

**AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSE**  
**ÚTMUTATÓ HÁZIORVOSOK RÉSZÉRE**

**Mentális és Viselkedési Zavarok**  
**Mentális Egészség Osztály**  
**Egészségügyi Világszervezet (WHO)**  
**Genf, 2000**

Ez az anyag egyik eleme annak a kiadványsorozatnak, amelyik speciális társadalmi és szakmai csoportok számára készült, és témája elsősorban az öngyilkosság megelőzése.

Az útmutató a SUPRE, a WHO egész világra kiterjedő öngyilkosság-megelőző programjának a részeként készült.

Kulcsszavak: öngyilkosság, prevenció, erőforrások, családorvosok, általános orvosok, képzés, alapfokú egészségügyi ellátás.

© World Health Organization, 2006

Információs anyagunk nem tartozik a WHO hivatalos kiadványai közé, nevezett szervezet mégis minden jogot fenntart. Ez alól kivételt képez – és szabadon engedélyezett – a másolás, a bírálat, a rövidítés, a fordítás és sokszorosítás, amennyiben ez nem kereskedelmi célokat szolgál.

A dokumentum nem a WHO hivatalos álláspontját tükrözi; hanem elsősorban a szerzőkét.

Fordította: Kovács-Molnár Judit és Dr. Mirnics Zsuzsa

Hungarian translation © Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány, 2010

A WHO szakembereknek szóló öngyilkosság-megelőzés útmutatói letölthetők  
a Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány weboldaláról:  
[http://www.lelekbenotthon.hu/2011/07/who\\_supre\\_magyar](http://www.lelekbenotthon.hu/2011/07/who_supre_magyar)

## TARTALOM

ELŐSZÓ.....	4
AZ ÖNGYILKOSSÁG, MINT TÁRSADALMI TEHER.....	5
AZ ÖNGYILKOSSÁG ÉS LELKI (MENTÁLIS) BETEGSÉGEK.....	5
<i>Hangulatzavarok</i> .....	6
<i>Alkoholizmus</i> .....	7
<i>Szkizofrénia</i> .....	7
<i>Személyiségzavarok</i> .....	7
<i>Életkori hatások</i> .....	7
<i>Szorongásos zavarok</i> .....	7
AZ ÖNGYILKOSSÁG ÉS A TESTI MEGBETEGEDÉSEK.....	8
<i>Neurológiai betegségek</i> .....	8
<i>Neoplazmák</i> .....	8
<i>HIV/AIDS</i> .....	8
<i>Más betegségek</i> .....	8
AZ ÖNGYILKOSSÁG ÉS A SZOCIODEMOGRÁFIAI TÉNYEZŐK .....	8
<i>Nem</i> .....	8
<i>Életkor</i> .....	9
<i>Családi állapot</i> .....	9
<i>Foglalkozás</i> .....	9
<i>Munkanélküliség</i> .....	9
<i>Falu/város, mint élőhely</i> .....	9
<i>Migráció</i> .....	9
<i>További tényezők</i> .....	9
HOGYAN ISMERHETŐEK FEL A VESZÉLYEZTETETTEK?.....	9
<i>Hogyan kérdezzünk?</i> .....	10
<i>További kérdések</i> .....	11
A KRÍZISBEN LÉVŐ SZEMÉLY ELLÁTÁSA .....	11
<i>Támogatás keresése</i> .....	11
<i>Szerződés</i> .....	12
SZAKORVOSI KEZELÉS.....	12
AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSÉNEK LÉPÉSEI – ÖSSZEGZÉS.....	12
HIVATKOZÁSOK.....	13

## ELŐSZÓ

Az öngyilkosság komplex jelenség, amely századokon keresztül vonzotta a filozófusok, teológusok, orvosok, szociológusok és művészek érdeklődését. Albert Camus, francia filozófus *Sziszüphosz mítosza* című művében ezt tekinti az egyetlen fontos filozófiai problémának.

Az öngyilkosság-megelőzés az egészségügy fontos feladata, kiemelt figyelmet érdemel, mégsem mindig könnyű megelőzése és következményeinek kezelése. A legújabb kutatások szerint az öngyilkosság megelőzése, amennyiben egyáltalán megvalósítható, tevékenységek széles körét öleli fel: beleértve a lehető legjobb feltételek biztosítását a gyermekek és fiatalok neveléséhez, a lelki zavarok hatékony gyógyítását, illetve a kockázati tényezők ellenőrzését. Az információ megfelelő terjesztése és a tudatosság növelése alapfeltétele az öngyilkosságok megelőzésére irányuló programok sikerének.

