

# Öngyilkossági veszély elhárítása a gyakorlatban

# Önmagunkról

- A budapesti Péterfy Sándor utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ Krízisintervenciós Osztály
- Területi általános pszichiátriai és krízisintervenciós (szucidológiai) profil
- A kórház egész területén adunk pszichiátriai konzíliumokat
  - zömében a Toxikológiai osztályon a gyógyszeres szuicid kísérletet elkövetett betegeknél és a
  - Baleseti Központ (volt Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet) violens szuicid kísérletet elkövetett betegeknél (magasból ugrás, hasüregi, mellüregi szúrás, stb.)
  - az általános pszichiátriai konzíliumok mellett.

# A Krízisintervenciós és Pszichiátriai Osztály éves statisztikája (több év átlagában)

- 60 ágy (30 általános pszichiátriai 30 krízis)
- Betegforgalom
  - felvett betegek: 1300 (1293)
    - **Ebből krízis betegek: 510 fő**
- Ambuláns betegforgalom
  - 9315 fő/év (25/nap)
    - **Ebből szuicidológiai konzílium: 3200 fő**

# Az önmérgezett betegek konzíliumának jellegzetességei

- Az esetek nagy részében már járóképes állapotban, külön helyiségben történik a konzílium
- A beteg fizikai állapota általában gyorsan (2-4 napon belül) rendeződik
- A maradandó testi károsodás viszonylag ritka
- A konzílium és a terápia külön helyszínen, nagyrészt elkülönülten történik (adott esetben a terápia ambuláns is lehet)



# A súlyos fizikai traumán (szuicid kísérlet) átesett betegek konzíliumának jellegzetességei

- A konzílium, illetve a terápia minden esetben a betegágy mellett, a páciensst ápoló osztályon történik
- A beteg fizikai állapota általában lassan, lépcsőzetesen rendeződik
- A maradandó testi károsodás gyakori

# A konzílium kérések leggyakoribb szakmai indokai:

- Segítségkérés a differenciáldiagnosztikához
- Terápiás javaslat kérése
- Igazságügyi pszichiátriai kérdés felmerülése
- A páciensek emisszió előtti szűrése, a további teendők meghatározása

# A szuicid rizikó megítélésének szempontjai konzílium helyzetben:

- Az öngyilkossági módszer (violens, nem violens)
- Súlyos pszichopatológiai tünetek aktuálisan észlelhetők-e? (imperatív hallucinációk, holotím téveszmék, stb.)
- Fontos a koartáció pillanatnyi mértékének felmérése
- Korábbi szuicid kísérlet, pszichiátriai előzmény
- Szuicid kísérlet, vagy befejezett szuicídium a familiáris anamnézisben
- A páciens mivel motiválja az öngyilkossági kísérletet
- Van-e a páciens részéről „cry for help”-ként azonosítható jelzés?

# A szuicid rizikó megítélésének szempontjai konzílium helyzetben:

- Heteroanamnesztikus adatok
- A konzíliumot kérő kolléga benyomásai, észrevételei, véleménye
- Egzisztenciális problémák megléte vagy hiánya
- Feltárhatók-e kora gyermekkori traumák
- Rizikó csoporthoz tartozás
- Drog, illetve alkohol abúzusok
- Lehetséges külső támogató személyek megléte, vagy hiánya

# A szuicid rizikó megítélésének szempontjai konzílium helyzetben:

- A cselekménytől való „távolodás” megítélése
- Az életút fordulópontjain hogyan oldotta meg a nehéz helyzeteket?
- Milyenek a konfliktusmegoldó mechanizmusai?
- Van-e önértékelési problémája?
- Fel kell mérni a változtatni-akarás igényét.
- A paraszucidiumok bagatellizálása veszélyes gyakorlat!



