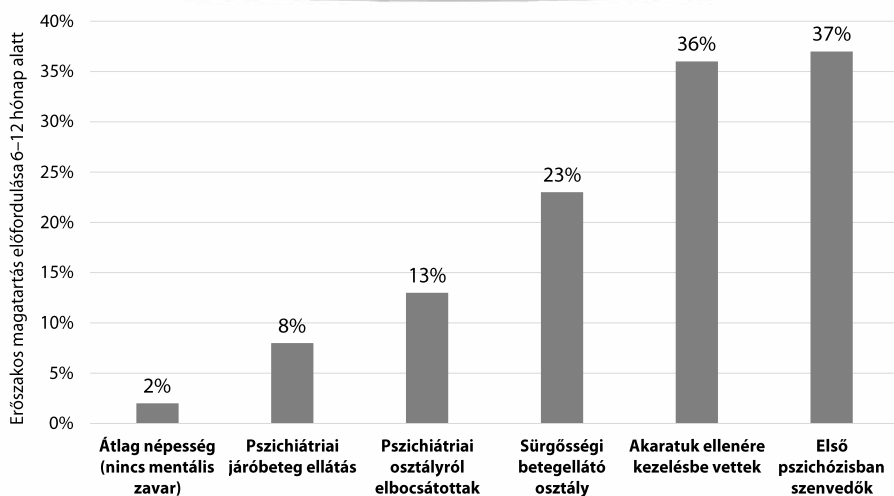
Rövidítések: SMI: súlyos mentális betegség (szkizofrénia, bipoláris zavar, major depresszió)
SUD +/-: szerhasználati zavar van/nincs

ERŐSZAKOS MAGATARTÁS MENTÁLIS ZAVAROKBAN

Mentális zavar	EH	EH (SUD–)	EH (SUD+)	EH (HT)
Szkizofrénia (Fazel és mtsai, 2009)	2 (1,8–2,2)	1,2 (1,1–1,4)	4,4 (3,9–5)	1,8 (1,4–2,4)
Bipoláris zavar (Fazel és mtsai, 2010)	2,3 (2–2,6)	1,3 (1–1,5)	6,4 (5,1–8,1)	1,1 (0,7–1,6)
Major depresszió (Fazel és mtsai, 2015)	3 (2,8–3,3)			2,1 (1,8–2,4)
Személyiségzavar (Yu és mtsai, 2012)	3 (2,6–3,5)			
Mentális retardáció (Hodgins, 1992)	kb. 5 (ffi) kb. 25 (nők)			
Traumás agysérülés (Fazel és mtsai, 2011)	3,3 (3,1–3,5)			2 (1,8–2,3)
Epilepszia (Fazel és mtsai, 2011)	1,5 (1,4–1,7)			1,1 (0,9–1,2)

Rövidítések: SMI: súlyos mentális betegség (szkizofrénia, bipoláris zavar, major depresszió)
SUD +/-: szerhasználati zavar van/nincs
HT: biológiai hozzátartozó
EH: esélyhányados

ERŐSZAKOS MAGATARTÁS MENTÁLIS ZAVAROKBAN



Swanson, 2014; Choe és mtsai, 2008; Large és Nielssen, 2011.

AZ ERŐSZAKOS MAGATARTÁS RIZIKÓFAKTORAI

Statikus	Múlt (nem változtatható)	Diszpozicionális	• nem • életkor • iskolai végzettség • jövedelem
		Historikus	• kriminális előzmény • korábbi erőszakos magatartás • szülő kriminális előzménye • súlyosan abúzív szülő • tanúja volt szülők közötti verekedésnek
		Kontextuális	• a közelmúltban történt elbocsátás • hozzátartozó vagy barát halála • válás vagy külön költözés • munkanélküliség • viktimizáció
Dinamikus	Jelen, jövő (változtatható)	Klinikai	• a mentális zavar tünetei • alkohol- és egyéb szerhasználat • kezeléssel való együttműködés hiánya

STATIKUS RIZIKÓFAKTOROK

Az átlag népességben és mentális zavarban szenvedők között is főleg ezek a tényezők növelik az erőszakos magatartás kockázatát!

Prediktor	Wald F	P érték	Rizikófaktor típusa
Életkor	136,746	<0,001	Diszpozicionális
Erőszakos magatartás az előzményben	109,932	<0,001	Historikus
Nem	67,231	<0,001	Diszpozicionális
Elzárás fiatalkorban	31,007	<0,001	Historikus
Válás vagy külön költözés az elmúlt évben	28,154	<0,001	Kontextuális
Fizikai abúzus az előzményben	27,492	<0,001	Historikus
Szülők kriminális előzménye	21,162	<0,001	Historikus
Munkanélküliség az elmúlt évben	15,453	<0,001	Kontextuális
Súlyos mentális zavar komorbid szerhasználat	13,342	<0,001	Klinikai
Áldozattá válás az elmúlt évben	8,204	0,003	Kontextuális

*Az erőszakos magatartás statisztikailag jelentős rizikófaktorai a NESARC vizsgálatban.
Elbogen és Johnson, 2009.*

STATIKUS RIZIKÓFAKTOROK

Férfi nem	Fiatal életkor	Erőszakos magatartás az előzményben	Életkor az első erőszakos cselekmény elkövetésekor
Kriminalitás az előzményben	Gyermekkori viselkedészavar és egyéb externalizáló magatartászavarok	Antiszoziális személyiségzavar, pszichopátia és egyéb személyiség- zavarok	Gyermekkorban elszenvedett elhanyagolás, bántalmazás
	Negatív életesemények a közelmúltban	Áldozattá válás	

STATIKUS RIZIKÓFAKTOROK **NEM, ÉLETKOR, KRIMINALITÁS**

- **Férfi nem**
 - Letartóztatás férfiak között 4-szer gyakoribb
 - Az arány csökken súlyos mentális betegségben
- **Fiatal életkor**
 - 43 éves kor előtt kb. 5-ször nagyobb az erőszakos cselekmények elkövetésének kockázata
- **Erőszakos magatartás az előzményben**
 - Kb. 6-szoros kockázatnövekedést okoz
 - Erőszakos bűnelkövetők között gyakoribb az önsértő magatartás és a szuicídium is!
- **Életkor az első erőszakos cselekmény elkövetésekor**
 - 11 éves kor előtt 50%, 11–13 éves kor között 30%, kamaszkorban 10% később is elkövet erőszakos cselekményt
- **Kriminalitás az előzményben (szülőé is!)**
 - Elzárás fiatalkorban (EH=2,05), letartóztatás az elmúlt 6 hónapban (EH=3,15)
 - Nem erőszakos bűncselekmények is növelik a kockázatot

Krakowski és Czobor, 2004; Elbogen és Johnson, 2009; Farrington, 1995.

STATIKUS RIZIKÓFAKTOROK **SZEMÉLYISÉGZAVAROK**

- **Antiszociális személyiségzavar, pszichopátia**
 - A legrobosztusabb rizikó növelő tényező
 - Kb. 10-szeres kockázatnövekedést okoz
 - Diagnosztikus kritériumai között is szerepel az agresszió és a törvényt sértő magatartás
- **Borderline személyiségzavar**
 - Elhagyatástól való félelem – kapcsolaton belüli erőszak
 - Impulzivitás, düh, érzelmi labilitás – fizikai agresszió
- **Narcisztikus személyiségzavar**
 - Grandiozitás, feljogosítottság – erőszakosság fokát növeli
 - Empátia hiánya
- **Paranoid személyiségzavar**

*Skeem és Mulvey, 2001;
Lowenstein és mtsai, 2016.*

STATIKUS RIZIKÓFAKTOROK

GYERMEKKORI VISELKEDÉSZAVAR ÉS ROSSZ BÁNÁSMÓD

- **Gyermekkori viselkedészavar és externalizáló magatartások**
 - Viselkedészavaros gyerekek (5–15%) esetén nagy az antiszociális személyiségzavar kockázata (fiúknál 40%, lányoknál 25%)
 - ADHD-s gyerekeknél kb. 5–10-szer gyakoribb az erőszakos bűnelkövetés
- **Gyermekkorban elszenvedett rossz bánásmód**
 - Családon belüli erőszak megtapasztalása – minden erőszakos magatartás kockázatát növeli felnőttkorban (EH=2,7)
 - Fizikai abúzus – kapcsolaton belüli erőszak (EH=2,33, ASPD vagy AD esetén)
 - Elhanyagolás – idegenekkel szembeni erőszak (EH=1,7)

*Black és Blum, 2014;
Mannuzza és mtsai, 2008;
Gonzalez és mtsai, 2016.*

STATIKUS RIZIKÓFAKTOROK

NEGATÍV ÉLETESEMÉNYEK A KÖZELMÚLTBAN

- Válás/külön költözés (EH=2,04)
- Munkanélküliség (EH=1,57)
- Elbocsátás (EH=1,41)
- Áldozattá válás a közelmúltban (EH=1,43)
 - Mentális zavarban szenvedők között 10-szer gyakoribb
 - Növelik az esélyét a gyermekkori viselkedészavar, gyermekkori abúzus, szerhasználat, antiszociális személyiségzavar

Elbogen és Johnson, 2009

DINAMIKUS RIZIKÓFAKTOROK

**Pozitív
pszichotikus
tünetek**

**Imperatív
akusztikus
hallucinációk**

**Pszichotikus
élmények és
kognitív torzítások**

**Negatív érzelmi
állapotok,
impulzivitás**

Szerhasználat

**Erőszakos
szándék
kinyilvánítása**

**Kezeléssel
való együttműködés
hiánya**

**Fegyverhez
való
hozzáférés**

**Társas
támogatás
hiánya**

DINAMIKUS RIZIKÓFAKTOROK POZITÍV PSZICHOTIKUS TÜNETEK

National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area

(Esélyhányadosok 1 PANSS pont
emelkedés esetén)

- ellenségesség (EH=1,65)
- gyanakvás/üldöztetés (EH=1,46)
- hallucinációk (EH=1,43)
- grandiozitás (EH=1,31)
- izgatottság (EH=1,3)

Swanson és mtsai, 2006

MacArthur Violence Risk Assessment Study

- Ha a téveszme haraggal jár
(EH=1,62–2,07)
 - kémkednek utána
 - követik, terveznek ellene valamit
 - kontroll alatt tartják
 - hallja mások gondolatait
 - gondolatbeültetés
- Harag vagy emelkedett hangulat
nélkül is (EH=1,95)
 - speciális képességei vannak

Ullrich és mtsai, 2014

DINAMIKUS RIZIKÓFAKTOROK **IMPERATÍV HALLUCINÁCIÓK**

- Akusztikus hallucinációk 33–74%-ának van imperatív jellege
- 48% másokkal szembeni, 44% önártalomra utasít
- Együttműködés (részleges vagy teljes) 79%
- Együttműködést növelő tényezők:
 - magasabb életkor
 - kongruens tartalmú téveszme fennállása
 - csak egyszer vagy nagyon gyakran jelentkező hang
 - a hangnak tulajdonított magasabb státusz vagy onnipotencia
 - a hanghallás által kiváltott harag
 - impulzivitás
- Protektív tényezők:
 - női hang
 - rosszindulatú hang

*Braham és mtsai, 2004;
Bucci és mtsai, 2013;
Shawyer és mtsai, 2008.*

DINAMIKUS RIZIKÓFAKTOROK **PSZICHOTIKUS ÉLMÉNYEK, KOGNITÍV TORZÍTÁSOK** **AZ ÁTLAG NÉPESSÉGBEN**

- **Lakossági minta, 6 éves követés**
 - Téveszmék a letartóztatás, hallucinációk a fizikai erőszak kockázatát növelik pszichotikus betegségben nem szenvedők között (EH=kb. 3)
- **Lakossági minták metaanalízise**
 - Paranoid gondolatok, szerhasználatról függetlenül, növelik az erőszakos magatartás kockázatát (EH=2,2)
 - Hipománia, gondolatbeültetés és hallucinációk csak komorbid antiszociális személyiségzavar esetén növelték az erőszakos magatartás kockázatát
 - Szokatlan élmények csak a kapcsolaton belüli erőszakkal függték össze
- **Kognitív torzítások agresszív magatartás esetén**
 - **Reaktív agresszió:** másoknak ellenséges szándék tulajdonítása, mások hibáztatása, paranoid vonások, fokozott figyelem az agresszív kifejezésekre
 - **Proaktív agresszió:** a hiedelem, hogy az erőszakos vagy támadó viselkedés előnyös kimenetellel fog járni, antiszociális vonások, csökkent figyelem az agresszív kifejezésekre

*Brugman és mtsai, 2014; Coid és mtsai, 2016; Honings és mtsai, 2016;
Lobbestael és mtsai, 2013, 2015; Oostermeijer és mtsai, 2017; Walters, 2007.*

DINAMIKUS RIZIKÓFAKTOROK **ERŐSZAKOS SZÁNDÉK KIFEJEZÉSE**

Halálos fenyegetés miatt elítéltek 10 éves követése

- 44%-ot elítéltek erőszakos bűncselekmény miatt (mentális zavarban szenvedők között 58,3%)
- 3% emberölést követett el, 2,6% öngyilkos lett
- az eredeti fenyegetés célszemélyei közül 13,9%-ot ért valamilyen erőszak (támadás, szexuális erőszak, üldözés vagy ismételt halálos fenyegetés)
- a bekövetkezett erőszakos cselekmények 40%-a más személyekre irányult
- az erőszakos magatartás rizikóját leginkább a szerhasználat (EH=5) és az affektív betegségek (EH=3,5) növelték

Warren és mtsai, 2008, 2011

EGYÉB DINAMIKUS RIZIKÓFAKTOROK

- Negatív érzelmi állapotok szerepe
 - szorongás, félelem protektív tényező
- Szerhasználat – statikus rizikófaktor is (EH=4-6)
 - alkohol főleg affektív zavarokban növeli a kockázatot
- Társas támogatás szerepe?
 - családban élőknel növekedett rizikó (EH=2,5)
- Kezeléssel való együttműködés hiánya

PROTEKTÍV FAKTOROK I.

- **Enyhébb erőszakos cselekmények**
 - férfi nem (EH=0,52)
 - szakmai aktivitás (EH=0,17)
 - úgy érzi, hogy meghallgatják (EH=0,63)
 - szabadidős tevékenység (EH=0,56)
 - elégedett az életével (EH=0,89)
- **Súlyosan erőszakos cselekmények**
 - negatív tünetek (EH=0,25)
 - legalább közép fokú végzettség (EH=0,68)
 - 20000 USD feletti éves jövedelem (EH=0,58)

*Swanson és mtsai, 2006;
Elbogen és Johnson, 2009.*

PROTEKTÍV FAKTOROK II.

- **START** – Short-Term Assessment of Risk and Treatability
(Webster és mtsai, 2009)
 - 20 dinamikus rizikófaktor esetén a potenciális protektív erőt is vizsgálja
- **SAPROF** – Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk
(De Vogel és mtsai, 2012)
 - Historical, Clinical, Risk Management-20 rizikóbecslő eszközzel együtt használják
 - Kulcsfaktorok és célfaktorok
 - *Belső:* intelligencia, biztonságos kötődés gyermekkorban, empátia, megküzdés, önkontroll
 - *Motivációs:* munka, szabadidős tevékenységek, pénzkezelés, motiváció a kezelésre, autoritással kapcsolatos beállítódások, életcélok, gyógyszeres kezelés
 - *Külső:* társas kapcsolatok, párkapcsolat, szakszerű ellátás, életkörülmények, külső kontroll

PROTEKTÍV FAKTOROK III.

Forenzikus pszichiátriai betegek követéses vizsgálata

A HCR-20 által mért rizikócsökkenés és a SAPROF által jelzett növekedés a protektív tényezőkben
(valamint a két értékből képzett különbség)
az elbocsátás után 1 és 11 évvel is összefüggést mutatott
az erőszakos magatartás csökkenésével.

de Vries Robbé és mtsai, 2015.

HETEROAGRESSZÍV ÉS ERŐSZAKOS MAGATARTÁS KOCKÁZATA AZ AKUT PSZICHIÁTRIAI OSZTÁLYON

- Gyakoriság: 3–35%
- Férfi, 24 évnél fiatalabb, nem házas, le van szívalékolva
- Akarata ellenére kerül felvételre
- Felvételekor ellenséges, pozitív tünetei vannak
- Szökés, kezeléssel nem működik együtt
- Leggyakoribb diagnózisok: szkizofrénia, bipoláris zavar, alkohol dependencia, mentális retardáció, személyiségzavar, organikus agyi betegség
- Az előzményben agresszió, több korábbi felvétel, önkárosító magatartás

*Biancosino és mtsai, 2009;
Dack és mtsai, 2013; Iozzino és mtsai, 2015;
Jeandarme és mtsai, 2016; Zhou és mtsai, 2016.*

AZ ERŐSZAKOS MAGATARTÁS ÉS A HETEROAGRESSZIÓ KORAI ÉS FENYEGETŐ JELEI A PSZICHIÁTRIAI OSZTÁLYON

Korai jelek

- Gyorsan beszél
- Dühös, hangos, visító hang
- Káromkodik
- Agresszív vagy fenyegető kijelentéseket tesz
- Korábbi erőszakos cselekményekkel dicsekszik
- Nyugtalanul járkal
- Ökölbe szorítja a kezét
- Gyakran változtatja a testtartását vagy pozícióját
- Ülés közben hintázik a felső testével

Fenyegető jelek

- Dühkitörés
- Járkálás közben nem lehet megállítani vagy irányváltásra készíteni
- Csillapíthatatlan sírás
- Bezárkózik a szobába és nem jön ki
- Nem visel ruhát
- Bizarr, különös viselkedés
- Gyufákat gyújtogat
- Tárgyakat rongál
- Megsebzí magát
- Azzal fenyegetőzik, hogy megsebez másokat

KOCKÁZATBECSLŐ ESZKÖZÖK HASZNA

73 minta metaanalízise

- Erőszakos bűnelkövetés, szexuális erőszak, bűnisméltés rizikóbecslése
- Erőszakos bűnelkövetés esetén:
 - szenzitivitás: 92%
 - specifitás: 36%
 - pozitív prediktív érték: 41%
 - negatív prediktív érték: 91%
- Az erőszakos magatartás kockázatbecslésére használt eszközök **jó találati aránnyal szűrnek ki az alacsony kockázatú eseteket, de a magas kockázatúnak vélt esetek között sok a fals pozitív.**

AZ ERŐSZAKOS MAGATARTÁS ÉS HETEROAGRESSZIÓ KOCKÁZATBECSLÉSÉNEK ÉS KOCKÁZATKEZELÉSÉNEK ALAPELVEI

- Az erőszakos magatartás komplex társadalmi jelenség
- Multidiszciplináris megközelítés szükséges: egészségügyi, szociális, bűnüldöző és igazságszolgáltatási szervek, valamint a beteg szűkebb környezetének együttműködését igényli.
- A kockázatkezelés történhet akutan, de a legtöbb esetben folyamatos és a gondozási folyamat részét kell képeznie
- Mindig összetett klinikai döntési folyamat eredménye
- A szakmai megfontolásokon túl nélkülözhetetlen:
 - a biztonságos és professzionális beavatkozást lehetővé tevő emberi és tárgyi feltételek megléte
 - a jogi lehetőségek és korlátok ismerete
 - a beteg együttműködésének megnyerése

KOCKÁZATBECSLÉS ÉS KOCKÁZATKEZELÉS GYAKORLATÁNAK FŐBB SZEMPONTJAI

- A szokásos klinikai vizsgálat során felmérjük a dinamikus rizikófaktorokat
- A statikus rizikófaktorok és a protektív tényezők minél korábbi, strukturált felmérése is fontos
- Egyéni agresszív/erőszakos scénáriók részletes feltárása (triggererek és megoldások)
- Személyre szabott kockázatkezelési terv
- A statikus tényezők inkább a hosszútávú, a dinamikus tényezők inkább a rövidtávú rizikót jelzik
- A páciens aktuális panaszainak és igényeinek a figyelembe vétele
- Biztonsági és jogi szempontok szem előtt tartása

IRODALOM

- Biancosino, B., Delmonte, S., Grassi, L., Santone, G., Preti, A., Miglio, R., de Girolamo, G., PROGRES-Acute Group (2009) Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *The Journal of nervous and mental disease*. 197, 772–782.
- Black, D.W. és Blum, N.S. (2014) Antisocial personality disorder and other antisocial behavior. In: Oldham, J.M., Skodol, A.E., és Bender, D.S. (eds.), *Textbook of personality disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 429–453.
- Braham, L.G., Trower, P. és Birchwood, M. (2004) Acting on command hallucinations and dangerous behavior: a critique of the major findings in the last decade. *Clinical Psychology Review*. 24, 513–528.
- Brugman, S., Lobbestael, J., von Borries, A.K., Bulten, B.E., Cima, M., Schuhmann, T., Dambacher, F., Sack, A.T., Arntz, A. Cognitive predictors of violent incidents in forensic psychiatric inpatients. *Psychiatry research*. 237, 229–237.
- Bucci, S., Birchwood, M., Twist, L., Tarrier, N., Emsley, R. és Haddock, G. (2013) Predicting compliance with command hallucinations: anger, impulsivity and appraisals of voices' power and intent. *Schizophrenia Research*. 147, 163–168.
- Choe, J.Y., Teplin, L.A. és Abram, K.M. (2008) Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health outcomes. *Psychiatric Services*. 59(2), 153–164.
- Coid, J.W., Ullrich, S., Bebbington, P., Fazel, S. és Keers, R. (2016) Paranoid ideation and violence: meta-analysis of individual subject data of 7 population surveys. *Schizophrenia Bulletin*. 42(4), 907–915.
- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D. és Bowers, L. (2013) A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric inpatient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 127, 255–268.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Douglas, K.S. és Nijman, H.L. (2015) Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: predicting reductions in postdischarge community recidivism. *Law and Human Behavior*. 39, 53–61.
- Elbogen, E.B. és Johnson, S.C. (2009) The intricate link between violence and mental disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*. 66 (2), 152–161.
- Farrington, D.P. (1995) The Twelfth Jack Tizard Memorial Lecture. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 36, 929–964.
- Fazel, S., Langström, N., Hjern, A., Grann, M. és Lichtenstein, P. (2009) Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*. 301 (19), 2016–2023.

- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M. és Langström, N. (2011) Risk of violent crime in individuals with epilepsy and traumatic brain injury: a 35-year Swedish population study. *PLoS Medicine*. 8 (12), e1001150.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G.M. és Langström, N. (2010) Bipolar disorder and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*. 67 (9), 931–938.
- Fazel, S., Singh, J.P., Doll, H., Grann, M. (2012) Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 345:e4692.
- Fazel, S., Wolf, A., Chang, Z., Larsson, H., Goodwin, G.M. és Lichtenstein, P. (2015) Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry*. 2, 224–232.
- González R.A., Kallis, C., Ullrich, S., Barnicot, K., Keers, R. és Coid, J.W. (2016) Childhood maltreatment and violence: mediation through psychiatric morbidity. *Child Abuse and Neglect*. 52, 70–84.
- Hodgins, S. (1992) Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. *Archives of General Psychiatry*. 49, 476–483.
- Honings, S., Drukker, M., Ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., van Os, J. Psychotic experiences and risk of violence perpetration and arrest in the general population: a prospective study. *PLoS One*. 11(7):e0159023.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., de Girolamo, G. (2015) Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 10(6):e0128536.
- Jeandarme, I., Wittouck, C., Vander Laenen, F., Pouls, C., Oei, T. I., Bogaerts, S. (2016) Risk factors associated with inpatient violence during medium security treatment. *Journal of interpersonal violence*. Oct 1:886260516670884.
- Krakowski, M. és Czobor, P. (2004) Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *The American Journal of Psychiatry*. 161, 459–465.
- Large, M.M. és Nielssen, O. (2011) Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 125, 209–220.
- Lobbestael, J., Cima, M. Arntz, A. (2013) The relationship between adult reactive and proactive aggression, hostile interpretation bias, and antisocial personality disorder. *Journal of personality disorders*. 27, 53–66.
- Lobbestael, J., Cima, M. és Lemmens, A. (2015) The relationship between personality disorder traits and reactive versus proactive motivation for aggression. *Psychiatry Research*. 229, 155–160.
- Lowenstein, J., Purvis, C. és Rose, K. (2016) A systematic review on the relationship between antisocial, borderline and narcissistic personality disorder diagnostic traits and

- risk of violence to others in a clinical and forensic sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 3, 14–25.
- Mannuzza, S., Klein, R.G. and Moulton, J.K. (2008) Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research*. 160, 237–246.
- Oostermeijer, S., Smeets, K.C., Jansen, L.M.C., Jambroes, T., Rommelse, N.N., Scheepers, F.E., Buitelaar, J.K., Popma, A. (2017) The role of self-serving cognitive distortions in reactive and proactive aggression. *Criminal behaviour and mental health*. 27, 395–408.
- Shawyer, F., Mackinnon, A., Farhall, J., Sims, E., Blaney, S., Yardley, P., Daly, M., Mullen, P. és Copolov, D. (2008) Acting on harmful command hallucinations in psychotic disorders. An integrative approach. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 196, 390–398.
- Skeem, J.L. és Mulvey, E.P. (2001) Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69, 358–374.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K. és Jono, R. (1990) Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Psychiatric Services*. 41, 761–770.
- Swanson, J.W., McGinty, E.E., Fazel, S., Mays, V.M. (2014) Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy. *Annals of Epidemiology*. 25, 366–376.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Van Dorn, R.A., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., Rosenheck, R.A., Striup, T.S., McEvoy, J.P., Lieberman, J.A. (2006) A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 63, 490–499.
- Ullrich, S., Keers, R. és Coid, J.W. (2014) Delusions, anger, and serious violence: new findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Schizophrenia Bulletin*. 40, 1174–1181.
- Van Dorn, R.A., Volavka, J. és Johnson, N. (2012) Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 47 (3), 487–503.
- Walters, G.D. (2007) Measuring proactive and reactive criminal thinking with the PICTS: correlations with outcome expectancies and hostile attribution biases. *Journal of Interpersonal Violence*. 22 (4), 371–385.
- Warren, L., Mullen, P. és Ogloff, J. (2011) A clinical study of those who utter threats to kill. *Behavioral Sciences and the Law*. 29, 141–154.
- Warren, L., Mullen, P., Thomas, S., Ogloff, J. és Burgess, P. (2008) Threats to kill: a follow-up study. *Psychological Medicine*. 38, 599–605.

- Yu, R., Geddes, J.R. és Fazel, S. (2012) Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*. 26 (5), 775–792.
- Zhou, J.S., Zhong, B.L., Xiang, Y.T., Chen, Q., Cao, X.L. , Correll, C.U., Ungvari, G.S., Chiu, H.F., Lai, K.Y., Wang, X.P. Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: A meta-analysis. *Asia-Pacific psychiatry*. 8, 60–69.

21. ELHANYAGOLÁS, ÖNELHANYAGOLÁS, ÁLDOZATTÁ VÁLÁS KOCKÁZATBECSLÉSE ÉS KEZELÉSE

Kiss-Szőke Anna • Móri E. Csaba

A diasor a tankönyv II. fejezet „Önelhanyagolás, áldozattá válás” alfejezet, valamint a „Kockázatbecslés és -kezelés egyes főbb kórképek szerint” című IV. fejezet vonatkozó szakaszainak összesítése, továbbá támpontokat ad a bántalmazott/bántalmazó jegyeinek felismerésére, a kockázatok azonosítására is. Az egyes diákhoz a részletes magyarázatokat a tankönyv megfelelő fejezeteiben találja. Ellenőrző kérdések és megoldások segítségével felmérheti aktuális tudását a témáról (V. fejezet: Feladatgyűjtemény, Ellenőrző kérdések).

TARTALOM

- Önelhanyagolás kockázatai
- Diogenész szindróma
- Önelhanyagolás
 - idős korban
 - rizikó faktorai
 - felismerése
 - kezelése
 - következményei
- Áldozattá válás
 - jogszabályi kötelezettségek
 - időskori bántalmazás, abúzus
 - a bántalmazott tünetei, viselkedési jelei
 - a bántalmazó viselkedési jelei

ÖNELHANYAGOLÁS, ÁLDOZATTÁ VÁLÁS KOCKÁZATAI

Önelhanyagolás

(pl. Diogenész szindróma)



- Progrediáló mentális betegség
- Szomatikus betegség
- Környezet veszélyeztetése

Progrediáló mentális
és/vagy
szomatikus zavar



Áldozattá válás



Elhanyagolás, fizikai vagy pszichológiai bántalmazás

ÖNELHANYAGOLÁS TÜNETEI

➤ Személyes higiéne

- táplálkozás
- tisztálkodás
- ruházat

Elhanyagolása

➤ Környezet

➤ Egészségi állapot

➤ Biztonsági intézkedések

➤ Segítség

Visszautasítása

DIOGENÉSZ SZINDRÓMA TÜNETEI 1.

- Csökkent belátás a személyes higiéne, közegészség, biztonság tekintetében
- Bizalmatlan a társadalom, illetve idegenek irányában
- Paranoia vagy általános gyanakvás
- Távolságtartás vagy elidegenedés
- Extrém szociális szorongás
- Kényszeres vonások
- Extrém gyűjtögetés
 - háztartási eszközök
 - hulladék stb.

DIOGENÉSZ SZINDRÓMA TÜNETEI 2.