1999-ben a WHO világméretű kezdeményezést indított, a SUPRE (Suicide Prevention) öngyilkosság-megelőzési programot. Ez az információs füzet a SUPRE keretében készült broszúrák egyike, amelyek olyan, különböző társadalmi és szakmai csoportokat szólítanak meg, amelyek különösen fontos szerephez jutnak az öngyilkosság megelőzésében. Ezáltal is kapcsolatot kíván építeni a sokféle különböző érintett szakember és szervezet, az egészségügyben dolgozók, oktatók, társadalmi szervezetek, kormányzati és törvényhozási szervek, mediátorok, jogalkalmazók, családok és közösségek közt.

Különösen hálásak vagyunk *Dr. Jean-Pierre Soubriernek (Groupe Hospitalier Cochin, Párizs, Franciaország)*, aki jelen útmutató korábbi verzióját készítette. Továbbá köszönetet mondunk a WHO ISP (International Network for Suicide Prevention: Öngyilkosság-Prevenációs Hálózat) alábbi tagjainak a lektorálásért:

*Dr. Sergio Perez Barrero, Hospital de Bayamo Kórház, Granma, Kuba;*

*Dr. Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Új-Zéland;*

*Prof. Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Ausztrália;*

*Dr. Ahmed Okasha, Ain Shams University, Kairó, Egyiptom;*

*Prof. Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, Dél-Afrikai Köztársaság;*

*Dr. Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Észtország;*

*Prof. Danuta Wasserman, National Centre for Suicide Research and Control, Stockholm, Svédország;*

*Dr. Shutao Zhai, Nanjing Orvosi Egyetem, Agyklinika, Nanjing, Kína.*

Köszönjük *Dr. Lakshmi Vijayakumar (SNEHA, Chennai, India)* közreműködését is a korábbi változat technikai szerkesztésében.

Reméljük, hogy széles körben terjesztett információs anyagainkat az érdeklődők több nyelvre is lefordítják, és tartalmukat az adott célcsoportokhoz igazítják. Szívesen fogadjuk az adaptálásra vonatkozó kéréseket.

**Dr. J. M. Bertolote, koordinátor**

*Mentális és Viselkedési Zavarok*

*Mentális Egészség Osztály*

*Egészségügyi Világszervezet (WHO)*

## AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSE ÚTMUTATÓ HÁZIORVOSOK RÉSZÉRE

Egy orvos számára nagyon megrázó esemény, amikor páciense öngyilkosságot követ el. A szakemberek többsége általában hitetlenséggel, önbizalmának megingásával, haraggal és szégyenérzettel reagál. A történet hatására megkérdőjeleződhet a saját szakmai kompetenciába vetett hit, és az orvoson eluralkodhat a szakmai presztízs és tekintély elvesztésétől való félelem. A hozzátartozókkal, családtagokkal való találkozás lelki terhe mindezt tovább súlyosbítja.

Kiadványunkat elsősorban általános orvosoknak szánjuk. Fő célunk az öngyilkossághoz társuló fő zavarok és tényezők áttekintése, valamint az öngyilkosságra készülő páciensek ellátásával kapcsolatos információk átadása.

### AZ ÖNGYILKOSSÁG, MINT TÁRSADALMI TEHER

A WHO becslései szerint évente mintegy egymillió személy önkéntesen vet véget az életének. Az öngyilkosságot a világ valamennyi országában a tíz legfontosabb halálok közé sorolják, a 15–35 éves korosztálynál pedig egyike a három fő haláloknak.

Az önpusztítás családi, pszichés és szociális hatása valójában nem mérhető. Tény azonban, hogy minden öngyilkossági eset legalább hat embert közvetlenül érint, az iskolában illetve a munkahelyen pedig akár száz emberre is hatással lehet.

Az öngyilkosság társadalmi következménye a statisztikák szintjén az ún. DALY értékben ragadható meg (disability-adjusted life years, azaz rokkantsághoz viszonyított életevek). E kalkuláció szerint a betegségek okozta társadalmi terheknek átlagosan 1,8 százalékát teszi ki. A mutató az alacsony nemzeti jövedelmű országokban mért 1,7% és a magas nemzeti jövedelmű országokban mért 2,3% közt változik. Az arány hozzávetőlegesen kétszerese a cukorbetegség hasonló mutatójának, és körülbelül egyenlő a születési asphyxia, a születési traumák és a háborúk hatásával.

### AZ ÖNGYILKOSSÁG ÉS A LELKI (MENTÁLIS) BETEGSÉGEK

Az öngyilkosságot ma biológiai, genetikai, pszichés, szociológiai és környezeti tényezők komplex interakciójából eredő, többdimenziós zavarnak tekintjük. Az érintett személyek 40–60 százalékánál bizonyítható, hogy az elkövetést megelőző hónapban orvosi segítséget kértek: legtöbbször a családorvosukhoz fordultak, pszichiáterrel csak kevesen találkoztak. Ez különösen azokra az országokra jellemző, ahol a mentális betegségeket ellátó szolgáltatások csak kevésbé fejlettek.