# Konzílium helyzetben az állapot megítélését és a terápiába vonást segítő tényezők:

## A páciens oldaláról:

- Fokozott a kapcsolatba kerülési igény
- Sajátos érzékenység észlelhető az énhatárok elmosódnak, az énvédő mechanizmusok ebben az állapotban gyakran összeomlanak
- Szuggesztibilitás tapasztalható a kliensnél



# Konzílium helyzetben az állapot megítélését és a terápiába vonást segítő tényezők:

## A segítő (konzíliárius) oldaláról:

- Elfogadó, támogató attitűd a Rogers által leírt nem-specifikus tényezők működtetése, emberi odafordulás
- Késleltetett konfrontáció
- Elérhetőség
- Problémaorientáció

# Konzílium helyzetben az állapot megítélését és a terápiába vonást nehezítő tényezők:

## A páciens oldaláról:

- Igen megterhelő a kliens számára, hogy a beszélgetésben újra kell élnie a számára esetleg elviselhetetlennek érzett élményeket
- A disszimuláció
- Az ilyenkor még gyakran észlelhető enyhe gyógyszerintoxikáció, vagy műtét utáni elesett állapot

# Konzílium helyzetben az állapot megítélését és a terápiába vonást nehezítő tényezők:

## A segítő (konziliárius) oldaláról:

- Kiégési szindróma fennállása
- Gyakorlatlanság, képzetlenség
- Moralizáló attitűd
- A szuicidium személyes jogként való kezelése
- A kiégési fennállása

# Ki az a páciens, akit nem az osztályunkra utalunk be?

- Aki már egy másik pszichiátriai osztály kezelése alatt áll/ a kezelés közben történt a szuicid kísérlet/
- Aki súlyos organikus pszichoszindrómában szenved
- Akinél hiányzik a betegségbelátás és korlátozása szükséges
- Aki kéri más osztályra utalását /külső osztály vállalja a páciens kezelését/

# Igazságügyi pszichiátriai szempontok

- „Igény volna rá...”
- Fontos a döntést indokoló dokumentáció gondossága, minél több szakmai szempont precíz rögzítése.
- Kiemelném a kezelő személyzet előzetes kikérdezésének és utólagos tájékoztatásának szükségességét.
- A „nyílt osztályra” való kihelyezés kockázatainak mérlegelése.

# Az egyéni esetmenedzselés jelentősége



# A „Közösségi Pszichiátriai Ellátás Fejlesztése” – kezelési program az öngyilkosságok megelőzésére elméleti megalapozottsága

- Szakirodalmi adatok szerint az öngyilkossági kísérlet elkövetése a befejezett öngyilkosság önálló rizikófaktora
- Kutatások igazolják, hogy rövid beavatkozással és utánkövetéssel is csökkenthető a további öngyilkossági kísérletek és befejezett öngyilkosságok száma
- Magyarországon a szociális ellátó helyek egymással és az egészségügyi szférával való kapcsolata gyenge

# A „Közösségi Pszichiátriai Ellátás Fejlesztése” – kezelési program az öngyilkosságok megelőzésére tartalmazott:

- Strukturált interjút (felvétele kb 40 perc)
- Problémafeltárást, szükségletfelmérést
- Szociális ellátás megszervezését, betegirányítást
- Utánkövetést

# A kérdőívvel szerzett tapasztalataink

- A páciensek értékelték a kérdőív felvételével együtt járó külön figyelmet.
- Az általános klinikai vizsgálatnál árnyaltabb személyiségképet adott
- Segítette az intervenciós lehetőségek precízebb feltárását
- Alkalmat adott a pszichoterápiás nem specifikus tényezők működtetésére

# Problémafeltárás, szükséglet felmérés a programban

- Azért szükséges, mert klinikai és szocio-demográfiai faktorok együtt vezetnek öngyilkossághoz
- Adott a páciens interjúra különösen alkalmas lelkiállapota
- Személyre szabott felmérésre és tervezésre törekedtünk

# A szociális ellátás megszervezése, betegirányítás

- Az intézmények képviselőivel személyes kontaktust vettünk fel összesen 4 találkozó keretében
- A páciensnek konkrét intézmény felkeresését javasoltuk
- Részletes felvilágosítást adtunk arról, hogy erre miért van szükség, miben segít
- Az elérhetőségekkel (cím, telefonszám, esetleg a kontakt személy neve) a beteget elláttuk

**Az utánpótlás fontossága!**



A pszichológiai minimálintervenciók  
által nyújtott lehetőségek.