- Egészségtelen lakhatási körülmények
- Elégtelen táplálkozás vagy szegényes étrend
- Külső segítség, beavatkozás visszautasítása
- Egészségügyi személyzet, illetve ellátással szembeni fokozott félelem, bizalmatlanság
- Ellenségesség és agresszió
- A valóság torz értékelése
- Jellegzetes bőrbetegségek (elégtelen tisztálkodás következményeként)

DIOGENÉSZ SZINDRÓMA 1.

- **Éves incidencia:**
 - 60+ populációban: 0,05%
- **Jellegzetes premorbid személyiségvonások:**
 - zárkózott, távolságtartó, gyanakvó
 - skizotípiás
 - kényszeres
- **Etiológia:** nem egyértelmű
 - stresszre adott reakció
 - orbito-frontális károsodás
 - krónikus mánia: csökkent belátás

DIOGENÉSZ SZINDRÓMA 2.

- Jellegzetes betegek:
 - átlagos szocioökonómiai státusz
 - átlagos vagy a feletti IQ
 - gyakran komorbid: szkizofrénia, mánia
fronto-temporális demencia
 - távolságtartó, gyanakvó
- Jellegzetes kimenetel:
 - **5 éven belüli letalitás:** 46%-al emelkedik
(pl. tüdőgyulladás miatt)

Irvine és Nwachukwu, 2014

DIOGENÉSZ SZINDRÓMA 3.

- Alkoholabúzus:
 - nem trigger
 - inkább csak súlyosbít
- Differenciáldiagnosztika vagy komorbiditás szempontjából megfontolandó kórképek:
 - fronto-temporális demencia
 - depresszió
 - OCD
 - paranoia
 - paranoid pszichózis
 - szorongó (elkerülő) személyiségzavar

Hanon, 2004

ÖNELHANYAGOLÁS

Ausztrál kvantitatív vizsgálat

24 szakemberek interjúja az önelhanyagolás értelmezésének feltárása céljából

- Önelhanyagolás és környezet elhanyagoltsága különválnak (meglévő intézményi ellátás keretei a meghatározóak)
- Környezeti elhanyagoltság kategóriái:
 - gyűjtögetők
 - felhalmozók (állatokat is!)
 - mocsokban élők

McDermott, 2008

ÖNELHANYAGOLÁS – EPIDEMIOLOGIA

Eltérő prevalencia értékek:

- eltérő populációk
- különböző definíciók és módszertanok

Vizsgált populáció	Vizsgálat helyszíne	Önelhanyagolás aránya (%)	Vizsgált időszak	Szerzők
1023 fő időskorú • egyedül élő	Dél-Korea, Busan	22,8	2012–2013	Lee és Kim, (2014)
4627 fő időskorú • egészségi állapot szerint	USA, Chicago	kitűnő: 4,7 jó: 7,9 rossz: 14,9	2007–2010	Dong és mtsai, (2012)
3159 fő időskorú • chicagói kínai közösségben élő	USA, Chicago	enyhe fok: 18,2 közép/ súlyos fok: 10,9	2011–2013	Dong, (2014)

ÖNELHANYAGOLÁS IDŐS KORBAN

Időskori **kényszeres felhalmozáshoz** társul:

- depresszió (14–54%)
- szorongás
- PTSD

- *arthritis*
- *alvási apnoe*

- memóriazavar
- végrehajtó funkciók zavara

Roane és mtsai, 2012

VÉGREHAJTÓ FUNKCIÓK ROMLÁSA

Prefrontális területek károsodása szerint

- a **dorzolaterális prefrontális kör** és a **parietális asszociációs terület**: munkamemória zavart, ezáltal feladatkezelés, tervkészítés képessége romlik
- **ventromediális-orbitofrontális szegmens**: ha a basalis előagy nem károsodik, a memória használata zavartalan, ezzel szemben a beteg a szociális normákat nem tartja be
- a **dorzomediális sérülés** tünete a figyelemzavar, az apátia, súlyosabb formában az akinesis és a mutismus
- **mindkét oldali ventrális-laterális prefrontális kéreg** sérülésekor a világ és saját szubjektív valóságunk felfogásával kapcsolatos funkciókárosodás jön létre
- a **domináns oldali ventrális laterális area** érintettsége a beszéd-szervező központ zavarát okozza

ÖNELHANYAGOLÁS RIZIKÓFAKTORAI I.

Az önelhanyagolás prediktorai:

- **depresszió (15,4%)** !!!
- **kognitív hanyatlás (7,5%)** !!!
- férfi nem
- idősebb életkor
- évi 5000 dollárnál alacsonyabb jövedelem
- egyedül élés
- anamnézisben combnyaktörés
- agyi stroke

1982: 65+ lakosság felmérése, majd 9 évig utánkövetés

Abrams és mtsai. 2002

ÖNELHANYAGOLÁS RIZIKÓFAKTOROK II.

- **Szomatikus betegség:** metabolikus és organikus zavarok, amelyek a kogníciót és a viselkedést befolyásolhatják (krónikus delíriumhoz vezető okok), érzékszervi károsodás, fizikai korlátozottság
- **Pszichiátriai zavar:** demencia, depresszió, alkoholbetegség, szorongásos és fóbiás zavar, szkizofrénia és paranoid zavarok, OCD, személyiségzavarok és bizonyos jellegzetességek
- **Pszichológiai problémák:** negatív életesemények, a személyes függetlenség elvesztésétől való kóros félelem, egyéb pszichológiai problémák
- **Szociális problémák:** izolálódás, alacsony iskolázottság (pl. egészségügyi ismeretek hiánya), szegénység

Pavlou és mtsai. 2008

ÖNELHANYAGOLÁS RIZIKÓFAKTORAI III.

Eset:

29 éves, apáthia, önelhanyagolás

Dg.: frontális lebenymeningeoma!

Önkitöltős tesztekkel:

- Az önelhanyagolók depressziós tünetei gyakrabban társultak:
 - alkoholbetegséggel
 - alacsonyra értékelt egészségi állapottal
 - erősebb fájdalom élményével

*van der Bergt és mtsai, 2015;
Hansen és mtsai, 2016*

ÖNELHANYAGOLÁS RIZIKÓFAKTORAI IV.

- Depressziós tünetek
- Kognitív károsodás
- Pszichológiai probléma
- Fizikai korlátozottság
- Alacsony szocioökonómiai státusz
- Idősebb életkor (végzettségtől és szocioökonómiai státusztól függetlenül)
- Támogató család hiánya
- Szociális elszigetelődés

Dong, 2017

ÖNELHANYAGOLÁS FELISMERÉSE 1.

Rendelői helyzetben:

- Személyes higiéné
- Tápláltsági szint
 - fogyás
 - hiánybetegségek
 - kiszáradás
- Hanyatlás
 - kognitív funkciókban
 - pénzügyi státuszban
- Orvosi ellátás, kontrollvizsgálatok kerülése
- Gyógyszeradherencia problémák

Dong, 2017

ÖNELHANYAGOLÁS FELISMERÉSE 2.

Nehézségek:

- Kevés ismeret az önelhanyagolásról
- A rizikófaktorok és prediktív tényezők ismeretének hiánya
- Kultúrkörnek megfelelő és megbízható diagnosztikus eszközök (skálák) hiánya
- Intézkedési tervek hiánya
- Az ellátási lehetőségek szűkössége

Dong, 2017

KÖVETKEZMÉNYEK 1.

Sérülékeny populáció
(metabolikus egyensúly, gyógyszeradherencia stb.)



1 éves mortalitás emelkedett!
(CHAP study)

- Szív-érrendszeri, tüdő-, neuropszichiátriai, endokrinológiai, anyagcsere, illetve onkológiai betegségek
- Szociális otthoni elhelyezés, SBO, visszatérő hospitalizációk, hospice osztály, krónikus ápolási osztály

Dong, 2017

ÖNELHANYAGOLÁS KÖVETKEZMÉNYEI 2.

- Fertőző betegségek
- Szomatikus betegségek
 - pl. hiánybetegségek
- Lakhatás ellehetetlenülése/környezet veszélyeztetése/hajléktalanná válás
- **Elhanyagolás/áldozattá válás**
 - belátási képesség csökkent
 - realitásérzék beszűkült
- Állapotrosszabbodás!

ÖNELHANYAGOLÁS KEZELÉSE 1.

Komplex ellátás, hosszú távú gondozás:

- Házi orvosok, szakorvosok
 - szomatikus orvos
 - **pszichiáter**
- Szakgondozók
 - házi orvosi szolgálat
 - **pszichiátriai gondozás**
- Szociális munkás
- Községi pszichiátria
- Családsegítő
- Gyámhivatal
 - ha megváltozott a belátási/döntési képesség
- Laikus segítők
 - rokonság, szomszédok
- Rendőrség bevonása abúzus gyanúja esetén

ÖNELHANYAGOLÁS KEZELÉSE 2.

- **Belátási/döntési képesség**
 - kultúra specifikus jellegzetességek, szokások, egyéni és közösségi értékrend, attitűdök stb.
 - mindenkinek van megfelelő belátási/döntési képessége
 - tegyük meg mindent az egyén belátási/döntési képességének fenntartására!
 - ne kezeljük úgy senkit, mintha képességei károsodottak lennének csak azért, mert döntései nem egyeznek mások elvárásaival!
- Ha kimutatott a **belátási képesség károsodása (cselekvőképesség korlátozása szóba jön)**
 - bizonyosak legyünk afelől, hogy minden a beteg érdekében történik!
 - minimalizáljuk a beteg jogainak korlátozását!

JOGSZABÁLYI KÖTELEZETTSÉGEK

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

- szakemberként kötelező jelenteni, ha tudomásunkra jutott
- Egyesített Szociális Intézmény felé jelezni (levél, e-mail)

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

- szociális alap és szakosított ellátások: családsegítő házi segítségnyújtás, nappali ellátás, hajléktalanellátás (népkonyha, nappali melegedő, átmeneti szálló), idősek otthonai, *drogcentrum*, *közösségi pszichiátriai ellátás* (minden szociális intézmény)
- **DE:** ha felnőtt és visszautasítja, nincs jogalap a környezettanulmány készítésére sem, amíg nincs feljelentés
- Ha egyértelmű: **hivatalból feljelentést kell tenni!**

IDŐSBÁNTALMAZÁS/ELHANYAGOLÁS/ABÚZUS 1.

Időskori abúzus:

- Olyan kapcsolaton belül, amelyben elvárható a bizalom
- 44%-ban többszörös
- Fogalma
 - definíció a BTK 173. §-ban adja meg
 - „a gondozás elmulasztás tényállása”

IDŐSBÁNTALMAZÁS/ELHANYAGOLÁS/ABÚZUS 2.

- Tartósan magas (kb. 43%) az idősök családon belüli bántalmazása
- Az elmúlt években az idősök otthoni bántalmazása nőtt
- Az otthoni abúzus 62%-a bántalmazás, elhanyagolás, kihasználás formájában tapasztalható, illetve a rosszul gondozás jelentős
- 38%-ban önelhanyagolást találtak
- Az elkövetők 90%-a családtag
- Az idősök bántalmazásának több, mint felét férfiak követték el

National Association of Adult Protective Services Administrators

IDŐSBÁNTALMAZÁS/ELHANYAGOLÁS/ABÚZUS 3.

- Fizikai bántalmazás
- Szexuális bántalmazás
- Lelki bántalmazás, verbális abúzus
- Pénzügyi-, gazdasági kihasználás
- Elhanyagolás
- Önelhanyagolás olyan viselkedés, amellyel az idős személy veszélyezteti saját egészségét, biztonságát segítség és ápolás hiányában

IDŐSBÁNTALMAZÁS/ELHANYAGOLÁS/ABÚZUS 4.

Intézményes bántalmazás:

- Szükségtelen és fájdalmas orvosi beavatkozás
- A minősíthetetlen megnyilvánulás
- Az információ hiány
- Át nem adott információ
- Konkrét bántalmazás

IDŐSBÁNTALMAZÁS/ELHANYAGOLÁS/ABÚZUS 5.

Rendszerbántalmazás:

- Az idős személyek ellátására, gondozására hivatott szociális-, egészségügyi szektor nem működik megfelelően
- Akadályozó tényezők
 - a populáció öregedése, a korfa eltolódása az idősök irányába
 - sok az időskorú ember
 - rossz beidegződés, rossz tanult minta a társadalomban
 - nincs olyan háló, mely ennek megakadályozását, vagy megelőzését célozná

IDŐSBÁNTALMAZÁS/ELHANYAGOLÁS KÜLSŐ JELEI

- **Testi sérülés**
 - ami nincs jól, megfelelően, gondosan ápolva
 - ami nem magyarázható az elmondott történettel
- **Fájdalom érintésre**
- **Kiszáradás és rosszul tápláltság** betegség jelenléte nélkül
- **Beesett szemek, arc, monoklik, véraláfutások a testen**
- A gyógyszerelés nem megfelelő adminisztrációja
- Orvosi, kórházi ellátás túl gyakori igénybe vétele, vagy éppen ennek hiánya
- Élelem, víz, egyéb szükségletek hiánya
- Kellemes életkörülmények, személyes dolgok hiánya
- Erőszakos elzárás, elkülönítés

IDŐSKORI ELHANYAGOLT/ BÁNTALMAZOTT VISELKEDÉSI JELEI

- Félelem
- Szorongás, nyugtalanság
- Harag, düh
- Elkülönülés, visszahúzódás, védekezés
- Depresszió
- Visszavonultság, beletörődés, ambivalens viselkedés
- Ellentmondó kijelentések sérülési nyomokról
- Valószerűtlen sztorik sérülésekről, gyakori balesetek
- Tétovázás
- Nyílt beszélgetés kerülése
- Zűrzavarosság, „zavartság”

ELHANYAGOLÓ/ BÁNTALMAZÓ SZEMÉLY VISELKEDÉSI JEGYEI

- Az idős megakadályozása abban, hogy beszéljen vagy találkozzon látogatókkal
- Düh, közöny, agresszív viselkedés az idősekkel szemben
- Mentális betegségek
- Bűnöző viselkedés vagy családon belüli erőszak az élettörténetben
- Az idősekhez való jóindulatú hozzáállás hiánya
- Titkolt vonzalom, kacérkodás vagy túlzott féltékenység
- Feltűnő tartózkodás a testkontaktustól (a helytelen szexuális viszony lehetséges indikátora)
- Egymásnak ellentmondó beszámolók a különféle incidensekről
- Túlzott kontrollálás
- Az idősekről teherként való beszéd

ÉSZLELÉS VAGY GYANÚ ESETÉN

- Környezetből való kiemelés!
- Háziorvos
- Szociális munkás
- Rendőrség
- Gyámhivatal
 - környezettanulmány
 - gondnokság mérlegelése

IRODALOM

- Abrams, R.C., Lachs, M., McAvay, G., Keohane, D.J., Bruce, M.L. (2002) Predictors of self-neglect in community-welling elders. *Am. J. Psychiatry*. Published online 1 Oct 2002.
- Dong, X. (2017) Elder Self-neglect: research and practice. *Clin. Interv. Aging*. 12, 949–954.
- Hanon, C., Pinquier, C., Gaddour, N., Saïd, S., Mathis, D., Pellerin J. (2004) Diogenes syndrome a transnosographic approach. *J. Encephale*. 30(4), 315–22.
- Hansen, M.C., Flores, D.V., Coverdale, J., Burnett, J. (2016) Correlates of depression in self-neglecting older adults: A cross-sectional study examining the role of alcohol abuse and pain in increasing vulnerability. *J Elder Abuse Negl* 28(1), 41–56.
- Irvine, J.D., Nwachukwu, K. (2014) Recognising Diogenes syndrome: a case report. *BMC Research Notes* 7. Article number: 276.
- McDermott, S. (2008) The Devil is in the Details: Self-Neglect in Australia. *J. Elder Abuse Negl*. 20(3), 231–50.
- Pavlou, M.P., Lachs, M.S. (2008) Self-neglect in Older Adults: a Primer for Clinicians. *J Gen Intern Med* 23(11), 1841–1846.
- Roane, D.M., Landers, A., Sherratt, J., Wilson, G.S. (2017) Hoarding in the elderly: a critical review of the recent literature. *Int Psychogeriatr*. 29(7), 1077–1084.
- van der Bergt, M.T., Röder, C.H., Roza, S.J. (2015) *Tijdschr Psychiatr*. 57(10), 762–765.

22. KOCKÁZATBECSLÉS ÉS ELEMZÉS LÉLEKTANI KRÍZIS ESETÉN, KRÍZISINTERVENCIÓ

Osváth Péter • Kiss-Szőke Anna

A diasor a tankönyv II. fejezet „Lélektani krízis, krízisintervenció” alfejezet kiegészítése és szerves egysége. Oktatási segédanyagként az alfejezetben részletesen kifejtett alapismeretek összefoglalásán túl gyakorlati tanácsokat nyújt a krízisben lévő személy ellátását segítő kommunikációhoz. Az egyes diák részletes magyarázatait a tankönyv megfelelő fejezeteiben találja, valamint Ellenőrző kérdések segítik aktuális ismereteinek felmérését (V. fejezet: Feladatgyűjtemény).

TARTALOM

- Lélektani krízis definíciója, típusai, elméletek
- Krízis kialakulását befolyásoló tényezők
- A krízis kommunikációs sajátosságai
- A krízis pszichopatológiája
- A krízis dinamikája, szakaszai, kimenete
- Krízisintervenció jellemzői, elemei, terápiás céljai, fókusza,
- A segítő aktivitás szempontjai
- Krízisintervenció módszerei, eszközei és kommunikációs jellemzői

A LÉLEKTANI KRÍZIS DEFINÍCIÓJA

- Valamilyen váratlan, veszélyes külső tényező hatására kialakuló bizonytalan, instabil **sürgősségi állapot**, mely fenyegetettséget jelent az egyén számára
- A krízis nem maga a kiváltó szituáció, hanem az egyén erre adott **válasza**
- **Átmeneti létállapot („tranzitív diagnózis”)**, melyben a korábbi rendszer már nem tartható fent, ezért mindenképpen változ(tat)ás szükséges

A KRÍZISEK TÍPUSAI

- **Akcidentális** (Caplan, 1964)
 - negatív életesemények, kritikus események, stressz szituációk, traumák, veszteségek
- **Epigenetikus = Fejlődési = Pszicho-szociális** (Erikson, 1968)
 - fokozott vulnerabilitással járó időszakok
 - életciklus váltások során (pszicho-szociális fejlődési fázis átmeneteiben)
- **Krízismátrix** (Jacobson, 1965)
 - a két fenti jelenség egy időben történő jelentkezése, egymásra vetülése
 - fokozottan veszélyes állapot (szuicidalitás)

Caplan, 1964

A CAPLANI KRÍZIS FOGALMA

- Kénytelen a veszélyeztető körülményekkel szembenézni
- Ezek, vagy ezeknek fenyegető közelsége mindennél fontosabb pszichológiai problémává válik számára
- Ezeket sem megoldani, sem elkerülni vagy kikerülni nem képes
- Főként nem az adott személyt jellemző szokványos problémamegoldó eszközökkel és a mobilizálható potenciális pszichológiai energiával
- Alapvető a jövőtől való rettegés – bizonytalanság – a jövő negatív anticipációja (vö. társadalmi válság)
- Az akcidentális krízis külső provokáló tényezők hatására alakul ki, amely a lélektani egyensúlyt veszélyezteti (identitásválság!)

PSZICHOSZOCIÁLIS FEJLŐDÉSELMÉLET (ERIKSON)

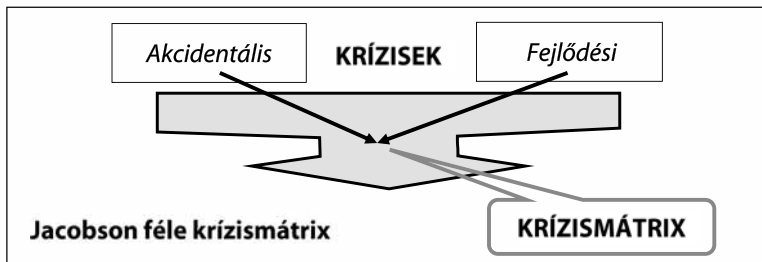
- A fejlődés egész életen át tartó folyamat
- A sikeres integráció eredménye a stabil identitás
- Ez személyes azonosságként és történeti folytonosság érzéseként határozható meg
- A következő fejlődési fázisba való átmenet kríziseken keresztül történik
- Ez sérülékeny időszak, de megnövekedett lehetőségeket is hordoz – a világ új megismerési módjai, új kapcsolódási lehetőségek

Serdülőkor	Identitás vs. szerepkonfúzió
Fiatal felnőttkor	Intimitás vs. izoláció
Érett felnőttkor	Alkotóképesség vs. stagnálás
Időskor	Énintegritás vs. kétségbeesés

Erikson, 1968

PSZICHOSZOCIÁLIS ÉS AKCIDENTÁLIS KRÍZISEK A KRÍZISMÁTRIX

- A kétféle krízis egyidőben való jelentkezése fokozott veszélyeztetettséget jelent
- Jelentősen igénybe veszi, vagy akár ki is merítheti a személyiség megküzdő kapacitását
- Csökkenhet a „tűrési küszöb”
- Az aktuális fejlődési szakasz feladatai befolyásolják a segítségnyújtást
- Így a krízisintervenció fontos célja az érés elősegítése is



Jacobson, 1965

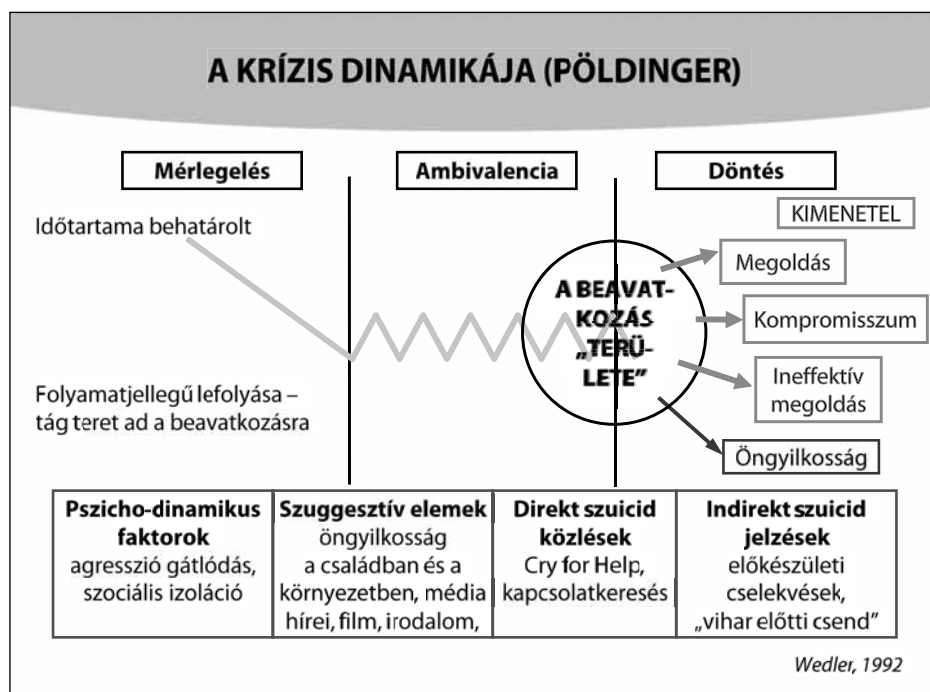
AZ AKCIDENTÁLIS KRÍZIS HÁTTERE

Rendszerint külső események provokálják:

- katasztrófa
- szeretett személy halála
- válás
- párkapcsolat megszakadása
- egzisztenciális zuhanás
- munkahelyvesztés, jelentős dolgok elvesztése
- életveszélyes betegségek, rokkantság

A KRÍZIS KIALAKULÁSÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

- a krízist kiváltó inger erőssége
- személy megküzdő mechanizmusai
- személy konfliktuskezelő technikái
- mentális kontrollfunkciók
- személy érettsége, egyensúlya (életciklus)
- aktuális pszichés és szomatikus állapota
- korábbi krízisek és megoldások



A KRÍZIS KOMMUNIKÁCIÓS SAJÁTOSSÁGAI

- Beszéd-aktus elmélet (Austin, 1989)
- Cry for help (Shneidman és Farberow, 1961)
- Cry of pain, psychache (Shneidman, 1973)
- Preszuicidális szindróma (Ringel, 1974)
 - dinamikus beszűkülés (percepció, viselkedés, affektivitás, elhárító mechanizmusok, kapcsolatok, értékek)
 - gátolt és befelé forduló agresszió
 - öngyilkossági fantáziák
- Negatív kód (Kézdi, 1995)

A CRY FOR HELP SAJÁTOSSÁGAI

- Az öngyilkossági tett elkövetése előtt szinte minden ember valamilyen formában jelzi ezt a szándékát, így ez tulajdonképpen egy segítségkérésnek tekinthető
- Ez az öngyilkossági krízisben megfigyelhető ambivalens lelki állapot kifejeződése (**az öngyilkos nem meghalni akar, hanem másképpen élni**)
- A „cry for help” kommunikáció a nyílt segítségkéréstől egészen a rejtett, alig észrevehető, sokszor az öngyilkosságot elkövető számára is tudattalan jelzésekig terjedhet, vagy akár csak bizonytalan utalások, fokozatos viselkedésváltozás formájában jelenhet meg

Farberow és Shneidman, 1961

A KRÍZIS PSZICHOPATOLÓGIÁJA I.

- **Krízisregresszió**
 - személyiség alacsonyabb szintű szabályozása, éretlen megküzdése, disszociáció
- **Beszűkültség**
 - figyelem, gondolkodás, érzelem, viselkedéspanoptár
- **Gondolkodás**
 - ambivalencia, tagadás, bűntudat, önvádolás, negatív kognitív sémák, szuicid fantáziák és tervek
- **Hangulat**
 - deprimáltság, emocionális labilitás, érzelmi inkontinencia, síráskényszer

A KRÍZIS PSZICHOPATOLÓGIÁJA II.

- **Anxietás**
 - szorongás, feszültség, nyugtalanság, agitáltság, impulzivitás
- **Ösztönkésztetések**
 - csökkent étvágy és libidó, alvászavar
- **Pszichomotórium**
 - ambitendencia, anergia, amotiváció, gátoltság, meglassultság
- **Testi tünetek**
 - szívdobogásérzés, nehézlégzés, torokszorítás, zsibbadás, fejfájás, hasi panaszok, pánikszerű tünetek

ÖNGYILKOSSÁGI KRÍZIS ÉS PSZICHOPATOLÓGIA

- Krízisregresszió – a fokozott szuggesztibilitás terápiás jelentősége
- Kultúránkban a lélektani krízis mindig szuicid veszéllyel jár – szociokulturális hatások következtében az öngyilkosság, mint megoldás mindig jelen van a személy cselekvésszerepjátékában

Az öngyilkossági krízis felismerésének pszichopatológiai háttértényezői

- Ringel-féle preszuicidális szindróma
 - dinamikus beszűkülés
 - gátolt és befelé forduló agresszió
 - öngyilkossági fantáziák
- „Cry for help” kommunikáció
 - direkt, vagy indirekt segélykérés

AZ ÖNGYILKOSSÁGI KRÍZISBEN FELLEHLHETŐ KÖZÖS VONÁSOK (SHNEIDMAN ALAPJÁN)

KÖZÖS JELLEMZŐK	1. OK	Megoldáskeresés
	2. CÉL	Tudatos átélés megszüntetése
	3. STIMULUS	Elviselhetetlen lelki fájdalom
	4. STRESSZOR	Frusztrált pszichológiai szükséglet
	5. EMÓCIÓ	Reménytelenség és kiúttalanság
	6. ATTITÚD	Ambivalencia
	7. KOGNÍCIÓ	Beszűkültség
	8. MOTÍVUM	Menekülés
	9. INTERPERSZONALITÁS	Szándék kommunikációja
	10. MEGNYILVÁNULÁS	Rögzült megoldási minták

Shneidman, 1973

A KRÍZIS DINAMIKÁJA

- Kiváltó esemény („utolsó csepp”)
- A krízisállapot kialakulása, észlelése
- Mobilizálás (énerő, coping)
- Próba-hiba működésmód
- Lesüllyedés, örvény
- Destabilizáció, dezintegráció

A KRÍZISÁLLAPOT SZAKASZAI CAPLAN

Provokatív tényező



KRÍZIS

I. szakasz:	készenléti állapot
II. szakasz:	küzdelem
III. szakasz:	kapkodás
IV. szakasz:	összeomlás

I. SZAKASZ: A KÉSZENLÉT ÁLLAPOTA

- Fenyegetettség érzés, szorongás dominál
- Az **eddiggi problémamegoldó eszközök mozgósítása** a megbomlott érzelmi és kognitív egyensúly visszaállítására

Cél:

- visszaállítani a felborult lelki egyensúlyt

Kimenetel:

- a krízis megoldódik
- az egyén a második szakaszba kerül

II. SZAKASZ: A KÜZDELEM

- Feszültség tovább nő  a cselekvések megszokott rendje, összerendezettsége felbomlik
- Az egyén aktív erőfeszítéseket vesz igénybe a probléma megoldására

Jellemző:

- próba-hiba, próba-eredmény típusú keresés

Kimenetel:

- Megoldódik
- Feszültség nő

III. SZAKASZ: A KAPKODÁS

- Újabb és újabb technikák kerülnek kipróbálásra
- A sok eredménytelen kísérlet rontja az egyén önértékelését, érzelmi állapotát és ez a helyzetet tovább súlyosbítja
- Ebben a szakaszban is megoldódhat a krízis, ha a kiváltó tényező megszűnik, vagy külső segítséget kap az egyén

IV. SZAKASZ: AZ ÖSSZEOMLÁS

- a személyiség alkalmazkodó képessége kimerül
- megindul a személyiség egyensúlyának destruktív irányú megváltozása
 - szuicídium
 - auto-, heteroagresszió
 - impulzív reakciók
 - pszichózis
- **Külső segítség nélkül teljes dekompenzáció következhet be!**

A KRÍZIS KIMENETELE

- **Megoldás**
 - személyiség magasabb szinten történő integrációja
 - poszttraumás növekedés
- **Kompromisszum**
 - túlélés, DE alkalmazkodás az elviselhetetlen helyzethez
 - nincs a személyiségben, illetve a körülményekben jelentősebb változás sem negatív, sem pozitív irányban
- **Ineffektív megoldás**
 - maladaptív mechanizmusok
 - kronicizálódó krízis
 - rekurrens krízisek
 - pszichológiai, pszichiátriai zavarok kialakulása
- **Összeomlás**
 - dezintegráció
 - pszichózis
 - szuicídium

A KRÍZISINTERVENCIÓ JELLEMZŐI I.

