

A KOGNITÍV PSZICHOTERÁPIA SZEREPE A SZUICID PREVENCIÓBAN



Perczel-Forintos Dóra
Semmelweis Egyetem, ÁOK
Klinikai Pszichológia Tanszék

Szuicid kurzus - 2023

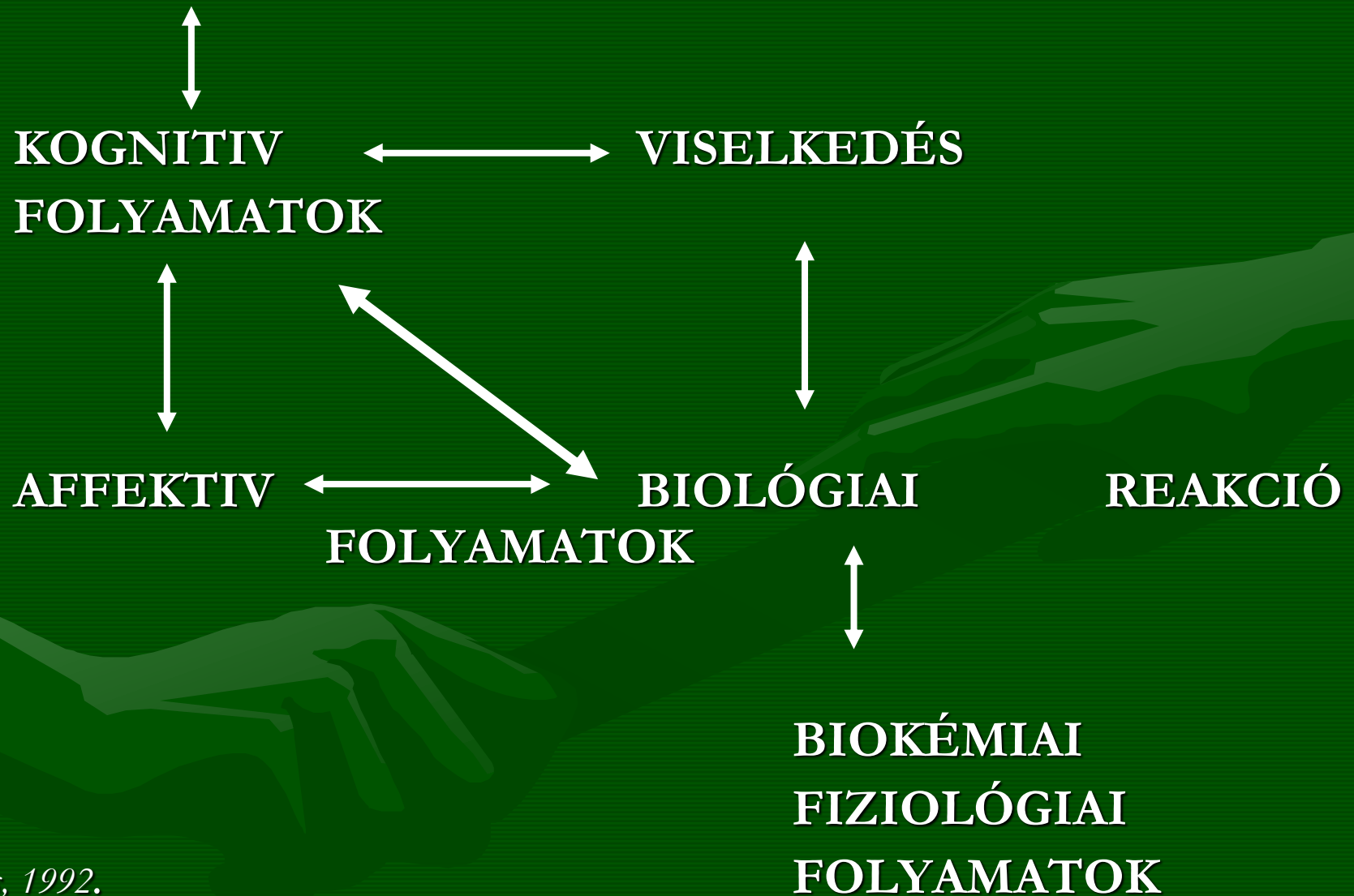
Szuicid prevenció (Townsend, 2001)