Az öngyilkossági veszély azonosítása, felmérése és a páciensek gondozása fontos orvosi feladat, amelynek kulcsszerepe van a megelőzésben.

**Az öngyilkosság önmagában nem betegség, és nem is feltétlenül jelez betegséget; a mentális zavarok jelenléte mégis jelentősen befolyásolja, hogy sor kerül-e rá.**

A fejlett és fejlődő országokban publikált tanulmányok egyaránt leírják, hogy az öngyilkosoknál a mentális betegségek aránya igen magas, mintegy 80–100%. Ezen belül, a becslések szerint a hangulatzavarban szenvedő páciensek öngyilkossági rizikója 6–15%, az alkoholbetegeké 7–15%, a szkizofréneké pedig 4–10%.

Talán érdemes azonban visszatérni arra a tényre, hogy az öngyilkos személyek jelentős része a halálát megelőző időszakban egyetlen pszichiátriai képzettségű szakorvossal sem találkozik. Ennek megfelelően a

háziiorvosi, elsődleges betegellátás keretében nagy szükség lenne a problémák hatékonyabb felismerésére, és a veszélyeztetett személyek továbbküldésére a jól képzett szakemberekhez.

Közismert, hogy az öngyilkosságot elkövető személyek többnyire nemcsak egy, hanem egyszerre több mentális zavartól is szenvednek. Így például a hangulatzavar (pl. depresszió) és az alkoholizmus, valamint a személyiségzavarok nagyarányú együttes előfordulásával találkozhatunk.

**A házi orvos fontos feladata, hogy a pszichiáterekkel együttműködésben biztosítsa az öngyilkossági krízisben levő páciens adekvát, megfelelő kezelését.**

## *Hangulatzavarok*

A tapasztalatok szerint összefüggés mutatható ki a hangulatzavarok szinte valamennyi típusa (a BNO-10-ben F31–F34, azaz a bipoláris affektív zavar, a depresszív epizódok, a visszatérő depresszió, valamint a tartós hangulatzavarok pl. ciklotímia, disztímia) és az öngyilkosság elkövetése között<sup>1</sup>. Ebből is nyilvánvaló, hogy a nem megfelelően kezelt és fel nem ismert hangulatzavarok esetében igen jelentős a kockázat.

A depresszió példája igen tanulságos. Noha igen elterjedt betegség – az orvosnál megforduló páciensek mintegy 30 százalékát érinti –, sokszor még a diagnosztizálására sem kerül sor. A rejtett tünetek miatt az érintettek nagy többsége elsősorban a háziiorvosi rendelőt keresi fel, ami különös prevenció jelentőségű tény. A családorvosnak éppen ezért fel kell rá készülnie, hogy nemcsak fizikai, hanem lelki eredetű tünetekkel is találkozhat majd, és ezek ellátásával is foglalkoznia kell.

**Tipikus depresszív epizódok esetében a tünetek többnyire a következők:**

- ≈ szomorúság, levertség;
- ≈ az örömképesség és az élet dolgai iránti érdeklődés elvesztése;
- ≈ csökkent energiaszint (fáradékonyság, aktivitáscsökkenés).

A depresszió közismert tünetei pedig a következők:

- ≈ fáradtság;
- ≈ szomorúság;
- ≈ koncentrációs képesség csökkenése;
- ≈ szorongás;
- ≈ ingerlékenység;
- ≈ alvászavar;
- ≈ fájdalom a test különböző részein.

Ilyen esetben szükséges mérlegelni az öngyilkossági veszélyt is. Néhány speciális klinikai jegy segít kideríteni, hogy fenyeget-e az önpusztítás lehetősége<sup>2</sup>:

- ≈ tartós alvászavar;
- ≈ önelhanyagolás;
- ≈ súlyos lelki betegség (különösen a pszichotikus depresszió);
- ≈ memóriazavar;
- ≈ agitáltság;
- ≈ pánikbetegség.

Egyéb tényezőknek is lehet szerepe<sup>3</sup>:

- ≈ férfiak esetében: 25 év alatti életkor;
- ≈ depresszió korai fázisa;
- ≈ intenzív alkoholfogyasztás;
- ≈ bipoláris betegségnél: depressziós pólus;
- ≈ mániás-depressziós „kevert” állapot;
- ≈ pszichotikus mánia.

