

Az önpusztító viselkedés kezelésének irányelvei

(Self-harm NICE July 2004 és April 2011)

Bevezetés

Az önsértés és öngyilkossági veszélyeztetettség önmagában nem betegség, hanem olyan állapot, amelynek megelőzése és felmérése rendkívül fontos, ezért ezeket az alapelveket és módszereket az alábbiakban részletesen ismertetjük. Az önsértéshez kapcsolódó mentális betegségek (depresszió, szorongások, személyiségzavar pszichotikus állapot) ellátásában az adott betegség NICE protokollja szerint szükséges eljárni

1. Javaslatok az egészségügyi ellátás minden szintje számára

Általános elvek:

- a pácienshez mindig tisztelettel és törődéssel forduljunk
- az önsértéssel összefüggésbe hozható veszély-, stresszforrásokról készítsük el a legrészletesebb beszámolót
- a páciens számára tegyük választhatóvá, hogy milyen nemű szakember vegye fel vele az első interjút és / vagy kezelje a későbbiekben (amennyiben nincs lehetőség a kezelő nemének megválasztására, magyarázzuk el azt, hogy miért nincs rá lehetőség)
- kérjük meg a páciens, hogy mondja el saját szavaival miért követett el öngyilkossági kísérletet
- vonjuk be a páciens a döntéshozásba; lássuk el információval a kezelési lehetőségekkel kapcsolatban
- beleegyezés / hozzájárulás szükséges:
 - a mentális állapot felméréséhez (heteroanamnézis felvételéhez)
 - informált beleegyezés a betegtől minden kezelés, beavatkozás megkezdése előtt (beleértve a hospitalizációt)
 - ha a páciens mentálisan nem beszámítható, akkor mindig a számára legmegfelelőbb beavatkozást kell választani, mégha ez ellenkezik is a kívánságával (beleértve a hospitalizációt is, mégha a páciens vissza is utasítja)
 - minden új kezeléshez kíséreljük meg elnyerni a páciens beleegyezését (a páciens mentális állapota folyamatosan változhat a kezelés során)
- amennyiben a páciens szeretné, a családtagok vagy barátok is részesülhetnek támogatásban a kezelés időtartama alatt
 - a pszichoszociális felméréshez általában szükséges némi időt egyedül eltölteni a pácienssel
 - a hozzátartozóknak szükségük lehet támogatásra

2. Az önsértés kezelése az alapellátásban

Fontos, hogy elfogadóan és megértően, de gyorsan mérjük fel az öngyilkossági veszélyállapot súlyosságát. A későbbi önsértés kockázati tényezőinek felmérésekor fontos figyelembe venni:

- fenn áll-e depresszió (pl. Beck Depresszió Kérdőív)?
- milyen mértékű a reménytelenség (pl. Beck Reménytelenség Skála)?
- van-e öngyilkossági szándék (pl. Beck Szuicid Gondolatok Skála)?

A felmérés eredményéről tájékoztassuk a szakrendelés vagy a krízis osztály munkatársait.

Önsértés, önmérgezés

Amennyiben a páciensnél fennáll az önsértés vagy önmérgezés veszélye akkor a krízis osztályos ellátás a cél, ha nem érhető el a közelben krízis osztály, akkor beszéljünk egy krízis tanácsadóval. Megfontolandó a kezelés azonnali megkezdése és a minták (pl. felhalmozott gyógyszer) begyűjtése. Vegyük figyelembe, hogy sok ember nem emlékezik arra, hogy milyen gyógyszereket vett be!

Amikor a páciens az ambulanciáról a krízis osztályra megy át, akkor megfelelő kísérő személyre van szüksége amennyiben:

- jelenleg is fennáll az önsértés kockázata
- a páciens vonakodott elfogadni a kezelést
- a páciens nagyon zaklatott

A kísérő személy abban az esetben is fontos, ha bizonytalan a krízis konzulens elérhetősége.

Amennyiben nem indikált a krízis osztályt azonnal értesíteni, a pszichiátriai ellátás felé kell irányítani a páciens. A döntés meghozatalához alaposan fel kell mérni a szuicid veszélyeztetettségét. A felmérés során a következő szempontokat kell figyelembe venni:

- az önértés szociális és pszichológiai aspektusát
- a mentális egészséget és a szociális szükségleteket
- a reménytelenséget (pl. Beck Reménytelenség Skála)
- a szuicid szándékot (pl. Beck Szuicid Gondolatok Skála).

Amennyiben elkészült a mindenre kiterjedő felmérés azt el kell küldeni a lehető leggyorsabban a szakellátás számára.

Fel kell mérni, hogy a páciens esetén fennáll-e az önmérgezés kockázata? A következő kockázati tényezőkre kell rákérdezni:

- volt-e korábban már önmérgezéses kísérlete?
- jelenleg fennáll-e önmérgezés kockázata?
- együtt él-e valakivel, akinél felmerül az önmérgezés kockázata?