1. Sürgősségi ellátás elérhetősége, lelkisegély telefonvonalak
2. Pozitív problémaorientáció kialakítása, problémamegoldó készségek tanítása
3. Kognitív viselkedésterápia, negatív érzések elviselésének tanítása

A depresszió tanuláselméleti megközelítése

- **tanult tehetetlenség** (*Seligman, 1975*):
 - a kiszámíthatatlan és kivédhetetlen averzív
 - ingerekre adott válaszreakció a depresszió
(*passzivitás, visszahúzódás, vitális gátlás*)
- **hiányos szociális készségek következménye**
(*Lewinson, 1974*)

KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK



Salkovskis, 1992.

A depresszió kognitív modellje

(Beck, 1976)

- elsősorban KOGNITÍV azaz információfeldolgozási zavar, amelynek következménye az AFFEKTÍV zavar és amelyben
- szerepet játszanak viselkedéses és biokémiai folyamatok is
- szoros kölcsönhatásban egymással.

A negatív információfeldolgozás

Negatív kognitív triád:

- negatív önkép:

„Rossz vagyok”

„Semmit sem érek”

- negatív világkép:
„Az élet igazságtalan”,
„Az emberekre nem lehet számítani”
- negatív jövőkép:
„Semmi sem sikerül.”

Reménytelenség

- a negatív jövőkép reménytelenség kialakulásához vezet
- azaz a súlyos depressziós állapot jellemzője a reménytelenség
- a végzetes öngyilkosságok 50-70%-a súlyos depressziós állapotban következik be (Rihmer, 1999)

De!

Nem minden depressziós egyén követ el szuicidumot

Reménytelenség: a jövőre vonatkozó negatív szemléletmód

Beck: a jövő perspektíva lezárul → Reménytelenség → szuicidium

Két nézet a depresszió és öngyilkosság kapcsolatáról

- A depresszió közvetlenül vezet öngyilkossághoz, ezért fontos a depresszió felismerése és kezelése (Rihmer, 1995)
- A reménytelenség mértéke jobban korrelál a szuicid magatartással, mint maga a depresszió
 - nemcsak a depressziós betegek követnek el öngyilkosságot (Ahrens, 1996)

Pszichológiai jellemzők (Williams, 2011)

- Túláltalánosított emlékezeti tárolás
- Önéletrajzi emlékek nehezített hozzáférhetősége
- Alacsony szintű problémamegoldás
- Jövőperspektíva elvesztése



REMÉNYTELENSÉG

Miért fontos a reménytelenség felmérése?

- A súlyos reménytelenség gátolja a segítségkérést;
- A súlyos reménytelenség szuicid veszélyállapotot jelez;
- A reménytelenség kognitív jellemző, így módosítható

A Reménytelenség Skála rövidített változata (Perczel Forintos és Sallai, 2001)

7. Sötétén látom a jövőmet.

14. Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.

20. Fölösleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.

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

TOVÁBBI TÉNYEZŐK

- Információfeldolgozás
problémamegoldás alacsony szintje (*Salkovskis, 1990*)
túláltalánosított önéletrajzi emlékezet (*Williams, 1999*)
- személyiség:
magas neuroticizmus, alacsony önértékelés, negatív gondolatok könnyebb hozzáférhetősége
- életesemények: veszteségek

Depresszió



„Értéktelen vagyok.”