A depresszió tehát szinte minden korosztálynál (serdülők, idősök) az öngyilkosság háttértényezője lehet, mégis azok, akiknél viszonylag kései életkorban kezdődik, magasabb kockázatnak vannak kitéve. A kezelés legújabb módszerei fontos szerepet játszanak a megelőzésben. Így például Svédországban a családorvosok korszerű továbbképzéseken való részvételének hatására csökkent az öngyilkosság előfordulása<sup>4</sup>. Emellett az epidemiológiai adatok szerint a statisztikai mutatók az új antidepresszánsok elterjedésével is javultak; különösen akkor, amikor a páciensek több hónapon át teljes terápiás dózist szedtek. Megbizonyosodott továbbá, hogy időseknél a tünetek megszűnése után a gyógyszeres kezelést akár két éven át is folytatni kell – csak ebben az esetben csökken a halálozási arány<sup>5</sup>.

## **Alkoholizmus**

Az alkoholizmus (az alkoholabúzus és az alkoholfüggőség) diagnózisa sok öngyilkosról állapítható meg, különösképpen igaz ez a fiatalok csoportjára. A két jelenség korrelációjára biológiai, pszichológiai és szociális magyarázatok is születtek. A fokozott öngyilkossági rizikóhoz kapcsolódó speciális faktorok például a következők:

- ≈ az alkoholizmus korai kezdete;
- ≈ erős függőség;
- ≈ levertség;
- ≈ gyenge fizikai egészség;
- ≈ gyenge munkateljesítmény;
- ≈ alkoholbetegség a családtörténetben;
- ≈ közelmúltban történt szakítás vagy egy szeretett személy elvesztése.

## **Szkizofrénia**

Az öngyilkosság a szkizofrének korai halálának egyik leggyakoribb oka. Esetükben a fő kockázatok<sup>6</sup>:

- ≈ fiatal életkor;
- ≈ munkanélküliség;
- ≈ férfinem;
- ≈ félelem a képességek hanyatlásától, különösen jó intellektusúak esetében;
- ≈ gyanakvás és delúziók;
- ≈ depressziótünetek.

Az öngyilkossági veszély erős:

- ≈ a betegség korai időszakában;
- ≈ ha már rövid betegségétörténet után is romlik az állapot (relapszus);
- ≈ gyors állapotjavulás esetén.

Minél hosszabb ideje áll fenn a szkizofrénia, annál nagyobb az öngyilkossági hajlam.

## **Személyiségzavarok**

Néhány fiatal öngyilkosokkal készült, korszerű vizsgálat tanulsága szerint a rizikócsoportban magas (20–50%) a személyiségzavarok, ezen belül a narcisztikus és hisztrionikus személyiség típusok előfordulása. Ezzel összhangban az öngyilkosság az agresszivitás és az impulzivitás személyiségvonásokhoz kapcsolódik<sup>7</sup>.

## **Szorongásos zavarok**

A szorongásos zavarok közül a pánikbetegség mutat legszorosabb összefüggést az öngyilkos magatartással, ezt követi a kényszerbetegség (OCD), de kapcsolat mutatható ki a szomatiform és az evészavarokkal (anorexia, bulimia) is.

## AZ ÖNGYILKOSSÁG ÉS A TESTI MEGBETEGEDÉSEK

A krónikus testi megbetegedések – az erős fizikai terheltség mellett – fokozott pszichiátriai terheltséggel (pl. depresszióval) is együtt járhatnak<sup>8</sup>. A betegség krónikussága, az akadályozottság érzése és a rossz prognózis előrejelezheti az önpusztítás szándékát.

### *Neurológiai betegségek*

Az epilepsziások öngyilkossági mutatói viszonylag magasak, ami egyes vizsgálatok szerint összefüggésbe hozható a krónikus betegséghez kapcsolódó korlátozottság érzéssel, valamint azzal, hogy e betegcsoport egy része az átlagnépességnél hajlamosabb az impulzív, agresszív reakciókra.

Erős a gerincvelő- és agysérültek érintettsége is. Modern kutatások tanúsítják, hogy stroke után – főképp abban az esetben, ha poszterior károsodás is van – a páciensek 19 százaléka depressziót él át és öngyilkos akar lenni.

### *Neoplazmák*

Bárki, aki folyamatos állapotromlással járó, degeneratív betegségben szenved, a diagnózis utáni két évben fokozott öngyilkossági veszélynek van kitéve. Minél erősebb fájdalommal, szenvedéssel él, annál erősebben vágyakozik a halálra.

### *HIV/AIDS*

Fiataloknál az AIDS egyértelmű öngyilkossági kockázatot jelent, amely elsősorban a diagnózis megállapítása után, a betegséggel való szembesüléskor válik meghatározóvá. Az érintettek egy kisebb, fokozottan veszélyeztetett csoportja intravénás drogfogyasztó.