Mindig olyan gyógyszert írjunk fel, amely a legkevésbé veszélyes túladagolás esetén. Amennyiben fennáll az önmérgezés kockázata, abban az esetben kevesebb gyógyszert írjunk fel a betegnek mint máskor.

3. Pszichoszociális felmérés

A szuicid szándék és kockázatok felmérése a terápiás folyamat része, miközben fontos a páciens megértése és elköteleződésének elnyerése. A szuicid szándék és veszélyeztetettség felmérést mindenképp mentális egészségügyi szakember kell, hogy végezze. Ez a következőkre kell, hogy kiterjedjen:

- a szociális, pszichológiai és motivációs kockázati tényezők
- aktuális szándék súlyossága (pl. Beck Szuicid Gondolatok Skála)
- reménytelenség mértéke (pl. Beck Reménytelenség Skála)
- a mentális egészségügyi és szociális szükségletek felmérése.

A kockázatok felmérését mentális egészségügyi szakember végzi. A felmérés során azonosítani kell azokat a fő klinikai és demográfiai jellemzőket, amelyek kockázati tényezők lehetnek a későbbi önsértés és / vagy öngyilkosság szempontjából. Továbbá azonosítani kell azokat a kulcsfontosságú pszichológiai jellemzőket, amelyek kockázati tényezőt jelentenek:

- depresszió
- reménytelenség
- folyamatos szuicid szándék

Csak olyan standardizált kockázatbecslő skálákat használjunk, amelyek segítenek azonosítani azokat a magas kockázati tényezőket, amelyek az ismétlődő önsértő vagy öngyilkossági magatartással kapcsolatba hozhatók (pl. Beck Reménytelenség Skála, Beck Szuicid Gondolatok Skála, Beck Depresszió Kérdőív).

A szükségletek és kockázatok felmérése után integráljuk a kapott adatokat. Készítsünk róla írásos feljegyzést, amit a pácienssel is osszunk meg. Amennyiben a páciens valamivel nem ért egyet ajánljuk fel neki, hogy azt írja bele a feljegyzésbe. Az elkészített dokumentációt küldjük el a házi orvosnak és minden fontos mentális egészségügyi szolgáltatónak, aki ezáltal képes nyomon követni betege állapotát.

4. A betegfelvétel, a betegellátás, az utánkövetés és a dokumentálás pszichoszociális vonatkozásai

A kezelési lehetőségekről a pácienssel közösen döntsünk.

- Beszéljük meg a kezelési lehetőségeket és a páciens preferenciáit. Adjunk a páciensnek idevonatkozó írásbeli tájékoztatót.
 1. Ha ez nem lehetséges, mert csökkent a mentális kapacitás és / vagy jelentős mentális betegség áll fenn, akkor ezt magyarázzuk el a páciensnek (rögzítsük a dokumentációban), vagy várjunk egy napot és térjünk rá vissza másnap.
 2. Ha a páciens nagyon feszült vagy feltételezhetően az otthona nem biztonságos vagy túl nehéz számára a pszichoszociális felmérésben való részvétel, akkor várjunk egy napot és térjünk rá vissza másnap.

3. A betegfelvétel és a betegellátás során szükséges alapvető döntések meghozatalához olyan átfogó felmérésre van szükség, amely magában foglalja a páciens szuicid veszélyeztetettségi szintjének és a kockázati tényezőknek az együttes felmérését. A felmérésről írásos dokumentációt készítsünk. A háziorvost és bármely fontos mentális egészségügyi szolgáltatót tájékoztatjuk a kezelési tervről, amilyen gyorsan csak lehet.

4. A páciens további felmérése és kezelése javasolt az önsértést kiváltó problémákkal összefüggésben: a klienst megvizsgálva fenn áll-e annak a veszélye, hogy az önsértést vagy öngyilkossági kísérletet megismétli?

a. Hospitalizáció és intenzív pszichoterápiás ellátás kombinálása + a beteg utánkövetése

Az intenzív terápiás intervenciónak biztosítani kell lehetőség szerint a terápia könnyű elérhetőségét, telefonos elérhetőséget, míg a beteg utánkövetése azt jelenti, hogy ha a beteg nem jelenik meg a megbeszélte időpontban, akkor a kezelő "utánanyúl" a betegnek. Az intenzív pszichoterápiás ellátásnak és a beteg utánkövetésének legalább három hónapig kell folytatódnia.

b. Problémamegoldó készségek fejlesztése egyéni vagy csoportos formában: részletesebben ld. ajánlott irodalom.

c. Dialektikus viselkedésterápia (DBT) elindítása borderline személyiségzavarban szenvedő betegek számára.