**„Nem vagyok
semmire
sem képes”**



Depresszió



**Koncentrációzavarok,
fáradtság**



**Örömet jelentő
tevékenységek
abbahagyása**

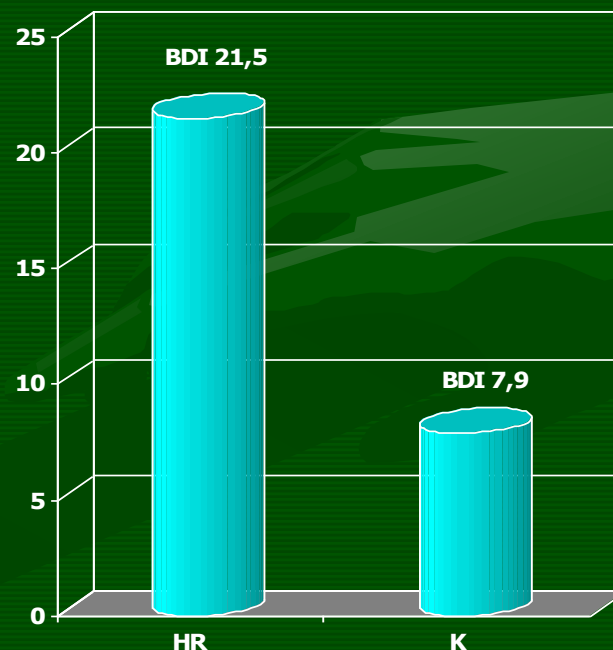


Depresszió szűrése normál populációban

Eredmények

(Ajtay és Perczel Forintos, 2008)

- A háziiorvosi rendelésre jelentkezők közepes szintű depressziót mutattak
- A HR és a kontroll csoport között szignifikáns különbség ($p < 0,001$)



KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA

1. Klinikai interjú

2. Szuicid veszélyeztetettség, ha :

BDI: 2. és 9. kérdés 2-nél több

RS: 10 fölött

Kevés gátló tényező

Szuicid tervek és előkészületek

Szuicidium a családban

Krízis, konfliktusok

Szuicid prevenciós szerződés 1.

- Története:
 - 1970-es évektől fennálló igény a terápiás szerződésre
 - közös célok, feladatok, stb.
 - 1973 USA: szuicid prevenciós szerződés – Robert Drye, Robert Goulding, Mary Goulding
 - krízisközpontokban, telefonos formában, önkéntesek felkeresése
 - a páciens felnőtt felelősségteljes énrészeivel kötik
 - érett, pozitív belső erőforrások aktivizálása
 - később: alapellátás, majd klinikum, gyermek és serdülő változat
- a páciens vállalja, hogy a pszichoterápia időtartama alatt sem önkárosító magatartást, sem öngyilkosságot nem kísérel meg, krízisállapotban a szerződésben foglalt módon kérhet segítséget

Szuicid prevenciós szerződés 2.

- **Célja:**

- feszültség elviselése, késleltetése, kollaboratív módon való megoldáskeresés, adaptív megküzdés
- „mini” problémamegoldó stratégia
- beteg biztonságának megőrzése
- majd: állapotstabilizálást követően nehézségek feldolgozása kezdődhessen

- **Jellemzői:**

- specifikus, személyre szabott, kollaboráción alapszik, aktív részvételt igényel
- verbális/írásbeli
- páciens és kezelő között (önkéntes hozzájárulás)
- cselekvési tervet tartalmaz (legalább 3 lehetőség, pl. kezelő elérhetősége, pszichiáter elérhetősége, LESZ, területileg illetékes pszichiátriai osztály, krízisosztály)
- nem jogi kategória

Kommunikáció

- kellő idő, minimum 30 perc, rogersi szemlélet
- veszély ismerete, együttérzés, megbízható, hiteles megoldás javaslata, kérdések és aggodalmak
- nyílttá teszi az erről való kommunikációt - folyamatos monitorozás
- öngyilkossággal kapcsolatos gondolatokra való kitérés