### *Más betegségek*

Az öngyilkossági gondolatok más krónikus betegségállapotoknál is megjelenhetnek (vese- és májbetegségek, a csont- és ízületi rendszer károsodásai, szív- és érrendszeri, gyomor- és bélrendszeri eredetű panaszok). Erős terheltséggel járnak az érzékszervek fogyatékoságai, például a siketség, vakság, bénaság.

Az utóbbi években az orvosi etika egyaránt erősen vitatott kérdésként tartja számon a passzív és az aktív eutanáziát, valamint az öngyilkosságban való közreműködést. Az aktív eutanáziát a legtöbb ország jogrendszere tiltja, az öngyilkosságban való közreműködésről azonban nem egyértelmű az álláspont, etikai, morális és filozófiai ellentmondások övezik.

## AZ ÖNGYILKOSSÁG ÉS A SZOCIODEMOGRÁFIAI TÉNYEZŐK

Az öngyilkosság – annak ellenére is, hogy a legtöbbször magányos cselekedet – társadalmi kontextusban történik, és ily módon összekapcsolódik egyes szociodemográfiai tényezőkkel.

### *Nem*

Összességében, a világban több férfi követ el öngyilkosságot, mint ahány nő; a nemek aránya azonban országanként enyhén változik. Az általános tendencia alól Kína némelyest kivétel, mert itt a falusi nők hajlamosabbak az öndesztuktivitásra, mint a falusi férfiak (városban az arány körülbelül egyenlő).



## *Életkor*

Az idősek (65 év feletti) és a fiatalok (15–30 évesek) csoportja fokozott kockázatnak van kitéve. Az utóbbi évek statisztikai adataiból az is látható, hogy egyre növekszik a középkorú férfiak veszélyeztetettsége.

## *Családi állapot*

Az elvált, özvegy és egyedülálló személyeket rizikócsoporthoz tekintjük, mivel a magány, a különélés nagy lelki teher lehet. A házasság ebben az értelemben a férfiakra védő hatást gyakorol, míg a nőkre jóval kevésbé.

## *Foglalkozás*

Egyes foglalkozási csoportokban az öngyilkosok aránya viszonylag magas. Itt említhetők az állatsebészek, a gyógyszerészek, a fogorvosok, a földművesek, sőt, az orvosok is. Bár az említett adatokat meglehetősen nehéz magyarázni, vélhetően közrejátszik a munkahelyi stressz, a társas izoláció, valamint a halálokozásra alkalmas eszközökhöz való hozzáférés, esetenként az anyagi okok is.

## *Munkanélküliség*

Az öngyilkossági veszély erős kapcsolatban áll a munkanélküliséggel, de a két tényező érintkezési pontja azonban igencsak bonyolult kérdés. A hatást közvetítheti a szegénység, a szociális depriváció, a házassági problémák, sőt, a reménytelenség is. Másrészt, a mentális zavarokban szenvedők az álláspiacon természetesen nehezen boldogulnak. Meglepő adat, hogy a munkahely közelmúltban történt elvesztésénél erősebb kockázattal kell számolnunk, mint az elhúzódó állástalanságnál.

## *Falu/város, mint élőhely*

Egyes országokról elmondható, hogy városaikban gyakrabban fordul elő önkéntes halál, mint a vidéki térségeikben, másoknál a falvak arányszámai a magasabbak.

## *Migráció*

A migráció számos körülménye – szegénység, gyenge lakáskörülmények, társas támogatottság hiánya, előzetes elvárások nem teljesülése – öngyilkossági rizikót hordozhat.

## *További tényezők*

Az önpusztítás bekövetkezését valamennyi korábban részletezett faktoron túl, további körülmények is meghatározhatják, pl. veszélyes eszközök elérhetősége, terhelő életesemények.

## **HOGYAN ISMERHETŐEK FEL A VESZÉLYEZTETETTEK?**

A klinikai gyakorlatból származó tapasztalatok szerint az öngyilkossághoz egyéni és szociodemográfiai tényezők sora kapcsolódik<sup>9</sup>. Ezek a következők:

- ≈ pszichiátriai zavarok (depresszió, alkoholizmus, személyiségzavarok);
- ≈ súlyos fizikai (terminális, fájdalmas vagy a szellemi állapot romlásával járó) betegség;
- ≈ korábbi öngyilkossági próbálkozások;
- ≈ magányos életvitel (társas izoláció);

∞ munkanélküliség vagy nyugdíjazási krízis;

∞ gyermekkorban bekövetkezett tárgyvesztés.

