

A SZUICID VESZÉLYEZTETETTSÉG FELISMERÉSE, FELMÉRÉSE ÉS DIAGNOSZTIKUS JEGYEI



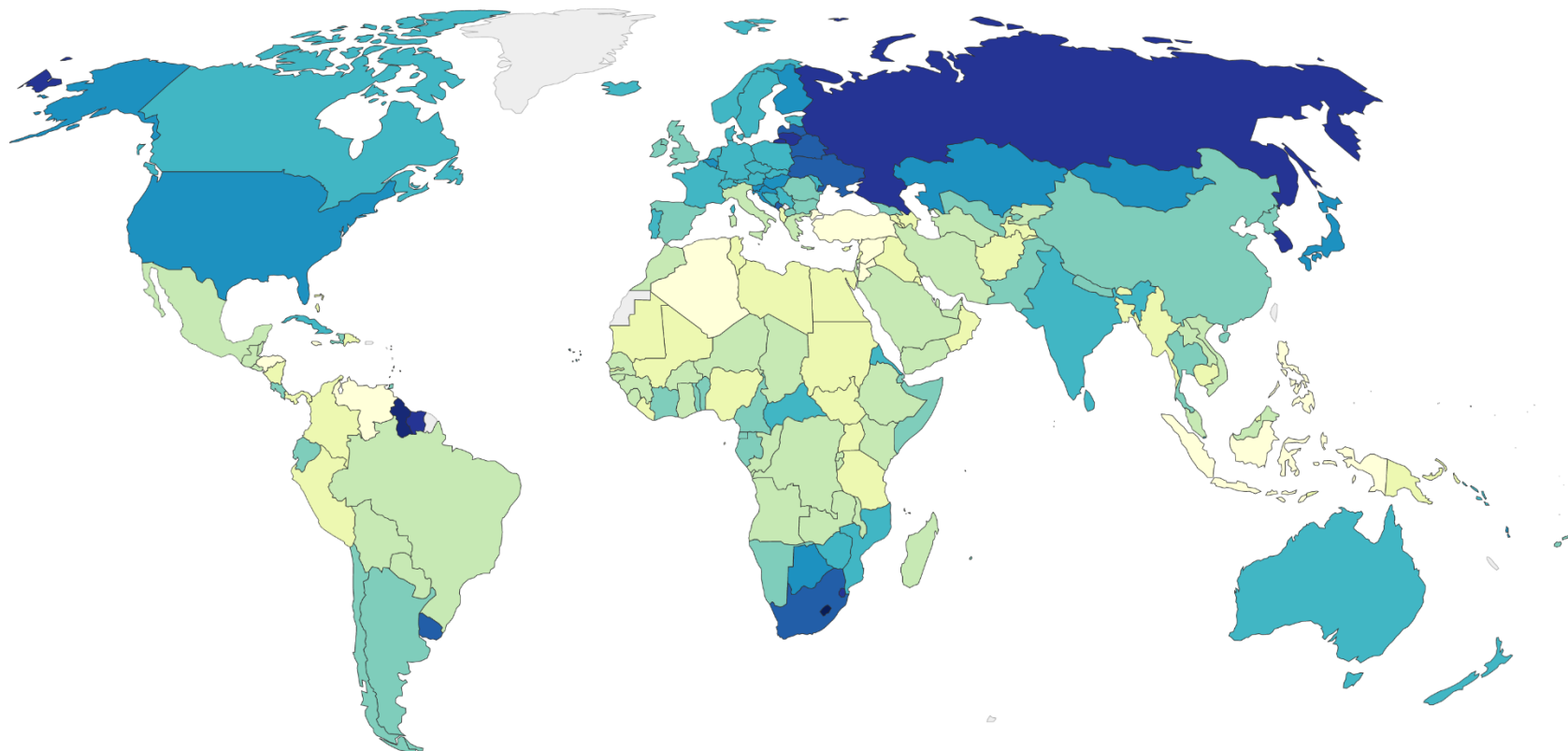
Prof. Dr. Perczel - Forintos Dóra
Semmelweis Egyetem ÁOK
Klinikai Pszichológia Tanszék
Szakképzés II. évfolyam, 2021

Nemzetközi öngyilkossági statisztika

- Minden évben kb. 1 millió ember (minden 40. másodpercben) hal meg öngyilkosság következtében, többen, mint közlekedési balesetben (Mental Health Atlas, 2005).
- A globális öngyilkossági arány 16/100.000 fő.
- 60%-kal nőtt a végzetes öngyilkosságok száma az utóbbi 45 évben.