5. Az idős betegek kezelésének specifikumai

Az időskorú önsértést elkövetett személyek állapotának felméréséhez tapasztalt egészségügyi személyzetre van szükség.

- Kövesse ugyanazokat az elveket, mint amit az aktív korúak felmérésénél leírtunk, de vegyen figyelembe néhány speciális kérdést:
 1. a depresszió lehetőségét
 2. kognitív leépülést
 3. szomatikus betegségeket
 4. a szociális és lakhatási helyzetét
- Legyen tudatában annak, hogy 65 év felett minden önsértő magatartást az öngyilkossági szándék bizonyítékának kell tartani, amíg be nem bizonyosodik az ellenkezője! Minden esetben ellenőrizze a páciens
 1. mentális egészségét
 2. a kockázati (reménytelenség, depresszió) tényezőket és a szuicid szándékát
 3. és kísérje figyelemmel a mentális állapotban és a kockázati tényezőkben bekövetkezett változást.

6. Az önsértés kezelése és hosszútávú terápiája

6.1. A kezelés célja

A kezelési terv kialakítása során fontos az önsértést elkövető személlyel tisztázni a hosszútávú kezelési célokat, a lefektetett célokban kölcsönösen megegyezni, végül mindezt dokumentálni.

A hosszútávú kezelés célja lehet:

- az önsértés csökkentése vagy megszüntetése
- egyéb kockázatos magatartás csökkentése vagy megszüntetése
- a társas és munkavégzéssel kapcsolatos készségek javítása
- életminőség javítása
- az önsértéshez kapcsolódó mentális állapot javítása

A személyre szabott kezelési tervet és a benne foglalt kezelési célokat tekintjük át a klienssel legalább évente egyszer és szükség esetén módosítsunk rajta.

6.2. A kezelési terv és a kockázat kezelési terv

A kezelési terv legyen átfogó; közösen alakítsuk ki a beteggel, a családjával és más a beteg szempontjából fontos személyekkel.

A kezelési tervben:

- reális és pozitív hosszútávú célokat fogalmazzunk meg, amelyek magában foglalják a munkába állást
- legyenek rövidtávú célok is, és az elérésükhöz szükséges cselekvési terv
- szerepeljen az, hogy a kezelés során mi a feladata és miért vállal felelősséget az önsértést elkövetett személy valamint a kezelő (ld. szuicid szerződés – 1. sz. melléklet)
- szerepeljen benne a beteggel közösen kialakított kockázat kezelési terv (ld. 6.2.)
- mindezt ossza meg a beteg a háziorvosával

A kockázat kezelési terv a kezelési terv része és a következőket tartalmazza:

- a kockázati tényezők felmérése során jelöljék meg valamennyi hosszútávú és közvetlen kockázati tényezőt (pszichológiai, farmakológiai, társas)
- egy krízis tervet, amelyben lefektetik, hogy milyen segítséghez tud fordulni a beteg krízis esetén, amennyiben a saját megküzdési stratégiái nem lennének elégségesek
- gondoskodjanak arról, hogy a kockázat kezelési terv egybevágyjon a hosszútávú kezelési stratégiával

Ezt a tervet rendszeresen frissítsék és kövessék a kockázati tényezőkben beállt változást, valamint értékeljék a kezelés hatékonyságát.

6.3. Az önsértés kezelése során a páciensnek felvilágosítást kell adni az alábbiakról

- az önsértéshez kapcsolódó veszélyekről (pl. mérgezés esetén) és hosszútávú következményeiről;
- az elérhető segítségről (beleértve a megelőzést is) és azokról a lehetőségekről, stratégiákról amelyek segítségével csökkenthető az önsértés és / vagy annak következménye;
- bármely egyéb, a fenti tünehez kapcsolódó mentális betegség (ld. 6.6.) kezeléséről.

Biztosítsuk, hogy elérhető legyen a páciens és hozzátartozói számára (amennyiben a páciens beleegyezik) az önsértés rövidtávú vagy hosszútávú kezeléséről szóló 'NICE' útmutató fizet.

6.4. Beavatkozások önsértés esetén

Ajánljuk fel a páciensek számára egy hat üléses, az önsértést elkövetők számára kialakított strukturált pszichológiai intervenciót, amelynek célja az önsértés csökkentése. Ez a pszichológiai intervenció tartalmazhat kognitív-viselkedésterápiás, pszichodinamikus vagy problémamegoldó elemeket. A terapeutáknak komoly tapasztalattal kell rendelkezniük az önsértést elkövetett személyekkel való terápiás munka terén és képesnek kell lenniük együtt dolgozni a pácienssel azoknak a problémáknak az azonosításában amelyek a kimerülést okozták vagy önsértéshez vezettek.