Pszichiátriai betegeknél különösen figyelniük kell azokra, akik

∞ nemrégén tértek haza a kórházból;

∞ már korábban is próbálkoztak saját életük kioltásával.

Az emberélet stresszkeltő életeseményei közül a következőket emeljük ki:

∞ házastárstól való különélés;

∞ gyász;

∞ családi problémák;

∞ munkaerőpiaci vagy anyagi helyzet kedvezőtlen változása;

∞ fontos személytől elszenvedett visszautasítás;

∞ szégyen és büntudat érzése.

Az öngyilkossági kockázat becslésére számos skála létezik, egy jó klinikai interjú azonban valamennyinél használhatóbbnak bizonyulhat – utóbbiból világosan kiderül, ki az, akinél rövid időn belül fenyeget az öngyilkosság veszélye.

Az orvos az öngyilkos magatartás számos változatával találkozhat. Egy páciens-prototípus például olyan idősebb férfi lehet, aki nemrég veszítette el a társát, magányosan él, depresszió miatt áll kezelés alatt, és már próbálkozott életének kioltásával; a másik általános eset a néhány karcolással a csuklóján jelentkező, szakítástól szenvedő fiatal nő. A valóságban e két véglet közt sokféle egyéb esettel is találkozhatunk, sőt, az érintettek akár egyik jellegzetes típusból a másikba kerülhetnek át.

Amikor az orvos már nyilvánvalónak véli, hogy a páciensnél öngyilkossági veszély áll fenn, adott a kérdés: hogyan tovább? Néhány házi orvos ilyenkor akár rendkívül kellemetlenül érezheti magát. Fontos azonban, hogy ne tagadják el a veszélyt, ne hagyják figyelmen kívül a gondokat! Célravezető, ha belső vívódásukat tudatosítják, és mind a kollégáiktól, mind pedig a mentális gondozással foglalkozó szakemberektől segítséget kérnek.

Ha viszont a házi orvos úgy dönt, hogy ő maga végzi a gondozást, azonnal számolnia kell azzal, hogy a kezelés időt fog igényelni – még akkor is így lesz, ha a vizsgálószoba előtt már sokan várakoznak.

Azzal, hogy hajlandóságot mutat a segítségért forduló személy problémáinak megértésére, a házi orvos pozitív rapportot alakít ki. E folyamatot a zárt és direkt kérdések inkább hátráltatják, az empátikus viszonyulás viszont a kétségbeesés csökkentésének döntő lépése. Példa egy „ajtónyitogató” mondatra: „Nagyon feldúltnak látszik – beszéljen erről egy kicsit!”

Tévhit	Valóság
Azok, akik másoknak öngyilkosságról beszélnek, ritkán végeznek magukkal.	Az öngyilkosok, végzetes tettük előtt általában jelét adják annak, mire készülnek, figyelmeztetik a környezetüket. A fenyegetéseket komolyan kell venni!
Ha a páciensnek kérdést teszünk fel az öngyilkossággal kapcsolatban, ezzel provokáljuk nála az önpusztítást.	A kérdés csökkentheti az öngyilkossági tervhez kapcsolódó szorongást – a páciens megkönnyebbülést érezhet, átélheti, hogy megértésre talált.

## Hogyan kérdezzünk?

Egyetlen öngyilkosságra készülő pácienssel sem könnyű elbeszélgetni végzetes szándékáról. Fokozatos megközelítésre van szükség. Az alábbiakban egy ilyen, erősödő érzelmi töltetű kérdéssort szemléltetünk:

1. Boldogtalannak, tehetetlennek érzi-e magát?
2. Szenved-e a reménytelenség érzésétől?
3. Minden napját újabb nehéz megpróbáltatásnak érzi-e?

4. Tehernek érzi-e az életét?
5. Gondolt-e már arra, hogy nincs is értelme az életének?
6. Vannak-e öngyilkossági gondolatai?

### További kérdések

Természetesen a célzott beszélgetés még nem ér véget az öngyilkossági szándék megállapításával. Tisztázandó, hogy milyen gyakran áll fenn, és mennyire súlyos ez a veszély. Szükséges azt is tudni, hogy a páciens eljutott-e a tervezésig, és beszerezte-e az élete kioltásához szükségesnek vélt eszközöket. Ha például az érintett elmondja, hogy le akarja lőni magát, de nem rendelkezik fegyverrel, a kockázat enyhébb. Mérgezési terveknél viszont a helyzet jóval nehezebb, hiszen bármelyik háztartásban előfordulnak e célra használható pirulák. A kockázat akkor is jelentős, ha az eszközök még nem állnak rendelkezésre, de könnyen beszerezhetőek. A feltáró jellegű, lelkiileg megterhelő kérdéseket nagy beleérzéssel kell megfogalmazni, hogy ne tűnjenek követelésnek, vallatásnak. Néhány példa:

- ☞ Amikor öngyilkosságra gondolt, tervezte-e, hogy miként követné el?
- ☞ Ha véget vetne az életének, milyen módszerrel tenné?
- ☞ Önnek van otthon fegyvere (altatója stb.)?
- ☞ Gondolkodott-e már azon, hogy körülbelül mikor akarna öngyilkos lenni?