Indikációi

- szuicid veszélyeztetettség mértéke
 - közepes szuicid rizikó esetén – BDI (2, 9), RS, személyesen beszámol a szuicid gondolatokról és készletéről, de képes részleges kontrollt gyakorolni
- kizáró kórképek pl. agyi károsodás, akut pszichózis, alkoholos vagy pszichoaktív szerhatás alatti állapotok
- anamnézis szuicid kísérlet szempontjából negatív
- ambuláns vagy fekvőbeteg ellátásban is
- páciens képes a döntéshozatalra, önkéntes beleegyezés

Fiatalkori öngyilkosság veszélyeztetettség

- öngyilkosság: 5-19 éves korosztálynál második halálok, így indokolt
- akár már 6 éves kortól alkalmazható
- másodlagos és harmadlagos rizikófaktorok:
- figyelmeztető jelek:
- védőfaktorok:
- szuicid prevenciós szerződés
 - kor – és betegségsspecifikus
 - szövegezésében kitérhet az adott kórképhez kapcsolódó önsértő magatartásra
 - szülő is aláírja

Szakambulanciánk tapasztalatai 1.

- a szuicid veszély indikátora lehet
 - pl. magabiztosság, szemkontaktus tartása, nem mutat ambivalencia jegyeket ➡ kevésbé v.
 - nem akarja aláírni nagyobb valószínűséggel veszélyeztetettebb
- páciens dokumentáció része, írásos forma fontossága
- BDI-vel és RS-sel állapotfelmérés minden terápiás ülésen

Szakambulanciánk tapasztalatai 2.

- **Előnyei:**
 - páciens kontrolljának növelése (felismeri a készletét, döntést hoz, választási lehetőség, tudatosság, késleltetés képessége)
 - terápiás szövetség erősítése – aktív kollaboráció
 - pszichoterápiás fókusz fenntartásának nagyobb esélye
 - terápiás folyamatért érzett felelősségvállalás fokozódik

Szakambulanciánk tapasztalatai 3.

- **akadályok**
 - a páciens azt gondolhatja, hogy a prevenciós szerződés a terapeuta védelméért van
 - indulatosság, elégedetlenség
 - a páciens titkolja öngyilkossági készletéseit
- **fontos, hogy legyen forgatókönyv az aláírás visszautasítása esetén is**
- **szóbeli szerződés lehetősége terápiás folyamat közben**

A prevenciós szerződés hatása

- ellentmondásos eredmények
- kontrollcsoport hiányában nehezen mérhető
- javuló kapcsolat a személyzet és a páciensek között
- Szakambulancia álláspontja: szuicid prevenciós szerződés – minőségi esetvezetés
 - nem terápiás módszer, hanem terápiát kiegészítő eszköz
 - folyamatos állapotfelmérés

Szuicid prevenciós szerződés 6-8 éves gyermek számára

Én, _____, ígérem, hogy a következő dolgokat teszem:

1. Szeretnék hosszú és boldog életet élni
2. Eljövök, és megtanulom, hogy lehetnék boldog.
3. Amíg megtanulom, hogyan lehetek boldog, nem fogok magamnak ártani, sem öngyilkosságot nem követek el. Tudom, időbe fog telni, míg elsajátítom, hogyan lehetnék boldog.
4. Amennyiben úgy érzem, hogy ártani fogok magamnak, jelzem ezt _____-nak vagy _____-nak.
5. A terapeutám, _____, segíteni fog nekem, hogy megtanuljam, hogyan lehetek boldog.
6. Mindezt megfogadom addig, amíg nem találkozom újra a terapeutámmal:
_____(következő terápiás alkalom időpontja).

Aláírások: páciens / szakember

Szuicid prevenciók szerződés 12-17 éves serdülők számára

Én, _____ fogadom, hogy a következőkben foglaltakat a kezelésem részeként megteszem.