- **Lelki elsősegélynyújtás**
- Sürgősségi, életmentő beavatkozás
- Definíció
a krízisállapot oldására irányuló olyan segítő, pszichoterápiás jellegű és szemléletű, időben behatárolt, sürgősségi pszichológiai beavatkozás, mely a pszichoterápia elemeit korlátozott módon és mértékben, ehhez a speciális helyzethez adaptált módon alkalmazza
- **Cél**
 - krízisoldás
 - személyiségfejlődés (poszttraumás növekedés)
- **Fókusz**
 - aktuális élethelyzet (transzitiv létállapot)
 - itt és most (ott és majd)

A KRÍZISINTERVENCIÓ JELLEMZŐI II.

- **Setting**
 - időhatáros (1–6 ülés, naponta-hetente, 50–90 perc)
 - rugalmas keretek (bárhol, bárhogyan)
 - potenciális tér
- **Attitűd**
 - segítő – kliens (nem orvos – beteg, nem terapeuta – páciens)
 - aktív, direktív, célorientált, cselekvésorientált
- **Technikai elemek**
 - elfogadás, szupporció, tünet redukció, holding, containing, mobilizáció, szuggeszció, én-transzfúzió, klarifikáció, tanácsadás, stabilizáció, újraakkeretkezés, adaptáció, prevenció, promóció

A KRÍZISINTERVENCIÓ ELEMEI

- együttérző, empátikus kapcsolatfelvétel és pszichés támogatás
- azonnali beavatkozás szükségessége
- a stabilizáció mielőbbi elérése
- a megértés elősegítése
- a problémamegoldásra való fókuszálás
- önbizalom, az önfogadás bátorítása és hiteles támogatása

A KRÍZISINTERVENCIÓ TERÁPIÁS CÉLJAI

- Lélektani beszűkültség, regresszió, szorongás oldása, tünetek enyhítése
- Ineffektívnek bizonyult problémamegoldó eszközök helyreállítása
- Alkalmazkodás elősegítése
- Érzelmi egyensúly helyreállítása
- A személyiség funkcionálisának visszaállítása az eredeti szintre, vagy magasabb szintű integrációja
- Prevenációs aspektus – későbbi válsághelyzetek kezelése
- A kliens előkészítése a krízisintervenciót követő pszichoterápiára
- Továbbirányítás szükségességének felmérése

A KRÍZISINTERVENCIÓ FÓKUSZA

- Aktuális krízishelyzet és az azt közvetlenül megelőző események átdolgozása
- Tudatos lelki folyamatok és a környezeti stresszorok, faktorok
- Kiváltó eseményre centrált
- Pszichoszociális konfliktus
- Fókuszkielölés – „**Miért velem, miért most, miért így?**” kérdések megválaszolása

Terápiás hatótényezők:

- nem-specifikus
rogersi változók (elfogadás, empátia, kongruencia), segítő személyisége
- specifikus
kompetencia, technikai elemek, gyakorlat
- integratív, eklektikus munkamód
dinamikus elemek, magatartásterápiás (kognitív-viselkedésterápiás) módszerek, humanisztikus attitűd

A SEGÍTŐ AKTIVITÁS SZEMPONTJAI I. ÁLTALÁNOS TANÁCSOK

- Kerüljük a túlzottan ítélkező vagy defenzív reakciókat
- Úgy értékeljük a kliens kommunikációját, mint egyfajta aktuális világnézetet, „átmeneti létállapotot”, ne pedig önmagunkra vonatkozó kritikát
- Az érzelmileg megterhelő helyzetekben is nyílt, őszinte, együttérző és odaforduló kommunikáció, figyelem és bátorítás szükséges
- Próbáljuk szétválasztani a kliens által átélt élményekhez fűződő gondolatokat, érzéseket és cselekvéseket

A SEGÍTŐ AKTIVITÁS SZEMPONTJAI II. AMIT NEM SZABAD TENNI

- **Sürgetni** – „szedje össze magát... igyekezzen... akarjon... tegye túl magát...”
- **Tanácsot adni** – „menjen szabadságra... vizsgálta ki magát”
- **Kétségbe vonni** – érzéseit, élményeit, akár téveszméit
- **Állítani azt** – hogy már a gyógyulás útján van, mielőtt valóban javult volna
- **Megfogalmazni** – irreális célokat

A SEGÍTŐ AKTIVITÁS SZEMPONTJAI III/A. AMIT MINDIG MEG KELL TENNI

- **Egyértelműen definiálni** – a páciens számára is a szerepeket, helyzetet, ezzel csökkenthető a krízis dezorganizáló hatása
- **Nem szabad éreztetni** – a sürgősség nyomását, ezáltal a páciensre nehezedő hasonló nyomás is mérséklődik
- **Biztosítani** – a lehető legjobb körülményeket (idő, csendes, biztonságos helyiség, környezet)
- **Összeállítani** – a segítők listáját, a segítségnyújtás egyéb „pilléreit” (pl. szomszéd, SBO, pszichiátriai szakambulancia, SOS telefon: 116–123)
- **Megnyerni** – az együttműködésnek

A SEGÍTŐ AKTIVITÁS SZEMPONTJAI III/B. AMIT MINDIG MEG KELL TENNI

- **Elfogadni** – a klienst olyannak, amilyen
- **Megbeszélni** – az előtörténetet, a kiváltó okokat
- **Hangsúlyozni** – a prognózis kedvező
- **Ismertetni** – a kezelési tervet, stratégiát
- **Tájékoztatni** – a lehetséges kimenetelekről
- **Segíteni** – a rövid távú tervezést, a sikerorientált megközelítést

A KRÍZISINTERVENCIÓ MÓDSZEREI

- Teljes elfogadás, megnyugtatás, bátorítás, szupporció
- „Én transzfúzió”
- Szuggeszció
- Klarifikáció, „újraaktervezés”, tanácsadás
- Preformált döntések megerősítése
- Érdeklődő, odaforduló, bizalomteli attitűd
- „Konténer” – „holding” – „átmeneti tárgy” funkció
- A segítő:
 - aktív
 - direktív
 - kontrolláló szakértő
 - kiaknázza a pozitív áttételes érzéseket
 - szükség esetén másokat is bevonhat
 - cselekvés-orientáltság

A KRÍZISINTERVENCIÓ KOMMUNIKÁCIÓS JELLEMZŐI

A beszélgetés kontextusának tisztázása – cél a segítség

- Involválódás, érzelmi terhek megosztása, páciensért érzett felelősség, empátikus odafordulás, támogató jelenlét
- Teljes figyelem, kongruens metakommunikáció és non-verbális eszközök – impressziókeltés értékelése
- Az interjúhelyzet aktív strukturálása – emocionális rapport kialakítása
 - nyitott kérdések, direktívebb kérdezésmód (sz.e. zárt kérdések)
 - a kommunikáció fenntartására tett erőfeszítések
 - áthidaló technikák, aktív, facilitáló figyelem
 - összegzések, támogató visszajelzések (verbális és metakommunikatív)
 - megértő dialógus, szupportív kapcsolat
 - biztonság és remény közvetítése
- Áttételes érzések, indulatok, viszontáttételes érzések adekvát kezelése

A KRÍZISINTERVENCIÓ ESZKÖZEI

- Hibás, inadaptív problémamegoldó minták áttekintése
- Énrészesség-vállalás elősegítése
- Önreflektivitás képességének növelése
- Miért történt ez vele?
A krízisállapot beillesztése a narratív élettörténetbe
- Óvatos interpretációk a belátás érdekében
(kognitív és emocionális egyaránt)
- Konstruktívabb, adaptívabb problémamegoldó
mechanizmusok kidolgozása
- Kezdetben főként rövid távú tervek átgondolása
- Nagyobb döntésekre csak a krízis oldódását követően
kerülhet sor

KRÍZISINTERVENCIÓ A GYAKORLATBAN

- Átgondolni:
 - **táppénzes állománybavétel** segítség-e (egyres pszichiátriai gondozók táppénzelési joggal rendelkeznek, más esetben háziorvos végzi)
 - **osztályos felvétel** indikációja (preszuicidális szindróma, szuicid veszély, izoláció, társas támogatás hiánya)
 - **pszichiátriai betegség anamnesztikusan vagy aktuálisan:**
 - pl. visszatérő depresszió, bipoláris zavar, pszichotikus kórképek vagy súlyos személyiségzavar esetén farmakoterápia szükséges-e?
 - (VIGYÁZAT: anxiolitikum!!! – nagyobb dózisban szorongás oldásán túl kontrollfunkciók csökkenéséhez vezetve szuicídiumot elősegítheti, Id. alkoholos állapotban elkövetett szuicídiumok)

IRODALOM

- Austin J. (1989) Hogyan cselekedjünk a szavakkal? In: Pléh Cs., Terestényi T. (szerk.) (1989) Beszédaktus – kommunikáció – interakció. Budapest. Tömegkommunikációs Kutatóközpont.
- Caplan, G. (1964) Principles of Preventive Psychiatry. New York. Basic Books.
- Erikson, E.H. (1968) Identity: Youth and Crisis. New York, W. W. Norton.
- Farberow, N.L., Shneidman, E.S. (1961) The Cry for Help. New York, McGraw-Hill Book Company.
- Jacobson, G. (1965) Time-limited crisis therapy. American Journal of Psychiatry, 121, 1176–1182.
- Kézdi B. (1995) A negatív kód. Pécs. Pro Pannónia Kiadó.
- Ringel E. (1974) A preszuicidális szindróma (öngyilkosság előtti tünetcsoport) tünettana. In: Andorka R., Buda B., Füredi J. (szerk.) (1974) A deviáns viselkedés szociológiája. Budapest. Gondolat. 367–381.
- Shneidman, E.S. (1973) Deaths of Man. New York. Quadrangle.
- Wedler, H. (1992) Az öngyilkosság veszélyeztetett páciens. Stuttgart. Hypokrates Kiadó. Kézirat fordítás.

V.
FEJEZET

FELADATGYŰJTEMÉNY

23. ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

Herceg Attila • Kárpáti Tímea • Kiss-Szőke Anna
Rihmer Zoltán • Szuromi Bálint • Wernigg Róbert

A pszichiátriai kockázatbecsléssel kapcsolatos aktuális tudását, ismereteinek bővülését ellenőrizheti a 35 kérdés segítségével, melyek az I–IV. számú fejezetek („Kockázatbecslés és -kezelés célja, alapelvei és menete”, a „Rizikó- és protektív tényezők felmérése és kockázatkezelése”, „Kockázatbecslés és -kezelés egyes főbb kórképek szerint” és „Oktatási segédanyag”) alapján kerültek összeállításra. Kérdésenként egy-egy helyes válasz adható, melyek az V. fejezetben a „Válaszok az ellenőrző kérdésekre”, illetve a „Megoldókulcs” alatt a 423. oldaltól érhetőek el.

1. Kockázatbecslés célja, alapelvei, kockázatelemzés módszertana**1. Melyik válasz nem tartozik a kockázat általános fogalmi meghatározásához?**

- a) A nemkívánt esemény (negatív kimenetel) valószínűsége vagy gyakorisága.
- b) A nemkívánt esemény (negatív kimenetel) súlyossága.
- c) A nemkívánt esemény (negatív kimenetel) által előidézett veszteség.
- d) A nemkívánt esemény értékelésekor fellépő heurisztikus hibák.
- e) $R_i = L_i \times p(L_i)$

2. Kockázatkezeléskor mi az, ami nem feladatunk?

- a) Teljes egészében kizárni a további nemkívánt események lehetőségét.
- b) Az erőforrásokat mérlegelve, arra törekedni, hogy a nemkívánt esemény valószínűségét csökkentsük, a pozitív kimenetel valószínűségét pedig növeljük.
- c) A dinamikus kockázati tényezőket gyengíteni, a védő (protektív) tényezőket pedig erősíteni.
- d) Kockázatkezelési tervet készíteni, majd annak végrehajtását nyomon követni.
- e) Kommunikálni a kockázatkezelési tervvel kapcsolatban, és lehetőség szerint minden fél együttműködését megnyerni.

3. A pozitív kockázatkezelés fogalma azt jelenti, hogy...

- a) amikor kockázatot kezelünk, nagyon fontos a pozitív gondolkodás.
- b) a jövőbe tekintve, előrelátóan tervezzük meg a beavatkozást.
- c) tudomásul vesszük, hogy az élet elkerülhetetlen velejárója bizonyos mértékű kockázat, és ezért igyekszünk beállítani a még elviselhető kockázati szintet.

- d) a kockázatkezelés nélkülözhetetlen, hasznos eleme a betegellátásnak.
- e) a célkitűzésünk szerint a beteg életminőségét javítani, és nem rontani szeretnénk.

4. A kockázatkezelés első lépése:

- a) diagnózis felállítása
- b) kizárni a közvetlen életveszélyt
- c) empátiásan végighallgatni a beteget
- d) tájékoztatni a beteget a személyiségi jogairól
- e) előzetes hipotézist felállítani a problémáról

5. Milyen változásra számíthat a szakember, ha a napi gyakorlata során elkezd alkalmazni a kockázatbecslést és a kockázatkezelést?

- a) Megnőnek az adminisztratív terhei.
- b) Előre betanulható, kész döntési algoritmusok alapján, lényegesen jobb döntéseket fog hozni a nehéz klinikai helyzetekben, mint azelőtt.
- c) Meg fogja tudni jósolni a negatív kimenetek valószínűségét az egyes esetekben.
- d) Pontosabban meg tudja indokolni a klinikai döntéseit, és szükség esetén jobban meg tudja magát védeni akár a bíróságon is.
- e) Garantálni tudja a betegek számára, hogy nem érheti őket baj.

II. Szuicídium vonatkozásában a rizikó- és protektív faktorok felmérése

6. Milyen gyakori az öngyilkossági kísérlet előfordulása Magyarországon felnőtt lakosságában?

- a) 0,5–0,8%
- b) 1–1,5%

- c) 3–4%
- d) 8–11%
- e) nem ismert

7. Mekkora az (unipoláris) major depresszió 1 éves előfordulása Magyarországon?

- a) kevesebb, mint 1 %
- b) 1,5%
- c) 3,5%
- d) 7,1%
- e) 11,2%

8. Befejezett öngyilkosok között milyen gyakori a pszichiátriai betegségek aránya?

- a) 8–12%
- b) 20–25%
- c) kb. az 1/3-a
- d) 50–55%
- e) 82–96%

9. Egy befejezett öngyilkosságra hány öngyilkossági kísérlet esik?

- a) 2–3
- b) 6–8
- c) 15–20
- d) 40–45
- e) 50-től több

10. Milyen gyakori a major depresszió befejezett öngyilkosoknál?

- a) 21% (11–30%)
- b) 32% (30–34%)
- c) 42% (34–56%)
- d) 70% (56–87%)
- e) 90% (87–94%)

- 11. Major depresszió esetén melyek a legfontosabb jelek, amelyek a szuicídium lehetőségére utalnak?**
- a) inszomnia és komorbid alkohol-, drog abúzus
 - b) nyugtalanság, reménytelenség és megelőző öngyilkossági kísérlet
 - c) megelőző öngyilkossági kísérlet és inszomnia
 - d) komorbid alkohol-, drog abúzus és megelőző öngyilkossági kísérlet
 - e) mindegyik
- 12. A befejezett öngyilkosságot elkövetők hány százalékának volt már megelőző kísérlete?**
- a) 5–8%
 - b) 19–42%
 - c) 60–62 %
 - d) 75–78%
 - e) 95%
- 13. Melyik nem pszicho- szociális szuicid rizikófaktor?**
- a) egyedül élő személy
 - b) munkanélküli
 - c) komoly anyagi problémák
 - d) akut veszteségek, stressz-hatás
 - e) 65 év feletti életkor
- 14. A depressziós és bipoláris betegek megfelelő gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelése mennyivel csökkenti a befejezett öngyilkosság és a kísérlet esélyét?**
- a) kevesebb, mint 25%
 - b) 35%
 - c) 70%
 - d) 82%
 - e) 92%

15. Hány befejezett öngyilkosság volt Magyarországon 2016-ban?

- a) 824
- b) 1763
- c) 5416
- d) 8432
- e) 8824

III. Ápolási teendők szuicídium vonatkozásában**16. Az ápolás független funkciói azok a tevékenységek, melyeket...**

- a) az ápoló önállóan, orvosi utasításra és az orvos felelősségére végez.
- b) az ápoló önállóan, orvosi utasításra, de saját felelősségére végez.
- c) az ápoló saját hatáskörében végez.
- d) az ápoló az orvossal együtt, de saját felelősségére végez.
- e) az ápoló az orvossal együtt, az orvos utasítására és az orvos felelősségére végez.

17. Az ápolási diagnózis...

- a) a betegnek az egészségügyi problémára adott tényleges és feltehető reakcióját írja le.
- b) az orvos klinikai ítélete az orvosi diagnózishoz kapcsolódóan.
- c) az ápolási folyamat első mozzanata, az ápolás kiindulási fázisa.
- d) a betegség besorolása.
- e) a BNO kódrendszer alapján a beteg diagnózisának felállítása.

18. Az ápolási diagnózis típusai, kivéve:

- a) aktuális: objektív és szubjektív adatokkal alátámasztható klinikai ítélet a fennálló, tényleges problémákról
- b) etiológiai: a fennálló problémák kialakulásának okára ad választ

- c) kockázati: amelyben az egyén vagy a csoport hajlamosabb egy jelzett baj kialakulására, mint mások hasonló helyzetben
- d) jóléti: a jóllét bizonyos fokáról egy magasabb szintre történő haladást jelzi
- e) potenciális: még nincs jelen a probléma, de a bekövetkezésére megvan az esély

19. A NANDA-I alapján pszichiátriai ápolási diagnózis lehet, kivéve:

- a) bipoláris II zavar
- b) terápiával való szakítás kockázata
- c) csökkent társas interakció
- d) öncsonkítás
- e) önártó és öngyilkos magatartás kockázata

IV. Erőszakos magatartás, a heteroagresszió kockázatbecslése és kezelése

20. Az agresszió lehet:

- a) reaktív
- b) proaktív
- c) egyik sem
- d) mindkettő

21. Melyik állítás nem igaz a mentális betegségek és az erőszakos magatartás összefüggésére:

- a) mentális betegségek és az erőszakos magatartás között nincs összefüggés
- b) mentális betegségek önmagukban kis mértékben növelik az erőszakos magatartás kockázatát
- c) mentális betegségek komorbid szerhasználatával jelentősen növelik az erőszakos magatartás kockázatát
- d) antiszociális személyiségzavar és pszichopátia esetén a legnagyobb az erőszakos magatartás kockázata

- e) nárcisztikus személyiségzavar esetén a grandiozitás, feljogosítottság az erőszakosság fokát növeli

22. A mentális betegségben szenvedők közül melyik alábbi csoportban a legnagyobb az erőszakos magatartás kockázata?

- a) pszichiátriai járóbeteg ellátásban részesülők
- b) kórházi kezelésből elbocsátottak
- c) közösségi ellátásban részesülők
- d) sürgősségi betegellátásban részesülők
- e) első pszichotikus epizódban lévők

23. Szkizofrénia esetén hogyan változik az erőszakos magatartás kockázata?

- a) kb. a felére csökken
- b) nem változik
- c) minimális mértékben, de emelkedik
- d) kb. kétszeresére nő
- e) kb. ötszörösére nő

24. Az erőszakos magatartás statikus rizikófaktorai, kivéve:

- a) kezeléssel való együttműködés hiánya
- b) fiatal kor
- c) kriminalitás az előzményben
- d) anamnézisben alkohol-, vagy drogabúzus
- e) gyermekkorban elszenvedett elhanyagolás vagy bántalmazás

25. Az erőszakos magatartás dinamikus rizikófaktorai:

- a) fiatal kor
- b) antiszociális személyiségzavar
- c) dohányzás
- d) ideiglenesen egyedül élő személy
- e) üldöztetési téveszme

**V. Az elhanyagolás, önelhanyagolás, áldozattá válás
kockázatbecslése és kezelése**

26. Milyen személyiségjegyek jelezhetik előre az önelhanyagolást?

- a) hipertímia, disztímia
- b) antiszociális személyiségvonások
- c) gyanakvó, kényszeres vonások, távolságtartás
- d) érzelmi labilitás, önsértések anamnesztikusan
- e) disszociatív vonások, teatralitás

27. Az idős ember viselkedése esetén abúzusra gyanakodhatunk, kivéve:

- a) harag, düh esetén.
- b) félelem, szorongás esetén.
- c) ha valószínűtlen történeteket ad elő sérüléseiről, baleseteiről.
- d) nyílt beszélgetés kezdeményezésekor.
- e) orvosi-, kórházi ellátás gyakori igénybevétele miatt.

28. Melyik az a két pszichiátriai kórkép, ami szignifikánsan nagyobb százalékban kimutatható azok között, akiknél önelhanyagolás észlelhető?

- a) szkizofrénia és szorongás
- b) kényszerbetegség és agorafóbia
- c) depresszió és kognitív zavar
- d) személyiségzavar és szorongás
- e) alvászavar és hipománia

29. Az önelhanyagolás következményei lehetnek, kivéve:

- a) stroke
- b) fertőző betegségek
- c) hiánybetegségek
- d) hajléktalanná válás
- e) áldozattá válás

30. Diogenész szindróma jellemzője:

- a) átlag alatti szocioökonómiai státusz
- b) skizotípiás
- c) átlag alatti IQ
- d) trigger: alkoholabúzus
- e) dorsolaterális-prefrontális károsodás

**VI. Kockázatbecslés és elemzés lélektani krízis esetén,
krízisintervenció****31. Az öngyilkossági krízisben lévő páciens kommunikációjának sajátossága:**

- a) panaszkodás
- b) cry for help
- c) ventilláció
- d) empátia
- e) áttétel

32. Krízishelyzetben mindig rá kell kérdezni:

- a) a páciens anyagi helyzetére
- b) a páciens munkakörülményeire
- c) az öngyilkossági gondolatokra
- d) a páciens szexuális életére
- e) a páciens lakhelyére

33. A krízisintervencióra jellemző, kivéve:

- a) telefonon is igen jól alkalmazható
- b) a terapeuta aktív tanácsadó szereppel is bír
- c) direktív
- d) gyors megoldást szorgalmaz
- e) személyiségrekonstrukcióra törekszik

34. A krízishelyzetre jellemző tünet, kivéve:

- a) megnövekedett étvágy
- b) nyugtalanság, agitáltság
- c) krízisregresszió
- d) öngyilkossági gondolatok
- e) ambivalencia

35. A krízisintervencióban mindig meg kell tenni:

- a) érzékelteni a sürgősséget – „szedje össze magát”, „tegye túl magát”
- b) hangsúlyozni- a prognózis kedvező
- c) egyértelműen állítani – „a gyógyulás útján van” még mielőtt valóban javult volna
- d) tanácsot adni – „menjen szabadságra”
- e) megfogalmazni – a hosszútávú, gyorsan elérhető (irreális) célokat

24. VÁLASZOK AZ ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEKRE

Herceg Attila • Kárpáti Tímea • Kiss-Szőke Anna
Rihmer Zoltán • Szuromi Bálint • Wernigg Róbert

Az előző fejezetben (ld. 411. oldal) olvasható Ellenőrző kérdésekre a helyes válaszok gyűjteményét, illetve az összesítő Megoldókulcsot találja ebben a fejezetben. A helyes válaszok részletes magyarázatai az I–IV. fejezetekben olvashatóak (ld. „Pszichiátriai kockázatbecslés és -kezelés célja, alapelvei és menete”, a „Rizikó- és protektív tényezők felmérése és kockázatkezelése”, „Kockázatbecslés és -kezelés egyes főbb kórképek szerint”, valamint az „Egyes fejezetekhez kapcsolódó előadások – oktatási segédanyag”).

I. Kockázatbecslés célja, alapelvei, kockázatelemzés módszertana

1. d); 2. a); 3. c); 4. b); 5. d).

II. Szuicídium vonatkozásában a rizikó- és protektív faktorok felmérése

6. c); 7. d); 8. e); 9. c); 10. d); 11. e); 12. b); 13. e); 14. d); 15. b).

III. Ápolási teendők szuicídium vonatkozásában

16. c); 17. a); 18. b); 19. a).

IV. Erőszakos magatartás, a heteroagresszió kockázatbecslése és kezelése

20. d); 21. a); 22. e); 23. d); 24. a); 25. e).

V. Az elhanyagolás, önelhanyagolás, áldozattá válás kockázatbecslése és kezelése

26. c); 27. d); 28. c); 29. a); 30. b).

VI. Kockázatbecslés és elemzés lélektani krízis esetén, krízisintervenció

31. b); 32. c); 33. d); 34. a); 35. b).

Megoldókulcs

Minden helyes megoldás 1 pontot ér.

KOCKÁZATBECSLÉS CÉLJA, ALAPELVEI, KOCKÁZATELEMZÉS MÓDSZERTANA		
KÉRDÉS SORSZÁMA	MEGOLDÁS	ELÉRT PONT
1.	D	
2.	A	
3.	C	
4.	B	
5.	D	
Pont:	5	
SZUICÍDIUM VONATKOZÁSÁBAN A RIZIKÓ- ÉS PROTEKTÍV FAKTOROK FELMÉRÉSE		
KÉRDÉS SORSZÁMA	MEGOLDÁS	ELÉRT PONT
6.	C	
7.	D	
8.	E	
9.	C	
10.	D	
11.	E	
12.	B	
13.	E	
14.	D	
15.	B	
Pont:	10	
ÁPOLÁSI TEENDŐK SZUICÍDIUM VONATKOZÁSÁBAN		
KÉRDÉS SORSZÁMA	MEGOLDÁS	ELÉRT PONT
16.	C	
17.	A	
18.	B	
19.	A	
Pont:	4	

ERŐSZAKOS MAGATARTÁS, A HETEROAGRESSZIÓ KOCKÁZATBECSLÉSE ÉS KEZELÉSE		
KÉRDÉS SORSZÁMA	MEGOLDÁS	ELÉRT PONT
20.	D	
21.	A	
22.	E	
23.	D	
24.	A	
25.	E	
Pont:	6	
AZ ELHANYAGOLÁS, ÖNELHANYAGOLÁS, ÁLDOZATTÁ VÁLÁS KOCKÁZATBECSLÉSE ÉS KEZELÉSE		
KÉRDÉS SORSZÁMA	MEGOLDÁS	ELÉRT PONT
26.	C	
27.	D	
28.	C	
29.	A	
30.	B	
Pont:	5	
KOCKÁZATBECSLÉS ÉS ELEMZÉS LÉLEKTANI KRÍZIS ESETÉN, KRÍZISINTERVENCIÓ		
KÉRDÉS SORSZÁMA	MEGOLDÁS	ELÉRT PONT
31.	B	
32.	C	
33.	D	
34.	A	
35.	B	
Pont:	5	
Összes pont:	35	

25. ESETISMERTETÉSEK

Herceg Attila • Kis-Szóke Anna • Kolumbár Réka
Móré E. Csaba • Osváth Péter • Rihmer Zoltán
Szekeres György • Wernigg Róbert

Az alábbiakban a kockázatbecslés, kockázatelemzés menetének gyakorlásának segítésére olyan pszichiátriai praxisból vett esetek leírásait közöljük, melyeket pszichiáterek készítettek a valós élet alapján. Az adatvédelemre tekintettel az esetismertetésekben a betegek nevét megváltoztattuk, minden más paraméter változatlan. Az egyes esetleírást rövid kérdések követik, melyek – reményeink szerint – hozzájárulnak az esetek könnyebb feldolgozásához, a kockázatok szintjének és típusának meghatározásához.