#### Figyelem!

- ☞ Félrevezető, látszólagos javulás. Ha egy agitált páciens hirtelen megnyugodni látszik, ez akár annak a jele is lehet, hogy szilárd döntést hozott az öngyilkosságról, és ebből fakadóan, ami korábban fájt, az mostanra már mindegy neki.
- ☞ Tagadás. Azok a páciensek, akik nagyon erősen vágnak a halálra, akár szándékosan tagadhatják is, hogy öngyilkossági gondolataik lennének.

## A KRÍZISBEN LEVŐ SZEMÉLY ELLÁTÁSA

Ha az érintett személy érzelmeiben összezavarodott, és „üres”, tervezés nélküli öngyilkossági gondolatok terhelik, gondolatainak, érzéseinek egy megértő, törődést mutató orvossal való megosztása akár önmagában is csökkentheti a veszélyt. Ezzel együtt azonban érdemes nyitva hagyni azt a lehetőséget is, hogy nyomon kövessük az állapotát, főleg akkor, ha más forrásból kevés támogatásra számíthat. Akármilyen is az aktuális probléma, a krízisben levőt általában három lényegi jellemzővel írhatjuk le: reménytelenség, tehetetlenség, kétségbeesés. E jegyekhez három lelkiállapot is kapcsolható:

1. *Ambivalencia*. Az öngyilkosságra készülő személyek többsége még közvetlenül az elkövetés előtt is el-lentmondásos érzéseket él át. Libikókaszerűen váltakozik bennük az életvágy és a halálvágy. Az orvos megerősítheti az életvágyát, így módon csökkentve a veszélyeztetettséget.

2. *Impulzivitás*. Az öngyilkosság döntően impulzív jelenség, azaz természeténél fogva átmeneti állapotot jelent. Ha éppen akkor történik a beavatkozás, ráhatás, amikor az impulzus irányítja a viselkedést, a krízis mérséklődik.

3. *Rigiditás, merevség*. Az öngyilkosok gondolkodása, hangulata, tevékenysége beszűkült, ezért hajlamosak a világot vagy-vagy típusú logika szerint látni. Ha egy empatikus beszélgetésben végighaladunk velük a lehetséges alternatívák egész során, ezáltal világossá válhat számukra, hogy nem csak két lehetőség adott.

### Támogatás keresése

Sokat jelent, ha az orvos kontaktusba lép a rendelkezésre álló támogató rendszerekkel, például az érintett személy rokonaival, barátaival, ismerőseivel, akik a páciensnek szükség esetén segítséget nyújthatnak.

## Szerződés

Az „öngyilkosságot kizáró szerződés” hatékony megelőzési technika lehet, azonban az egyéni igényekhez kell igazítani. Lényegében arról van szó, hogy az orvos reményt nyújt, bátorítja páciensét a másoktól független életre, és új problémakezelési módok megtanulására ösztönzi. Ezt a típusú támogatást általában két-három hónapon keresztül nyújtjuk.

A tapasztalatok szerint a páciensek nagy része tiszteletben tartja az orvosának az öngyilkosság elkerülésével, elutasításával kapcsolatban tett ígéretét. A „szerződés” átbeszélésével sok fontos kérdés fogalmazódhat meg és beszélhető át. Az interakcióba a páciens közeli hozzátartozóit is bevonhatjuk. Természetes azonban, hogy csak akkor lehet szó szerződésről, ha az érintett egyén alapvetően ura a cselekedeteinek.

Az ellátásban részt vevő háziorvos, amennyiben megállapítja, hogy nincs szó súlyos pszichiátriai zavarról, gyógyszeres (általában antidepresszáns) kezelést és pszichoterápiát (kognitív viselkedésterápiát) szervezhet.

## SZAKORVOSI KEZELÉS

A páciens azon esetekben igényel szakorvosi ellátást, ha a fennáll a következőkben felsorolt körülmények valamelyike:

- ≈ pszichiátriai betegség;
- ≈ korábbi öngyilkossági kísérlet;
- ≈ öngyilkosság, alkoholizmus vagy pszichiátriai betegség a családban;
- ≈ gyenge fizikai egészség;
- ≈ társas támogatottság hiánya.

Hogyan fogadtassuk el a pácienssel a speciális kezelést?