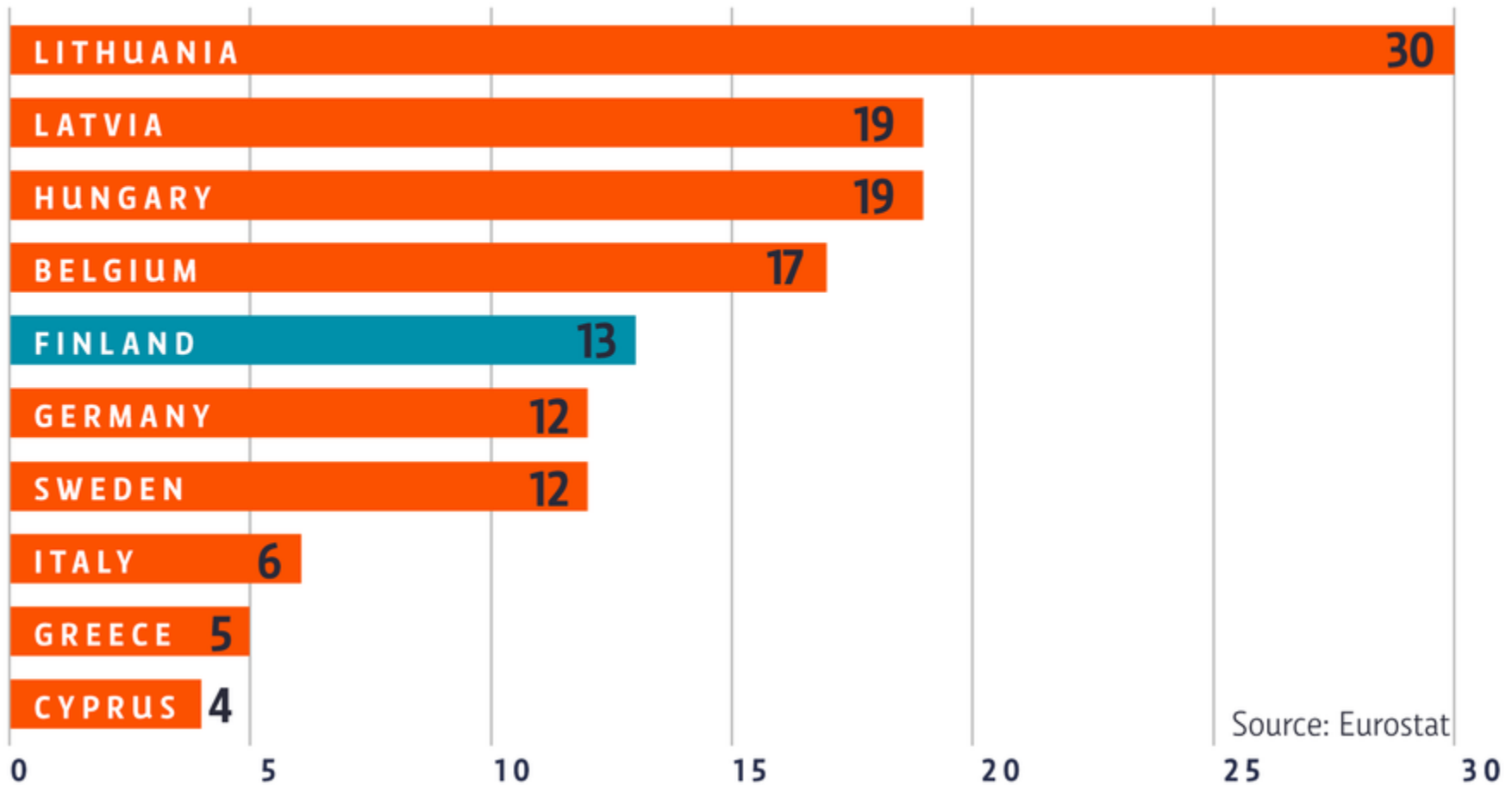
Suicide death rates, 2019

Suicide mortality rate is the number of suicide deaths in a year per 100,000 population.



COUNTRY NAME	SUICIDE RATE PER 100,000 PEOPLE (2017)	MALE PER 100,000 PEOPLE	FEMALE PER 100,000 PEOPLE
1. Guyana	44.2	70.8	22.1
2. South- Korea	28.9	41.7	18
3. Sri Lanka	28.8	46.4	12.8
4. Lithuania	28.2	51	8.4
.....			
15. Russia	19.5	35.1	6.2
16. Hungary	15.8	22.4	7.7
17. Japan	18.5	26.9	10.1
.....			
31. Montenegro	15.3	24.7	6.4
43. Slovenia / Serbia	12.4	20.8 /19.9	4.4 /5.8
53. Croatia	11.6	19.8	4.5

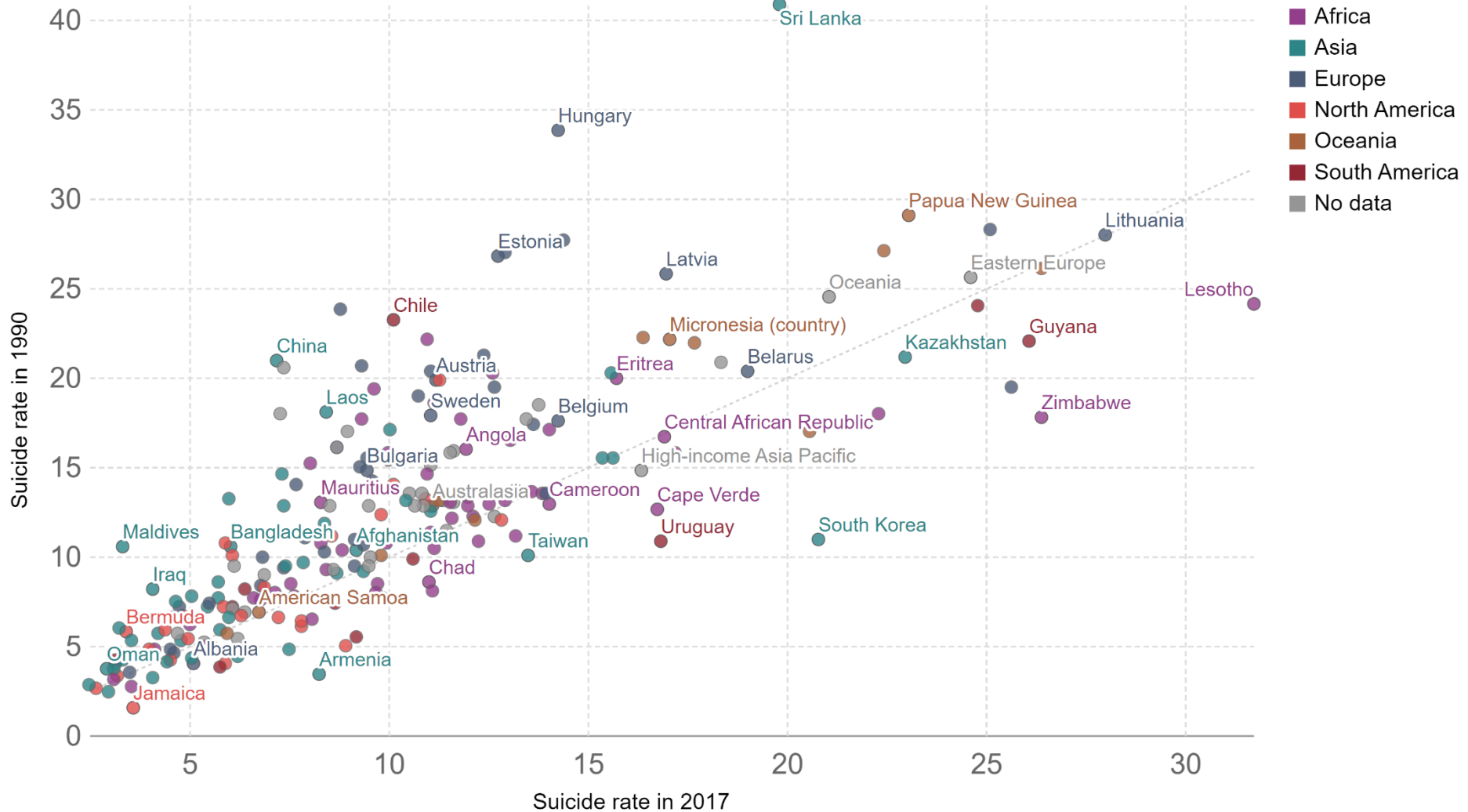
Suicide rates per 100 000 population



https://yle.fi/uutiset/osasto/news/eurostat_falling_suicide_rate_in_finland_nears_european_average/10324113, 2018

Suicide rate in 1990 vs. 2017

Suicide rate measures the number of suicide deaths per 100,000 in a given population.