1. Esetismertetés

Gábor 26 éves, három hete tartó és egyre fokozódó felhangoltság, nyugtalan-ság, hiperaktivitás, kritikátlan, agresszív magatartás miatt került éjszaka sürgősséggel felvételre pszichiátriai osztályra. Családi anamnézisében édesapja ismert mániás-depressziós betegsége és befejezett öngyilkossága szerepel. Betegünket a múlt héten állásából elbocsájtották, és szexuális hűtlensége miatt barátnője is elhagyta. Gábor 15 éves kora óta dohányzik (kb. 15–20 cigaretta naponta), alkoholt csak alkalmanként fogyaszt. Több mint fél éve időszakosan (főleg éjszakázás, illetve 5–6 adag kávé elfogyasztása után) jelentkező pánik-attackok jelentkeztek. Premorbid személyiségére a kifejezett extroverzió, hiperaktivitás és „lehengerlő”, időszakosan agresszív magatartás jellemző, hobbjai az ilyen tartalmú videojátékokkal való időtöltés. A pszichiátriai osztályon antipszichotikus és hangulatstabilizáló kezelés mellett mániás állapota kb. három hét alatt remisszióba került, és rövid sikeres adaptációs szabadság után az osztályról kiírtuk.

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen rövidtávú kockázatra számíthatunk Gábor jelen állapotában?
2. Milyen hosszútávú kockázat valószínűsíthető?
3. Milyen kockázat lehetősége állott fent a betegség kezdete és a kórházi felvétel között?
4. Milyen kockázattal nem kell számolni ezen eset kapcsán?
5. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen Gábor számára ápolási tervet!

2. Esetismertetés

János 63 éves, új vizsgálatra érkezik felesége kíséretében. Daganatos betegségből épült fel. Úgy érzi, túl van a nehezén, de a hangulata változékony. Nem dohányzik, alkoholfogyasztást negál. Elmondja, hogy általában jó a kedélye, és csak akkor rossz a hangulata, amikor fájdalmai vannak, ekkor aludni sem tud. Néha attól fél, sosem lesz vége, olyankor pánikrohamai vannak. Kórelőzményében Venlafaxin és kognitív-viselkedésterápia kombinációjára jól gyógyult depresszió szerepel. Vizsgálat közben nem tud nyugodtan megülni, többször feláll.

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Határozza meg a beteget érintő kockázat jellegét és szintjét!
2. A betegnél milyen kockázati és védő tényező(k) azonosítható(k)?
3. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen János számára ápolási tervet!

3. Esetismertetés

Omar 20 éves, rokonokkal érkezik. A család első generációs bevándorlók arab országból, iszlám hitűek, kis boltjuk van. A rokonok tagadják a pszichiátriai problémát, csak azt ismerik el, hogy a családi vállalkozásban nem tudnak rá számítani, hiányos táplálkozás miatt vitték orvoshoz. Elmondásuk szerint a fiatalember magatartása mostanában megváltozott: napszemüveget hord, fojtott hangon beszél, nevét letagadja, és más néven nevezeti magát. Vizsgálatkor Omar magatartása autisztikus, tömönatokban válaszol. Pszichiátriai előtörténete negatív, asszertivitás hiánya állapítható meg.

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen kockázat(ok) azonosítható(k) Omar esetében?
2. Mely kockázati és protektív tényezők állapíthatók meg az ismertetés alapján?
3. Határozza meg a fiatalemberrel kapcsolatban felmerülő kockázat(ok) jellegét, szintjét!
4. Készítsen kockázatkezelési tervet!
5. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen Omar számára ápolási tervet!

4. Esetismertetés

Márton 31 éves, 3 hónapja tért haza Hollandiából, ahol paranoid pszichózis miatt kellett munkáját abbahagyni. 5 éve élt ott, éjszakai kamionsofőrként jól keresett, élvezte munkáját. Szabad napjain rendszeresen használt THC-t. Kollégái – érzése szerint – megirigyelték gyors előmenetelét, ezért otromba tréfák célkeresztjében találta magát. Közben az a meggyőződése kezdett kialakulni, hogy a titkosszolgálat felfigyelt rá, követi, és be akarja építeni a hálózatába. Szomszédjai is ki akarták készíteni, például állandó, hangos csecsemősírást sugároztak a lakásába, amit fel is vett a telefonjával, de meglepő módon a felvételen nem hallott semmit. A már külföldön elkezdett olanzapin hatására ezek a tünetek rendbe jöttek. Vissza is ment, hogy folytassa az ottani életét, de pár nap múlva – ismét bőségesen használt THC-t – kiújultak félelmei, üldöztetési élményei. Hazatért, szülei házába került. Itthon folytatódott ambuláns módon a kezelése. Egyre elkeseredettebb lett, hogy élete álmát szalasztotta el, minden reménye kezdett el fogyni, hogy a terveit újra meg tudja valósítani. Gondozó orvosa a mélyülő depressziós tünetegyüttes észlelése miatt hangulatjavítót állított be. Nyugtalansága inkább erősödött, erősen elkezdett inni is az utóbbi napokban. Ittasan tett egy kijelentést, hogy nincs értelme az életének.

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen közvetlen kockázat van?
2. Határozza meg a hosszabb távú kockázato(ka)t!
3. Kell-e az áldozattá válás kockázatával számolni?
4. Mi az aktuális teendő: felvétel vagy ambuláns további kezelés?
5. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen Márton számára ápolási tervet!

5. Esetismertetés

Ákos, 35 éves IT szakember. Mindig is különc, magának való, érzékeny személyiség volt, már gyermekkorában is megfigyelte családjá a szenzitív vonásokat. Nagyon okos volt, könnyen tanult, minden érdekelte, de aztán a számítástechnika mellett köteleződött el. Szakmájában nagyon sikeres lett, több helyen is dolgozott, mindenütt gyorsan haladt előre a ranglétrán, de igazán sosem ért be, mert előbb-utóbb konfliktusai voltak a környezettel. Igen jól keresett, de általában rövid úton elégedetlenné vált a javadalmazásával, és továbbállt. Részben a magas körök szokásaihoz való illeszkedés, részben feszültségoldás/örömkérés miatt epizodikusan sokféle drogot fogyasztott (hallucinogéneket, euforizáló szereket is), közben nagy mennyiségben abuzált alkoholt. Ugyanakkor könnyen talált munkát, külföldön is. Idegen környezetben a családnak adott hírek egyre stresszesebb, nyugtalanabb állapotra utaltak. Családjával megosztotta félelmét, hogy életére törnek a közvetlen környezetében egy banális konfliktus elfajulása miatt. Vélt üldözői elől menekülve hazautazott, de egy hídról a Dunába vetette magát, miután jelet észlelt, hogy „véged”. Partra úszott, mentők vitték kórházba. Enyhe sérülései ellátása után került pszichiátriai osztályra. Nagyon zárkózott, de láthatóan igen feszült és szorongó volt egy jó ideig az elkezdett terápia mellett is. Aggódva látogató szüleivel kifejezetten ellenséges, vádló attitűdöt mutatott. Erélyes antipszichotikus kezelés hatására lassan konszolidálódott. Próbakimenőről visszatérve ismét nyugtalan, trágár, ellenséges, nagyon gyanakvó. Szülei beszámolnak arról, hogy gyógyszerét egyáltalán nem akarta bevenni, veszekedés árán egyezett csak bele. El is ment otthonról, ittasan és feldúltan tért haza. További kezelésével szemben opponáló, nem akar maradni a kórházban egy perccet sem, „dolgoznia kell”.

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Mik a legnehezebb problémák Ákos jelen helyzetében?
2. Mi az adott helyzetben a teendő?
3. Mi a legoptimálisabb terv?

6. Esetismertetés

Júlia 18 éves, zaklatottan jelentkezik a rendelésre. Elmondja, hogy három hónapja pánikrohamokkal küzd. Hangulata mélyen fekvő, szorongása egyre erősödik, nem tud aludni. Rémálmok gyötrik, amik nem engedik pihenni. Emiatt lehangolt, kimerült, fáradt, fásult. Utolsó éves gimnazista, érettségire készül, azért is kért segítséget, mert fél, hogy jelen pszichés állapotában nem tudja teljesíteni a záróvizsgákat. Emiatt elkeseredett, gyakran kilátástalannak látja a helyzetét, úgy érzi nem éli túl, ha nem sikerül az egyetemi felvételi. 14 és 16 éves kora között gyermekpszichiátriai gondozás alatt állt depressziós panaszok, időszakos önsértések, indulatkezelési nehézségek, bulimiás tünetek miatt. Családi anamnéziséből kiemelendő, hogy szülei házassága születését követően hamar megromlott, majd egy év múlva el is váltak. Édesapjával felszínes a kapcsolata, hat éves kora óta nevelőapja neveli, akivel gyakoriak a konfliktusok. Édesanyja évek óta rendszeres pszichiátriai kezelés alatt áll depressziós tünetek és alkoholprobléma miatt. Anyai nagyapja alkoholbetegséggel küzdött, befejezett öngyilkosságot követett el. A páciens alkalmyszerűen fogyaszt alkoholt, droghasználatot negál.

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen rövidtávú kockázatra számíthatunk jelen állapotában?
2. Milyen hosszútávú kockázat valószínű?
3. Milyen kockázattal kell legkevésbé számolni?
4. Mit tenne a kockázat kezelése érdekében jelen helyzetben?
5. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen Júlia számára ápolási tervet!

7. Esetismertetés

Tamás 42 éves, arról számolt be, hogy az őszi, téli időszakban egyfajta depresszív állapot lesz rajta úrrá. Ez legtöbbször valamilyen negatív élményhez, vagy veszteséghez kapcsolódik (rokon vagy barát halála, munkatárs felmondása, stb.). 10 éves korában alkoholista édesapja felakasztotta magát, a tragédiának ő is szemtanúja volt. A gyászban a család nem kapott segítséget, a családtagok egymást hibáztatták, ebből elhúzódó családi konfliktusok származtak. Az aktuális negatív életesemények kapcsán édesapja elvesztése és az elhagyatás élménye elevenedik fel benne. Gyakran érzi magát inszufficiensnek munkájában és apaként is. Úgy érzi, nem tud megfelelő édesapja lenni gyermekeinek, mert nincs előtte pozitív minta. Ez nagyon elkéséríti, sokszor érzi magát lehangoltnak és feszültnek, amit legtöbbször alkoholfogyasztással próbál oldani. Az utóbbi időben naponta 1–2 liter bort iszik, addig, amíg már nem tud magáról és nem kell gondolkodnia. Ezen epizódok után heves önvádítások gyötrik, gyakran azt is érzi, hogy úgy fogja végezni, mint az édesapja. Próbál ez ellen küzdeni, mert nem akarja kitenni a fiait annak a szenvedésnek, amiben neki volt része annak idején.

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen rövidtávú kockázatra számíthatunk jelen állapotában?
2. Milyen hosszútávú kockázat valószínű?
3. Kell-e számolni a heteroagresszió lehetőségével?
4. Mit tenne a kockázat kezelése érdekében jelen helyzetben?

8. Esetismertetés

Balázs 22 éves, édesanyjával és bátyjával él együtt, juhászként dolgozik. Hónapok óta levert, alvása szakaszossá vált, egy alkalommal több, mint 1 hétre eltűnt, majd spontán hazaérkezett. Ezt követően egy magánpszichiátert kerestek fel, aki hangulatjavítót és anxiolitikumot állított be. Néhány héttel később a beteg autointoxikált a felírt gyógyszerekkel. A területileg illetékes pszichiátriai osztályon kezelték, majd otthonába engedték, antipszichotikumot és antidepresszívumot kapott terápiaként. Ezt követően állapota érdemben nem változott, így édesanyja előzetes egyeztetést követően osztályunkra hozta. Explorálás során a beteg elmondta, hogy néhány hónapja akusztikus hallucinációi vannak, melyek utasítják, időnként öngyilkosságra buzdítják. Beszámolt hónapok óta fennálló rossz hangulatról, időnkénti anxietásról, felborult alvásról. Elmondta, hogy eltűnése idején is hangok hatására ment el otthonából, a hangok utasították arra, hogy mobiltelefonját ne vigye magával, mert „el kell tűnnie”. Több mint egy hétig volt távol, 3 megyét járt be biciklivel, majd miután a hangok megszűntek, hazament. Ezt követően azonban hanghallásai visszatértek és ezek hatására vette be a gyógyszereket. Bűntudatot érez, mert gondot okoz édesanyjának azzal, hogy pszichés problémái vannak és kórházba került. Nem szeretne ismét bekerülni, mert „csak még betegebb lesz a helytől”. Bánja, hogy nem sikerült az öngyilkossági kísérlete, nehezen viseli a hangokat. Sokszor fél attól, hogy a hangok arra fogják utasítani, hogy bántsa a családját.

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen közvetlen kockázat van?
2. Milyen hosszútávú kockázattal kell számolni?
3. Mit tenne a kockázat kezelése érdekében jelen helyzetben?

9. Esetismertetés

Ilona 22 éves, három gyermek édesanyja: egy két és fél éves fia és egy nyolc hónapos ikerpárja van. 11 osztályt végzett, jelenleg gyermekgondozási ellátásban részesül. Korábban egy alkalommal kezelték pszichiátrián alkalmazkodási zavar diagnózissal. Aktuálisan egy buszmegállóban találták járókelők, egy padon aludt. Mentőket értesítettek, akik a pszichiátriai ambulanciára szállították. Egymásnak ellentmondásos adatok derültek ki a hetero-, illetve autoanamnézisből a bekerülés körülményeit illetően: a mentőben a páciens azt állította, hogy pálinkát ivott, az ambulancián drog-, és alkoholhasználatot negálja. Heteroanamnézis (élettársa) szerint a beteg az utóbbi napokban szintetikus marihuánát kezdett el használni, azóta viselkedése megváltozott, gyermekeivel nem törődik, emiatt elköltöztek a gyerekekkel az élettárs édesanyjához. Az ambulancián viselkedése manipulatív, indulatos.

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen autoagresszív rizikó áll fenn?
2. Milyen heteroagresszív magatartásra lehet számítani?
3. Mit tenne a beteggel?

10. Esetismertetés

Laura 39 éves, egyedülálló, nem is vágyik együttélésre. Explorálás során rendkívül gátolt. Anamnézisben sokszoros szexuális traumatizáció, amelyről „nem tud és nem is akar beszélni, mert annál jobban gyűlöli magát”, és minden ez irányú segítséget visszautasít. Az anamnézis alapján vélelmezhető bármilyen egyéb problémát (pl. szerfogyasztás, öngyilkossági szándék, kapcsolati nehézségek) határozottan negligál. Előadása szerint évek óta ugyanaz a mindennapi ciklusa: a munkahelyén viszonylag rendben mennek a dolgok és „jól megvan”, nagyon elégedettek a munkájával, azonban otthon értéktelennek és zsibbadtnak érzi magát. Ilyenkor nagyobb mennyiségben bort iszik (1–2 üveggel), majd lefekszik aludni. Éjszaka rosszul ébred, és megvagdálja magát nem kifejezett öngyilkossági szándékkal, amitől megnyugszik. Erről nem beszél senkinek. Reggel kimerülten ébred. A kezelés során később kiderül, hogy van párja, akivel rendszertelenül találkoznak, neki sem mondja el a problémáit. Borderline személyiségzavar és depresszió.

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Határozza meg az öngyilkossági kockázat mértékét!
2. Beutalná-e kórházba a beteget sürgősséggel?
3. Készítsen kockázatkezelési tervet!

11. Esetismertetés

Erika 37 éves, egyedül él, 25 éves kora óta áll pszichiátriai kezelés, gondozás alatt. Szülei elváltak még 10 éves kora körül, azóta édesanyja neveli. Osztályos kezelést követően, melynek során negatív tünetekkel jellemzett szkizofréniáját diagnosztizálták, édesanyja kíséretében járt rendszeresen kontrollvizsgálatra. Megjelenéseikor keveset beszélt, inkább szorongásra panaszkodott, kissé bizalmatlan volt, pozitív tünetet járóbetegellátásban nem észleltünk nála. Ritkán egyedül is eljött, látszólag nem jelentett neki problémát a tömegközlekedés a városban, illetve a hivatalos ügyek intézése sem. Az évek során gyógyszereszedési problémák időszakosan jelentkeztek, de a hozzátartozó jelenlétében történt pszichoedukációt követően ezzel általában nem volt gond. Gyakran nem jött be csak édesanyja a gyógyszerért, amikor nem tudta lányát rávenni, hogy eljöjjön kontrollra. Egy ilyen alkalommal mondta el, hogy tumoros betegség miatt kezdődött kezelése és aggódik, hogy mi lesz a lányával, ha a betegsége rosszabbra fordulna. Ennek lehetséges megoldásait (egyéb családtag – édesapa – bevonása, önálló életvitelre való képtelenség esetén akár gondnokság alá helyezés elindítása is stb.) hozzátartozóval és a beteggel megbeszéltük, de egyelőre nem fogadták el segítségünket. Ezt követően a gondozónő szorosabb kapcsolatot szeretett volna kialakítani a beteggel: meglátogatni őket, külön konzultációra behívni a beteget, de ettől mindketten elzárkóztak, csak a rendszeres, 2 havonta történő receptkiadással egybekötött kontrollvizsgálatra jártak el. Az édesanya viszonylag hamar bekövetkezett hirtelen haláláról a kimaradt kontrollvizsgálatot követően értesültünk, amikor a beteg csak külön telefonhívásunkra jött be a vizsgálatra. Haja, ruházata kissé elhanyagoltabb volt a szokásosnál, felmerült, hogy a gyógyszereket nem szedi, bár ezt rákérdezésre negálta.

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen kockázatokra számíthatunk?
2. Van-e öngyilkossági veszélyeztetettség?
3. Mit tenne a kockázatkezelés céljából?
4. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen Erika számára ápolási tervet!

26. ESETISMERTETÉSEK – LEHETSÉGES MEGOLDÁSOK

Herceg Attila • Kis-Szóke Anna • Kolumbár Réka
Móré E. Csaba • Osváth Péter • Rihmer Zoltán
Szekeres György • Wernigg Róbert

Az „Esetismertetések” című alfejezetben közölt pszichiátriai esetek kockázatelemzése található ebben az alfejezetben. Felhívjuk az olvasó figyelmét, hogy az egyes eseteknél több alternatív értelmezési lehetőség is szóba jöhet, melyek közül az egyik lehetséges megoldást olvashatja most. A kockázatok megfelelő szintű felméréséhez az ismertetett tényezőkön túl egyes esetekben szükséges volt további faktorok pontosítása, melyek ismeretében a kockázatkezelési terv folyamatos korrekciójára került sor.

1. Esetismertetés (Gábor, 26 éves)

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen rövidtávú kockázatra számíthatunk Gábor jelen állapotában?
2. Milyen hosszútávú kockázat valószínűsíthető?
3. Milyen kockázat lehetősége állott fent a betegség kezdete és a kórházi felvétel között?
4. Milyen kockázattal nem kell számolni ezen eset kapcsán?
5. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen Gábor számára ápolási tervet!

Lehetséges megoldás:

1. akut kockázat nem azonosítható
2. szuicid veszély, főleg ha abbahagyja a kezelést/gondozást és depresszió alakul ki, illetve esetleges mániás relapszus során heteroagresszió
3. heteroagresszió
4. önelhanyagolás, áldozattá válás
5. Az alábbi táblázat szerint:

Ápolási diagnózis	Ápolási cél	Ápolási terv
Kockázati diagnózis		
Erőszakos megnyilvánulás kockázata a hiperaktív – időnként agresszív – karakter és a mániás állapotok miatt.	Magában és a környezetében ne tegyen kárt.	• A beteggel való kommunikációnk legyen következetes, indulatmentes. • Látnia kell a betegnek, hogy a kezelőszemélyzet együtt dolgozik problémájának megoldásában. • A beteget mindig figyelmesen hallgassuk meg és kínáljuk ülőhellyel.

2. Esetismertetés (János, 63 éves)

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Határozza meg a beteget érintő kockázat jellegét és szintjét!
2. A betegnél milyen kockázati és védő tényező(k) azonosítható(k)?
3. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen János számára ápolási tervet!

Lehetséges megoldás:

1. Szubakut krízis alakult ki öngyilkossági gondolatokkal és szorongással.

Összességében: **középsúlyos öngyilkossági kockázat**

2. Azonosítható kockázati és védő tényezők:

➤ Öngyilkossági kockázati tényezők:

- visszatérő depresszió
- hiányos betegségbelátás
- fizikai tünetek: fájdalom, álmatlanság, pánikroham
- agitált depresszió
- reménytelenség
- életkor: 60+

➤ Védő tényezők:

- támogató közeg
- korábbi jó gyógyhajlam

3. Az alábbi táblázat szerint:

Ápolási diagnózis	Ápolási cél	Ápolási terv
Kockázati diagnózis		
Generalizált szorongásos zavar kialakulásának kockázata a kezelt daganatos betegség, félelmek, a fájdalmak és az alvászavar miatt.	Nonmedikális szorongáscsökkentés	• A beteggel megismertetni, hogy hol, kitől és mikor tud azonnali segítséget kérni állapotrosszabbodás esetén. • A beteg pszichoeducációs csoportba való felvétele.

3. Esetismertetés (Omar, 20 éves)

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen kockázat(ok) azonosítható(k) Omar esetében?
2. Mely kockázati és protektív tényezők állapíthatók meg az ismertetés alapján?
3. Határozza meg a fiatalemberrel kapcsolatban felmerülő kockázat(ok) jellegét, szintjét!
4. Készítsen kockázatkezelési tervet!
5. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen Omar számára ápolási tervet!

Lehetséges megoldás:

1. Autoagresszió, heteroagresszió, önelhanyagolás
2. Azonosítható kockázati és védő tényezők:
 - Öngyilkossági és agresszivitási kockázat:
 - Statikus tényezők:
 - bevándorló család
 - alacsony társadalmi státusz
 - alacsony végzettség
 - fiatal kor
 - férfi nem
 - kulturális elutasítás
 - Öngyilkossági és agresszivitási kockázat:
 - Dinamikus tényezők:
 - életciklus-váltás
 - magas elvárások
 - családon belüli stressz
 - pszichotikusnak tűnő állapot, realitáskontroll zavara
 - elzárkózás, rossz kommunikáció
 - hiányos táplálkozás

➤ Öngyilkossági és agresszivitási kockázat:

– Védő faktorok:

- aktív iszlám hit
- támogató család
- segítségkérő attitűd
- pszichoaktív szer fogyasztásának hiánya
- agresszivitás és autoagresszivitás nem szerepel az egyéni és családi anamnézisben

3. Összességében:

- auto- és heteroagresszió kockázata közepes (esetleg középsúlyos)
- önelhanyagolás kockázata: elsősorban hosszú távon magas

4. Prepszichotikus állapot lakókörnyezetben történő, intenzív megfigyelése; pszichológiai vizsgálatok; pszichoedukáció; szükség esetén korai kezelésbe vétel

- heti kétszeri otthoni vizit
- egyéni, majd később csoportos asszertív tréning
- minimális dóziszú antipszichotikum-védelem

5. Az alábbi táblázat szerint:

Ápolási diagnózis	Ápolási cél	Ápolási terv
Kockázati diagnózis		
Egészségi állapot romlásának kockázata a megváltozott autisztikus viselkedés és a hiányos táplálkozás miatt	A pszichés és szomatikus állapotromlás megakadályozása	• A rokonság pszichoedukációs csoportba való bevétele. • BMI ellenőrzése havi rendszerességgel. • A páciens önbizalmának támogatása elfogadó, ítélkezés mentes, non-direktív beszélgetésvezetéssel.

4. Esetismertetés (Márton, 31 éves)

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen közvetlen kockázat van?
2. Határozza meg a hosszabb távú kockázato(ka)t!
3. Kell-e az áldozattá válás kockázatával számolni?
4. Mi az aktuális teendő: felvétel vagy ambuláns további kezelés?
5. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen Márton számára ápolási tervet!

Lehetséges megoldás:

1. szuicid rizikó, további szerabúzus, a pszichotikus állapot kiújulása
2. THC és/vagy alkoholfüggőség, destabilizálódó hangulat, munkahely elvesztése – egzisztenciális krízis
3. igen
4. pszichiátriai osztályos felvétele javasolt, osztályról való elbocsátást követően a gondozás hosszútávú megtervezése, addiktológiai gondozás
5. Az alábbi táblázat szerint:

Ápolási diagnózis	Ápolási cél	Ápolási terv
Kockázati diagnózis		
Az öngyilkosság kockázata a téveszmék és a pszichoaktív szerek használata miatt	Az önártalom megakadályozása	• A beteggel megismertetni, hogy kitől, mikor, hol és milyen módon tud azonnali segítséget kérni állapotrosszabbodás esetén az EU- országain belül.
Terápiával való szakítás kockázata az ingázó munkavégzés miatt	Jó adherencia kialakítása három hónapon belül	• Előre egyeztetett időpontban személyes és/vagy elektronikus kapcsolattartás a beteggel. • Kapcsolat fenntartása a beteg és a pszichiátriai gondozó között

5. Esetismertetés (Ákos, 35 éves)

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Mik a legnehezebb problémák Ákos jelen helyzetében?
2. Mi az adott helyzetben a teendő?
3. Mi a leghatékonyabb terv?

Lehetséges megoldás:

1. bizalmatlanság, betegségbelátás hiánya, alkohol- és szerabúzus, szuicid kockázat továbbra is fennáll (mind), kezeléssel való együttműködés hiánya
2. ambuláns kezelés helyett a veszélyeztető magatartás miatt akarata ellenére is visszavenni az osztályra, pszichiátriai osztályos felvétele javasolt, akut antipszichotikus kezelés megkezdése, szülők bevonása a kezelésbe még az osztályos kezelés alatt
3. hosszú távú gondozás megalapozása, tartós hatású antipszichotikus terápia bevezetése, addikció csökkentése

6. Esetismertetés (Júlia, 18 éves)

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen rövidtávú kockázatra számíthatunk jelen állapotában?
2. Milyen hosszútávú kockázat valószínű?
3. Milyen kockázattal kell legkevésbé számolni?
4. Mit tenne a kockázat kezelése érdekében jelen helyzetben?
5. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen Júlia számára ápolási tervet!

Lehetséges megoldás:

1. kezelés nélkül a szuicid rizikó növekedése
2. a szorongásos tünetekhez társuló depressziós tünetek súlyosbodása, az alkalmasszerű alkoholfogyasztás rendszeressé válása, szuicid veszély fokozódása
3. önelhanyagolás, áldozattá válás, heteroagresszió
4. adekvát kezelés (antidepresszívum, anxiolitikum, pszichoterápia), szoros ambuláns kontroll vagy osztályos felvétel, a gondozás megalapozása és megtervezése
5. Az alábbi táblázat szerint:

Ápolási diagnózis	Ápolási cél	Ápolási terv
Kockázati diagnózis		
Az önártalom kockázata az élethelyzeti krízisek miatt	Az önártalom megakadályozása	• Rendszeres kapcsolattartás mentálhigiénés szakemberrel. • A beteg pszichoterápiás csoportba való felvétele, a csoportba való részvétel rendszeres nyomon követése.
Kórosan alacsony BMI kockázata	Normál BMI megtartása	• A beteg BMI-értékeinek havi szakaszokban való nyomon követése. • BMI csökkenése esetén gondozóorvosa azonnali értesítése.

7. Esetismertetés (Tamás, 42 éves)

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen rövidtávú kockázatra számíthatunk jelen állapotában?
2. Milyen hosszútávú kockázat valószínű?
3. Kell-e számolni a heteroagresszió lehetőségével?
4. Mit tenne a kockázat kezelése érdekében jelen helyzetben?

Lehetséges megoldás:

1. kezelés nélkül a depressziós tünetek súlyosbodása, alkoholmegvonási tünetek kialakulása, szuicid rizikó növekedése
2. depressziós tünetek kiújulása, ismételt alkoholabúzusok, szuicid veszély fokozódás
3. nem
4. adekvát kezelés (hangulatstabilizáló tartós adása), szoros ambuláns kontroll vagy osztályos felvétel, elvonó kúra nem javasolt, de az alkoholfogyasztás csökkentésére/megszüntetésére speciális közösségi ellátás

8. Esetismertetés (Balázs, 22 éves)

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen közvetlen kockázat van?
2. Milyen hosszútávú kockázattal kell számolni?
3. Mit tenne a kockázat kezelése érdekében jelen helyzetben?

Lehetséges megoldás:

1. szuicid, esetleg homicid rizikó
2. önelhanyagolás, áldozattá válás
3. antipszichotikus gyógyszeres kezelés, szupportív pszichoterápia (az édesanya esetleges bevonásával) még az osztályon, elbocsátást követően gondozásba vétel, a beteggel való rendszeres kontaktus megtervezése (mobiltelefon), lehetőség szerint közösségbe vonás megszervezése

9. Esetismertetés (Ilona, 22 éves)

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen autoagresszív rizikó áll fenn?
2. Milyen heteroagresszív magatartásra lehet számítani?
3. Mit tenne a beteggel?

Lehetséges megoldás:

1. anamnesztikus adatok alapján nem lehet önártó viselkedésre számítani. Jelenleg fennálló – heteroanamnézisből kiderülő – szerabúzus és indulati labilitás miatt a kockázat fennáll
2. közvetlen veszélyeztető magatartás ebben az esetben nem zárható ki, tekintve az önkontroll képességének csökkenését
3. közvetett, illetve közvetlen veszélyeztető magatartása miatt (gyermekekre, saját magára nézve) osztályos felvétele és terápia beállítása indokolt, hosszútávon családterápia javasolt

10. Esetismertetés (Laura, 39 éves)

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Határozza meg az öngyilkossági kockázat mértékét!
2. Beutalná-e kórházba a beteget sürgősséggel?
3. Készítsen kockázatkezelési tervet!