1. Egyetértek azzal, hogy az egyik legnagyobb célom az, hogy hosszú, a mostaninál boldogabb életem legyen.
2. Tudomásul veszem, hogy ennek a célnak az útjában állna, ha bántanám, vagy megölném magamat. Szeretnék jobb dolgokat tanulni amikhez nyúlhatok, mikor rosszul érzem magam. Szeretnék megoldást találni a problémáimra.
3. Megértem, hogy időbe telik, míg teljesen jól érzem majd magam, ezért a most és _____ közötti időben, míg a tanácsadómat újból nem látom, nem fogok ártani magamnak.
4. Ha bármikor bántani szeretném vagy megölném magam el fogom mondani _____-nak, vagy _____-nak. Ha nem találom, _____-t vagy _____-t felhívom _____-t vagy _____-t.
5. A tanácsadó, _____, velem együtt dolgozik, hogy a problémáim megoldására új módokat találjunk. A tanácsadó, _____, amennyire csak lehetséges a rendelkezéseimre áll, ha rosszul érezném magam.
6. Megtartom ezt a megegyezést, annak lejáratí idejéig, vagy _____-ig, mikor legközelebb találkozom a tanácsadómmal. Akkor, amennyiben szükséges a tanácsadó és én köthetünk egy újabb megállapodást.

Szuicid prevenciós szerződés felnőtteknek

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

elfogadom, hogy amennyiben annyira feszültnek érzem magam, hogy ne tudnám feszültségemet és szorongásaimat leküzdeni, abban az esetben haladéktalanul felveszem a kapcsolatot munkaidőben pszichológusommal,
.....a-as telefonszámon.

1. Ha őt nem érem el,
2. pszichiáter kezelőorvosomnál,
3. Lelki Elsősegély Szolgálatnál (116-123, az egész országból, bármilyen telefonról ingyenesen hívható)
4. Péterfy Sándor utcai kórház Krízisintervenciós osztályon (Budapest, VII. ker. Alsó erdősor u. 7. Tel.: 06 1 321 52 15/294, 06 1 322 34 50),
5. a területileg illetékes pszichiátriai osztályonjelentkezem, melynek elérhetőségéről háziorvosom tud tájékoztatást adni.

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.

Kelt:

.....

Páciens

.....

Pszichológus

A kognitív pszichoterápiás szemlélet

- Ugyanannak az eseménynek különböző jelentése lehet az egyes személyek számára.
- A jelentés határozza meg az érzelmi reakciót.
- Intenzív emocionális állapotokban zavart szenved az információfeldolgozás félreértelmezések vagy diszfunkcionális attitűdök következtében

Diszfunkcionális attitűdök

- Csak akkor lehetek boldog, ha mindenki szeret.
- Ha sikertelen vagyok a munkámban, sikertelen ember vagyok.
- Képesnek kell lennem arra, hogy mindenki elégedett legyen velem.
- Bármibe, amibe belefog az ember, a lehető legjobbnak kell lennie.

- Ezek a kondíciók tükrözik a személynek önmagáról, a világról a múltjáról és jövőjéről alkotott képét
- A személy rejtett kognitív struktúrái tartalmában bekövetkezett változások befolyásolják emocionális állapot és viselkedésmódját
- Pszichoterápia segítségével a személy képes
 - Kognitív torzításaink felismerése (torz. gyak.)
 - Adaptívabb helyzetértelmezés kialakítására.
- A diszfunkcionáli (torzított) konstrukciók csökkentése klinikai javuláshoz vezet.



Negatív Automatikus Gondolatok felismerése, monitorozása - *gondolatnapló*

Valóságvizsgálat

- *mi szól a negatív gondolat mellett, mi támasztja alá?*
- *milyen tapasztalat mond ellent neki?*
- *mi utal arra, hogy nem teljesen igaz?*

Kognitív átstrukturálás

- negatív gondolat megválaszolása,
- alternatív, reálisabb hiedelem megfogalmazása közösen,
- segítő kérdések révén.

A legjobb barátom mit mondana?