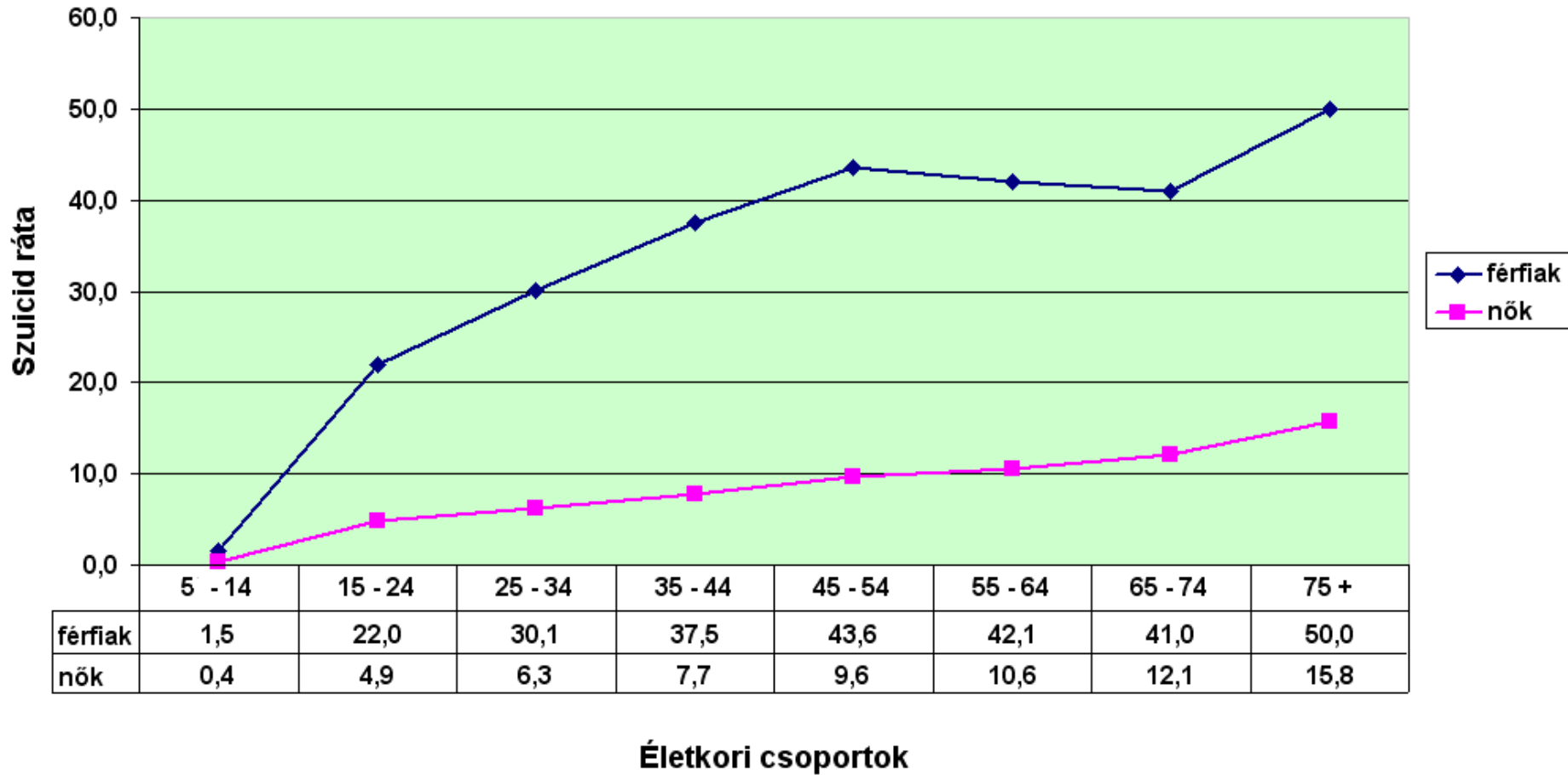


Source: IHME, Global Burden of Disease

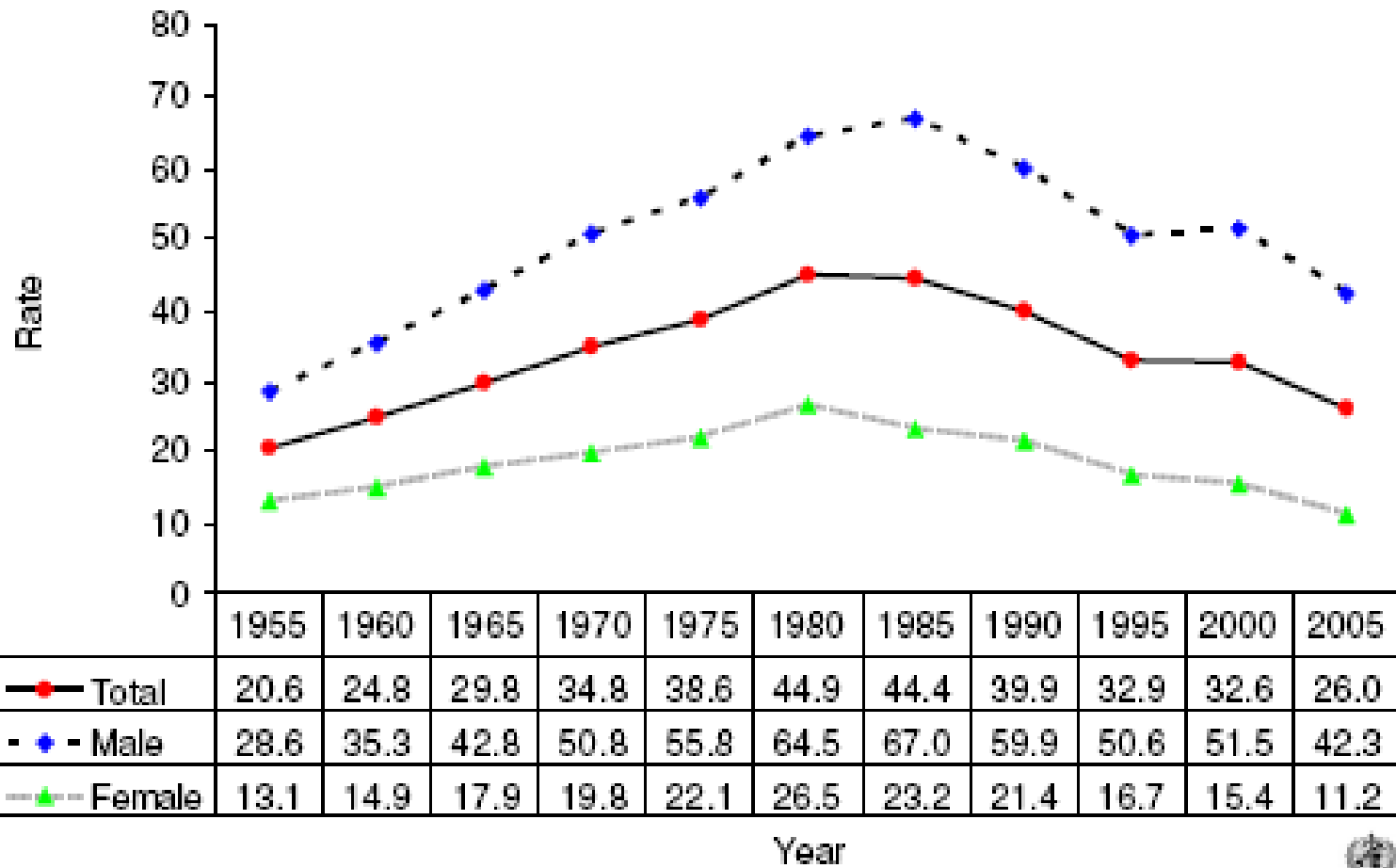
Note: To allow comparisons between countries and over time this metric is age-standardized.