Vágyaink: az országos  
öngyilkosság megelőző applikáció.

# Esetismertetés

- V. Z. 45 éves férfibeteg
- Felsőfokú végzettségű, magasan kvalifikált munkahellyel rendelkező, stabil élettársi kapcsolatban él. Előző kapcsolatából van egy felnőtt korú lánya.
- Öngyilkossági szándékkal nyakán hosszú és mély íves sebet ejtett, valamint mellbe szúrta magát.
- Kivérzett, sokkos állapotban került az intézetbe.
- Elmondása szerint tettét egy parakapcsolattal összefüggésbe hozható komoly partnerkapcsolati krízis motíválta.
- Pszichiátriai egyéni és családi előzménye negatív.
- Az első konzíliumra 5 nappal a bekerülését követően került sor az intenzív osztályon.  
Ekkor fluktuáló delirózus zavart észleltem.  
A kórelőzmény felvétele ennek ellenére lehetséges volt.

- A körülmények alapján már ekkor felmerült depresszió gyanúja, de aktuálisan antideliráns gyógyszerelést javasoltam.
- 4 nappal később kontroll vizsgálat történt, ekkor a pszichés állapota már sokat javult, delirózus tünetek megszűntek. Az élettárstól felvett heteroanamnézis és a páciens által szolgáltatott adatok megerősítették a depresszió gyanúját, ezért antidepresszív gyógyszerelést javasoltam. Úgy foglaltam állást, hogy az intenzív osztályról sebészeti profilú osztályra kihelyezhető.
- Váratlanul hashártyagyulladás lépett fel. Hasi műtétet kellett végezni, a hasi státusz tisztázása és a nagy mennyiségű genny eltávolítása céljából. Masszív antibiotikus kezelés mellett állapota lassan javult, majd teljesen rendeződött.

- Baleseti Központunkban való tartózkodásának ideje alatt összesen 5 alkalommal találkoztunk. A kedvezőtlen körülmények ellenére krízisterápiával próbálkoztam. Testi állapotának rendeződéséig (összesen 4 és fél hetet volt kórházban) pszichés státusza is egyensúlyba került.
- Osztályunkon már ambulánsan jelentkezett. Néhány párterápiás ülésre került sor. Jelenleg pszichésen kompenzált, havonta ambuláns kontrollra jár hozzánk.



# Magyarnyelvű ajánlott szakirodalom

- Kalmár Sándor, Németh Attila, Rihmer Zoltán: Az öngyilkosság orvosi szemmel
- Csürke József, Vörös Viktor, Osváth Péter, Árkovits Amaryl (szerk.)  
Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve
- Ajtay Gyöngyi, Bérdi Márk, Szilágyi Simon, Perczel Forintos Dóra – Egy hatékony beavatkozás szuicid prevencióban: a problémamegoldó tréning alkalmazása a klinikumban, Psychiatria Hungarica vol.27, issue: 2, p:92-102, 2012
- Fekete Sándor, Osváth Péter: Az öngyilkosság. Az öröklődéstől a kultúráig Pécs: Pannónia Könyvek, 2004

# Köszönöm a figyelmet!



Dr. Szilágyi Simon  
[intervencio@peterfykh.hu](mailto:intervencio@peterfykh.hu)  
[krizisben.blog.hu](http://krizisben.blog.hu)  
[www.facebook.com/krizisblog](http://www.facebook.com/krizisblog)  
[www.ongyilkossagmegelozes.hu](http://www.ongyilkossagmegelozes.hu)