Van-e bármilyen apró részlet, amit nem veszek tekintetbe? Öt vagy tíz év múlva visszapillantva, hogyan látom ezt a helyzetet?

- konfrontáció kerülése

Példa (halogatás):

negatív gondolat.

„Tökéletesnek kell lennie.”

„Biztos elrontom.”

elkeseredés: 100%

alternatív gondolat.

„Nem az a fontos, hogy tökéletes legyen,
hanem minél jobb.”

„Bármit is írok le, még mindig jobb, mint ami
meg sem született.” *elkeseredés 30%*

Példa (önvádítások):

negatív gondolat:

„Egy nulla vagyok.”

„Legjobb, ha meghalok.”

elkeseredés: 100%

alternatív gondolat:

„Akkor is ember vagyok, ha beteg vagyok.”

„Az életemnek akkor is van értelme, ha a dolgok másképp alakulnak, mint ahogy elterveztem.”

elkeseredés 30%

Reménytelenség Skála

– Gyakorlati jelentősége a mindennapi életben

„Sötétben látom a jövőmet.”

Helyzet	Érzés	Automatikus gondolatok	Bizonyíték, hogy ez igaz	Bizonyíték, hogy nem 100%-ig igaz	Kiegyensúlyozottabb, reálisabb gondolat	Érzés újraértékelése
Munkahely	Szorongás 80%	„Nem tudom ellátni a munkám. Ki fognak rúgni”				

A REMÉNYTELENSÉG ÁTSTRUKTURÁLÁSA

„Sötéten látom a jövőmet.”

Helyzet	Érzés	Auto- matikus gondo- latok	Bizonyí- ték, hogy ez igaz	Bizonyíték, hogy nem 100%-ig igaz	Kiegyensú- lyozottabb, reálisabb gondolat	Érzés újraérté- kelése
Munka- hely	Szoron- gás 80%	„Nem tudom ellátni a munkám. Ki fognak rúgni”	<ul style="list-style-type: none"> - Nem tudok koncentrálni - Látják rajtam, hogy mennyire rossz állapotban vagyok 	<ul style="list-style-type: none"> - Régóta dolgozom itt, ismerik a teljesítményemet - Általában elvégeztem a feladataimat, még ha haza is kellett vinni 	„Lehet, hogy azért félek ennyire, mert újszerű a feladat. Biztosan kapok majd segítséget, ha kérek	Szorongás 50%

3. Konceptualizálás

Az öngyilkossági kísérlet logikusan következik a páciens negatív helyzetértelmezéséből (negatív automatikus gondolatok)

„Úgysem tudok változtatni.”

„Semmi sem sikerül.”



Önpusztító

viselkedés

Kiváltó helyzet: állás elvesztése

Feltevések aktiválódnak

Negatív értékelés

Negatív gondolatok
pl. „nincs rám szükség”

viselkedés
visszahúzódás, suic

affektus
reménytelenség
tehetetlenség

fizikai tünetek
koncentrációzavar, alvászavar

4. 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

Élet előnyei

Örömök

Másokkal jót
tehet

Megtanulhat
megbirkózni a
problémával

Meghalás előnyei

Szabadulás a
szenvedéstől

Sajnálni fognak
(*Honnan tudja?*)

Megérdemellem

Meghalás hátrányai

Lehet, hogy fáj

Lehet, hogy
rosszabb

Vége az életnek

Nincs több
„dobása”

Ha nincs hátránya,
akkor az akadályok
felkutatása

Férfi depresszió (Scott, 1998)

- Nehezen hozzáférhető az emocionális elkerülés és a szégyenérzés miatt.
- „Mindig, minden körülmények között erősnek kell látszanom.”
- „Teljes mértékben felelős vagyok a családom sorsáért.” *(Biztos?)*

Páciensek kiválasztásának kritériumai

- Milyen depresszióban szenved?
- Mennyire súlyos az állapota?
- Beszámol-e depresszív kogníciókról?
- Mennyire fogadja el a kognitív modellt?
- Mennyire képes együttműködő kapcsolat kialakítására?