OurWorldInData.org/suicide • CC BY

A szuicid ráta nem és életkor szerinti megoszlása



Suicide rates (per 100,000), by gender, Hungary, 1955-2005.



MINDEN PSZICHOLÓGIAI MODELLBEN

Prediszponáló tényezők



Kiváltó tényezők



Fenntartó tényezők

különböző hangsúllyal

PÉLDA A MULTIKAUZALITÁSRA

ÖNGYILKOSSÁG

KULTURÁLIS HAGYOMÁNY
CSALÁDI ELŐTÖRTÉNET



VESZTESÉGÉLMÉNYEK
REMÉNYTELENSÉG



alacsony SZEROTONIN szint
DEPRESSZIÓ

ÉVSZAK (kronobiológiai tényező)

MAGYARORSZÁG

1990-es évek közepéig Magyarországon volt a **legmagasabb a szuicid ráta**

→ 1. helyen az akasztás (68%), illetve a gyógyszer-túladagolás (29%) (WHO, 1994 idézi Perczel Forintos, 2001).

→ 2001-ben több évtized után először esett a 100 ezer főre számított öngyilkossági ráta 30 fő alá (Hungarostudy, 2002 id. Rózsa & Hajnal, 2002).

Területi megoszlás: a legtöbb öngyilkosságot az ország **délkeleti megyéiben** követik el, ahonnan északnyugat felé haladva az öngyilkosság gyakorisága folyamatosan csökken (Buda, 2001).

Öngyilkosság és pszichiátriai betegségek

- Kezeletlen depressziós betegek 30-35%-ban követnek el szuicidiumot (*Rihmer, 1996*)
- Az öngyilkosok 50-70 % szenved major depresszióban (*Rihmer, 1995*)
- Szkizofréniában szenvedő betegek 10%-a hal meg öngyilkosság miatt, és 50% legalább egyszer megkísérli (*Nordentoft et al., 2002*)

Pszichotikus betegek veszélyeztetettsége

(Siris, 2001)

Szkizofrén betegek 10%-a szuicidál (kísérlet 2-5x több)

Rizikófaktorok:

- fiatal életkor
- a betegség kezdete
- nem (férfi)
- jó intellektus, magas elvárások
- a betegség ismerete
- **reménytelenség**
- szociális támasz hiánya (egyedülálló)
- kórházból való hazaengedést követően

Az öngyilkosság kockázati tényezői

Elsődleges rizikófaktorok

- Pszichiátriai betegség (90%): depresszió (60-87%)
- szkizofrénia (10-12%)
- szerhasználat (10-15%)
- Korábbi öngyilkossági kísérlet
- Öngyilkossági a családban
- Az öngyilkossági szándék/halálvágy kommunikációja
- Komorbid szorongás

Másodlagos rizikófaktorok

- Kora gyermekkori veszteségek
- Izoláció (válás, szeparáció)
- Munkanélküliség, komoly anyagi problémák
- Súlyos negatív életesemények
- Dohányzás

Harmadlagos rizikófaktorok

- Férfi 35-49, 75 fölött
- Serdülőkor kor (fiúk),
- Vulnerábilis periódusok (tavasz, premenstrum)
- Segítő foglalkozás, földművelők

Kockázati tényezők

NEM MÓDOSÍTHATÓ

- NEM
- ÉLETKOR
- CSALÁDI ÁLLAPOT
- NEMZETISÉG
- VALLÁS
- KR. TESTI BETEGSÉG
- KORÁBBI KÍSÉRLET
- CSALÁDI MINTA

MÓDOSÍTHATÓ

- SZOCIÁLIS HELYZET
- MENTÁLIS ÁLLAPOT
- PSZICHOLÓGIAI TÉNYEZŐK
(REMÉNYTELENSÉG,
PROBLÉMAMEGOLDÓ
KÉPESSÉG SZINTJE,
HANGULAT)

Legfontosabb pszichoszociális háttértényezők Magyarországon (Kopp, 2008)

- Maladaptív coping str. (fokozott evés, ivás, dohányzás, drogfogyasztás nehéz élethelyzetben)
- Több, súlyosabb depressziós tünet
- Reménytelenség (Ajtay & Perczel-Forintos, 2008)
- Szuicidium a családban
- Ellenségesség a családban

Depresszió szűrése normál populációban

(Ajtay és Perczel Forintos, 2008)