- ≈ magyarázzuk el a beutalás okát;
  - ≈ próbáljuk feloldani a megbélyegzettséggel és a pszichotróp gyógyszerek szedésével kapcsolatos esetleges szorongásait, félelmeit;
  - ≈ tegyük világossá, hogy a specialistához utalás ellenére sem akarjuk „cserben hagyni” vagy lemondani róla;
  - ≈ mi magunk egyeztessük a pszichiáterrel való első találkozást; a szakorvosi leletek birtokában majd ismét beszélnünk kell a pácienssel, ezért már a beutalás idején egyeztessünk második találkozást;
  - ≈ biztosítsuk a páciens, hogy a szakorvos bevonódása ellenére is folytatódik az orvos-beteg kapcsolat.
- Mikor van szükség kórházi kezelésre?

Az alábbiakban felsoroljuk az azonnali kórházi kezelés néhány indikációját:

- ≈ visszatérő öngyilkossági gondolatok;
- ≈ erős önpusztítási szándék, amely valószínűsíti az elkövetkező órákban, napokban bekövetkező halált;
- ≈ agitáltság, pánik;
- ≈ a páciens egyértelmű terve arra vonatkozóan, hogy miként ölheti meg magát gyors, agresszív módszerrel.

Hogyan szervezzük meg a kórház kezelést?

- ≈ Sose hagyjuk egyedül az öngyilkosságot tervező egyént!
- ≈ Egyeztessük a kórházzal a páciens fogadását és szállítását!
- ≈ Értesítsük a családot, esetleg az illetékes hatóságokat!

## AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSÉNEK LÉPÉSEI – ÖSSZEGZÉS

Az alábbi táblázat összefoglalja az öngyilkossági kockázat felmérésevel kapcsolatos teendőket, amikor a háziorvos öngyilkossági szándékot gyanít vagy azonosít a páciensénél.

Öngyilkossági kockázat	Tünet	Vizsgálat	Javaslat
0	Nincs terheltség.		
1	Zavart érzelmi állapot.	Tegyünk fel kérdéseket az öngyilkossági gondolatokkal kapcsolatban!	Empátiás odafordulás, a problémák meghallgatása.
2	„Üres” (eszközhöz nem kapcsolódó) gondolatok a halálról.	Tegyünk fel kérdéseket az öngyilkossági gondolatokkal kapcsolatban!	Empátiás odafordulás, a problémák meghallgatása.
3	„Üres” (eszközhöz nem kapcsolódó) öngyilkossági gondolatok.	Becsüljük meg az öngyilkossági szándék intenzitását (terv, módszer)!	Mérlegeljük a lehetőségeket és a környezet támogatását
4	Öngyilkossági gondolatok pszichiátriai zavar <b>nélkül</b> .	Becsüljük meg az öngyilkossági szándék intenzitását (terv, módszer)!	Mérlegeljük a lehetőségeket és a környezet támogatását.
5	Pszichiátriai zavarhoz társuló öngyilkossági gondolatok <b>vagy</b> súlyos stresszorok jelenléte.	Becsüljük meg az öngyilkossági szándék intenzitását (terv, módszer)! Kössünk „szerződést”!	Pszichiátriai kezelésre küldés.
6	Pszichiátriai zavarhoz társuló öngyilkossági gondolatok, <b>vagy</b> súlyos stresszorok jelenléte, <b>vagy</b> agitáltság és korábbi öngyilkossági kísérlet.	Maradjunk a páciens mellett és akadályozzuk meg az öndestruktív magatartást!	Kórházi kezelés.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, (Betegségek Nemzetközi Osztályozása. Tizedik, átdolgozott kiadás, BNO-10) Vol. 1., Geneva, World Health Organization, 1992.
- <sup>2</sup> Angst, J., Angst, F., Stossen, H. M.: Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2:57–62.
- <sup>3</sup> Simpson, S. G., Jamison, K. R.: The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2:53–56.
- <sup>4</sup> Rutz, W., von Knorring, L., Walinder, J.: Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression, *Acta psychiatrica scandinavica*, 1992, 85:83–88.
- <sup>5</sup> Schou, M.: The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *Journal of affective disorders*, 1998, 50:236–259.
- <sup>6</sup> Gupta, S. et al.: Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 1998, 50:253–259.
- <sup>7</sup> Isometsa, E. T. et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 1996, 153:667–673.
- <sup>8</sup> González Seijo, J. C. et al.: Poblaciones específicas de alto riesgo. *Masson, Barcelona*, 1997, 69–77.
- <sup>9</sup> Gunnell, D., Frankel, S.: Prevention of suicide: aspirations and evidences, *British medical journal*, 1999, 308:1227–1233.