8 hét után a CBT és az ADM hatása is felülmúlja a placeboét (a HDRS pontszámok csökkennek)

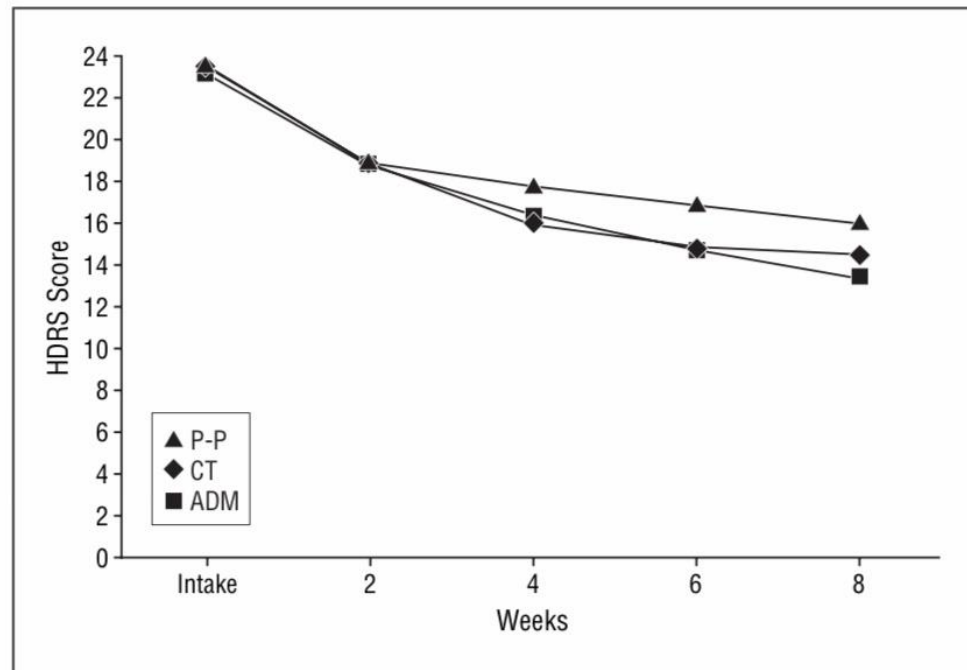


Figure 1. Biweekly Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) scores during the first 8 weeks of acute treatment. ADM indicates antidepressant medication therapy (n=120); CT, cognitive therapy (n=60); and P-P, pill placebo (n=60).

DeRubeis és mtsai, 2005

Visszaesési arány utánkövetés alapján

	Utánkövetés ideje	ADM	CBT	Kombináció
Kovács (1981)	1 év	65%	39%	-
Blackburn (1986)	2 év	78%	23%	21%
Hollon (1990)	1 év	67%	20%	30%