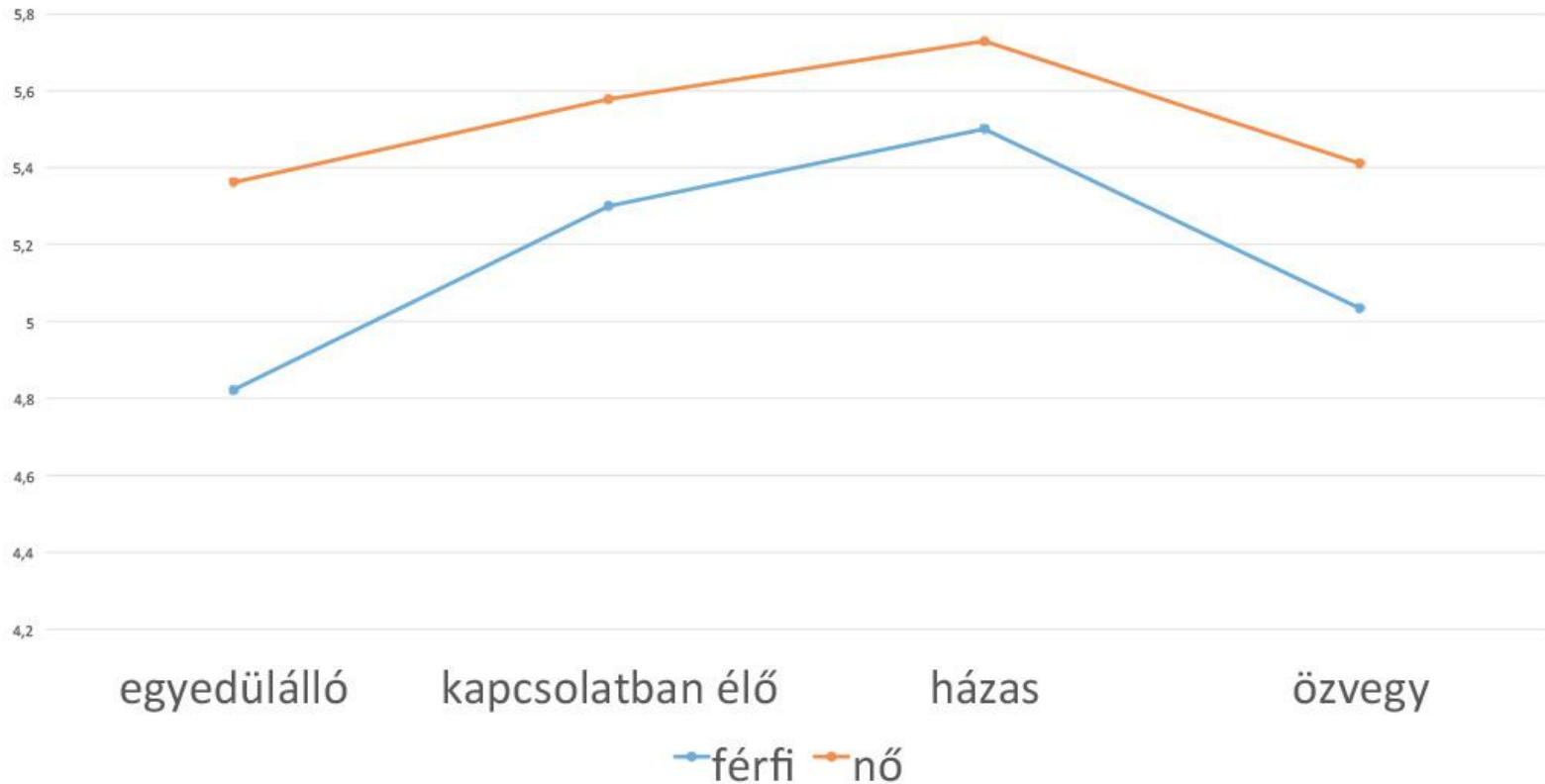
Háziorvosi rendelőben (HR csoport) 50%-ánál magas reménytelenség

Reménytelenség mértéke		
	Enyhe 0-9	Magas 9-20
HR csoport	80	78
	50,6 %	49,3 %
K csoport	80	11
	87,9 %	12%

Protektív tényezők

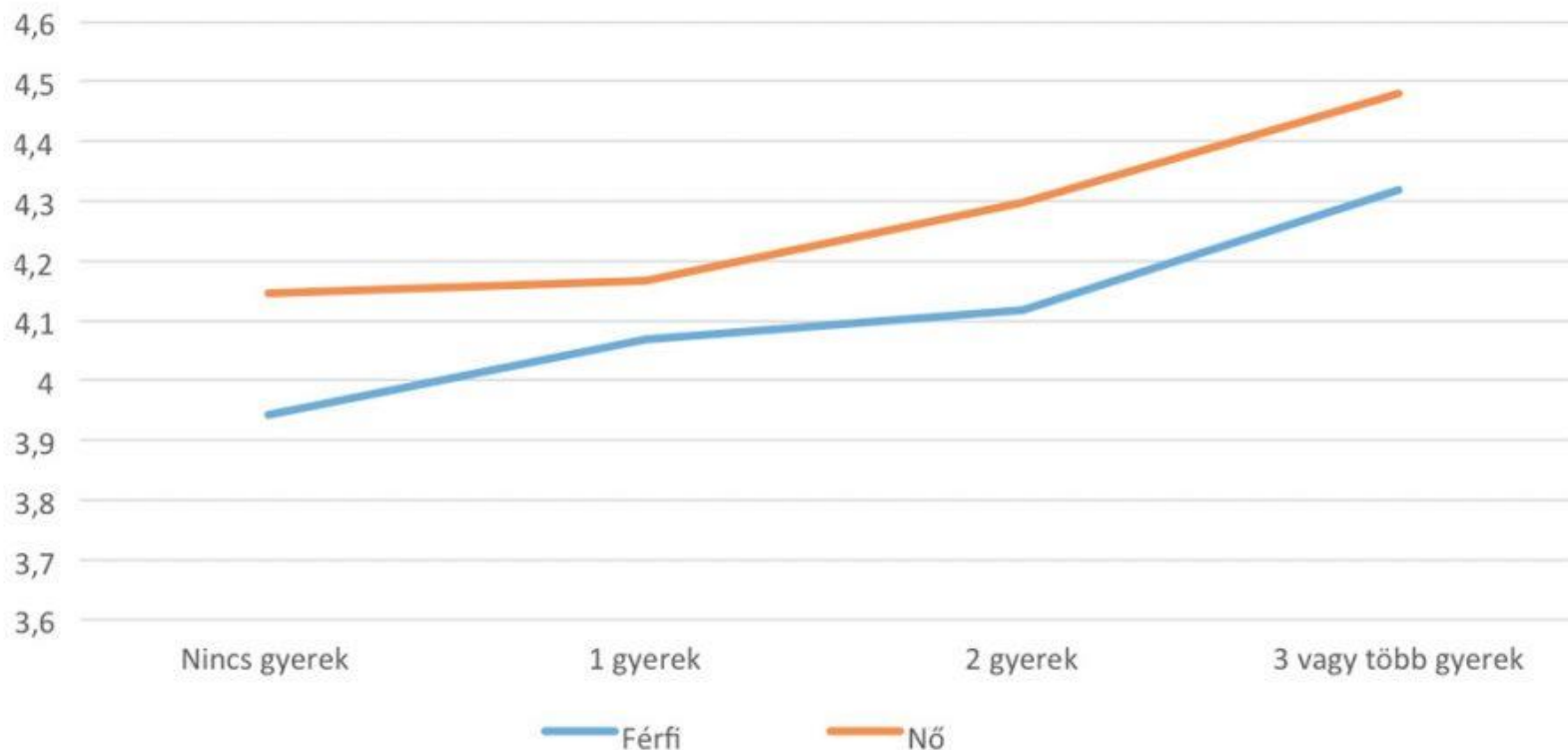
- Családi és szociális kapcsolatok
- Terhesség, szülés utáni időszak
- Magasabb gyermekszám
- Vallásosság
- Drasztikus módszerek elérhetőségének korlátozása
- Depresszió gyógyszeres kezelése (Gotland vizsg., Kiskunhalas projekt)