Lehetséges megoldás:

1. Tartósan emelkedett szuicid kockázat, számos kockázati tényező!
 2. Az akut kockázat nem magas, ezért nem.
 3. Lépcsőzetes kockázatkezelés:
 - jelezze az orvosnak, amikor önsértést követett el
 - távolítsa el az alkoholt és az éles eszközöket a házból
 - kezdjen el beszélni az orvosnak a negatív érzéseiről
 - ezt követően pszichoterápia, illetve kezdjen el beszélni a párjával a szorongásáról
 - utána bármilyen módon, változtassa meg a napirendjét
 - lépjen kapcsolatba valamilyen alkoholelles önsegítő szervezettel
- Cél:
- stabil pszichoterápiás kapcsolat kialakítása
 - párjával nyíltan tudjon beszélni a problémáiról, akitől pozitív visszajelzést kaphat
 - önsértések számának és súlyosságának fokozatos csökkentése/megszüntetése
 - alkoholfogyasztás csökkentése
 - izoláció csökkentése

11. Esetismertetés (Erika, 37 éves)

Esetfeldolgozást segítő kérdések és feladatok:

1. Milyen kockázatokra számíthatunk?
2. Van-e öngyilkossági veszélyeztetettség?
3. Mit tenne a kockázatkezelés céljából?
4. Milyen ápolási/kockázati diagnózis állítható fel? Nevezzen meg ápolási célt, és készítsen Erika számára ápolási tervet!

Lehetséges megoldás:

1. gyógyszerelhagyás miatt állapotrosszabbodás, újabb pszichotikus epizód kialakulása, illetve hosszabb távon felmerül az önelhanyagolás kockázata
2. közvetlen öngyilkossági veszély az eseteleírás alapján nem merül fel
3. a bizonytalan együttműködés miatt parenterális adagolásra való áttérés, hozzátartozó (édesapa) bevonása, háziorvossal való kapcsolatfelvétel
4. Az alábbi táblázat szerint:

Ápolási diagnózis	Ápolási cél	Ápolási terv
Kockázati diagnózis		
Hiányos együttműködés az indítékszegénység miatt.	Terápiás együttműködés javítása három hónapon belül.	• Szociális környezettanulmány hozzátartozó bevonásával. • Motivációs interjú elkészítése. • Édesapa bevonása a kezelési terv elkészítésébe. • Terápiás kapcsolat kialakítása a beteggel és családtagjaival.

Ápolási diagnózis	Ápolási cél	Ápolási terv
Kockázati diagnózis		
Elégtelen testi higiéné a negatív tünetek miatt.	A higiénés szükségletek optimalizálása 5 héten belül.	• Előre egyeztetett időpontban higiénés szükségletek heti rendszerességgel való ellenőrzése. • Családtagok bevonása a higiénés szükségletekre való ellenőrzésbe. • A beteg higiénés szükségletek kielégítésének elérésére a Peplau fejlődési elméleten alapuló ápolási modellt alkalmazzuk.

VI.

FEJEZET

**REZIDENSEK A PSZICHIÁTRIAI
GONDOZÓBAN**

27. GONDOZÓ-SPECIFIKUS TANANYAG A PSZICHIÁTRIAI SZAKKÉPZÉSBEN

Balczár Lajos • Vandlik Erika

A tananyag a pszichiáter rezidensek számára nyújt átfogó képet a pszichiátriai gondozás specifikumairól. Ezek között természetesen helyet kapott az algoritmizált kockázatbecslés, a veszélyhelyzetek felismerésének és kezelésének témaköre is, amely szorosan kapcsolódik tananyag más fejezeteihez, mint pl.: a terepmunka, a kapcsolattartás a pszichiátriai gondozás során, addiktológia vagy a közösségi pszichiátria stb. A konkrét gondozási ismereteken túl a tananyag segítséget nyújt egy új szemléleti keret elsajátításához is.

27.1. Bevezető

Magyarországon a pszichiátriai betegek túlnyomó többsége a járóbeteg-szakellátás keretei között kerül ellátásra. A járóbeteg-szakellátás jelenleg mind szervezetében, mind módszertanában heterogén egység, fejlesztése a pszichiátriai ellátás megújulásának egyik alapfeltétele. A megújulás letéteményesei napjaink pszichiáter rezidensei.

27.2. A tananyag fejlesztése

27.2.1. A fejlesztés célja

Az EFOP-2.2.0-16-2016-00008 számú „Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése” projekt egyik kiemelt célja a rezidensek célzott felkészítésének támogatása a pszichiátriai gondozói feladatokra. Ennek érdekében az egyetemi konzorciumi partnerekkel együttműködésben a pszichiátriai gondozásra specifikus képzési modul és tananyag kialakítására kerül sor, melyben a gyakorlati képzés is hangsúlyt kap. Ennek kapcsán meghatározásra kerülnek a rezidensképzésben gyakorlati képzőhelyként résztvevő, az érintett egyetemmel szerződött, gyakorlati pszichiátriai gondozók kritériumai is. A rezidens tananyag keretei a vonatkozó ismereteket összefoglaló jellegű tárgyalását, teszi lehetővé, melynek bázisát a jelen tankönyv képezi.

27.2.2. Tartalmi szempontok

A pszichiáter szakképzésbe integrálódó, gondozó-specifikus tananyag a vonatkozó hazai és nemzetközi irányelvekre támaszkodik, és illeszkedve az egyes egyetemek aktuális képzési tematikájához, azt gondozói szempontokkal kiegészítve új szemléleti keretet is alkalmaz. Elsősorban a hétköznapi munka kapcsán felmerülő feladatok megoldását támogató ismeretek átadását célozza.

A járóbeteg-szakellátásban az ellátás folyamata gyors, így a döntéseket is gyorsan, kellő biztonsággal kell meghozni. Itt a következő kontrollvizsgálatig a korrekció lehetősége csekély, hiányzik a szakszemélyzet nyújtotta felügyelet, a folyamatos obszerváció, ami a fekvőbeteg ellátásban végzett gyakorlat kapcsán rendelkezésre áll. A szakrendelés és a gondozás más-más munkamódszert igényel, ezt a rezidensek számára igyekeztünk világossá tenni, ezért a tananyagban külön hangsúlyt kapott. Törekedtünk arra, hogy a gondozói gyakorlat kapcsán értelmet nyerjenek az elméleti képzésben tanultak. Ennek köszönhetően a rezidensek megtapasztalhatják – többek között –, hogy a kockázatbecslés algoritmizált gondolkodása mekkora segítséget nyújt a mindennapi munkában.

27.3. Kockázatbecslés gondozói vonatkozásai a tananyagban

Azon döntésünknek, hogy gondozásba kerüljön-e a beteg, meghatározó részét képezi a kockázatbecslés, ugyanis míg a szakrendelésen ellátott „kis pszichiátriai kórképek” enyhébb kategóriáiba tartozó betegeinél leginkább az eltitkolt, vagy látens autoagresszív késztetésekkel kell számolni, addig a gondozotti kör „nagy pszichiátriai kórképeinél” – az állapot függvényében – a heteroagresszivitás megjelenésével.

Ugyanakkor a gondozásba vett betegeknél az öngyilkosság komoly kockázati tényező (bipoláris zavarok, szkizofrénia, komorbid állapotok – lásd a vonatkozó fejezeteket), a gondozói gyakorlatban is elengedhetetlen ennek időben történő felismerése, értékelése és a szükséges beavatkozás elvégzése. Ezen ismeretek elsajátítása a rezidensek számára is alapvető jelentőségű. A járóbeteg ellátásban kiemelt szerepe van a protektív tényezők ismeretének és a segítő erőforrások felderítésének egyaránt. Ez a készség a gyakorlatban fokozatosan alakítható ki.

A gondozóban meg tapasztalható, hogy a kockázatelemzés folyamatában dinamikus, keresztmetszetében jól algoritmizálható tevékenység, ahol találkozásról találkozásra is történhetnek fontos változások. Számos tényező befolyásolhatja a kezelt/gondozott beteg reakcióit, ezért élni kell az ismételt találkozások korrekciós lehetőségével, amit a kockázatkezelési tervnél figyelembe kell vennünk, szükség szerint felül kell vizsgálnunk. A diagnosztikai vagy terápiás döntés korrigálásában nagy segítségünkre van a napjainkban szinte mindenki számára elérhető mobiltelefon-kontaktusnak is.

A gyakorlat folyamán látható, hogy a beteg a vizitek koncentrált időszakában mutatott képe jelentősen eltérhet az életterében mutatott képétől. A környezettanulmány, terepmunka gyakran felbecsülhetetlen többletinformációt nyújt a beteg lakókörnyezetéről, az életteréről, családtagjairól, melyek kapcsán pszichopatológiájának egyes elemei értelmet nyernek. Ezt az információt akár személyes tapasztalat alapján, akár a gondozók beszámolóí alapján meg lehet szerezni.

A kockázatkezelési terv összeállításakor a fentiek figyelembevételével kell optimalizált döntéseinket meghozni, amiben a tanult ismeretanyag gyakorlat során történő elmélyítése elengedhetetlen.

27.4. A tananyag felépítése és elérhetősége

Az alábbiakban a pszichiáter rezidensek számára fejlesztett gondozó-specifikus tananyag főbb fejezetei olvashatóak.

A tartalmi elemek között a ***Pszichiátriai gondozás*** című **III. fejezetben** kerül rövid ismertetésre a kockázatbecslés témaköre, „*Veszélyhelyzetek és kockázatok megelőzése, és kezelése a gondozás során*” címmel (III/9. alfejezet), amely a rezidensek számára biztosít összefoglaló ismereteket a kockázatbecslés és -kezelés módszerének a gondozói gyakor-

latban való alkalmazásáról. Ez az alfejezet a ***Kockázatbecslés és -kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban*** c. tankönyv lektorált I–III. fejezetei alapján készült kivonatos rövidített összefoglaló.

1. Bevezető

- 1.1. Kitekintés a pszichiátriai gondozás múltjára
- 1.2. Kitekintés a pszichiátriai gondozás jó gyakorlataira

2. A pszichiátriai gondozó

- 2.1. Finanszírozási kérdések
- 2.2. A pszichiátriai gondozó működéséről
- 2.3. A team-munkáról
- 2.4. Kapcsolatteremtés, kapcsolattartás a gondozói munka során
- 2.5. Jogi, hatósági és igazságügyi vonatkozások

3. Pszichiátriai gondozás

- 3.1. A pszichiátriai gondozás gyakorlata
- 3.2. Pszichodiagnosztika a gondozóban
- 3.3. Rehabilitáció a gondozásban
- 3.4. Pszichofarmakoterápia kérdései a pszichológiai gondozás nézőpontjából
- 3.5. Pszichoterápia a gondozásban
- 3.6. Szociális készség tréning – Egy hatékony módszer a súlyos mentális betegséggel élők rehabilitációjában
- 3.7. Depriváció, interkulturális ismeretek, szociális krízis szerepe
- 3.8. Terepmunka a pszichiátriai gondozóban
- 3.9. Veszélyhelyzetek és kockázatok megelőzése, és kezelése a gondozás során
- 3.10. A pszichiátriai gondozás kapcsolata egyéb egészségügyi szolgáltatókkal
- 3.11. Internet- és telemedicina a pszichiátriai betegek gondozásában

4. Addiktológia

- 4.1. Addiktológia I.
- 4.2. Addiktológia II.

5. Közösségi ellátás és kapcsolódása a pszichiátriai gondozáshoz

5.1. Közösségi pszichiátriai gondozás a szociális és egészségügyi területen, Magyarországon

5.2. Felépülés, önsegítés, önségítő csoportok

6. A stigma csökkentése

6.1. Miért fontos a stigmával és diszkriminációval foglalkozni?

6.2. Kriminalitás és áldozatiság

6.3. Környezet és betegség

6.4. Miért fontos a stigma ellen tennünk?

6.5. A stigma különböző területei

6.6. Mit tehetünk a stigma ellen?

7. A pszichiátriai gondozói tevékenység bővítési lehetőségei

A tananyag lektorálása megtörtént, a véglegesítést követően online, letölthető és nyomtatható formában is hozzáférhető lesz a Függelékben megadott elérhetőségeken a rezidensek, az egyetemi oktatók, tutorok, a pszichiátriai gondozók – mint gyakorlati képzőhelyek – valamennyi munkatársa számára.

Az elérhető fájl neve: Pszichiátriai és addiktológiai gondozás specifikumai – pszichiátriai szakképzési tananyag kiegészítő modul

Információk a fájl letöltéséhez: lásd Függelékben.

További perspektívák:

Fontos, hogy a kockázatbecslés és -kezelés módszere a rezidensképzés curriculumának szerves részét képezze, hiszen ily módon biztosítható, hogy a gondozói gyakorlatban hosszútávon a jövő pszichiáter generációja is biztonságosan és hatékonyan alkalmazhassa.

28. VESZÉLYHELYZETEK ÉS KOCKÁZATOK MEGELŐZÉSE, KEZELÉSE A GONDOZÁS SORÁN (REZIDENSEK SZÁMÁRA FEJLESZTETT TANANYAGFEJEZET)

Gulácsi István • Frecska Ede • Móri E. Csaba • Kolumbár Réka

Ebben az alfejezetben megismerhető a pszichiáter szakképzés jelenlegi tematikájának kiegészítésére fejlesztett gondozó-specifikus tananyag kockázatelemzést és kockázatkezelést ismertető fejezete. Mivel ez a szakasz a rezidens-tananyaggal alkot szerves egységet, ezért megtartottuk az eredeti struktúrát, és így kerül bemutatásra a rezidensek számára a veszélyhelyzetek, kockázatok felmérésének folyamata, módszere stb., továbbá lehetőség nyílik a fejezetben elsajátított ismeretek felmérésére is.

3. Pszichiátriai gondozás

3.9. Veszélyhelyzetek és kockázatok megelőzése, és kezelése a gondozás során

A fejezet a Kockázatbecslés és -kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban című tankönyv lektorált, I–III. fejezetei alapján készült kivonatos, rövidített összefoglaló. Az itt közölt információk irodalmi hivatkozásai a tankönyv I–III. fejezeteiben találhatóak.

3.9.1. A kockázatbecslés célja

Az adott páciens állapotára vonatkozóan a lehetséges negatív kimenetel csökkentése vagy kizárása olyan megelőző tevékenységek (esetünkben: pszichiátriai ellátás és gondozás) révén, amelyek bizonyítékokon alapuló módszerek összességét képezik.

A kockázatbecslés végzése során tehát arra törekszünk, hogy megállapítsuk az adott egyénre az adott vizsgálati pillanatban leginkább jellemző kockázati mintázatot:

- azokat hajlamosító tényezőket, amelyek az egyént veszélynek tehetik ki (statikus kockázati tényezők)
- azokat a lehetséges kiváltó eseményeket, amelyek ezeket a veszélyeket előidézhetik (dinamikus kockázati tényezők)
- az ezekkel szemben védő tényezőket (protektív tényezők)
- a veszélyek tényleges mértékét (súlyosság)
- valamint a tolerálható kockázat jellegét és mértékét

3.9.2. *A kockázatbecslés alapelvei*

A klinikai kockázatbecslés során konkrét ismeretek alapján felállított döntési stratégia segítségével kíséreljük meg az adott páciens esetében a negatív események valószínűségét csökkenteni. Az ismeretek az alábbiakra vonatkoznak:

- az adott kockázattal kapcsolatos kutatási bizonyítékok
- a páciens alapos ismerete (aktuális állapota, előzményei)
- a páciens körülményeinek (beleértve a társas környezetet) ismerete
- a páciens tapasztalati világának ismerete
- klinikai döntéshozatali algoritmusok

A kockázatbecslés és -kezelés alapelveit az angol Egészségügyi Minisztérium az alábbiakban foglalta össze 2007-ben kiadott gyakorlati útmutatójában (*Department of Health, 2007*):

A kockázatkezelési terv tartalmazza a következőket:

- minden egyes kockázati tényező
- a kockázati helyzetek konkrét leírása (milyen körülmények között következik be az adott kockázat)
- kinek, mi a teendője az adott kockázati esemény elhárítása érdekében

3.9.3. *A kockázatbecslés/elemzés menete*

- Azonnali életveszély kizárása
- Kockázati tényezők azonosítása
- A kockázati tényezők elemzése
- Fontossági sorrend felállítása
- Kockázatkezelési terv
- A kockázatkezelési terv végrehajtása és ellenőrzése

3.9.4. Rizikófaktorok, protektív faktorok felmérése és kockázatkezelés

3.9.4.1. Az öngyilkos magatartás epidemiológiája:

- Befejezett öngyilkosság
- Öngyilkossági kísérlet
- A szuicid magatartás biológiai és pszichoszociális tényezői
- Öngyilkossági rizikófaktorok és protektív tényezők
- A szuicid rizikó minimalizálása, megelőző stratégiák
- Az egészségügyi és szociális ellátórendszer szerepe az öngyilkosság megelőzésében

3.9.4.2. Az akut öngyilkossági veszély elhárítása:

- Sürgősségi osztályos felvétel
- Szuicidprevenációs (krízisintervenció) centrumok, S.O.S. telefonszolgálatok
- A pszichiátriai betegségek korai felismerése és hatékony kezelése
- A halálos öngyilkossági módszerek elérhetőségének korlátozása
- Az öngyilkossági kísérleten átesettek utógondozása
- Közösségi felvilágosítás

3.9.4.3. Az egészségügyi és szociális ellátórendszer szerepe az öngyilkosság megelőzésében

29 európai ország öngyilkossági halálozását 1980 és 2009 között elemezve a szerzők azt találták, hogy a munkanélküliséget, a GDP-t, az alkoholforgalmat stb. is figyelembe véve azon orszá-

gokban csökkent legjobban a szuicid ráta, ahol a legnagyobb volt az antidepresszívumok forgalmának növekedése.

A magyarországi szuicid rátában 1984 és 2016 között bekövetkezett markáns (63 százalékos) csökkenés világviszonylatban is a legnagyobbak közé tartozik.

A nem kezelt mentális betegségek – elsősorban a kezeletlen depresszió – és az öngyilkosság szoros kapcsolatának ismeretében nagyon valószínű, hogy a hazai szuicid halálozásban bekövetkezett ezen nagy csökkenés egyik fő oka a hazai pszichiátriai szemlélet és gyakorlat jelentős fejlődése. Ebben a depressziók korai felismerése és eredményesebb kezelése, illetve a korszerű antidepresszívumok elterjedése, az új rendszerű pszichiáterrezidens-képzés, az ambuláns pszichiátriai ellátó helyek és a pszichoterápiás rendelések számának növekedése, a közösségi pszichiátriai szemlélet és gyakorlat terjedése, a családorvosok rendszeres depresszióra irányuló továbbképzése, valamint a pszichiáter szakorvosok és a szuicid prevenciók (telefon) szolgálatok számának és aktivitásának folyamatos növekedése lényeges szerepet játszik.

Kétségtelen viszont, hogy nem csak az egészségügy felelős az öngyilkosságok megelőzéséért. Az életszínvonal emelése, a munkanélküliség csökkentése, az egészségügyi és szociális ellátás minőségének és mennyiségének növelése, az alkohol- és drogprobléma (beleértve a dohányzást is) elleni küzdelem hatékonyságának fokozása, a halálos öngyilkossági módszerek visszaszorítása és az öngyilkosság megfelelő média kommunikációja túlmutat az egészségügyi ellátás keretein, és a társadalmi vezetők felelősségi körébe és kompetenciájába tartozik.

Bár közvetlen szuicid veszély esetén (akár még a nem depressziós pácienseknél is) mindig szükséges a rövidebb-hosszabb ideig tartó gyógyszeres kezelés, a pszichoterápiás eljárások (krízisintervenció, illetve specifikus pszichoterápiák) sem nélkülözhetők a szuicid prevencióban.

A depressziós – és különösen a szuicidális depressziós – betegekre jellemző kognitív disztorzió, illetve negatív kognitív sémák, valamint a szintén gyakran jelenlévő hibás döntéshozatali mechanizmusok miatt igen hatékony a kognitív-magatartásterápia, illetve a problémamegoldó tréning, valamint a pszichoedukációval egybekötött pszichoterápiás támogatást nyújtó rendszeres utánkövetés.

3.9.5. Az erőszakos magatartás rizikófaktorai

- *statikus*: férfi nem, fiatal életkor, életkor az első erőszakos cselekmény elkövetésekor, erőszakos magatartás az előzményben, kriminalitás az előzményben, gyerekkori viselkedészavar, antiszociális személyiségzavar, pszichopátia és egyéb, a gyermekkorban elszenvedett rossz bánásmód, negatív életesemények, áldozattá válás a közelmúltban
- *dinamikus*: paranoid téveszmék és egyéb pozitív pszichotikus tünetek, pszichotikus élmények és kognitív torzítások, imperatív akusztikus hallucinációk, szerhasználat, negatív érzelmi állapotok, erőszakos szándék kinyilvánítása, fegyverhez való hozzáférés, kezeléssel való együttműködés hiánya.

3.9.6. Protektív faktorok

A START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability,) 20 dinamikus rizikófaktorot vizsgál (pl. szociális készségek, impulzus

kontroll, belátás, adherencia, megküzdési készségek), és több területet (pl. heteroagresszió, öngyilkosság, önsértés, önelhanyagolás) is lefed.

A faktorokat 3 csoportba sorolja:

A START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability,) 20 dinamikus rizikófaktort vizsgál.

- *belső:* intelligencia, biztonságos kötődés gyermekkorban, empátia, megküzdés, önkontroll
- *motivációs:* munka, szabadidős tevékenységek, pénzkezelés, motiváció a kezelésre, autoritással kapcsolatos beállítódások, életcélok, gyógyszeres kezelés
- *külső:* társas kapcsolatok, párkapcsolat, szakszerű ellátás, életkörülmények, külső kontroll

A kockázat mellett azt is értékeli, hogy az adott terület milyen mértékben tartozik a beteg erősségei közé. Az eredmény az adott személyre jellemző, a klinikai döntést támogató, kockázat/erősség mintázat.

A SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk), melynek használatát a HCR-20 rizikóbecslő eszközzel kombinálva javasolják, 2 statikus és 15 dinamikus faktort értékel aszerint, hogy az adott faktor milyen mértékben tölt be protektív funkciót a vizsgált személynél egy konkrét szituációban az erőszak kockázata szempontjából.

3.9.7. Kockázatkezelés

Az erőszakos magatartás komplex társadalmi jelenség, ezért észlelése, kezelése és megelőzése nem csak az egészségügyi – és szűkebben véve a pszichiátriai – ellátórendszer feladata, hanem az egészség-

ügyi, a szociális, és esetenként a bűnüldöző és az igazságszolgáltatási szervek, valamint a beteg szűkebb környezetének együttműködését igényli.

A kockázatkezelés konkrét megvalósításánál három főbb szempontot érdemes szem előtt tartani:

- súlyos rizikó esetén szükséges külső segítség bevonásának mérlegelése (családtag, kórházi beutalás, biztonsági szolgálat, rendőrség)
- a beavatkozásnak mindig az egyénileg beazonosított rizikó- és protektív faktorokon kell alapulni (lehetőleg utalva a korábban előfordult hasonló helyzetekre)
- növeli a páciens együttműködését és a beavatkozás sikerességét, ha azt a páciens aktuális panaszaihoz és/vagy céljaihoz igazítjuk

Egyéb szempontok:

Személyi feltételek:

- pszichiáter szakorvos, aki vezeti az ellátást, szükség esetén instruálja a többi résztvevőt
- kellő létszámú (legalább 2 fő) szakképzett személyzet
- lehetőleg biztonsági személyzet

Tárgyi és fizikai feltételek:

- az ellátó hely alkalmas sürgősségi betegellátásra
- a helyiség nyitását/zárását a személyzet kontrollálja
- elegendő tér nagyobb létszámú jelenlévőknek (pl. mentő személyzete, rendőrök)
- lehetőleg nem könnyen mozdítható és/vagy törékeny bútorok
- a beteg nem zárhatja el a kijáratot
- *Követelmény:* pánikgomb megléte minden rendelőben!

A beteggel való együttműködés és kommunikáció szempontjai:

- a beteg szükségleteinek, kéréseinek lehetőség szerinti figyelembe vétele
- a megadott keretek között döntési lehetőség felkínálása (pl. injekciót vagy per os készítményt fogad-e el)
- világos, tömör, lényegre törő fogalmazás, melynek célja a beteg megnyugtató, tájékoztatás a tervezett beavatkozás (ok)ról és az elvárt viselkedésről, az együttműködés támogatása, fenntartása
- a személyzet részéről nyugodt, de határozott, következetes magatartás (a túlzott/indokolatlan kontroll, fenyegető, következtelen vagy kiszámíthatatlan magatartás, provokáció, megalázás megengedhetetlen)
- szükség esetén fizikai korlátozás a sérülés veszélyének minimalizálásával/elkerülésével

Jogi szempontok:

- 1997. évi CLIV. törvény

3.9.8. Önelhanyagolás

Az önelhanyagolás a magatartás olyan mértékű romlása, mely során az érintett az enyhétől a súlyos mértékig nem elégíti ki alapvető igényeit, úgymint személyes higiéné, ruházkodás, étkezés vagy a fennálló és kezelésre szoruló betegségek ellátása.

Az önelhanyagolás okai között mentális betegség (szkizofrénia és a súlyos OCD, pl. hoarding következménye is lehet), demencia és az agyállomány sérülése szerepelhet.

Más szóval, az elvárható és megfelelő személyes higiéné, egészségügyi ellátás és életkörülmények biztosításának hiánya alakul ki. Ennek extrém formája a Diogenész-szindróma.

Összességében minden olyan esetben előfordulhat, amikor az egyén mentális vagy szomatikus állapota miatt csökkennek motivációi, energiaszintje, figyelmi funkciói, szervezési és kivitelezési képessége, valamint önmaga és környezetének súlyos fokú elhanyagolása alakul ki, mely további veszélyeket rejt magában.

Az önelhanyagolás rizikófaktorai, kockázati tényezői, valamint az időközi bántalmazás részletes ismertetését lásd a Kockázatbecslés és -kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban című (eredeti) tananyag II. és III. fejezeteiben!

3.9.9. Lélektani krízis

A krízisállapot akkor alakulhat ki, amikor az érintett:

- kénytelen a lélektani egyensúlyát veszélyeztető körülményekkel szembenézni
- ezek fenyegető közelsége számára mindennél fontosabbá válik
- ezeket a helyzeteket sem elkerülni, sem megoldani nem tudja szokásos problémamegoldó eszközeivel, energiájával

Krízisek csoportosítása:

- fejlődési
- akcidentális
- krízismátrix elmélet

Szakaszai:

- készenlét
- küzdelem
- kapkodás
- összeomlás

Krízisállapotban lévő személy jellemzői:

- figyelme elsősorban a problémára irányul, a nagy problémán belül legtöbbször annak valamely apró részletére
- furcsán kevert benyomást kelt, a probléma megoldásán való rá-gódás mellett elgyötört, szorongások kínozzák
- érzelmi reakcióit nehezen képes kontrollálni, impulzív
- mindennapi tevékenysége alacsony hatásfokú
- az emberekhez fűződő kapcsolata megváltozik, másokat annak függvényében ítél meg, hogy kap-e tőlük segítséget
- a tájékozódó attitűdök rendszere összeomlik, a válságban lévő embernek nincs önmagára vonatkozó jövőképe
- sok mindent tud a problémáról, de ismereteit nem tudja rend-szerezni, átgondolni

3.9.10. Heteroagresszív veszélyeztetettség

A feszültség csökkentésének 10 lépése agitált beteg ellátása során:

- Figyeljünk a személyes tér tiszteletben tartására!
- Kerüljük a provokációt!
- Kezdeményezzünk szóbeli kommunikációt!
- Tömör, egyértelmű beszédre törekedjünk!
- Nevezzük meg az érzéseket és az elérendő célokat!
- Figyelmesen hallgassuk meg, amit a beteg mond!
- Keressük meg, miben tudunk egyetérteni a beteggel, vagy fo-gadjuk el a helytelenítését (pl. ha nem tudunk igazat adni neki, hogy helytelen, hogy a rendelőben nem lehet dohányozni, azt megérthetjük, milyen nehéz lehet neki, hogy nem gyújthat rá)!
- Fektessük le a szabályokat, jelöljünk ki egyértelmű határokat!
- Javasoljunk választási lehetőségeket és ezzel párhuzamosan va-lami jutalmat, engedményt (csak olyat ígérjünk, amit meg tu-

dunk adni, pl. ha elfogadja az injekciós kezelést, már a hét végén hazamehet látogatóba)!

Az eseményt követően fordítsunk figyelmet az esetleg megingott terápiás kapcsolat helyreállítására (kérjük meg a beteget, mondja el neki ez a helyzet milyen volt, adjunk teret – ha szükséges – ventillációra; találjunk ki tervet a jövőre, hogy hasonló helyzeteket elkerülhessünk), valamint hallgassuk meg a résztvevő team tagjait is a történetekről, vonjuk le a tanulságokat)!

3.9.10.1. Agresszív beteg ellátása

Parenterális gyógyszeradás indikációi:

- együttműködés hiánya
- veszélyeztető magatartás
- gyors gyógyszerhatási igény (elsősorban iv. benzodiazepin)
- Leggyakrabban alkalmazott szerek:
 - ♦ benzodiazepin (clonazepam) iv. és/vagy
 - ♦ antipszichotikum (haloperidol) im.