16 hetes utánkövetésnél a remisszió aránya CBT-nél 40%, ADM-nél 46% volt

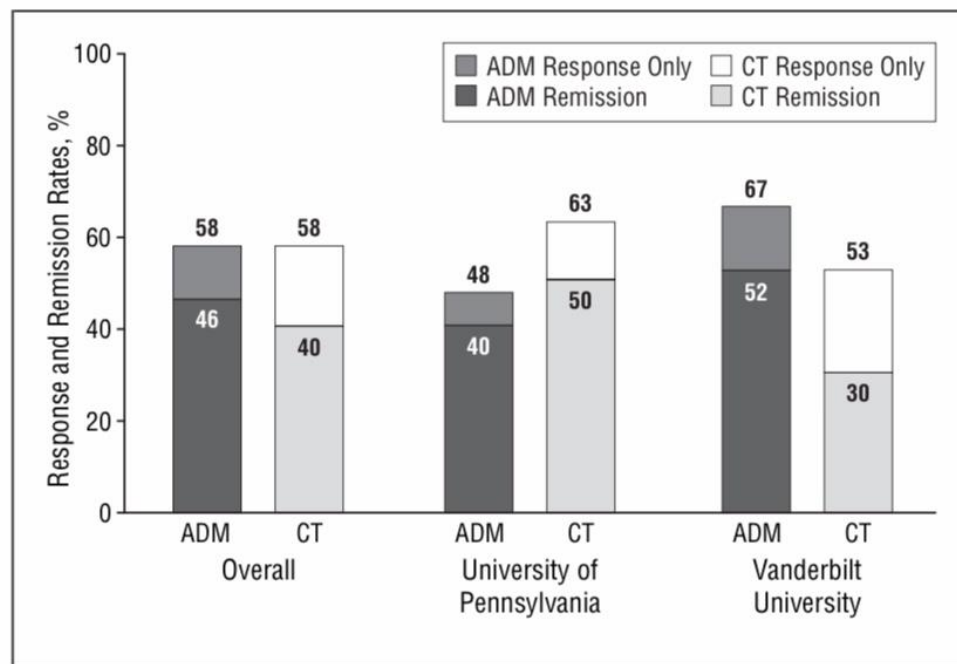
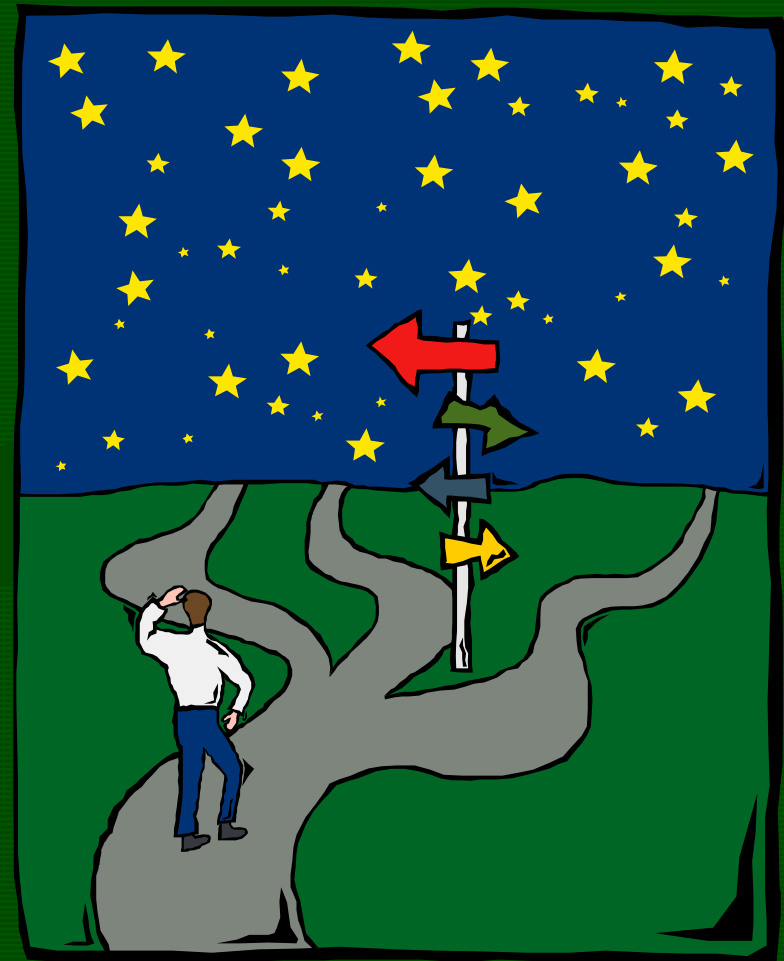


Figure 2. Response and remission rates at 16 weeks for antidepressant medication therapy (ADM) (n=120, 60 per site) and cognitive therapy (CT) (n=60, 30 per site).

Miért kognitív terápia?

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



Köszönöm a figyelmet!