Az önsértés csökkentése céljából ne javasoljunk gyógyszert.

6.5. Az önsértés csökkentése

Az önsértés kockázatának csökkentése céljából fontos a meglévő megküzdési stratégiák megerősítése és új stratégiák kialakítása, amelyek szükség esetén az önsértő magatartás adaptív alternatívái lehetnek.

Amennyiben rövidtávon nem reális, hogy a beteg felhagyjon önsértő magatartásával, arra érdemes bátorítani őt, hogy kevésbé romboló és ártalmas önsértő magatartást alkalmazzon. A cél elérése érdekében érdemes a beteg mellett családtagjait és más fontos személyeket is bevonni az intervencióba, valamint a szélesebb multidisziplináris team-et is.

6.6. A mentális egészséggel kapcsolatos állapotok kezelése

Gondoskodjunk arról, hogy a személy részesüljön kezelésben az önsértéshez kapcsolódó mentális betegségeket illetően. A pszichológiai, farmakológiai és pszichoszociális intervenciókat részletesen tárgyalja az adott betegségre vonatkozó NICE irányelvek, pl.

- depresszió (NICE klinikai irányelvek, ld. magyarul: www.kpt.sote.hu)
- borderline személyiségzavarhoz, (NICE klinikai irányelvek, www.nice.org.uk/CG78)
- bipoláris zavarhoz, (NICE klinikai irányelvek, www.nice.org.uk/CG38)
- schizofréniához, (NICE klinikai irányelvek, www.nice.org.uk/cg82)
- alkohollal, droggal való visszaéléssel kapcsolatos segédanyagok.

Amennyiben az önsértést elkövető személynek gyógyszerfelírás válik szükségessé, mérlegelni kell a felírt gyógyszer túladagolás esetén mutatózó mérgezőes hatását. Pl. antidepresszáns adása esetén érdemes az SSRI készítményeket előnyben részesíteni alacsony toxikus következmények miatt. Ezért ellenjavalt a triciklikus antidepresszánsok adása.

Magyar nyelvű szakirodalom:

Rihmer Z., Németh A., Kurimay T., Perczel-Forintos D., Purebl Gy., & Döme P. (2017). A felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről. *Psychiatria Hungarica*, 32(1), 4-40.

Perczel-Forintos Dóra (2019): Az öngyilkossági veszélyállapotok felismerése és kezelése kognitív módszerekkel. In: Kognitív viselkedésterápia (szerk: Perczel - Forintos Dóra és Mórotz Kenéz), Medicina Kiadó, Budapest.

Szádóczky E., Rihmer Z. (szerk., 2001): Hangulatzavarok. Medicina Könyvkiadó, Budapest

Perczel-Forintos D., Poós J. (2008): Kiút a kiútatlanságból – problémamegoldó tréning az öngyilkosság veszélyeztetettség megelőzésében. In: *Psychiatria Hungarica*, XXIII. Évf. 1.,

Perczel-Forintos, D. (2012). A klinikai pszichológus szerepe az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésében és ellátásában. In: Kalmár, S., Németh, A., Rihmer, Z. (2012). Az öngyilkosság orvosi szemmel. Kockázatfelmérés, kezelés, prevenció. pp.319-333.

Rihmer, Z., Torzsa, P. (2017): A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban. *Psychiatric Times*, (1), 50-51.

Az összefoglalót készítette: Dr. Perczel-Forintos Dóra, Ajtay Gyöngyi és Boross Viktor

Az összefoglaló készítéséhez felhasznált források és a témához kapcsolódó további szakmai anyagok elérhetők a <http://www.nice.org.uk/CG16> honlapon.

1. sz. melléklet "Szuicid prevenció szerződés"

SZERZŐDÉS

Én, (szül:, anyja
neve:, lakcím:
....., TAJ:

elfogadom, hogy amennyiben annyira feszültnék érzem magam, hogy ne tudnám
feszültségemet és szorongásaimat leküzdeni, abban az esetben haladéktalanul felveszem a
kapcsolatot munkaidőben pszichológusommal, _____ a
..... telefonszámon. Ha őt nem érem el, pszichiáter kezelőorvosomhoz,
_____ fordulok vagy a területileg illetékes pszichiátriai
osztályon (kórház neve, pontos címe, telefonszáma) vagy az éppen ügyeletes sürgősségi
osztályon jelentkezem.

Vállalom, hogy a pszichoterápiás kezelés időtartama alatt semmilyen kísérletet nem teszek
önkárosító és önsértő magatartásra illetve öngyilkossági kísérletet nem követek el.

A szerződésben foglaltakat megértem, és a Szakambulancián való pszichoterápiás kezelésem
feltételeként magamra nézve elfogadom.

Budapest,

.....

Páciens

.....

Terapeuta