3.9.11. Kockázatbecslés és -kezelés egyes főbb kórképek szerint

Részletes leírás lásd a Kockázatbecslés és -kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban című (eredeti) tananyag III. fejezetében!

3.9.12. Lelki és testi komorbiditás

- A hangulat és szorongásos zavarok szomatikus komorbiditása – A két betegség együttes megjelenése jelentősen növeli a morbiditási és mortalitási rizikót.
- Komorbiditás és öngyilkossági rizikó krónikus testi betegségekben – az öngyilkossági kockázatot leginkább a neurológiai és a daganatos betegségek fokozzák.

- Kardiovaszkuláris és a cerebrovaszkuláris betegségek magas prevalenciájuk és súlyos szövődményeik miatt külön-külön is komoly népegészségügyi problémát jelentenek, a két betegség együttes megjelenése az egyik legnagyobb kihívást jelenti a szakemberek számára, különös tekintettel arra, hogy jelentősen növelik a morbiditási és mortalitási rizikót.
- Komorbiditás és öngyilkossági rizikó krónikus testi betegségekben – a kutatások azt is kimutatták, hogy szignifikáns kapcsolat van az öngyilkos magatartás és egyes központi idegrendszeri betegségek – pl. szklerózis multiplex, Huntington-kór, epilepszia, Parkinson-kór, migrén, agyi és gerincvelői léziók, stroke, illetve bizonyos tumoros kórképek, diabétesz és krónikus fájdalom jelenléte között. Az öngyilkossági kockázatot leginkább a neurológiai és a daganatos betegségek fokozzák.
- Komorbiditás és a heteroagresszió, az önelhanyagolás és az áldozattá válás rizikója – epidemiológiai vizsgálatok szerint pszichiátriai betegeknél a pszichiátriai komorbiditás, elsősorban hangulatzavarhoz társuló alkohol-, vagy szerabúzus, illetve -betegség – főleg ha kezeletlen – lényegesen növeli a heteroagresszív megnyilvánulások, illetve bűncselekmények rizikóját.
- Az öngyilkossági veszély, a heteroagresszió és az áldozattá válás rizikójának csökkentése komorbid állapotokban – az elmúlt évtizedekben egyre több adat szól amellett, hogy a kezeletlen hangulatzavarok az ismert pszichiátriai, pszichoszociális komplikációk mellett gyakran jár elhízással, szignifikánsan növeli a 2-es típusú diabétesz kialakulásának esélyét, és több mint kétszeresére növeli a kardiovaszkuláris halálozást.

Kérdések:

- *Mi a kockázatbecslés célja?*
- *Ismertesse a kockázatbecslés menetét!*
- *Milyen lehetőségek vannak a szuicid veszély elhárítására?*

- *Sorolja fel az erőszakos magatartás protektív faktorait!*
- *Jellemezze az önelhanyagolást néhány mondatban!*
- *Mit jelent a lelki és testi komorbiditás? Példákkal szemléltesse!*

MIT TANULTAM EBBEN A LECKÉBEN?

Célunk volt a leendő kollegáknak részletesen és szemléletesen bemutatni a pszichiátriai gondozás során előforduló krízishelyzeteket, azok rizikófaktorait, protektív tényezőit és ezen helyzetekre kidolgozott ún. kockázatkezelést. Különös figyelmet szántunk tananyagunkban az agresszív beteg ellátásának leírására, hiszen ilyen beteggel nem csak pszichiáterként lehet találkozni. Igyekeztünk kézzel foghatóvá tenni minden olvasó számára a kockázatbecslés menetét, hiszen szakmánkban ez a terület nagy jelentőséggel bír.

IRODALOM

- Blazsek P., Wernigg R. (2015) Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Fazel, S., Langström, N., Hjern, A., Grann, M. és Lichtenstein, P. (2009) Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. JAMA. 301 (19), 2016–2023.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M. és Langström, N. (2011) Risk of violent crime in individuals with epilepsy and traumatic brain injury: a 35-year Swedish population study. PLoS Medicine. 8 (12), e1001150.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M. és Langström, N. (2010) Bipolar disorder and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. Archives of General Psychiatry. 67 (9), 931–938.

- Fazel, S., Wolf, A., Chang, Z., Larsson, H., Goodwin, G. M. és Lichtenstein, P. (2015) Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry*. 2, 224–232.
- Hodgins, S. (1992) Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. *Archives of General Psychiatry*. 49, 476–483.
- Kárpáti T., Rihmer Z., Vandlik E., Blazsek P. (2019) Kockázatbecslés és -kezelés a pszichiátriai gondozói gyakorlatban. ÁEEK, Budapest.
- Rihmer Z., Németh A., Kurimay T., Perczel-Forintos D., Purebl Gy., Döme P. (2017) A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. *Psychiat Hung*, 32, 4–44.
- Rihmer, Z., Pompili, M. (2017) Mood disorders: Suicidal behavior. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th edition, (Eds.: Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P.), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, PA. 1667–1675.
- Yu, R., Geddes, J. R. és Fazel, S. (2012) Personality disorders, violence, and anti-social behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*. 26 (5), 775–792.

VII.

FEJEZET

KOCKÁZATLISTA ÉS ÚTMUTATÓ A KOCKÁZATLISTA HASZNÁLATÁHOZ

29. ÚTMUTATÓ A KOCKÁZATLISTA HASZNÁLATÁHOZ

Blazsek Péter • Rihmer Zoltán • Vandlik Erika • Kárpáti Tímea

A *Kockázatlista* olyan tényezők strukturált összessége, amelyek ismerete segít a beteg, a személyzet és a környezet biztonságának megvédésében. Az alfejezet gyakorlati útmutatást ad arra, hogy a pszichiátriai gondozó szakemberei (pszichiáterek, pszichológusok, ápolók, szociális gondozók stb.) hogyan tudják a mindennapos rutinba beépíteni a *Kockázatlista* alkalmazását, hogyan értelmezzék az egyes listaelemek jelentését. Ezek ismeretében a *Kockázatlista* egy gyorsan és egyszerűen alkalmazható, ugyanakkor nagyon hatékony eszközzé válik a használója számára.

29.1. A Kockázatlista célja, használatának alapjai

Bár a *Kockázatlistában* tömörített ismeretanyag (elsősorban az öngyilkossági veszély feltárását illetően) a pszichiátriai szakképzés szerves része, ezen lista használata nagyban segíti a pszichiátriai gondozókban dolgozó pszichiáterek, pszichiáter rezidensek, pszichológusok és egyéb szakdolgozók munkáját, különös tekintettel arra, hogy a heteroagresszív magatartás és az önelhanyagolás rizikójának felmérésére szakmánk eddig kevés figyelmet fordított.

A *Kockázatlista* tartalmazza azokat a lehetséges kockázati tényezőket, amelyek a pszichiátriai beteg állapotának rosszabbodásához vagy akár tragikus végkifejlethez vezethetnek, ha nem próbáljuk meg csökkenteni, vagy – optimális esetben – megszüntetni őket. A *Kockázatlista* valójában egy vezérfonal, mely segít az *anamnéziszfelvétel során* vagy bármikor később feltérképezni a vizsgált betegnél a számításba jöhető kockázati tényezőket, és lehetőséget nyújt az összes ismert kockázat kiszűrésére. Ha van rá mód, ajánlott a *Kockázatlista* tételeire a beteg hozzátartozóival vagy környezetének tagjaival való találkozás (heteroanamnézis felvétele) esetén is rákérdezni. A kockázatok felismerése és kezelése révén a *Kockázatlista* hozzájárul a beteg, a személyzet és a környezet biztonságának megőrzéséhez.

Az alábbiakban táblázatok formájában foglaljuk össze az öngyilkos magatartás rizikótényezőit, valamint az erőszakos magatartás/heteroagresszió és az elhanyagolás/önelhanyagolás/áldozattá válás kockázatát jelző információkat. A *Kockázatlistában* csupán azok az adatok szerepelnek, amelyekről tudományos vizsgálatok ismételten bizonyították, hogy fontos szerepük van az adott kóros viselkedés kialakulásában.

Általánosságban elmondható, hogy a *rizikófaktorok összeadódnak*, tehát minél több a rizikófaktor, annál nagyobb az esélye az adott ne-

gatív kimenetelű esemény bekövetkezésének. A táblázatokban felsorolt rizikófaktorok részletes leírásai a tankönyv megfelelő fejezeteiben találhatóak. A klinikai betegvizsgálat során a rizikófaktorok feltárása révén az adott veszélyeztető magatartás nagy valószínűséggel (de természetesen sohasem 100 százalékos pontossággal) előre jelezhető.

Szükséges a védő (protektív) faktorok felismerése is, amelyekről a tankönyv II. és III. fejezeteiben található részletes információ. A protektív tényezők bizonyos mértékig képesek kompenzálni a rizikófaktorok által jelentett veszélyt, de abszolút védelmet semmiképpen nem jelentenek. A rizikó és protektív tényezők ismerete azért is fontos, mert közülük több megváltoztatható, vagyis (pozitív irányban) befolyásolható, és ennek a megelőzés szempontjából nagy jelentősége van a kockázatkezelés során.

A *Kockázatlista* – nevének megfelelően – a protektív tényezőket nem tartalmazza, ezek ismertetését illetően utalunk a tankönyv megfelelő fejezeteire.

29.2. A Kockázatlista használata a gyakorlatban

A *Kockázatlistát* a pszichiáterek, pszichiáter rezidensek, klinikai szakpszichológusok használják elsősorban és felelősen, ugyanakkor munkájukat segíthetik az ápolók, szociális munkások, akik a *Kockázatlista* ismeretében bizonyos helyzetekben fontos kulcsinformációkhoz juthatnak a rizikó feltárását illetően, akár olyankor is, amikor egyes rizikó tényezők az orvosi vagy pszichológusi exploráció során rejtve maradtak. Ezért fontos lehet az orvos és a pszichológusokon túl a gondozók szakdolgozói számára is a *Kockázatlista* tételeinek ismerete, hogy jelezhessék a kezelő orvosnak a tudomására jutott alarminozó tényezőket.

A *Kockázatlistát* az anamnéziszfelvétel alatt és után is célszerű használni, ellenőrizendő, hogy nem hagyunk-e ki egy vagy több kockázati tényezőt az interjú, illetve a feltárás során. Számos tényező befolyásolhatja a kezelt/gondozott beteg reakcióit, találkozásról találkozásra is történhetnek fontos változások, ezért élni kell az ismételt találkozások korrekciós lehetőségével, amit a kockázatkezelési tervnél figyelembe kell vennünk, szükség szerint felül kell vizsgálnunk. A diagnosztikai vagy terápiás döntés korrigálásában nagy segítségünkre van a napjainkban szinte mindenki számára elérhető mobiltelefon-kontaktusnak is.

Források lehetnek:

- a beteg elmondása
- hozzátartozó elmondása, heteroanamnézis
- kísérő, hozzáférhető dokumentáció
- terepmunka, környezettanulmány
- a gondozók (szakápolók, pszichológus, szociális munkás, terapeuta stb.) beszámolói

A pszichiátriai gondozók szakembereinek nyújt gyors segítséget a **Gyors Kockázati Áttekintő** abban a tekintetben, hogy az egyes kockázati tényezők milyen kockázatokat eredményezhetnek, azaz melyik kockázati listát javasolt mindenképpen megnézni (öngyilkosság/önagresszió vagy heteroagresszió/erőszakos viselkedés, elhanyagolás/önelhanyagolás/áldozattá válás).

Amennyiben a tényezők áttekintésekor egyes kockázati típusra (pl.: öngyilkosság) több figyelmeztető faktor is utal, akkor **javasolt a Kockázatlista teljeskörű áttekintése** immár konkrétan az előzetesen felmerült kockázati típus szempontjából, hogy ne hagyjunk ki kockázati tényezőt az interjú, illetve a feltárás során.

29.3. Magyarázatok a Kockázatlista elemei értelmezéséhez

Az alábbiakban a *Kockázatlista* egyes tételeit és a hozzájuk fűzött magyarázatokat ismertetjük táblázatos formában, melyek részletesen kifejtve a tankönyv II. fejezetében a vonatkozó alfejezetekben találhatóak meg.

29.3.1. Öngyilkosság, önagresszió rizikófaktorok statikus-dinamikus felosztás szerint

29.3.1.1. Magyarázat a statikus (anamnesztikus, állandó, nem változtatható) rizikófaktorokhoz

- a beteg anamnéziséből feltárható tényezők,
- nem változtathatóak meg,
- de fontos információkat szolgáltatnak a szuicid veszélyt illetően (Blazsek és Wernigg, 2015).
- utalnak enyhébb-súlyosabb mértékű kockázatra (pl. az előzményekben szereplő szuicid kísérlet a szuicídium legerősebb előrejelző tényezője, prediktora) (29/1. táblázat)

29/1. táblázat

Magyarázatok a statikus öngyilkossági rizikófaktorokhoz

STATIKUS (NEM VÁLTOZTATHATÓ) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Korábbi öngyilkossági kísérlet(ek)/ szándékos önsértés	függetlenül attól, hogy látta-e orvos vagy nem, <u>az önsértés nem szuicid szándékkal is ide tartozik</u> . pl. csuklóját, combját vagy más testrészeit vagdosta, cigarettát oltott el a testén, fejét a falba verte vagy más módon okozott fájdalmat magának	

STATIKUS (NEM VÁLTOZTATHATÓ) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Szuicid előzmény a családban (Elsőfokú vagy másodfokú rokonok)	befejezett öngyilkosság vagy <u>szuicid kísérlet</u> egyaránt elsőfokú rokon: szülő, testvér, gyermek; másodfokú rokon: nagyszülő, unokatestvér, unoka	nem vérrokon öngyilkossága kisebb rizikót jelent (mintakövetés)
„Nagy” pszichiátriai kórkép az anamnézisben	súlyos depresszió, bipoláris zavar, szkizofrénia, alkohol-, illetve drogbetegség	megfelelő kezelés és gondozás, illetve együttműködés esetén
Súlyos testi betegség/ fogyatékoság	elsősorban krónikus, évekig-évtizedekig elhúzódó szomatikus betegségek, vagy testi fogyatékoság (mozgáskorlátozottság), melyek az életminőséget jelentősen csökkentik, izolációt, reménytelenséget, vagy alacsonyabb-rendűség érzését okozzák; a krónikus fájdalom is ide tartozik Rövid Beck Reménytelenség Skála ajánlott	
Különvált/ Özvegy/ Elvált	izolációban, magányosan él, ahol a törődés hiánya, a magányosság érzése a hangsúlyos	
Munkahely elvesztése/ Nyugdíjazás	a páciens szándéka ellenére, veszteség érzésével együtt járó változás sokszor csak 3–4 év elteltével, ritkán közvetlenül a munkaviszony megszűnése után	ha a páciens maga kérte a nyugdíjazást

29.3.1.2. Magyarázat a dinamikus (jelenlegi, időleges, kezelendő) rizikófaktorokhoz:

Jellemzők:

- aktuálisan változó intenzitású rizikófaktorok
- súlyosak lehetnek
- befolyásolhatóak!
 - ♦ ezért csökkenthetőek,
 - ♦ ezért jelentős szerepük van a negatív kimenetel megelőzésében
(29/2. táblázat)

29/2. táblázat

Magyarázatok a dinamikus öngyilkossági rizikófaktorokhoz

DINAMIKUS (VÁLTOZTATHATÓ) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Öngyilkossági gondolatok, öngyilkossági terv/szándék	halálvágy verbalizálása, a „nem akarok élni” is, búcsúlevél, búcsúzkodás	a beteg életuntsága, vagy az életük céltalansága, értéktelensége még nem szándék vagy terv, de könnyen azzá válhat

DINAMIKUS (VÁLTOZTATHATÓ) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
<u>Jelenleg</u> fennálló súlyos, major mentális betegség,	depresszív epizód, bipoláris zavar, szkizofrénia, alkohol/drogbetegség/ szerencsejáték-függőség akut fázisban történik a legtöbb halálos kimenetelű szuicídium, krónikus fázisban vagy remisszióban kisebb a szuicid kockázat, de a visszaesés vagy kiújulás veszélye nagy, ami együtt jár a magasabb szuicid kockázattal	megfelelő kezelés és gondozás, illetve együttműkö- dés esetén
Erős szorongás, agitáció, alvászavar	főleg a korai ébredés főleg pánikbetegség.	OSAS: differenciál- diagnosztikai kérdés
Reménytelenség Megküzdési mechanizmu- sok elégtelensége	kilátástalannak, megoldhatatlannak írja le a jelenlegi helyzetét a páciens Rövid Beck Reménytelenség Skála ajánlott	
Megterhelő életesemény a közelmúltban	erős érzelmi töltésű esemény, trauma, veszteség pl. közeli hozzátartozó elvesztése, baleset három hónapos határt húzunk, de az egyéni reakció miatt több hónapos vagy akár éves trauma is lehet	több évvel korábban történt, veszteséggel járó esemény
Halálos módszerek könnyű elérhetősége	magas ház, vasút/metró lőfegyver mérgező vegyi anyag, mérég	

29.3.2. Öngyilkosság, önagresszió rizikófaktorok hierarchikus felosztás szerint

A hierarchikus felosztás lényegében az előzőekben ismertetett rizikótényezőket rendszerezi újra, más, kifejezetten gyakorlati szempontok szerint. Ennek értelme az, hogy az elsődleges (pl. depresszió), másodlagos (pl. munkanélküliség) és harmadlagos (pl. férfi nem) *rizikófaktorok szuicid prediktív értéke, a beavatkozó kompetenciája és felelőssége nagyon eltérő.*

A harmadlagos és másodlagos rizikófaktorok előrejelző értéke önmagukban csekély, de igen nagy akkor, ha elsődleges kockázati tényezők is jelen vannak. A hierarchikus osztályozás jelentőségét aláhúzza az a tény is, miszerint ha valaki férfi, esetleg munkanélküli ez önmagában csak igen csekély mértékben növeli a szuicid rizikót és az ilyen személy nem is jelenik meg a pszichiátriai ellátásban. A másodlagos és harmadlagos szuicid rizikófaktorok főleg az elsődlegesek (pl. depresszió) jelenlétében „aktiválódnak” (Rihmer, 2007; Rihmer és mtsai, 2015)

A rizikófaktorok hierarchiájáról részletes leírás a tankönyv II. fejezet/ Szuicid alfejezetben található.

29.3.2.1. Magyarázat az elsődleges (pszichiátriai, orvosi) rizikófaktorokhoz

Jellemzők:

- előrejelző, prediktív értéke a legmagasabb
- azonban mindig figyelembe kell venni a faktorok összeadódása miatt a másodlagos, illetve harmadlagos rizikófaktorokat
- továbbá a protektív tényezőket is figyelembe kell venni (29/3. táblázat)

29/3. táblázat

Magyarázatok az elsődleges öngyilkossági rizikófaktorokhoz

ELSŐDLEGES (PSZICHIÁTRIAI, ORVOSI) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Jelenleg fennálló pszichiátriai betegség: 1. Affektív betegségek: – bipoláris II > bipoláris I > unipoláris major depresszió – agitált/kevert depresszió, súlyos depressziós epizód, reménytelenség, alvászavar – komorbid szorongásos betegség – komorbid alkohol-, illetve drogbetegség – ciklotím/ hipertím/ depresszív temperamentum – impulzív/agresszív személyiségvonások – komorbid személyiségzavar – mánia 2. Szkizofrénia	bipoláris zavar 2-es típusában a legnagyobb kockázat főleg a hipomániás (feldobott) fázist követő depresszív fázis főleg a korai ébredés Rövid Beck Reménytelenség Skála ajánlott főleg pánikbetegség, de fóbiák, generalizált szorongás, PTSD, kényszerbetegség főleg borderline személyiségzavar diszfóriás/kevert mánia főleg ha depressziós tünetek is vannak	megfelelő kezelés és gondozás, felügyelet illetve együttműködés esetén

ELSŐDLEGES (PSZICHIÁTRIAI, ORVOSI) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
3. Addikciók (kémiai, viselkedési)	rendszeres abúzus/ dependencia: – alkohol – drog – nikotin – gyógyszer – szerencsejáték-függőség	
Megelőző öngyilkossági kísérlet	öngyilkossági kísérlet és az önsértés is; függetlenül attól, hogy látta-e orvos vagy nem, az önsér- tés nem szuicid szándékkal is ide tartozik. pl.: csuklóját, combját vagy más testrésze- it vagdosta, cigarettát oltott el a testen vagy más módon okozott fájdalmat magának	
Szuicid előzmény a családban	befejezett öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet – Elsőfokú rokonok (szülő, testvér, gyermek) vagy – Másodfokú rokonok (nagyszülő, unokatestvér, unoka) esetében	
Kórházból való elbocsájtást követő időszak	főleg az első 3–4 hét, önkéntes eltávozás, („szökés”) az orvosi tanács ellenére való távozás is	ha a beteg ambuláns utógondozását megszervezték és együttmű- ködik azzal
Az öngyilkossági szán- dék/halálvágy kom- munikációja	búcsúzkodás, végreelkezés, inadekvát bocsánatkérégetések	biztosan fatális kimenetelű testi betegség esetén

29.3.2.2. Magyarázat a másodlagos (pszicho-szociális) rizikófaktorokhoz

A másodlagos és a harmadlagos rizikófaktorok előrejelző értéke önmagukban az elsődlegesekhez képest kisebb mértékű, csekély, de az elsődleges kockázati tényezők fennállása esetén igen jelentőssé válnak, azaz a másodlagos és harmadlagos szuicid rizikófaktorok főleg az elsődlegesek (lásd fenti táblázat) jelenlétében „aktiválódnak”, és együttesen már jelentős mértékben meghatározzák az esemény bekövetkezésének valószínűségét. (Rihmer, 2007; Rihmer és mtsai, 2015) (Lásd még a tankönyv II. fejezetben: Szuicídium)

Jellemzők:

- önmagukban csekély előrejelző értékűek
- az elsődleges rizikófaktorokkal együtt igen jelentőssé válnak
- „aktiválódnak” az elsődleges rizikófaktorok hatására, és jelentősen meghatározzák az esemény bekövetkezésének valószínűségét. (29/4. táblázat)

29/4. táblázat

Magyarázatok a másodlagos öngyilkossági rizikófaktorokhoz

MÁSODLAGOS (PSZICHO-SZOCIÁLIS) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Kora-gyermekkori negatív életesemények	az élet első éveiben, évtizedeiben átélt – fizikai abúzus – szexuális abúzus – szülő halála – válás stb. ezek hajlamosító tényezők, nem vezetnek közvetlenül szuicid magatartáshoz	

MÁSODLAGOS (PSZICHO-SZOCIÁLIS) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Impulzív, agresszív személyiségvonások	„hirtelen” természet	
Ciklotím, depresszív, hipertím temperamentum		
Izoláció	tartósan egyedül él aktuálisan motiválatlanul elkülönül	
Súlyos testi betegség	elsősorban krónikus évekig-évtizedekig elhúzódó szomatikus betegségek, vagy testi fogyatékoság (mozgáskorlátozottság), melyek az életminőséget jelentősen csökkentik, izolációt, reménytelenséget, vagy alacsonyabbrendűség érzését okozzák; ide értendő a krónikus fájdalom is <i>Rövid Beck Reménytelenség Skála ajánlott</i>	megfelelő és eredményes kezelés esetén
Munkanélküliség, komoly anyagi problémák	munkahely-vesztést követően, többnyire csak 3–4 év elteltével, ritkán közvetlenül a munkaviszony megszűnése után.	

MÁSODLAGOS (PSZICHO-SZOCIÁLIS) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Súlyos, akut negatív életesemények	rokon/barát/ munkatárs halála vagy súlyos betegsége, anyagi katasztrófa, munkanélkülivé válás (ld. fent). zaklatás, megszegyenítés: – iskolai (bullying) – internetes (cyberbullying, sexting) – megszegyenítés, kicsúfolás közösségi médián/ mobiltelefonon keresztül <i>Ezek provokáló tényezők, azaz egyéb rizikófaktorok megléte esetén a szuicid magatartást provokáló tényezők lehetnek.</i>	
Dohányzás	elsősorban cigaretta, több mint 10 szál/nap	
Halálos eszközök könnyű elérhetősége	magas ház, vasút/metró lőfegyver mérgező vegyi anyag, mérég	

29.3.2.3. Magyarázat a harmadlagos (demográfiai) rizikófaktorokhoz

A másodlagos és a harmadlagos rizikófaktorok előrejelző értéke önmagukban kisebb mértékű, csekély, de az elsődleges kockázati tényezők fennállása esetén igen jelentősekké válnak, azaz a másodlagos és harmadlagos szuicid rizikófaktorok főleg az elsődlegesek (lásd fenti táblázat) jelenlétében „aktiválódnak”, és együttesen már jelentős mér-

tékben meghatározzák az esemény bekövetkezésének valószínűségét. (Rihmer, 2007; Rihmer és mtsai, 2015) (Lásd még a tankönyv II. fejezetben: Szuicídium)

Jellemzők:

- önmagukban csekély előrejelző értékűek
- az elsődleges rizikófaktorokkal együtt igen jelentősekké válnak
- „aktiválódnak” az elsődleges rizikófaktorok hatására, és jelentősen meghatározzák az esemény bekövetkezésének valószínűségét. (29/5. táblázat)

29/5. táblázat

Magyarázatok a harmadlagos öngyilkossági rizikófaktorokhoz

HARMADLAGOS (DEMOGRÁFIAI) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Férfi nem	bármilyen életkorban a fiatal férfiaknál és az idősek esetén még fokozottabb a kockázat	
Serdülőkor (adoleszcens)	főleg a fiúk	
Időskor	mindkét nem esetében	
Sérülékeny csoport	öngyilkosok hozzátartozói (nemcsak vérrokonok a mintakövetés miatt) homo-, vagy biszexualitás bevándorlók börtönlakók	
Nagyobb kockázatú időszakok	tavaszk/kora nyár a hét első napjai férfiaknál születésnap nőknél premenstruum évfordulók halottak napja	

29.3.3. Heteroagresszió, erőszakos viselkedés rizikófaktorai

A kockázatok hasonlóak a szuicid kockázatoknál felsoroltakhoz. Fontos a megelőzés, a környezet és az ellátó személyzet biztonságának biztosítása. Ökölszabály itt is, hogy az előzményekben szereplő erőszakos magatartás prediktora a jövőben előforduló violenciának. Hasonló csoportokra oszthatjuk a kockázatokot, mint a szuicídiumnál: a statikus faktorok anamnesztikusak, nem változtathatóak, ugyanakkor a dinamikus kockázatok időben változhatnak és kezelhetőek, csökkenthetőek (Blazsek és Wernigg, 2015). (Lásd még a tankönyv I. és II. fejezetei)

29.3.3.1. Magyarázat a statikus (anamnesztikus, állandó) rizikófaktorokhoz

Jellemzők:

- a beteg anamnéziséből feltárható tényezők
- demográfiai tényezők (életkor, nem)
- nem változtathatóak meg (29/6. táblázat)

29/6. táblázat

Magyarázatok a heteroagresszió statikus rizikófaktoraihoz

STATIKUS (NEM VÁLTOZTATHATÓ) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Erőszakos cselekmény(ek) az előzményekben	ember, állat vagy tárgyak elleni erőszakosság pl.: állatkínzás, garázdaság, agresszív magatartás főleg az elmúlt 3–6 hónapos intervallumban, de nem húzható szigorú határvonal	

STATIKUS (NEM VÁLTOZTATHATÓ) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Korábbi fegyver-használat	bármilyen fegyverrel, vagy támadásra alkalmas tárggyal pl. lőfegyver, kés, baseballütő stb.	
Férfi nem	bármilyen életkorban	
35 év alatti életkor	mindkét nem esetében de 43 éves korig emelkedett a kockázat	
Előzményekben: – bűnügy – állatkínzás – agresszív magatartás – gyermekkori abúzus, agresszív bűncselekmény elszenvetője	agresszív-, garázda bűncselekmény letartóztatás az elmúlt 6 hónapban (a nem erőszakos bűncselekmények is növelik a kockázatot) rendőrségi ügy, elzárás fiatalkorban a gyermekkorban elkövetett állatkínzás gyermek- vagy fiatalkorban abúzus elszenvetője gyermekkorban elszenvedett elhanyagolás tanúja volt szülők közötti verekezésnek súlyosan abúzív szülő a szülő kriminális előzménye az első erőszakos cselekmény elkövetése kamaszkorban, vagy attól fiatalabb korban, különösen, ha 11 éves kora előtt történt	„intellektuális” bűnözés, pl. sikkasztás, adócsalás stb.