Virágzás (Pozitív Lelki Egészség) és a családi állapot összefüggése

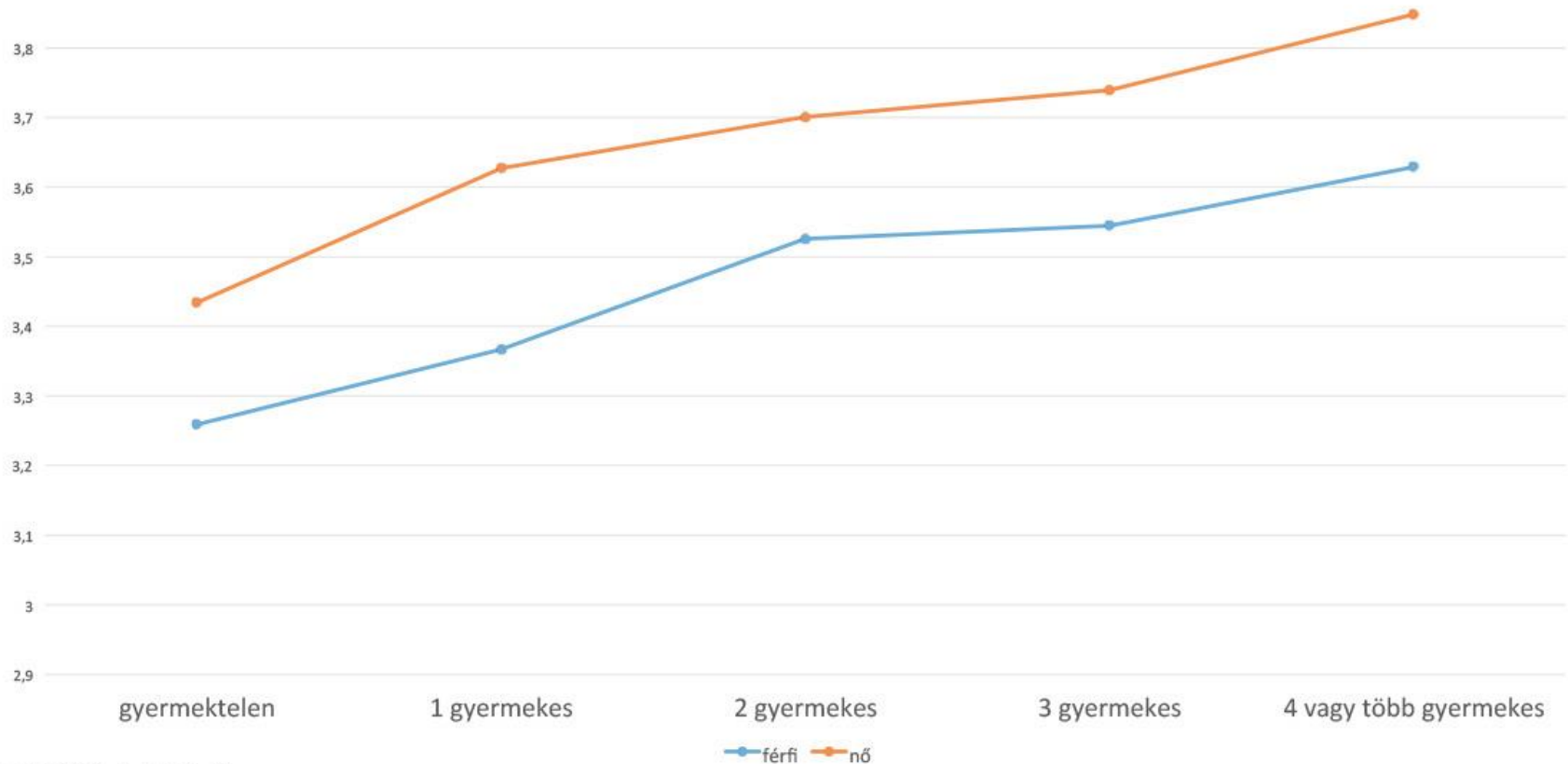


N=1239 (férfi), N=5531 (nő)

A Globális jóllét és a nevelt gyermekek száma a családban a 2019-2020 évi adatok alapján



Pozitivitás - gyermekek száma



N=1239 (férfi), N=5531 (nő)

AZ ÖNGYILKOSSÁGI
VESZÉLYEZTETETTSÉG
KIALAKULÁSA:

ETIOLÓGIA

Etiológiai kérdések

- Biokémiai tényezők (noradrenalin, szerotonin deficit)
- Genetikai tényezők
- Pszichodinamikus elméletek: tárgyvesztés , düh önmaga ellen
- Tanuláselmélet: tanult tehetetlenség (a kiszámíthatatlan és kivédhetetlen averzív ingerekre adott válaszreakció), hiányos szociális készségek
- Kognitív modell: információfeldolgozási zavar → affektív zavar

Ringel-féle preszuicidális szindróma (1969)

1. Fokozódó dinamikus beszűkülés

- a személy érdeklődése és motivációi a külvilág iránt lecsökkennek
- érzelmi beszűkülés
- interperszonális beszűkülés

2. Agresszió gátlás

- az egyre fokozódó agresszív indulat nem tud megnyilvánulni, fokozódó frusztráció
- harag önmaga ellen irányul

3. Menekülés a fantáziavilágba

- pszichés energiák az öngyilkosság tervére irányulnak
- fantáziák a környezet megbüntetésére (paraszuicidium)

A DEPRESSZIÓ A NEGATÍV KOGNITÍV TRIÁDDAL JELLEMEZHETŐ

(Beck, 1970)

- Negatív kognitív triád:
- negatív önkép:
 - *„Semmit sem érek, semmi sem sikerül.”*
- negatív jövőkép:
 - *„Soha nem leszek jobban.”*

- Negatív világkép:
 - *„Az élet igazságtalan.”*
 - *„Az emberekre nem lehet számítani.”*

Két nézet az öngyilkosságról:

- 1.) A depresszió közvetlenül vezet öngyilkossághoz – korai felismerése és kezelése csökkenti az öngyilkossági halálozást (*Rihmer, 1995*)
- 2.) A reménytelenség szorosabban korrelál az öngyilkossági szándékkal, mint maga a depresszió – nemcsak a depressziós betegek követnek el öngyilkosságot (*Minkoff et al., 1973, Ahrens et al., 1996*)

Mi a reménytelenség?

• Az öngyilkosság multikauzalitása.

- a jövőre vonatkozó negatív szemléletmód és negatív attitűdök készlete,
- mely a jövőperspektíva elvesztésével jellemezhető
- módosítható kockázati tényező (Perczel-Forintos és Poós, 2008)

A krízisállapot meghatározása

"A krízisállapot olyan helyzet, melyben a személy kénytelen a lélektani egyensúlyát veszélyeztető körülményekkel szembenézni és ezeket sem elkerülni, sem megoldani nem tudja szokásos problémamegoldó eszközeivel." (Caplan, 1964)

Cannon és mtsai, 1998

- Diszfunkcionális attitűdök, reménytelenség és problémamegoldó készségek összefüggéseit vizsgálták
- N=138 páciens, major depresszió dg.
- Reménytelenség demográfiai, diagnosztikai és tüneti prediktorait vizsgálták regresszióanalízissel
- Q: problemsolving inventory, DAS, RS, BDI
- Eredmények:
- Reménytelenség szignifikáns szoros kapcsolatban volt a depresszióval, a DAS-sal és az alacsony problémamegoldó képességekkel

Reinecke és mtsai, 2001

- Szociális problémamegoldó készségek, hangulat és suicidalitás összefüggéseit vizsgálta
- N=105 adolescens (12-18 é.)
- pszichiátriai osztályon hospitalizáltak
- Q: Szociális problémamegoldó kérdőívet használták
- Eredmények:
- Negatív problémaorientáció (saját problémamegoldó képesség értékelése) szoros kapcsolatban a hangulattal
- Elkerülő vagy impulzív problémamegoldó stratégia szoros kapcsolatban az öngyilkossági veszélyeztetettséggel

DIATHESIS STRESS MODELL

(Schotte & Clum nyomán, 1987)

Interperszonális problémamegoldó képességek
hiányosságaival küzdő személyek



Eredménytelen megoldás vagy kudarc stresszhelyzetben



Pesszimizmus, reménytelenség
(általánosított negatív elvárások a jövővel kapcsolatban)



Öngyilkossági készletés

Szuicid elméletek

multikauzális, komplex bio-pszicho szociális

Stressz-diatézis modell (Mann, Currier, 2008)

Diatézis: meghatározza a sérülékenységet

- Genetikai tényezők
- Biológiai (szerotonin, agresszív-impulzív személyiségjegyek)
- Korai negatív tapasztalatok (szeparáció, abúzusok)
- Kognitív faktorok (problémamegoldási kép. alacsony szintje, érzelemfókuszú megküzdés)

Stressz: **negatív életesemények**

Pesszimizmus, reménytelenség



szuicid magatartás

Gátolt menekülés modellje

(Entrapment model: Williams, 1998; 2004)

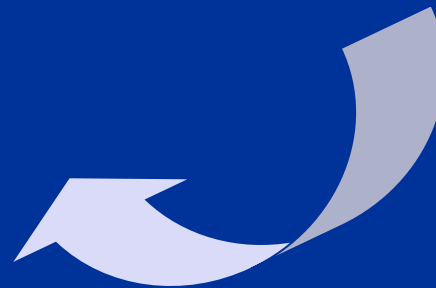
- 1) Szenzitivitás olyan kulcsingerekre, amelyeket kudarcként vagy megaláztatásként észlel az egyén s amely menekülésre készíteti → **negatív kognitív struktúra**
- 2) Úgy érzi, hogy képtelen elmenekülni: → **alacsony szintű problémamegoldó készségek**
- 3) hogy ennek sosem lesz vége → **reménytelenség**

„ÚGYSEM TUDOK VÁLTOZTATNI.”
„SEMMI SEM SIKERÜL.”



REMÉNYTELENSÉG

ÖNPUSZTÍTÓ
VISELKEDÉS



**AZ ÖNGYILKOSSÁGI
VESZÉLYEZTETETTSÉG
FELMÉRÉSE ÉS
DIAGNOSZTIKÁJA**

Az öngyilkossági veszélyállapot fokozatai

- Önpusztító életforma
- Öngyilkossági fantáziák
- Öngyilkossági gondolatok
- Vágy arra, hogy „a személy ne éljen, létezzen”
- Szuicid tervek, módszerek elgondolása
- Konkrét előkészületek (gyógyszerek begyűjtése, lőfegyver beszerzése, búcsúlevél)
- Kevés gátló tényező
- Krízis, konfliktusok

Szuicid veszélyállapot felmérése

1. Klinikai interjú, benne

Szuicid tervek és előkészületek

Szuicidium a családban

Krízis, konfliktusok

Gátló tényezők?

Szuicid Ideáció Skála (*Beck et al., 1979*)

2. Szuicid veszélyeztetettség felmérése:

BDI: 2. és 9. kérdés 2-nél több

RS: 10 fölött

BDI – 2. kérdés

0. Nem félek különösebben a jövőt illetően.
1. Félek a jövőtől.
2. Úgy érzem semmit sem várhatok a jövőtől.
3. Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.