STATIKUS (NEM VÁLTOZTATHATÓ) RIZIKÓFAKTOROK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Szerepzavar/szerep-konfliktus	számára stresszkeltő életesemény, olyan változás a közelmúltban, mellyel nem tud megbirkózni: – válás, kapcsolat megszakadása, különköltözés – munkanélkülivé válás, a közelmúltban történt elbocsátás – börtönbüntetés kiszabása – hozzátartozó/barát halála – viktimizáció	
Anamnézisben: – antiszociális személyiségzavar – alkohol/drog/nyugtató abúzus/addikció – szkizofrénia, mánia	az antiszociális személyiségzavar és a pszichopátia a legrobosztusabb rizikó növelő! borderline-, nárcisztikus-, és paranoid személyiségzavar is növelheti a kapcsolaton belüli erőszak, a fizikai agresszió kockázatát vagy annak fokát ADHD-s vagy viselkedészavaros gyerek	megfelelő kezelés/gondozás esetén

29.3.3.2. Magyarázat a dinamikus (jelenlegi, kezelendő) rizikófaktorokhoz

Jellemzők:

- jelenleg fennállnak
- csak időlegesen fennálló is lehet
- megváltoztatható, módosítható, illetve kezelendő

A heteroagresszivitás kockázatát fokozza, ha a beteg nem működik együtt a kezeléssel! (29/7. táblázat)

29/7. táblázat

Magyarázatok a heteroagresszió dinamikus rizikófaktoraihoz

DINAMIKUS (IDŐLEGES, VÁLTOZTATHATÓ) KOCKÁZATI TÉNYEZŐK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Környezetre irányuló agresszív szándék kifejezése	fenyegető tartalmú megjegyzések ! A szót gyakran tett követi, helyezzük biztonságba a fenyegetett személyt, illetve izoláljuk a fenyegetőt!	
Verbális agresszió	szitkozódás, káromkodás, fenyegetőzés	
Hozzáférés bármilyen fegyverhez	pl.: lőfegyver, kés, baseballütő stb.	
Súlyos, kezeletlen mániás állapot		
Kezeletlen szkizofréria, paranoid gondolatok/ téveszmék	paranoid gondolatok a szerhasználatból függetlenül is növelik a kockázatot ha a téveszme haraggal jár – kémkednek utána – követik – terveznek ellene valamit – kontroll alatt tartják – hallja mások gondolatát – gondolatbeültetés harag vagy emelkedett hangulat nélkül is kockázatnövelő – speciális képességei vannak	

DINAMIKUS (IDŐLEGES, VÁLTOZTATHATÓ) KOCKÁZATI TÉNYEZŐK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Erőszakra buzdító hallucinációk	főleg pszichotikus állapot esetén agresszióra felszólító hallucinációk az együttműködést növeli: – magasabb életkor – csak egyszer vagy nagyon gyakran jelentkező hang – kongruens tartalmú téveszme fennállása – a hangnak tulajdonított magasabb státusz – impulzivitás – hanghallás által kiváltott harag	női hang rosszindulatú hang
Düh, agitáció, frusztráció	negatív érzelmi állapotok impulzivitás	a szorongás, félelem protektív tényező
Erőszakos gondolatok	az erőszakos gondolatok megnyilvánulhatnak verbálisan és magatartáson keresztül is másoknak ellenséges szándék tulajdonítása más hibáztatása	

DINAMIKUS (IDŐLEGES, VÁLTOZTATHATÓ) KOCKÁZATI TÉNYEZŐK	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Szexuális abúzus vulnerábilis személyekkel szemben vagy nem konszenzuális szexuális kapcsolat erőltetése	szexuális abúzus pl.: magatehetetlen, védekezésre képtelen emberrel vagy pszichiátriai beteggel szemben közös megegyezés nélküli szexuális kapcsolat erőltetése: korábbi szexuális erőszak vagy a helyzethez nem illő szexuális magatartás vagy tapintatlan, tolakodó megjegyzések	
Önkontroll csökkenése	nem képes kezelni/tűrni a konfliktushelyzeteket	
Jelenlegi addikció	az erőszakos magatartás rizikóját leginkább a szerhasználat növeli, főleg affektív zavarokban alkohol/drog/nyugtató abúzus/dependencia/ intoxikáció akut megvonási szindróma	

29.3.4. Elhanyagolás, önelhanyagolás, áldozattá válás rizikófaktorai

Az önelhanyagolás és áldozattá válás témaköre a pszichiátriában eddig a legritkábban tárgyalt témakörök közé tartozik, jóllehet önelhanyagoláshoz számos kezeletlen pszichiátriai betegség (depresszió, demencia, alkoholbetegség stb.) vezet (Blazsek és Wernigg, 2015). (Lásd még a tankönyv II. fejezetben: Önelhanyagolás, áldozattá válás) (29/8. táblázat)

29/8. táblázat

**Magyarázatok az elhanyagolás, önelhanyagolás,
áldozattá válás rizikófaktoraihoz**

ÖNELHANYAGOLÁS, ÁLDOZATTÁ VÁLÁS RIZIKÓFAKTORAI	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Értelmi fogyatékoság	mentális retardáció oligofrénia	megfelelő protektív környezet esetén
Testi fogyatékoság	nem csak mozgáskorlátozottság! érezékszervi károsodás szomatikus betegségek pl.: metabolikus és organikus zavarok, amelyek a kogníciót és a viselkedést befolyásolhatják anamnézisben: – combnyaktörés – agyi stroke	megfelelő protektív környezet esetén
Súlyos mozgáskorláto- zottság	bénulás, di-, para-, tetraplégia, amputáció agykárosodás utáni rendellenességek	megfelelő protektív környezet esetén
Idős kor		

ÖNELHANYAGOLÁS, ÁLDOZATTÁ VÁLÁS RIZIKÓFAKTORAI	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Addikciók: – kémiai – viselkedési	A függőség, a vágyaik kielégítése minden erőforrásukat leköti elhanyagolva a mindennapi rutinokat és szükségleteket, egészségtelen lakhatási körülmények, elégtelen táplálkozás vagy szegényes étrend gyakran tapasztalhatók. kémiai: alkohol/kábítószer/nyugtatók/ nikotin viselkedési: szerencsejáték-függőség	
Demencia	kognitív hanyatlás	megfelelő protektív környezet esetén
Szkizofrénia, depresszió, mánia kényszerbetegség (obszesszív- kompulzív zavar)	szorongásos és fóbiás zavar a súlyos kényszeres tüneteken túl ide értendő a gyűjtögetés/ felhalmozás (hoarding) is, mely a DSM-5ben az obszesszív-kompulzív és kapcsolódó zavarokon belül önálló zavarként szerepel. pl.: hulladék, állatok, elektronikai/háztartási eszközök gyűjtögetése/ felhalmozása stb.	megfelelő kezelés/ gondozás esetén
Egyedül élő személy – tartósan – ideiglenesen	izolálódás a család távolléte alatt is válhat áldozattá	

ÖNELHANYAGOLÁS, ÁLDOZATTÁ VÁLÁS RIZIKÓFAKTORAI	MAGYARÁZAT	KIVÉTEL, NEM SZÁMÍT RIZIKÓNAK
Hajléktalanság	egészségtelen lakhatási körülmények elégtelen táplálkozás vagy szegényes étrend külső segítség visszautasítása, egészségügyi személyzet-, illetve ellátással szembeni fokozott félelem, bizalmatlanság	

ÖSSZEGZÉS:

Sajnos, a pszichiátriai betegségekkel néha együtt járó kockázatokat (szuicid magatartás, heteroagresszió, önelhanyagolás, áldozattá válás stb.) még ma sem tudjuk abszolút biztosan előre jelezni és megelőzni, elhárítani. Ugyanakkor, ha a leggondosabb felmérés és preventív intézkedések ellenére a nem kívánatos esemény mégis bekövetkezik, a személyzetet sem büntetőjogi, sem erkölcsi felelősség nem terheli.

IRODALOM

Jelen tankönyv I. II. és III. fejezetei

Blazsek P., Wernigg R. (2015) Kockázatbecslés a pszichiátriában. Oriold és társa Kft. Budapest.

Rihmer Z. (2007) Suicide risk in mood disorders. Curr Opin Psychiat 20, 17–22.

Rihmer Z, Fekete S., Gonda X. (2015) Öngyilkosság. In.: A Pszichiátria Magyar Kézikönyve, 5. átdolgozott, bővített kiadás (Szerk.: Füredi J. és Németh A.), Medicina Könyvkiadó, Budapest, 729–739.

30. KOCKÁZATLISTA

Andrássy Gábor • Blazsek Péter • Frecska Ede
Gulácsi István • Herceg Attila • Kálmán Sára
Kanka Andor • Kárpáti Tímea • Kiss-Szőke Anna
Kolumbár Réka • Kovács Attila István • Mlinarics Réka
Móré E. Csaba • Osváth Péter • Réthelyi János
Rihmer Zoltán • Szuromi Bálint
Vandlik Erika • Wernigg Róbert

A *Kockázatlista* az öngyilkosság/önagresszió, az erőszakos viselkedés/heteroagresszió, illetve az elhanyagolás/önelhanyagolás/áldozattá válás kockázatának tényezőit tartalmazza. Használata hatékonyan járulhat hozzá a beteg, a személyzet és a környezet biztonságának megvédéséhez. A könnyű kezelhetőség és az áttekinthetőség érdekében a *Kockázatlista* a rizikófaktorokat strukturált formában tartalmazza, az egyes kockázati tényezők pontos értelmezésének részletes leírása az „Útmutató a *Kockázatlista* használatához” című alfejezetben található.

Gyors Kockázati Áttekintő

Az alábbi táblázatban összefoglalva találhatóak a kockázati faktorkok, amely áttekintést nyújt arról, hogy az egyes kockázati tényezők milyen kockázatokot eredményezhetnek, azaz melyik kockázati listát javasolt mindenképpen megnézni (öngyilkosság/önagresszió vagy heteroagresszió/erőszakos viselkedés vagy elhanyagolás/önelhanyagolás/áldozattá válás).

Amennyiben a tényezők áttekintésekor egyes kockázati fajtára (pl.: öngyilkosság) több figyelmeztető faktor is utal, akkor ***javasolt a teljes Kockázatlista áttekintése*** immár konkrétan az előzetesen feltárt kockázat szempontjából.

Jelmagyarázat:

JEL	ÉRTELMEZÉS, MAGYARÁZAT
!!	jelentős figyelmeztető tényező, fokozottabb figyelem és körültekintés szükséges
!	önmagában nem rizikótényező, de más faktorok kockázati hatását felerősíti, illetve több tényező együttesen akár jelentős kockázatot is hordozhat a rizikóhatás összeadódása miatt

RIZIKÓFAKTOROK, KOCKÁZATI TÉNYEZŐK	SZUICÍDIUM	HETERO- AGRESSZIÓ	ÁLDOZATTÁ VÁLÁS
JELENLEG (IDŐLEGESEN VAGY TARTÓSAN) FENNÁLLÓ TÉNYEZŐK			
Jelenleg fennálló pszichiátriai betegség			
– affektív betegségek:			
• depresszió	!!		!
• komorbid szorongásos betegség	!!		!
• komorbid alkohol-, illetve drogbetegség	!!	!	!
• mánia	!	!!	!
– szkizofrénia	!!	!	!
– demencia			!
Jelenleg fennálló addikció			
– alkohol, drog, nyugtató	!!	!	!
– dohányzás	!		!
– viselkedési (szerencsejáték-függőség)	!		!
Személyiség/személyiségvonások/temperamentum			
– impulzív, agresszív	!!	!	
– ciklotím, depresszív, hipertím	!!		
– személyiségzavar	!!	!!	
Megküzdési mechanizmusok elégtelensége, egyéb zavarok			
– reménytelenség	!!		
– düh, frusztráció		!	
– agitáció	!!	!!	
– erős szorongás, alvászavar	!!		!
Testi betegség/fogyatékoság			
– mozgáskorlátozottság	!		!
– súlyos testi betegség	!		!
– értelmi fogyatékoság		!	!

RIZIKÓFAKTOROK, KOCKÁZATI TÉNYEZŐK	SZUICÍDIUM	HETERO- AGRESSZIÓ	ÁLDOZATTÁ VÁLÁS
Kommunikáció/gondolatok – öngyilkossági tervről/szándékról – verbális agresszió/gondolatok agresszív szándékról – erőszakra buzdító hallucináció	!!	! !	
ANAMNESZTIKUS, MÚLTBELI TÉNYEZŐK			
Anamnézisben pszichiátriai betegség – kémiai addikció/abúzus (alkohol/drog/nyugtató) – „nagy” pszichiátriai kórkép szkizofrénia affektív kórképek – demencia	 ! !	 ! !	 !
Korábbi szándékos agresszió – önagresszió/öngyilkossági kísérlet/önsértés – heteroagresszió/bűnügy/ agresszív magatartás	!!	! !	
Megterhelő életesemény(ek)/ szerepzavar – stresszkeltő életesemény a közelmúltban – súlyos, akut életesemény – kórházból való elbocsájtást követő időszak	 ! ! !!	 ! !	

RIZIKÓFAKTOROK, KOCKÁZATI TÉNYEZŐK	SZUICÍDIUM	HETERO- AGRESSZIÓ	ÁLDOZATTÁ VÁLÁS
Családi vagy kora gyermekkori előzmények – szuicídium az 1. vagy 2. fokú rokonoknál – negatív életesemények (pl.: szülők válása) – abúzus (fizikai/szexuális/bűncselekmény áldozata)	!! ! !	 !	 !
SZOCIÁLIS, DEMOGRÁFIAI TÉNYEZŐK			
Szociális környezet, társas kapcsolatok: – izoláció, magányosan él – különvált/özvegy/elvált – sérülékeny csoport	 ! ! !	 !	 ! ! !
Életkor/nem – férfi nem – serdülőkor – 35 év alatti életkor – időskor	 ! ! !	 ! !	 !

A Gyors Kockázati Áttekintő letölthető és nyomtatható a Függelékben megtalálható elérhetőségekről.

A nyomtatható fájl neve: Kockázati áttekintő_A4_ff

Nyomtatási paraméterek:

- szín: fekete-fehér
- méret: A/4

A nyomtatható fájl neve: Kockázati áttekintő_A4_color

Nyomtatási paraméterek:

- szín: színes
- méret: A/4

Kockázatlista (részletes)

ÖNGYILKOSSÁG, ÖNAGRESSZIÓ RIZIKÓFAKTORAI		
STATIKUS (NEM VÁLTOZTATHATÓ TÉNYEZŐK)	DINAMIKUS (JELENLEGI/IDŐLEGES) (KEZELENDŐ TÉNYEZŐK)	ELSŐDLEGES (PSZICHIÁTRIAI)
– Korábbi öngyilkossági kísérlet(ek)/önsértés – Szuicid előzmény a családban (Elsőfokú vagy másodfokú rokonok) – Súlyos testi betegség/fogyatékoság – Különvált/özvegy/elvált – Munkahely elvesztése/nyugdíjazás	– Öngyilkossági gondolatok – Öngyilkossági terv/szándék – Jelenleg fennálló súlyos, major mentális betegség (pl. depresszív epizód, bipoláris zavar, szkizofrénia) – Erős szorongás, agitáció, alvászavar – Reménytelen-ség/megküzdési mechanizmusok elégtelensége – Megterhelő életesemény a közelmúltban – Halálos módszerek könnyű elérhetősége (lőfegyver stb.)	– Jelenleg fennálló pszich. betegség • Affektív betegségek: ♦ bipoláris II > bipoláris I > unipoláris major depresszió ♦ agitált/kevert depresszió súlyos depresszió, reménytelenség, alvászavar ♦ komorbid szorongásos betegség ♦ komorbid alkohol- illetve drogbetegség ♦ ciklotím/hipertím/depresszív temperamentum ♦ impulzív/agresszív személyiségvonások megküzdési mechanizmusok elégtelensége ♦ komorbid személyiségzavar (főleg borderline) ♦ mánia (diszfóriás/kevert) • Szkizofrénia • Alkohol/gyógyszer/drog/nikotin abúzus/addikció, szerencsejáték-függőség – Megelőző/korábbi öngyilkossági kísérlet(ek)/önsértés – Szuicid előzmény a családban az 1. vagy 2. fokú rokonok között – Kórházból való elbocsátást követő időszak – Az öngyilkossági szándék/halál-vágy kommunikációja (búcsúzkodás, végrendekezés stb.)

ÖNGYILKOSSÁG, ÖNAGRESSZIÓ RIZIKÓFAKTORAI	
MÁSODLAGOS (PSZICHO-SZOCIÁLIS)	HARMADLAGOS (DEMOGRÁFIAI)
– Kora gyermekkori negatív életesemények (fizikai/szexuális abúzus, szülő halála, válás stb.) – Impulzív, agresszív, személyiségvonások – major affektív betegség nélkül – Ciklotím, hipertím, depresszív temperamentum – major affektív betegség nélkül – Izoláció/különvált/özvegy/elvált – Súlyos testi betegség (krónikus fájdalom, mozgáskorlátozottság, stb.) – Munkanélküliség, komoly anyagi problémák (munkahely elvesztése/nyugdíjazás) – Súlyos akut negatív életesemények, megterhelő életesemény a közelmúltban – Dohányzás – Halálos eszközök könnyű elérhetősége (fegyver, magas ház, mérgek stb.)	– Férfi nem – Serdülőkor (fiúk) – Idős kor (mindkét nem) – Sérülékeny csoportok (öngyilkosok hozzátartozói, homo- vagy biszexualitás, bevándorlók, börtönlakók stb.) – Nagyobb kockázatú időszakok (tavasz/kora nyár, a hét első napjai, premenstruum, férfiaknál születésnap)

HETEROAGRESSZIÓ, ERŐSZAKOS VISELKEDÉS RIZIKÓFAKTORAI	
STATIKUS (NEM VÁLTOZTATHATÓ TÉNYEZŐK)	DINAMIKUS (JELENLEGI/IDŐLEGES) (KEZELENDŐ TÉNYEZŐK)
– Erőszakos cselekmény(ek) az előzményekben – Férfi nem – 35 év alatti életkor – Előzményekben: • bűnügy • állatkínzás • agresszív magatartás • gyermekkori abúzus, agresszív bűncselekmény elszenvetője – Szerepzavar/Szerepkonfliktus (stresszkeltő életesemény, változás, amellyel nem tud megbirkózni) – Anamnézisben: • alkohol/drog/nyugtató abúzus/addikció • szkizofrénia, mánia • antiszociális személyiségzavar	– Környezetre irányuló agresszív szándék – Verbális agresszió – Hozzáérés bármilyen fegyverhez – Súlyos, kezeletlen mániás állapot – Szkizofrénia, paranoid gondolatok/téveszmék – Erőszakra buzdító hallucinációk – Düh, agitáció, frusztráció – Erőszakos gondolatok – Szexuális abúzus vulnerábilis személyekkel szemben, vagy nem konszenzuális szexuális kapcsolat erőltetése – Önkontroll csökkenése – Erőszakos gondolatok – Jelenlegi alkohol/drog/nyugtató abúzus/addikció

**ELHANYAGOLÁS
ÖNELHANYAGOLÁS,
ÁLDOZATTÁ VÁLÁS
RIZIKÓFAKTORAI**

- Értelmi fogyatékoság
- Testi fogyatékoság
- Súlyos mozgáskorlátozottság
- Idős kor
- Addikciók:
 - kémiai (alkohol/kábítószer/nyugtatók/nikotin)
 - viselkedési
- Demencia
- Szkizofrénia, depresszió, mánia, kényszerbetegség
- Egyedül élő személy:
 - tartósan
 - ideiglenesen
- Hajléktalanság

A *Kockázatlista* letölthető és nyomtatható a Függelékben megtalálható elérhetőségekről az alábbi verziókban.

A nyomtatható fájl neve: Kockázatlista_A4_ff

Nyomtatási paraméterek:

- szín: fekete-fehér
- méret: A/4 – két oldalas

A nyomtatható fájl neve: Kockázatlista_A4_color

Nyomtatási paraméterek:

- szín: színes
- méret: A/4 – két oldalas

A nyomtatható fájl neve: Kockázatlista_A3_ff

Nyomtatási paraméterek:

- szín: fekete-fehér
- méret: A/3 – egyoldalas

A nyomtatható fájl neve: Kockázatlista_A3_color

Nyomtatási paraméterek:

- szín: színes
- méret: A/3 – egyoldalas

VIII.

FEJEZET

FÜGGELÉK

31. Mellékletek elérhetőségei, QR-kódok

Igazodva a pszichiátriai gondozók szakembereinek különböző igényeihez, a *Kockázatlista* és a *Gyors Kockázati Áttekintő* többféle méretben és formátumban került kialakításra, így a mindennapos gondozói tevékenységéhez mindenki megtalálhatja a számára leginkább megfelelőt.

Nyomtatott mellékletek

A nyomtatott tankönyv kivehető mellékletei:

Kockázatlista	B/4	színes	kétoldalas
Gyors Kockázati Áttekintő	B/4	színes	kétoldalas

Elektronikus mellékletek

A *Kockázatlista* és a *Gyors Kockázati Áttekintő* a felhasználók számára elektronikusan is elérhetőek. Ezek a dokumentumok bármilyen adathordozóra, tabletre, okostelefonra stb. letölthetőek, illetve nyomtathatóak.

Kockázatlista	A/4	színes	kétoldalas
Kockázatlista	A/4	fekete-fehér	kétoldalas
Kockázatlista	A/3	színes	egyoldalas
Kockázatlista	A/3	fekete-fehér	egyoldalas
Gyors Kockázati Áttekintő	A/4	színes	kétoldalas
Gyors Kockázati Áttekintő	A/4	fekete-fehér	kétoldalas

Az elektronikus mellékletek az ÁEEK oldalán (aEEK.hu) érhetőek el az EFOP-2.2.0-16-2016-00008 Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése projekt oldalon, melyet az alábbi úton lehet elérni:

Az elektronikus mellékletek elérési útja az ÁEEK weboldalán

Az aEEK.hu weboldalon a *Projektek* menüpontban a *2014-2020 fejlesztési időszak* alpontot kell választani, majd az *Emberi Erőforrás Fejleszt-*

tési Operatív Program (ERFA) pont alatt található meg az EFOP-2.2.0-16-2016-00008 projekt oldala.

<https://www.aEEK.hu/>

Projektek

2014-2020 fejlesztési időszak

Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (ERFA)

EFOP-2.2.0-16-2016-00008

Letölthető szakmai anyagok, eredménytermékek

Gyors elérési útvonal az ÁEEK weboldalán

A „Letölthető szakmai anyagok, eredménytermékek”-re kattintva a tankönyv elektronikus mellékleteinek tárhelye nyílik meg. Itt lehet kiválasztani a szükséges fájlt, aminek az előképe egy külön oldalon nyílik meg. Ezt követően a fájl letölthető illetve nyomtatható.

Az elektronikus mellékletek elérése QR-kóddal

A leggyorsabban QR-kód-olvasó programmal/alkalmazással lehet elérni a tankönyv elektronikus mellékleteit. Ez a kódolvasó már sok okostelefonra, tabletre gyárilag telepítve van, de számtalan változat tölthető le ingyenesen. Az elektronikus mellékletek elérhetőségének ellenőrzéséhez a szerkesztők a 'QR Scanner+' applikációt használták (Android).

QR-kódok:

Az elektronikus mellékletek
tárhelye a Google Driveban (mappa):



Az elektronikus mellékletek
tárhelye az ÁEEK aloldalán:



Kockázatlista
(A/4, színes, kétoldalas)



Kockázatlista
(A/4, fekete-fehér, kétoldalas)



Kockázatlista
(A/3, színes, egyoldalas)



Kockázatlista
(A/3, fekete-fehér, egyoldalas)



Gyors Kockázati Áttekintő
(A/4, színes, kétoldalas)



Gyors Kockázati Áttekintő
(A/4, fekete-fehér, kétoldalas)



A QR-kód leolvasása okostelefon/táblagép segítségével

- A kódolvasó szoftver megnyitásával a program aktiválja a készülék fényképezőjét.
- Tartsuk a kamerát a vonalkód fölé, és a négy sarokban lévő fehér rubrika közé illesszük be a QR képet.
- A mobiltelefonnal fókuszáljunk a leolvasni kívánt kódra, amely pár másodperc után élesen láthatóvá fog válni.
- Ekkor a készülék vagy automatikusan beolvassa a kódot, vagy meg kell nyomnunk a fényképezés gombot.
- Amikor a telefon integrálja a kódot, a képernyőn azonnal megjeleníti a tartalmat.

A QR-kód leolvasása számítógép segítségével

- Az asztali gép (PC) webkamerájával is beolvasható a QR-kód, melyhez a Code Two nevű ingyenes kódolvasó program telepítésére lesz szükség. E program számos képformátumot képes beolvasni (jpg, tiff, bmp, png stb.).
- A program megnyitása után a QR-kódra irányítsuk rá a webkamerát. Ha sikeres a beolvasás, azonnal meg fog jelenni a tartalom. Amennyiben nem sikerült, a képet próbáljuk pontosan beilleszteni a kamera látótávolságába.

Hasznos tipp a QR-kód leolvasásához

- Próbáljuk meg minél közelebbről beolvasni a kódot!
- Fontos, hogy minél élesebb képet csináljunk a kódról!
- A projekt megvalósítási időszakában a szerkesztők állnak az olvasó szíves rendelkezésére a **kepzes.pszichiatriaigondozo@aek.hu** emailcímen, és kérésre megküldik az igényelt dokumentumot.

32. Rövidítések jegyzéke

5-HIAA: 5-hydroxyindoleacetic acid

ACENDIO: The Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions

ADAS-Cog: Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale

ADHD: attention-deficit/hyperactivity disorder

ÁEEK: Állami Egészségügyi Ellátó Központ

AENTDE: The Spanish Association on Nursing Diagnoses

ALDH2, ADH1B: alkohol dehydrogenase 2, alkohol dehydrogenase 1B enzimek génjei and Outcomes

ASD: autism spectrum disorder

ASPD: antisocial personality disorder

BDNF: brain derived neurotrophic factor

BETA Projekt: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation

Bipolar I.: bipoláris I. betegség (depresszió-mánia)

Bipolar II.: bipoláris II. betegség (depresszió-hipománia)

BNO-10: A betegségek nemzetközi osztályozása (BNO) 10. revíziója

BTK: Büntető Törvénykönyv

CAGE-AID: CAGE Questions Adapted to Include Drug Use

CANTAB: Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery

CEDAR: Clinical decision-making and outcome in routine care for people with severe mental illness

COPD: chronic obstructive pulmonary disease

CSF marker: cerebrospinal fluid marker

DAST-10: Drug Abuse Screening Test 10-item

DE: Debreceni Egyetem

depr.: depresszió

Dg.: diagnózis

Diff. Dg.: differenciál diagnózis

DSc: Doctor Academiae Scientiarum Hungaricae

DSM-IV, DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual 4. illetve 5. kiadása

DST: dexamethazon szuppressziós teszt

- ECA:** National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area
- ECT:** Electroconvulsive Therapy
- EEG:** elektroenkefalográfia
- EFOP:** Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program
- EH:** esélyhányados
- EKG:** elektrokardiográfia
- GAD:** generalized anxiety disorder
- GDP:** Gross Domestic Product
- GDS:** Geriatric Depression Scale
- HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale
- HCR-20:** Historical-Clinical-Risk Management-20 item
- HDL:** high density lipoprotein
- HIV:** humán immundeficiencia-vírus
- HT:** hozzátartozó (biológiai)
- KMT:** Korai Mentális Teszt
- MAO:** monoamin-oxidáz
- MBCT:** Mindfulness Based Cognitive Therapy
- MDD:** major depressive disorder
- MDE:** major depressive episode
- med. habil. :** doctor medicinae habilitatus
- MMSE:** Mini-Mental State Examination
- MSc:** Magister Scientiæ
- mtsai:** munkatársai
- MVRAS:** MacArthur Violence Risk Assessment Study
- NAP:** Nemzeti Agykutatási Program
- NAPSA:** National Association of Adult Protective Services Administrators
- NASA:** National Aeronautics and Space Administration
- NCEA:** National Center on Elder Abuse
- NESARC:** National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
- NICE:** The National Institute for Health and Care Excellence
- NTR:** Nappali Terápiás Részleg

OCD: obsessive-compulsive disorder
OPAI: Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet
OPRM1: opioid receptor mu 1 gene
OSAS: obstructive sleep apnea syndrome
PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale
Ph.D: Philosophiæ Doctor
PPAR: peroxisome proliferator-activated receptor
PTE: Pécsi Tudományegyetem
PTSD: posttraumatic stress disorder
QOL: quality of life
RARHA: reducing alcohol related harm
RDC: research diagnostic criteria
SADHART: The Sertraline Antidepressant Heart-Attack Randomized Trial
SADQ-C: Severity of Alcohol Dependence Questionnaire
SAPROF: Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk
SBO: Sürgősségi Betegellátó Osztály
SMART: Specific Measurable Achievable Relevant Time-bound
SMI: serious mental illness
SOAPP-R: Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain–Revised
SOGS: South Oaks Gambling Scale
SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography
SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
START: Short-Term Assessment of Risk and Treatability
SUD +/-: szerhasználati zavar van/nincs
SZH-: csak a komorbid szerhasználat nélküli esetekre számolva
SZH+: csak a komorbid szerhasználó esetekre számolva
SZTE: Szegedi Tudományegyetem
Th: terápia
TPH: Tryptophan Hydroxylase
TYM-HUN: Test Your Memory Magyar verzió
UK: United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland
WHO: World Health Organization

33. Tárgymutató

- abúzus:** 46, 70, 74, 97, 100, 101, 113, 117, 119, 122–126, 129, 168, 169, 174, 191, 192, 230, 233, 241, 253, 415, 419, 420, 444, 445, 447, 449, 473, 489, 490, 495, 496, 499, 506, 507, 508, 509, 510, lásd *fizikai abúzus*, *szexuális abúzus*
- addikció:** 70, 176, 201–208, 229, 445, 489, 496, 499, 501, 505, 506, 508, 510, 511
- affektív temperamentum:** lásd *temperamentum*
- agresszív (erőszakos) magatartás:** 11, 13, 30, 31, 40, 93–108, 139, 147, 156, 157, 228, 230, 234, 241, 242, 244, 417, 418, 424, 428, 466, 467, 474, 480, 494, 499, 506, 510,
- agyi stroke:** 249, 500
- alapelv:** 33, 37, 38, 43, 44, 56, 128, 261, 411, 412, 423, 424, 463,
- áldozattá válás:** 11–14, 100, 101, 113, 118, 159, 181, 220, 239, 141, 253, 154, 371, 419, 424, 466, 473, 431, 440–448, 480, 482, 500–505, 511, 527
- alkoholbetegség:** 13, 46, 65, 70–76, 115, 168, 171, 172, 237, 254, 433, 484–488, 500, 505, 508
- alvászavar:** 53, 70, 115, 135, 166, 167, 168, 170, 172, 178, 192, 193, 197, 415, 419, 441, 486, 488, 505, 508
- Alzheimer-kór:** 212, 213, 216, 221
- autizmus spektrum zavar (ASD):** 231, 239–242, 518
- biomarker:** 211, 220, 221
- bipoláris zavar:** 13, 17, 23, 25, 48, 52, 54, 65, 70–77, 85, 95, 96, 147, 165–181, 242, 249–255, 168, 191, 415, 417, 457, 484–488, 508, 518
- borderline személyiségzavar:** 48, 70, 76, 100, 168, 171, 227–229, 233–237, 243, 488, 496, 508
- bullying:** 32, 240, 241, 492
- COPD:** 193, 194, 518
- DAST-10:** 208, 514
- demencia:** 32, 114–116, 205, 211–222, 469, 500–506, 511
- dependencia:** 168, 489, 499
- depresszió:** 13, 19, 21–23, 31–33, 46–48, 51, 52, 64–85, 115, 116, 121, 140, 154, 155, 160, 165–181, 414–419, 465, 466, 428–447, 484–488, 500–505, 508, 511, 518
- diagnózis:** 31, 73, 76, 101, 132, 136, 155, 162, 168, 189, 191, 216, 220, 221, 232, 234, 242, 248,

- 253, 256, 413–417, 428–433, 436, 438, 440–444, 446, 451, 518
- Diogenész-szindróma:** 114, 115, 220, 420, 469
- diszfóriás mánia:** 168, 169, 171,
- drog, drogbetegség:** 13, 16, 17, 46, 70, 73, 76, 86, 119, 160, 162, 172, 176, 191–205, 215, 248, 415, 418, 432–436, 465, 484–489, 496, 499, 505–510
- DSM-5:** 227, 501, 518
- DSM-IV:** 227, 514
- egészségügyi és szociális ellátórendszer:** 83, 105, 118, 162, 464, 467
- életminőség (QOL):** 33, 66, 188, 192, 195–197, 204, 207, 215, 248, 256, 413, 484, 491
- életveszély:** 44, 52, 56, 413, 463
- elhanyagolás:** 46, 100, 107, 108, 113–126, 220, 242, 253, 418, 419, 424, 470, 480, 482, 500, 503, 504
- epidemiológia:** 23, 95, 167, 188, 253, 473
- fájdalom:** 23, 70, 120, 194, 202, 204, 207, 250–253, 473, 441, 484, 491, 509
- figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD):** 25, 100, 229, 236–244, 496, 518
- fizikai abúzus:** 70, 74, 100, 123, 169, 174, 241, 507, 509
- fogyatékoság:** 46, 484, 491, 500, 505, 508, 511
- fontossági sorrend:** 48, 49, 59, 463
- garázdaság:** 494
- gén-környezet:** 23, 67, 69, 97
- gyermekkor:** 19, 32, 46, 47, 69, 70, 74, 75, 97, 99, 100, 101, 104, 173, 174, 190, 239, 253, 418, 432, 466, 467, 490, 494, 495, 507, 509, 510
- Gyors Kockázati Áttekintő:** 482, 504, 507, 514–517
- hallucináció:** lásd *hanghallás*
- hanghallás:** 31, 93, 101, 102, 120, 154, 435, 466, 498, 506, 510
- hangulatzavar:** 32, 72, 165–168, 170–172, 175–177, 181, 187, 189, 190, 192, 253–255, 473
- HAM-D:** 515
- HCR-20:** 104, 467, 515
- heteroagresszió:** 13, 14, 93, 94, 97, 104, 128, 136, 139, 153–156, 187, 190–195, 253, 254, 417, 424, 434, 440–447, 467, 473, 480, 482, 494–497, 502–506, 510
- hipománia:** 168, 171, 419, 518
- hoarding:** 115, 469, 501

- idős kor:** 66, 71, 119, 174, 500, 509, 511
- impulzivitás:** 54, 93, 97, 100, 102, 130, 161, 167, 176, 228–232, 237, 243, 498
- intoxikáció:** 168, 180, 499
- inszomnia:** lásd *alvászavar*
- izoláció:** 66, 70, 74–77, 115, 117, 169, 174, 191, 253, 450, 484, 491, 507, 509
- jog:** 14, 33, 39, 41, 105, 107, 108, 119, 120, 123, 125, 144, 176, 181, 208, 413, 459, 469, 502
- jogi kérdések:** 208
- jogszabály:** 39, 41, 107, 181
- kényszerbetegség:** 115, 235, 240, 419, 488, 501, 511
- klaszter:** 227–235
- kockázatbecslés:** 20, 27, 29–46, 50, 52, 56, 94, 103, 105, 143, 144, 147, 148, 151, 217, 227–238, 411–413, 417, 419, 420, 423, 424, 426, 427, 455–460, 462, 463, 470, 472–474, 527
- kockázati szint:** 37, 38, 41, 412
- kockázatkezelési terv:** 33–43, 47, 49–56, 105, 145, 148, 412, 430, 437, 439–442, 450, 458, 463, 482
- Kockázatlista:** 38, 45, 144, 477, 479–483, 503, 504, 508, 514–517, 527,
- kognitív zavar:** 117, 154, 212, 214–219
- kommunikációs:** 40, 41, 44, 70, 72, 86, 106, 125, 127, 131–140, 148, 220, 225, 240, 241, 440, 442, 465, 469, 471, 489, 506, 508, 526
- komorbiditás:** 26, 46, 76, 95, 70, 76, 96, 102, 168, 171–173, 176–179, 190, 192, 195, 203–208, 226, 228, 233, 234, 239, 240–244, 247–256, 415, 417, 457, 472–474, 488, 505, 508, 520
- kóros gyűjtögetés:** lásd *hoarding*
- krízis:** 52, 54, 69, 79, 128–135, 441, 459
- krízisintervenció:** 80, 85, 127–135, 420, 464, 466
- major depresszió:** lásd *depresszió*
- mánia:** 70, 157, 168–172, 177, 214, 488, 496, 501, 505, 508, 510, 511, 518
- MBCT:** 20, 519
- megelőzés:** 13, 14, 24, 29, 35, 54, 79–86, 94, 105, 120, 124, 125, 139, 153, 159–162, 165, 175, 177, 196, 201, 202, 217, 242, 256, 428, 458, 459, 461–467, 481, 485, 494,
- megvonási szindróma:** 499
- mentális retardáció:** 96, 115, 500

- mozgáskorlátozottság:** 70, 205, 484, 491, 500, 505, 509, 511
- MVRAS:** 95, 101, 515
- neurodevelopmentális zavar:** 25, 239–244
- nikotin:** 70, 202, 203, 489, 501, 508, 511
- obszesszív-kompulzív zavar (OCD):** 188, 191, 469, 500, 501, 516
- oligofrénia:** 500
- önelhanyagolás:** 11, 13, 14, 30, 47, 104, 113–119, 123, 124, 158, 181, 187, 191, 192, 220, 253, 419, 424, 467, 469–474, 440–451, 480, 482, 500–504, 511, 527
- önellátás elégtelensége:** 118
- öngyilkosság:** 11, 13, 23, 24, 29–32, 46–48, 52, 56, 63–87, 104, 134–136, 144, 153–155, 159, 161, 165, 167–182, 188–190, 195, 197, 203–206, 214, 228–238, 239, 242, 243, 252–255, 413–416, 420, 421, 424, 425, 428, 433, 435, 437, 438, 441–444, 450, 451, 457, 464–467, 472, 473, 480–494, 503, 504, 506–508, 509, 527, 528
- öngyilkossági veszély:** 24, 32, 79, 84, 86, 134–136, 171, 182, 254, 438, 451, 464, 473, 480, 528
- önsértés:** 11, 31, 48, 67, 70, 104, 129, 136, 161, 168, 233, 234, 228, 419, 433, 450, 467, 483, 489, 506, 508
- pánikbetegség:** 22, 188, 248, 428, 429, 433, 441, 486, 488
- PANSS:** 520
- paranoid:** 100, 101, 132, 155, 158, 176, 231–237, 214, 236, 431, 466, 496, 497, 510
- pozitív kockázatkezelés:** 32, 33, 37, 38, 41, 147, 412
- prediktor:** 52, 68, 76, 99, 230, 494
- premenstruum:** 75, 71, 495, 509
- prevenció:** 13, 22, 23, 66, 73, 77, 80–86, 126, 153, 160, 165, 170, 177, 178, 187, 195, 238, 464–466
- protektív faktor (védő faktor):** 78, 86, 103–106, 147, 159, 160, 170, 175, 195, 241, 413, 424, 443, 464, 466, 468, 474, 527
- pszeudodemencia:** 211, 213–215
- pszichometriai teszt:** 211, 216, 217
- pszichoszociális:** 24, 64, 67, 69, 74, 95, 98, 101, 165, 167, 169, 170, 174, 177, 201, 250, 250, 255, 464, 473
- PTSD:** 188, 191, 195, 189, 488, 516
- RARHA:** 26, 520

- Ringel-féle preszuicidális szindróma:** 135
- rizikófaktor:** 69–77, 83, 93–98, 101–106, 113, 116, 144, 154, 167–176, 187–194, 206, 217, 218, 229, 240–244, 247–254, 415, 418, 464–474, 480–497, 500, 503, 505, 508–511
- Rövid Beck Reménytelenség Skála:** 484, 486, 488, 491
- SADHART:** 216, 252
- SADQ-C:** 207, 520
- serdülőkor:** 31, 47, 73, 75, 82, 129, 154, 179, 226, 493, 507
- SMART:** 43, 49, 56, 146, 520
- SSRI:** 116, 136, 178, 196, 250, 252, 255, 520
- START:** 104, 466, 467, 520
- stressz:** 17, 34, 38, 46, 52, 69, 74, 75, 95, 98, 105, 172–174, 181, 187, 188, 193, 196, 202, 204, 233–236, 250, 269, 415, 432, 442, 496, 506, 510
- szándékos önsértés:** lásd *önsértés*
- személyiségvonások:** 46, 68, 70, 74, 100, 168, 170, 173, 204, 228–235, 419, 488, 491, 505, 508, 509
- személyiségzavar:** 46, 48, 70, 76, 93, 99–102, 118, 168, 171, 173, 176–179, 190, 225–240, 243, 244, 417–419, 437, 466, 488, 496, 505, 508, 510
- szerencsejáték-függőség:** 70, 203, 206, 486, 489, 501, 505, 508
- szexuális abúzus:** 46, 70, 74, 123, 169, 174, 233, 253, 490, 499, 507, 509, 510
- szexualitás:** 71, 75, 493, 509
- szezonalitás:** 65, 66,
- szkizofrénia:** 13, 17, 23, 24, 25, 48, 73, 94, 95, 118, 154, 158, 161, 230, 157, 419, 457, 469, 484, 486, 496, 497, 505, 506, 508, 510
- szorongás:** 17, 22, 23, 48, 70, 76, 117, 121, 128, 131, 134, 135, 140, 158, 167, 168, 171, 173, 178, 187–197, 220, 226, 229, 235, 240, 243, 247–250, 253, 255, 419, 433, 438, 441, 446, 450, 471, 472, 486, 488, 498, 501, 505, 508
- szuicídium:** lásd *öngyilkosság*
- temperamentum:** 68, 70, 74, 77, 78, 168, 173, 488, 491, 505, 508, 509
- unipoláris depresszió:** lásd *depresszió*
- válás:** 55, 70, 74, 75, 98, 100, 129, 169, 174, 177, 191, 490, 496, 507, 509
- védő faktor:** lásd *protektív faktor*

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS ÉS UTÓSZÓ

Igazi csapatmunka áll amögött, hogy ezt a tankönyvet jelen formájában a kezünkben tartjuk. A borítón feltüntetett szerkesztők és a szerzők munkáján túl számos kolléga közvetett vagy közvetlen támogatására és segítségére volt szükség, melyért köszönet illeti az ÁEEK projektmenedzsmént részéről Dr. Borbára Marcell projektmenedzsert, Nagy Krisztina pénzügyi vezetőt, Oláh Beáta projekt koordinátort, Ferenczy Fanni pénzügyi koordinátort; a projektmenedzsereket a konzorciumi partnerek részéről Katona Gergely (DE), Jancsó László (SZTE), illetve Dudás Kószó Katalin és Bayer Gábor (PTE) személyében.

A szakmai stáb együttműködése nélkülözhetetlen hozzájárulást nyújtott a tankönyv készítése során. Köszönjük a szakmai irányítók Dr. Balczár Lajos (Továbbképzési Alprojekt) és Dr Silling Tibor (Nappali Terápiás Részleg Alprojekt) értékes észrevételeit, Dr. Németh Attila PhD – a jelen tankönyv I–III. fejezeteinek, illetve a pszichiáter rezidensek számára készült tananyag vonatkozásában végzett- lektori munkáját, Dr. Frecska Ede PhD. med. habil (DE) , prof. Dr. Kálmán János PhD., DSc. (SZTE), prof. Dr. Fekete Sándor PhD. med. habil (PTE), a konzorciumi partnerek szakmai vezetőinek a kritikus észrevételeket, kiegészítő javaslataik nélkülözhetetlennek bizonyultak. További köszönet illeti prof. Dr. Tényi Tamás PhD., med. habil, MTA doktora (PTE) szakmai vezetőt a kézirat zárását követően a továbbképzések és a workshopok lebonyolításában nyújtott szakmai segítségéért és támogatásáért.

Ezúton köszönjük meg Dr. Wernigg Róbert és Dr. Szekeres György szakértői közreműködését a Kockázatbecslés Alprojektben, Koppány Katalin (projekt szakmai koordinátor), Király Rita (senior szakmai koordinátor), Bajzáth Gabriella (kommunikációs koordinátor) és Király Zsófia (szakmai vezetői asszisztens) áldozatos és segítő háttérmunkáját, és végül Fazekas Julianna (kiadványszerkesztő) hatalmas segítségét, melyet

a tankönyv végső formájának kialakításában és nyomdai előkészítésében nyújtott.

Külön köszönet illeti Dr. Blazsek Pétert, aki már a projekt előkészítő fázisában körvonalazta, illetve a későbbiekben, mint a Kockázatbecsülés Alprojekt vezetője lefektette a tankönyv alapjait. És köszönet azoknak a pszichiátriai és addiktológiai gondozókban dolgozó kollégáknak is, akik korai együttműködőként résztvettek már az első időkben a továbbképzéseken, és értékes visszajelzésekkel hozzájárultak a tankönyv formálódásához.

Reméljük, hogy e könyv tanulmányozása után az olvasó számos új, a gyakorlatban jól hasznosítható ismerethez jutott. Nyilvánvaló, hogy az öngyilkosságról szóló fejezetek a pszichiáter szakorvosok számára viszonylag kevés újat hozhatott, hiszen e tekintetben hazánkban az utóbbi 25–30 évben számos kongresszusi és CME továbbképző előadás mellett több tucatnyi kutatási eredményt publikáló közlemény, cikk, illetve könyv, könyvfejezet, valamint 2017-ben a „Felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése és ellátása” című hivatalos szakmai irányelv is megjelent. Bár az öngyilkossági rizikó- és protektív faktorok oktatása így a pszichiáter szakképzés és továbbképzések szerves részévé vált, a könyvünkben ismertetett *Kockázatlista* rutinszerű használata lényegesen csökkentette annak esélyét, hogy néhány, e tekintetben fontos adat feltárása a gyakorlatban elmarad. Ugyanakkor a pszichiátriai betegek esetleges heteroagressziójának felmérése és ellátása, valamint az önelhanyagolásról, illetve az áldozattá válásról szóló fejezetek olyan témákat tárgyalnak, amelyek a hazai pszichiátriai szakirodalomban eddig mostohán kezelt területek voltak.

Tudományos vizsgálatok igazolták – ahogy az a vonatkozó fejezetekben is olvasható –, hogy a napjainkban egyre gyakoribb érthetetlen, motiválatlan (sokszor tömeges) gyilkosságok, lövöldözések mögött – az esetek jelentős hányadában – kezeletlen pszichiátriai betegség, il-

letve alkohol- vagy drogprobléma áll, és ez a megelőzés szempontjából alapvető fontosságú. Az auto- és heteroagresszió rizikójának korai felismerése és megfelelő ellátása nemcsak a beteg, és tágabb értelemben az egész társadalom, hanem a betegellátó személyzetnek is érdeke, a heteroagresszív magatartás esetén ez egyben a személyzet fizikai biztonságát is szolgálja. Reméljük, hogy könyvünk hozzájárul ahhoz is, hogy a depresszió- és öngyilkossághoz hasonlóan e téren is meginduljanak a hazai tudományos vizsgálatok.

Örömteli előrelépés, hogy az öngyilkossági veszély rizikójának felmérése a pszichiátriai járóbeteg ellátás keretében elszámolható, kiegészítő eljárásaként történő befogadásának előkészítése zajlik. Minden elméleti ismeret hasznosíthatóságának próbája a gyakorlat, esetünkben ez a pszichiátriai betegeknél esetlegesen nemkívánatos komplikációk esélyének felismerése és a probléma megelőzése. Azt várjuk, hogy a képzésben részesült kolléganők és kollégák által ellátott területen csökkenni fog ezen események száma. Ennek nyomon követése, illetve monitorozása nem könnyű, de nem is lehetetlen feladat. Ebben nagy segítséget jelenhet a könyv olvasóitól és különösen a képzésben résztvevőktől kapott visszajelzés, amelyet a szerkesztők ezúton is köszönnek.

Kárpáti Tímea
Rihmer Zoltán
Vandlik Erika
Blazsek Péter

Valóban hiánypótló kötetet tart a kezében az olvasó! A szerzők olyan eszközöket adnak a kezébe, amelyek a pszichiátriai gondozási tevékenység egyes nehéz helyzeteiben nyújtanak segítséget. Hogyan becsüljük meg az öngyilkossági veszélyt vagy a heteroagresszió veszélyét? Hogyan jósolhatjuk meg, hogy betegünk áldozattá válhat-e vagy sem? Hogyan mérhetjük fel, hogy mennyire lesz képes saját magát nem elhanyagolni? Mindezek megfelelő felmérésén nagy horderejű klinikai döntések, és végső soron, ami a legfontosabb, betegek sorsa múlhat. Éppen ezért nagyon nagy a klinikus felelőssége ezeknek a döntéseknek a meghozatalában.

Ugyanakkor egészen a legutóbbi időkig hiányoztak azok az operacionalizált eszközök, amelyek egységesen, jól alkalmazható kritériumrendszer alapján segítenek a döntéshozatalban. A bemutatott eszközök egyszerűen használhatók és könnyen megtanulhatók, ezért pótolhatatlan segítséget jelentenek a fiatal, még kevés tapasztalattal bíró kollégáknak, de nem csak nekik! Segítenek minden kollégának a nehéz helyzetekkel kapcsolatos érzelmi terhek elviselésében, a gyorsabb, hatékonyabb munkavégzésben és a betegutak átláthatóságában. Minden klinikusnak és szakdolgozónak tiszta szívből ajánljuk ezt a kézikönyvet!

Dr. Purebl György

*Egyetemi docens, klinikai igazgatóhelyettes,
Simmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet
Elnök, Magyar Pszichiátriai Társaság*

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

• GYORS KOCKÁZATI ÁTTEKINTŐ •

RIZIKÓFAKTOROK, KOCKÁZATI TÉNYEZŐK	KOCKÁZATOK		
	Szuicídium	Hetero-agresszió	Áldozattá válás
JELENLEG (IDŐLEGESEN VAGY TARTÓSAN) FENNÁLLÓ TÉNYEZŐK			
JELENLEG FENNÁLLÓ PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉG			
• affektív betegségek:			
♦ depresszió	••		•
♦ komorbid szorongásos betegség	••		•
♦ komorbid alkohol-, illetve drogbetegség	••	•	•
♦ mánia	•	••	•
• szkizofrénia	••	•	•
• demencia			•
JELENLEG FENNÁLLÓ ADDIKCIÓ			
• alkohol, drog, nyugtató	••	•	•
• dohányzás	•		•
• viselkedési (szerencsejáték-függőség)	•		•
SZEMÉLYISÉG / SZEMÉLYISÉGVONÁSOK / TEMPERAMENTUM			
• impulzív, agresszív	••	•	
• ciklotím, depresszív, hipertím	••		
• személyiségzavar	••	••	
MEGKÜZDÉSI MECHANIZMUSOK ELÉGTELENSÉGE, EGYÉB ZAVAROK			
• reménytelenség	••		
• düh, frusztráció		•	
• agitáció	••	••	
• erős szorongás, alvászavar	••		•
JELENLEGI TESTI BETEGSÉG / FOGYATÉKOSSÁG			
• mozgáskorlátozottság	•		•
• súlyos testi betegség	•		•
• értelmi fogyatékoság		•	•
KOMMUNIKÁCIÓ / GONDOLATOK			
• öngyilkossági tervről / szándékról	••		
• verbális agresszió / gondolatok agresszív szándékról		•	
• erőszakra buzdító hallucináció		•	

SZÍNMAGYARÁZAT:

- **PIROS JEL** pszichiátriai ellátás / pszichiátriai gondozás keretében változtatható/kezelendő
- **KÉK JEL** nem változtatható / csak részlegesen változtatható / nem pszichiátriai kompetencia

• GYORS KOCKÁZATI ÁTTEKINTŐ •

RIZIKÓFAKTOROK, KOCKÁZATI TÉNYEZŐK	KOCKÁZATOK		
	Szuicídium	Hetero-agresszió	Áldozattá válás
ANAMNESZTIKUS, MÚLTBELI TÉNYEZŐK			
ANAMNÉZISBEN PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉG			
• kémiai addikció / abúzus (alkohol / drog / nyugtató)		•	
• „nagy” pszichiátriai kórkép:			
♦ szkizofrénia	•	•	
♦ affektív kórkép(ek)	•	•	
♦ demencia			•
KORÁBBI SZÁNDÉKOS AGRESSZIÓ			
• önagresszió / öngyilkossági kísérlet / önsértés	••	•	
• heteroagresszió / bűnügy / agresszív magatartás		•	
MEGTERHELŐ ÉLETESEMÉNY(EK) / SZEREPZAVAR			
• stresszkeltő életesemény a közelmúltban	•	•	
• súlyos, akut életesemény	•		
• kórházból való elbocsájtást követő időszak	••		
CSALÁDI, VAGY KORA GYERMEKKORI ELŐZMÉNYEK			
• szuicídium az 1. vagy 2. fokú rokonoknál	••		
• negatív életesemények (pl. szülők válása)	•		
• abúzus (fizikai / szexuális / bűncselekmény áldozata)	•	•	•
SZOCIÁLIS, DEMOGRÁFIAI TÉNYEZŐK			
SZOCIÁLIS KÖRNYEZET, TÁRSAS KAPCSOLATOK			
• izoláció, magányosan él	•		•
• különvált / özvegy / elvált	•		•
• sérülékeny csoport	•	•	•
ÉLETKOR/NEM			
• férfi nem	•	•	
• serdülőkor	•		
• 35 év alatti életkor		•	
• időskor	•		•

JELMAGYARÁZAT:

• • **jelentős figyelmeztető tényező**, fokozottabb figyelem és körültekintés szükséges

- önmagában nem rizikótényező, de más faktorok kockázati hatását felerősíti, illetve **több tényező együttesen akár jelentős kockázatot is hordozhat** a rizikóhatás összeadódása miatt

• KOCKÁZATLISTA •

ÖNGYILKOSSÁG, ÖNAGRESSZIÓ RIZIKÓFAKTORAI

ELSŐDLEGES (PSZICHIÁTRIAI)

- Jelenleg fennálló pszichiátriai betegség:
 - affektív betegségek:
 - ◆ bipoláris II > bipoláris I > unipoláris major depresszió
 - ◆ agitált / kevert depresszió, súlyos depresszió, reménytelenség, alvászavar
 - ◆ komorbid szorongásos betegség
 - ◆ komorbid alkohol-, illetve drogbetegség
 - ◆ ciklotím / hipertím / depresszív temperamentum
 - ◆ impulzív / agresszív személyiségvonások, megküzdési mechanizmusok elégtelensége
 - ◆ komorbid személyiségzavar (főleg borderline)
 - ◆ mánia (diszfóriás / kevert)
 - szkizofrénia
 - alkohol / gyógyszer / drog / nikotin abúzus / addikció, szerencsejáték-függőség
- Megelőző/korábbi öngyilkossági kísérlet(ek)/önsértés
- Szuicid előzmény a családban az 1. vagy 2. fokú rokonok között
- Kórházból való elbocsátást követő időszak
- Az öngyilkossági szándék / halálvágy kommunikációja (búcsúzkodás, végrendelkezés stb.)

MÁSODLAGOS (PSZICHO-SZOCIÁLIS)

- Kora gyermekkori negatív életesemények (fizikai / szexuális abúzus, szülő halála, válás stb.)
- Impulzív, agresszív személyiségvonások major affektív betegség nélkül
- Ciklotím-, hipertím-, depresszív temperamentum major affektív betegség nélkül
- Izoláció / különvált / özvegy / elvált
- Súlyos testi betegség (krónikus fájdalom, mozgáskorlátozottság stb.)
- Munkanélküliség, komoly anyagi problémák (munkahely elvesztése / nyugdíjazás)
- Súlyos akut negatív életesemények, megterhelő életesemény a közelmúltban
- Dohányzás
- Halálos eszközök könnyű elérhetősége (fegyver, magas ház, mérgek stb.)

HARMADLAGOS (DEMOGRÁFIAI)

- Férfi nem
- Serdülőkor (fiúk)
- Idős kor (mindkét nem)
- Sérülékeny csoportok (öngyilkosok hozzátartozói, homo- vagy biszexualitás, bevándorlók, börtönlakók stb.)
- Nagyobb kockázatú időszakok (tavasz / kora nyár, a hét első napjai, premenstruum, férfiaknál születésnap)

SZÍNMAGYARÁZAT:

- **PIROS SZÖVEGSZÍN** pszichiátriai ellátás / pszichiátriai gondozás keretében változtatható/kezelendő
- **KÉK SZÖVEGSZÍN** nem változtatható / csak részlegesen változtatható / nem pszichiátriai kompetencia

• KOCKÁZATLISTA •

HETEROAGRESSZIÓ, ERŐSZAKOS VISELKEDÉS RIZIKÓFAKTORAI

STATIKUS (NEM VÁLTOZTATHATÓ TÉNYEZŐK)

- Erőszakos cselekmény(ek) az előzményekben
- Férfi nem
- 35 év alatti életkor
- Előzményekben:
 - ◆ bűnügy
 - ◆ állatkínzás
 - ◆ agresszív magatartás
 - ◆ gyermekkori abúzus, agresszív bűncselekmény elszenvedője
- Szerepzavar / szerepkonfliktus (stresszkeltő életesemény, változás, amellyel nem tud megbirkózni)
- Anamnézisben:
 - ◆ alkohol / drog / nyugtató abúzus / addikció
 - ◆ szkizofrénia, mánia
 - ◆ antiszociális személyiségzavar

DINAMIKUS (JELENLEGI / IDŐLEGES / KEZELENDŐ TÉNYEZŐK)

- Környezetre irányuló agresszív szándék
- Verbális agresszió
- Hozzáférs bármilyen fegyverhez
- Súlyos, kezeletlen mániás állapot
- Szkizofrénia, paranoid gondolatok / téveszmék
- Erőszakra buzdító hallucinációk
- Düh, agitáció, frusztráció
- Erőszakos gondolatok
- Szexuális abúzus vulnerábilis személyekkel szemben, vagy nem konszenzuális szexuális kapcsolat erőltetése
- Önkontroll csökkenése
- Erőszakos gondolatok
- Jelenlegi alkohol / drog / nyugtató abúzus / addikció

ELHANYAGOLÁS, ÖNELHANYAGOLÁS, ÁLDOZATTÁ VÁLÁS RIZIKÓFAKTORAI

- Értelmi fogyatékoság
- Testi fogyatékoság
- Súlyos mozgáskorlátozottság
- Idős kor
- Addikciók:
 - ◆ kémiai (alkohol / kábítószer / nyugtatók / nikotin)
 - ◆ viselkedési
- Demencia
- Szkizofrénia, depresszió, mánia, kényszerbetegség
- Egyedül élő személy:
 - ◆ tartósan
 - ◆ ideiglenesen
- Hajléktalanság