BDI – 9. kérdés

0. Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen tegyek valamit.
1. Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni.
2. Szeretném megölni magam.
3. Megölném magam, ha tudnám.

Reménytelenség Skála

(Beck, Weissman, Lester és Trexler, 1974)

1. Az RS az esetek 90%-ban jelezte előre a szuicid veszélyeztetettséget
2. Az RS reliabilitása magas: Cronbach alfa = 0,89
3. 20 tétel, mely igennel, vagy nemmel megválaszolható
4. **Értékelés: $9 <$ súlyos reménytelenség**

Reménytelenség Skála faktorai

(Szabó, Mészáros és Perczel-Forintos, 2014)



Reménytelenség Skála (RS- R)

(Perczel-Forintos, Rózsa, Pilling, Kopp, 2012)

1. Sötéten látom a jövőmet.
2. Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.
3. Fölösleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert úgysem érem el.
4. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni.

Értékelés: 0-4 (egyáltalán nem igaz – teljes mértékben igaz)

Beck Szuicid Gondolatok Skála

(Beck, Kovács, Weissmann, Lester, Trexler, 1979, ford. Perczel-F.)

1. Élettel/halállal kapcs. attitűdök jellemzői
2. Öngyilkossági gondolatok / vágyak jellemzői
3. Az öngyilkossági kísérlet fontolgtatásának jellemzői
4. A fontolgtatott kísérlet aktualizálása

- A vizsgáló szakember tölti ki
- 19 tétel, 0-1-2 pontozás

8 feletti pontszám szuicid veszélyeztetettséget jelez

PAYKEL Suicide Scale (serdülő) (1974)

	Soha	Ritkán	Időnként	Gyakran	Nagyon gyakran	Mindig
1. Volt olyan érzésed <u>az elmúlt két hétben</u> , hogy nem érdemes élni?	0	1	2	3	4	5
1. Kívántad azt <u>az elmúlt két hétben</u> , hogy bárcsak ne élnél? – Például, hogy úgy elaludnál, hogy többet nem ébrednél fel?	0	1	2	3	4	5
1. <u>Az elmúlt két hétben</u> gondoltál arra, hogy véget vessél az életednek, még ha igazából nem is tennéd meg?	0	1	2	3	4	5
1. <u>Az elmúlt két hétben</u> eljutottál arra a szintre, hogy komolyan megfontoljad, hogy véget vessél az életednek, vagy talán még el is tervezted, hogyan tennéd meg?	0	1	2	3	4	5

PAYKEL Suicide Scale (serdülő) (1974)

Megpróbáltál valaha véget vetni a saját életednek?

¹ Igen, az elmúlt 2 hétben

² Igen, az elmúlt 6 hónapban vagy régebben

³ Nem, soha

A szuicid konstelláció jelei a Rorschach tesztben (Méreai, 2000)

1. Inadekvát B válaszok (Non-sense kineztezia)
2. A szín és az árnyékolás mint együttes jelentés-
meghatározó
3. A IV. tábla szembeötlően rossz megoldása a Hd-
determináns miatt
4. Introvertált ÉT és zw hangsúlyú IT együtt járása
5. A koartált vagy koartatív élménytípus (ÉT)
6. Defekt-válaszok
7. Elakadások a IV., VI., VII. táblán
8. Regressziós Index
9. A kétféle F+% különbsége:
10. A formailag rossz FFb válasz (FFb-)

Szuicid predikciós skála SPS

(Piotrowski, 1970)

Pozitív jegyek:

1. Válaszszám kevesebb mint 20
2. Legalább 1 Versagen
3. Versagen, Sokk, Ütközés a IV. táblán
4. Versagen, Sokk vagy Ütközés a VII. (ffi) és VI. (nő) táblán
5. Színválasz eltolódása
6. Szín és színárnyékolás mint együttes determináns
7. $M\% < 10$
8. Ennivaló-tartalom min. 1
9. Halálra utaló válasz
10. Kritérium: a „halál” szó alkalmazása
11. Táncmozgás (B, BF)
12. Tréfás, örömteli tevékenységet kifejező mozgásválasz (B, BF)
13. Nincs konstruktív G azaz DGkomb.

Negatív jegyek

14. Objekt-kritika formailag adekvát válasznál, legalább két esetben
15. $Zw > 2$ (minden zw számit)

Értékelés: 3 < szuicid jelzés

Az öngyilkossági késztetés módosítása

- Elhalasztás
- Segítség elérhetősége ülések között
- Konceptualizálás (szuicidium, mint depresszív „csőlátás”
eredménye)
- Ellensúlyozás: érvek az életben maradás mellett és ellen?
Empátiás kapcsolat
- Ellentmondások előidézése a beteg *saját* elképzelései között
(ha feladja, hogyan fogja megvalósítani céljait?)
- Problémamegoldás
- CBT, IPT, DBT, mentalizáció alapú terápia

Miért CBT, DBT vagy IPT?

- tudományos alapokon áll
- nincs mellékhatása
- jól strukturált
- rövidtávú
- igazoltan hatékony

DBT= dialektikus viszh.

IPT= interperszonális pszth.



Irodalomjegyzék

- Hajduska, M, (2008): Krízislélektan. Eötvös Kiadó
- Perczel Forintos D., Sallai, J., Rózsa, S. (2001): A Beck-féle Reménytelenség Skála Pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, (6), 632-643. old
- Perczel Forintos D. (2008): Öngyilkosság-megelőzés és problémamegoldás (szerk.) *Psychiatria Hungarica* XXIII. évf. 2008/1 tematikus szám
- Perczel Forintos D. (2012): A klinikai pszichológus szerepe az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésében és ellátásában. In: *Az öngyilkosság orvosi szemmel. Kockázatfelmérés, kezelés, prevenció.* (szerk. Kalmár S., Németh A., Rihmer Z.), Medicina Kiadó, Budapest 319-333
- Ajtay Gy., Bérdi M., Szilágyi S., Perczel Forintos D. (2012): Egy hatékony beavatkozás szuicid prevencióban: A problémamegoldó tréning alkalmazása a klinikumban. *Psychiatria Hungarica*, XXVII. Évf. 2012/2. 92-102. o.
- Rasmussen SA et al. (2010): Elaborating the Cry of Pain model of suicidality In: *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 49.
- Brown GK et al (2014): Evidence-Based Psychotherapies for Suicide Prevention In: *Am J Prev Med*, 47 (352).
- NICE irányelvek, magyarul: