

Osváth Péter, Fekete Sándor

## 2.8. Az öngyilkossági kísérletet követő orvos-beteg találkozás kommunikációs sajátosságai

### Tartalomjegyzék

2.8.1. Bevezetés: öngyilkos magatartás a mindennapi orvosi gyakorlatban

2.8.2. Az öngyilkossági krízis lélektani jellemzői – kommunikációs sajátosságok

2.8.2.1. A lélektani krízis

2.8.2.2. A preszuicidális szindróma

2.8.2.3. A cry for help (segélykérés) jelensége

2.8.2.4. Az öngyilkossági veszély felismerése a gyakorlatban

2.8.3. Az öngyilkossági kísérletet követő interjú gyakorlati kérdései

2.8.3.1. Bevezetés – az első találkozás jelentősége

2.8.3.2. A kapcsolatfelvétel

2.8.3.3. A segítő feladatai az interjú körülményeinek kialakításában

2.8.3.4. Interjútechnikai szempontok

2.8.3.5. A dialógus fenntartásának eszközei

2.8.3.6. A páciens és a segítő érzelmi problémáinak kezelése

2.8.3.7. Az aktuális lélektani állapot felmérésének szempontjai

2.8.3.8. A beszélgetés zárása – a további segítségnyújtás megtervezése

2.8.4. Összegzés

Esetismertetések

Ismétlő kérdések

Irodalom

## Bevezetés: öngyilkos magatartás a mindennapi orvosi gyakorlatban

Az *öngyilkos viselkedés* – a befejezett, illetve megkísérelt önpusztítás – korunkban mind fontosabb népegészségügyi kérdéssé vált, hiszen közismert, hogy Magyarország – az 1990-es években tapasztalt csökkenés ellenére – még napjainkban is a nemzetközi öngyilkossági statisztikák élvonalában szerepel. Az elmúlt évtizedekben intenzív kutatások indultak az öndestruktivitás problémakörének pontosabb megismerése céljából. Míg korábban inkább a társadalomtudományi megközelítés (szociológia, szociálpszichológia) volt a jellemző, az elmúlt években a pszichiátriai kutatások is mind jobban előtérbe kerültek. A széleskörű vizsgálatok révén a kutatók egyre több értékes információt nyertek a szuicid viselkedés hátterében álló biológiai, lélektani, és társadalmi faktorok vonatkozásában. Mindazonáltal számos adat utal arra, hogy a mindennapi orvosi gyakorlatban ez a jelentős fejlődés kevésbé tükröződik, vagyis az öngyilkosságot megkísérelt vagy éppen azt tervező pácienssel kapcsolatba kerülő orvosok sok esetben nem annyira a modern tudományos eredmények, mint inkább a köznap *hiedelmek és attitűdök* alapján végzik tevékenységüket. Pedig az adekvát segítségnyújtás és a megelőzés szempontjából éppen a modern pszichológiai és kórlélektani ismeretek nyújthatnak segítséget.

A fentieket példázza, hogy az orvosok körében ma is gyakori az öndestruktív cselekmény „pillanatnyi elmezavarként” való értékelése, vagy éppen moralizáló megközelítése. Ez sok esetben az öngyilkossági kísérlet bagatellizálásához vezet, így elmarad a pszichológiai háttértényezők feltárása és a páciens az egészségügyi intézményből anélkül távozik, hogy érdemi segítségben részesült volna – ez pedig igen nagy veszélyt jelent a *szuicid cselekmény ismétlődése* szempontjából. Számos más tévhit is nehezítheti az öngyilkossági kísérletet elkövetők ellátását, hiszen széles körben elterjedt, hogy aki az öngyilkosságról beszél, az sohasem tenné azt meg, csak fenyegetőzik, vagy hogy aki tablettákat vesz be, az úgysem gondolja komolyan, csak zsarolni akarja a környezetét. Ezzel szemben közismert, hogy az öngyilkosságot elkövetők legnagyobb része beszél szándékáról, vagy jelzi ezt valamilyen módon, mielőtt tettét elköveti. A mindennapi gyakorlatban minden önsértő cselekedetet (pl. még az egyébként orvosi szempontból veszélytelennek tekinthető banális gyógyszerbevétel is) komolyan kell venni, hiszen a kutatások azt is igazolták, hogy a megelőző szuicid kísérlet tekinthető a későbbi öngyilkossági halálozás legfontosabb rizikófaktorának. Sajnos még ma is előfordul, hogy a néhány tablettá beszedését követően belgyógyászati ellátásban részesülő páciens kigúnyolják „komolytalan” cselekedete miatt, hiszen aki „tényleg meg akar halni, az hatásosabb módszert választ”.

A fentiek azért jelentenek különösen nagy problémát az öngyilkosság megelőzése szempontjából, mert egyre több adat bizonyítja, hogy az öngyilkosságot elkövetők többsége rendszeres kapcsolatban áll háziorvosával vagy egyéb egészségügyi ellátó rendszerrel és sok esetben röviddel a tett előtt is felkeresik ezeket. Ennek ellenére nem mindig könnyű a szuicid veszély felismerésre, hiszen ilyenkor a manifeszt cél (pl. banális szomatikus panasz vagy gyógyszerfelíratási szándék) hátterében rejtve maradhat a veszélyeztető lelkiállapot és a felírt gyógyszer nem ritkán válik a szuicidium eszközévé. Gyakran háziorvosuktól kérnek segítséget az öngyilkosság következtében elhunyt páciens hozzátartozói is, ilyenkor az adekvát segítségnyújtásnak rendkívül nagy szerepe lehet a hozzátartozók gyötrelmeinek csökkentésében, sőt akár későbbi szuicid cselekményeik megelőzésében is.

Szintén nehézséget jelenthet az orvosok számára az öngyilkossági kísérletet elkövető páciensekkel való *kapcsolatfelvétel* és a számukra nyújtott segítség. A szakma szabályai szerint az öngyilkossági kísérletet elkövető páciensek kezelése mindig sürgősségi ellátást jelent, a páciensek ellátását olyan osztályon (intenzív osztály, belgyógyászat, traumatológia, stb.) kell végezni, ahol biztosított szomatikus állapotuk mielőbbi rendezése. A kezelésnek ebben a szakaszában a szomatikus ellátást végző kezelőorvos feladata a páciens lelki állapotának mielőbbi pontos felmérése és a további segítségnyújtás megtervezése is (pl. pszichiátriai konzílium, szakellátásba való utalás, pszichiátriai osztályos kezelés, stb.). Kiemelésre érdemes, hogy az akut ellátás során

történő kapcsolatfelvétel és pszichés támogatás jelentősen javítja a páciens későbbi kezeléssel való együttműködését.

A fenti példák arra hívják fel a figyelmet, hogy napjainkban az öndestruktív viselkedésformák nemcsak a pszichiáterek, hanem sok esetben elsőként a házi orvosok illetve más orvosi szakterületek képviselőinek (belgyógyászok, traumatológusok, intenzív osztályon dolgozók) gyakorlatában jelennek meg. Így az általános orvosok számára is nélkülözhetetlen a szuicid viselkedés háttérében álló *pszichológiai, pszichopatológiai szabályszerűségek* ismerete, valamint azoknak a *kommunikációs jellemzőknek* az elsajátítása, melyek lehetővé teszik az öngyilkossági krízis felismerését és az öngyilkossági kísérletet elkövető páciensek adekvát segítségét. Ebben a fejezetben az öngyilkossági krízis lélektani és kommunikációs sajátosságainak rövid áttekintésén túl részletesen bemutatjuk az öngyilkossági veszélyben lévő ill. öngyilkosságot elkövető páciensekkel történő kapcsolatfelvétel, illetve beszélgetés legfontosabb lépéseit. Ringel szerint az öngyilkosság mindig egy elmulasztott vagy elrontott beszélgetés következménye. Ezzel a fejezettel szeretnénk elősegíteni, hogy a mindennapi gyakorlatban mind több olyan beszélgetést tudjunk folytatni, melyek segítséget nyújtanak pácienseinknek kilátástalannak tűnő helyzetük megoldásában.

### Az öngyilkossági krízis lélektani jellemzői – kommunikációs sajátosságok

Ebben az alfejezetben röviden áttekintjük azokat a pszichopatológiai szabályszerűségeket, melyek az öngyilkossági kísérlet ill. krízis háttérében leggyakrabban szerepelnek, kiemelve a mindennapi gyakorlat szempontjából jelentős kommunikációs jellemzőket. (A téma iránt érdeklődők figyelmébe ajánljuk Buda és Kézdi, az irodalomjegyzékben részletesen felsorolt munkáit.)

#### A lélektani krízis

A *lélektani krízis* fogalmának meghatározásában Caplan megközelítése látszik a legelfogadottabbnak. Szerinte a pszichológiai értelemben vett krízis olyan külső események hatására kialakult lélektani állapot, melyben az egyén lelki egyensúlyát súlyosan veszélyeztető körülményekkel kerül szembe és ezek közelsége mindennél fontosabb pszichológiai problémává válik számára. Az aktuális helyzetet súlyosbítja, hogy ezeket a problémákat sem elkerülni, sem az adott időben, illetve az aktuális személyiségkonstellációban rendelkezésre álló, szokványos problémamegoldó eszközeivel megoldani nem tudja. A fentiek miatt a helyzet megoldására irányuló kísérletek nem vezetnek eredményre, a személyiség pszichés energiái kimerülnek, integritásának felbomlása indul el, mely kedvez az öndestruktív magatartásformák kialakulásának. A krízisállapot jellemzője a külső tényezők általi *fokozott befolyásolhatóság* is. Ennek sajátos kulturális következményét jelenti, hogy a magyar kultúrában a lélektani válságállapotok többnyire öngyilkossági krízisként jelennek meg, hiszen számos vizsgálat igazolta, hogy kultúránkban a kilátástalannak látszó helyzetek tragikus megoldó képleteként általában jelen van az önpusztítás lehetősége is. Az említett befolyásolhatóság azonban egyben *megnövekedett fogékonyságot* is jelent külső segítség keresésére és igénybevételre is. Ez pedig azért bír különösen nagy jelentőséggel, mert adekvát segítségnyújtás esetén a krízis kreatív megoldódása a személyiség erősödésének és magasabb szinten való újraszerveződésének lehetőségét is magában rejti.

#### A preszuicidális szindróma

Az öndestruktív viselkedésformák lélektani háttérében kulcsszerephez jut a Ringel által leírt *preszuicidális szindróma*, mely pszichopatológiai konstelláció mintegy végső kifutási útja lehet a legkülönbözőbb lélektani okból és személyiségállapotból származó öndestruktív folyamatnak („final common pathway”). Erre az állapotra jellegzetes a kognitív funkciók, az érzelmek és a magatartási sémák *dinamikus beszűkülése*. Ilyenkor a személyiség dinamikája egyetlen irányt követ,

az önpusztítás kizárólagos célképzétként jelenik meg. Az elhárító mechanizmusok és az emberi kapcsolatok beszűkülése pedig jelentős csökkenti a helyzet megoldásának, valamint külső segítség igénybevételének lehetőségét. Második összetevője a gátolt és saját személy felé irányított *agresszió*. Ennek kialakulásában a személyiséget ért frusztrációk, a saját sikertelenség miatti büntudat, ill. ennek következtében kialakuló önbüntető tendenciák, az emberi kapcsolatokban megjelenő ambivalencia, továbbá az előzőekben említett izoláció játszik jelentős szerepet. Kórjelző szereppel bír a triász harmadik komponense is: a gyakran igen élénk *öngyilkossági fantáziálás*. Ilyenkor a beszűkült, külvilágtól elfordult személyiség lelki energiái a fantáziavilágot szállják meg. A fantáziavilágban körvonalazódik magának az öngyilkossági cselekménynek a terve és konkrét végrehajtása is. Bár a preszuicidális szindróma egyes elemei más pszichopatológiai állapotokban is megjelenhetnek, együttes megjelenésük egy olyan kóros lélektani állapot fennállására utal, melynek felismerése kulcsszereppel bír az öngyilkossági cselekmény megelőzésében.

### A cry for help (segélykérés) jelensége

Az öngyilkossági krízis felismerésében kiemelt szereppel rendelkezik egy amerikai kutatók (Shneidman és Farberow) által leírt kommunikációs sajátosság. Öngyilkosságot elkövetők búcsúleveleinek vizsgálatai során kapott eredményeik szerint az öngyilkossági tett elkövetése előtt szinte minden ember valamilyen formában *jelzi ezt a szándékát*. Ez tulajdonképpen egy segítségkérésnek tekinthető (innen ered a hazai szakirodalomban is létjogosultságot nyert angol elnevezés, a „cry for help”), mely az öngyilkossági krízisben tapasztalt alapvetően *ambivalens lelkiállapot* kifejeződése (az öngyilkos nem meghalni akar, hanem másképpen élni). A cry for help kommunikáció a nyílt segítségkéréstől egészen a rejtett, alig észrevehető, sokszor az öngyilkosságot elkövető számára is tudattalan jelzésekké terjedhet, vagy akár csak bizonytalan utalások, fokozatos viselkedésváltozás formájában jelenhet meg. Ez a kommunikációs sajátosság komoly esélyt nyújthat a segítségnyújtásra (pl. ez ad lehetőséget az öngyilkosság megelőzésére szerveződött telefonszolgálatok működésére). Ezen jelzések felismerése így a mindennapi orvosi-háziorvosi gyakorlatban is elengedhetetlen.

Kiemelésre érdemes, hogy Kézdi és munkacsoportja a pécsi öngyilkosság-megelőző telefonszolgálat anyagában végzett kutatása során a krízis kommunikációjának számos *kulturális jellemzőjét* írta le. Megállapították, hogy krízisállapotban a megszűnésre, veszteségekre utaló kifejezések, és a direkt öngyilkossági fantáziálás mellett a *tagadó grammatika* válik uralkodóvá. Ennek felismerése jelentős segítséget nyújthat az öngyilkossági veszély megállapításában, ugyanis ez akkor is jellemző a krízisben lévők kommunikációjára, ha egyébként a szuicid tematika még indirekt módon sem jelenik meg.

A fentieket példázza egy krízisben lévő páciens alábbi közlése:

„Nem bírom tovább, ma megint elhagyott egy lány, elégettem nála a személyi igazolványom lapjait.”

A direkt tartalom mögött a következő közlés húzódhat:

„Segítsenek, megismétlődött egy veszteség, egy trauma az életemben, amit nem tudtam feldolgozni, ezért szimbolikusan öngyilkosságot követtem el, megszüntettem magam.”

### Az öngyilkossági veszély felismerése a gyakorlatban

Az öngyilkossági veszély felismerése kapcsán szót kell ejteni a depresszióban szenvedő páciensek kommunikációjának jellegzetességeiről is, hiszen ez az egyik leggyakoribb mentális zavar, mely komoly rizikót jelent az öngyilkosság szempontjából. Bár a hangulatzavarok tüneteinek részletes ismertetése meghaladná fejezetünk kereteit kiemelésre érdemes, hogy a lehangoltság, anhedónia, apátia, anergia, örömképesség elvesztése ill. különböző vegetatív tünetek (alvás, étvágy és szexuális funkciózavar, fogyás) mellett a reménytelenség és a halálvágy bír különösen fontos szereppel a szuicid veszély felismerése szempontjából. A depressziós hangulatzavar hátterében

szinte minden esetben meglévő kognitív torzítások pedig a Beck által leírt, és a depresszióra patognosztikus "kognitív triászra", vagyis a páciens múltjáról, a jövőről, és önmagáról alkotott koncepcióira vonatkozó kérdésekkel (például „visszatekintve az életére, hogyan látja az Ön mögött álló évek eseményeit?” stb.) deríthetők fel. Mivel akut szuicid veszély esetén a jövőre való irányultság szinte teljesen hiányzik (hiszen a krízisállapot örvényszerű dinamikája révén a páciens egyre inkább csak az életből való kilépésben látja az egyetlen kiutat és beszűkültsége lehetetlenné teszi a tervezést), ezért a páciens közeli és távolabbi terveire vonatkozó kérdések szintén nagyon informatívak lehetnek (pl. „Mivel fogja tölteni a mai napot, ha eltávozott tőlem?”). A páciens válaszaiban megjelenő bizonytalanságok, ambivalencia, vagy éppen - akár az elkövetkező órákra vonatkozó - jövőkép teljes hiánya feltétlenül markáns szuicid veszély fennállására utal. A depressziós páciensekkel való kommunikációval kapcsolatban ki kell emelnünk, hogy ilyenkor – éppen az előzőekben említett – kognitív torzítások miatt bármiféle szokványos felvidítási, vagy biztatási kísérlet eredménytelen (negatív és feltétlenül kerülendő példaként említhetők a „Fel a fejjel” vagy a „Szedje össze magát” üres szövegei), sőt mivel ezt a páciens elutasításként éli meg, így éppen hogy az orvossal kapcsolatos bizalmatlanságát fogja erősíteni.

Tehát kiemelt figyelmet kell fordítanunk a páciens verbális kommunikációjának értékelésére; öngyilkossági veszély fennállására utalhatnak – a halálvágy és a szuicid szándék, terv direkt említése és az előbbieken leírt tagadó grammatika hangsúlyossá válása mellett - a megszűnésre és az elmúlásra utaló kifejezések illetve ezek szinonimái is (elutazás, elalvás, stb.). A szóbeli közléseken kívül nagy jelentőségű a páciens komplex viselkedésének megfigyelése és értékelése is. Nagyon gyakori, hogy a páciens valamilyen kisebb panasszal jelentkezik (pl. bizonytalan testi fájdalmára /fejfájás, hasfájás, izületi fájdalom/ fájdalomcsillapítót, vagy banálisnak értékelt alvászavarára altatót kér) esetleg éppen rosszul érező panaszoló, vagy krízisben lévő illetve öngyilkosságot fontolgató hozzátartozója ügyében kér segítséget. Ha eközben viselkedése nem illeszkedik az aktuálisan említett panaszához illetve ehhez képest túlzott feszültséget, riadtságot, nyugtalanságot, tanácstalanságot, vagy éppen szétszórtságot mutat, ez mindenképpen felveti annak gyanúját, hogy a páciens által említett okok csak a háttérben rejlő súlyosabb pszichés problémáinak vagy akár az öngyilkossági veszély „elfedésére” szolgálnak. Ilyenkor a rejtett segítségkérést a beteg valamilyen okból (bizalmatlanság, rejtőzködés, pszichiátriai kezelés stigmájától, zárt osztályos kezeléstől, elmebetegségtől való félelem) nem tudja, vagy nem akarja nyíltabban kifejezni. Ilyenkor is nagyon fontos, hogy az orvos támogató magatartásával, empatikus attitűdjével lehetőséget biztosítson a páciensnek kínzó lelki tartalmainak megosztásában. Ebben jelentős segítséget nyújthat, ha kerüljük - az akár nyilvánvalóan átlátszó – „fedőtörténettel” való konfrontációt és óvatos, támogató kérdéseinkkel igyekszünk tájékozódni a páciens problémáinak valódi természetét illetően. A pácienssel időszakos kapcsolatban álló háziorvosok számára különösen fontos, hogy észleljék a magatartásában megjelenő markáns változásokat. Krízisállapot és szuicid veszély lehetőségét vetheti fel ugyanis, ha az addig nyugodt, egykedvű, visszahúzó páciens zaklatottá, ingerültté, esetleg agresszívvá válik. Sokkal nehezebb felismerni a fordított változást, amikor a nyugtalan, agitált, panaszoló, esetleg orvosával veszekedő páciens egyszer csak megszeli magát, nyugodtan, csendesén, vagy akár visszahúzóan viselkedik. Ez sokszor nem a gyógyulás első jele, hanem éppen ellenkezőleg, egyfajta „vihár előtti csendet” jelent és az élet-halál közötti dilemmát eldöntve az önkezdő halált választását jelezheti.

Ha a páciens kommunikációjában az öngyilkossági szándékre utaló direkt vagy indirekt közléseket észlel az orvos, nagy jelentőséggel bír ezek pontos tisztázása. Sajnos az öngyilkosság témája még ma is tabu jelent, vagyis sokan nem mernek beszélni róla. A mindennapi gyakorlatban ez gyakran úgy jelenik meg, hogy az orvosok a páciensekkel való kommunikáció során kerülnek ezt a témát, attól tartanak ugyanis, hogy az öngyilkosság emlegetésével „ötletet adva a páciensnek”, fokozzák a szuicid veszélyt. Valójában pontosan fordított a helyzet. Néhány olyan egyszerű kérdés, mint pl.: „Gondolt már valamikor arra, hogy jobb lenne, ha már nem is élne?”, vagy „Eszébe jutott ebben a nehéz helyzetben, hogy kiszáll az egészből, és véget vet az életének?” jelentős segítséget nyújthat az élet/halál dilemmájával küzdő, izolált, bezárkózott páciensnek abban, hogy megnyíljon

és megossa orvosával fenyegető gondjait. Hasonlóan nagy jelentőségű, hogy szuicid veszély fennállásakor a konkrét öngyilkossági tervekre, előkészületekre és a tervezett cselekmény körülményeire is rákérdezzünk (milyen módszerre gondolt, hogyan tervezi ezt végrehajtani, hogyan készült fel erre, stb.). Ez a további segítségnyújtás megtervezéséhez elengedhetetlenül szükséges információk megszerzése mellett azért is nagyon fontos, mert az orvos kérdésében az is megjelenik, hogy megérti a krízisben lévő nehézségeit, gyötrődéseit és reálisnak tartja, hogy kilátástalanak tűnő helyzetében az életből való kilépés is megoldási lehetőségként körvonalazódott számára. Ezen okokból természetesen sohasem szabad a páciens érzéseit illetve az öngyilkossághoz vezető okokat bagatellizálni és minősíteni, mert az orvos által (akár csak elítélő vagy rosszálló arckifejezése révén metakommunikatíván) közvetített negatív értékítélet nemcsak csökkentheti a páciens bizalmát, de akár a kapcsolat kialakulását is megakadályozhatja. A későbbiekben éppen a *megértő, elfogadó beállítódás* képezheti az első beszélgetés alapját, melynek során a páciens problémáinak feltárásával és megbeszélésével az önpusztítás helyett adekvát megoldási lehetőségek körvonalazhatók.

Összefoglalva megállapítható, hogy az öngyilkossági magatartás mindig egy olyan *sajátos individuális folyamatban* bontakozik ki, melynek jellegzetes tünetekkel és kommunikációs sajátosságokkal bíró stádiumai vannak. Ezen jellemzők felismerésével a szakember fel tudja mérni a páciens aktuális lélektani állapotát és az adekvát segítő beavatkozással megelőzhetővé válik az önpusztítás. Kiemelésre érdemes, hogy az akut szuicid veszély minden esetben sürgősségi ellátást igényel (különösen akkor, ha az emocionális beszűkültség a krízisintervenciós szemléletű beszélgetés során sem oldódik). Ilyenkor a legcélravezetőbb az akut pszichiátriai beutalás, ezt sokszor megkönnyíti a pszichiáterrel való előzetes konzultáció.

## Az öngyilkossági kísérletet követő interjú gyakorlati kérdései

### Bevezetés – az első találkozás jelentősége

Az öngyilkosságot elkövető pácienssel való első találkozás során a szakember (legtöbbször az elsődleges ellátást végző ügyeletes orvos vagy háziorvos) jelentős mértékben támaszkodhat az orvos-beteg találkozás általános kommunikációs szempontjaira, de számos vonatkozásban speciális megközelítés válik szükségessé. A sürgősségi helyzet, a szuicidium *ismétlődésének veszélye* különös súlyt ad az első beszélgetésnek. Ilyenkor a segítőnek meg kell nyernie páciensét a kapcsolat számára, de közben fel kell mérnie a krízis súlyosságát és az aktuális pszichopatológiai állapotot is, hogy megbízható támpontokat nyerjen a további segítségnyújtás megtervezéséhez. Az első találkozás jelentőségét növeli, hogy a kapcsolatfelvétel sikertelensége nemcsak az aktuális helyzet megoldását, hanem a további segítségnyújtás lehetőségét is veszélyeztetheti. Az interjú *sajátos beállítódást* igényel a segítő részéről, hiszen a krízis kommunikációs sajátosságaiból következően számos fontos információ indirekt módon, vagy rejtetten jelenik meg a kommunikáció során.

Az öngyilkossági kísérletet követő találkozás során minimális célként a páciens *aktuális lelkiállapotának* és az *öngyilkossági veszélynek* a felmérése és elhárítása szerepel. Ez az aktuális körülményektől (az ellátó orvos személye, a beszélgetés helyszíne, a páciens testi állapota stb.) függően ideális esetben egy részletesebb beszélgetés keretében történik, ilyenkor beszélhetünk a tulajdonképpeni első interjúról. Azonban az előbbiekben említett minimális célokat akkor sem szabad figyelmen kívül hagyni, ha sokszor a sürgősségi ügyeleti helyzet körülmények nem teszik lehetővé, hogy részletesebb interjúra illetve mélyebb kapcsolat kialakítására sor kerülhessen. Az alábbiakban az első beszélgetés legfontosabb szempontjait szeretnénk bemutatni, különös tekintettel a legjelentősebb kommunikációs problémákra és nehézségekre.

### A kapcsolatfelvétel

A sok esetben elesett testi állapotban lévő (pl. az önmérgezésben felhasznált nyugtatók szedatív hatása alatt álló), jelentős szubjektív panaszokkal (szédülés, hányinger, gyengeség, álomosság, meglassult gondolkodás és beszéd) küzdő páciens számára különös nehézséget jelent, hogy a beszélgetésben újra kell élnie a krízis kialakulásában szerepet játszó intenzív emocionális terhet jelentő, alig elviselhető élményeket. Az öngyilkossági kísérlet háttérében álló izoláció, bizalmatlanság, csalódások, kudarcok gyakran megnehezítik számára, hogy a szakemberrel való kapcsolatban megnyíljon. Ezen tényezők miatt az orvosnak kiemelt figyelmet kell fordítania a találkozást megelőző események feltérképezésére (maga a páciens kért-e segítséget a kísérlet /pl. gyógyszerbevétel/ után, vagy szomatikus állapota miatt mentővel szállították be, esetleg éppen akarata ellenére). A kapcsolatfelvétel kezdetén természetesen fel kell mérni az aktuális testi állapotot és az esetleges intoxikációs tüneteket is, és tisztázni kell, hogy mikor és hogyan történt a páciens szomatikus ellátása. Ez azért bír kiemelt jelentőséggel, mert a kapcsolatfelvétel szempontjából lényeges különbséget jelent, hogy vajon a páciens motivált a beszélgetésre és önként jött segítséget kérni, vagy éppen küldik, hozzák, netán részben akarata ellenére, vagy mások nyomására kerül sor ellátására és így óhatatlanul ambivalens vagy éppen kifejezetten bizalmatlan a segítőtől szemben. A bizalmatlan, esetleg elutasító magatartásban sokszor szerepet játszhatnak a páciens szomatikus ellátása (pl. gyomormosás) során átélt konfliktusai, sérelmei, esetleg az ellátást végző személyzet negatív minősítései, elítélő megnyilvánulásai. Ennek oldásában jelentős segítséget nyújt, ha már a találkozás első pillanataiban bemutatkozunk és személyünk azonosításán túl, a páciens ellátásában végzett szerepünket is tisztázzuk (vagyis, hogy azért szeretnénk többet megtudni aktuális lelkiállapotáról, problémáiról és az adott helyzet kialakulásához vezető eseményekről, mert a legmegfelelőbb segítséget szeretnénk nyújtani számára). Az interjút végző szempontjából ezért kulcsfontosságú a *rogers-i változók* (különösen az empátiás megértés és a feltétel nélküli elfogadás) közvetítése. Ezek alkalmazásával válik lehetővé a szélsőséges, esetleg a környezettel, egészségügyi személyzettel való ellenséges érzelmek megfelelő kezelése, valamint a segítőtől szemben nem ritkán megjelenő kezdeti elutasítás és ellenségesség megértése és tolerálása. Az aktuális helyzetben való involváltság, az érzelmi terhek átmeneti megosztása, ill. a páciensért érzett felelősség vállalása nélkül a szakember legfeljebb külső vigasztaló lehet, aki a krízisben levő számára nem jelent igazi segítséget. Így természetesen a reális kapcsolat kialakulásának hiányában a helyzet felmérése és helyes megítélése sem járhat sikerrel.

A kapcsolatfelvétel során elsősorban az öngyilkossági kísérlethez vezető *krízis mélysége* bír meghatározó szereppel, míg a formája (vagyis hogy *természetes, fejlődési /Erikson/, azaz serdülőkori, középkori/middle-life* vagy éppen időskori krízisről van szó vagy pedig *akcidentális, szituációs* krízisről /pl. interperszonális veszteség, trauma, nemi erőszak stb./) másodlagos szerepet játszik. Ilyenkor a különböző mértékű *beszűkülés* és regresszió, a *sajátos elhárító mechanizmusok*, gyakran a depresszív hangulat és a szorongás is általánosan észlelhető jellemzők, melyekkel a kapcsolatépítésben feltétlenül számolni kell. Ugyanakkor azonban sajátos érzékenység és *szuggesztibilitás* (befolyásolhatóság) is tapasztalható. A páciens (gyakran a korábbi keserű tapasztalatok nyomán kialakuló) kezdeti bizalmatlansága és elzárkózása a segítő általi elutasítás előrevételezését jelentheti (ilyenkor a páciens mintegy „kiágálhatja” magát a kapcsolatból). Ennek ismeretében a páciens ellenséges magatartásának megértésével és elfogadásával jó esély kínálkozik pozitív kapcsolat kialakítására, pontos helyzetfelismerésre és a későbbi sikeres krízisterápiára.

A segítő feladatai az interjú körülményeinek kialakításában

Melyek azok a tényezők, melyek különösen fontosak az öngyilkosságot követő első beszélgetésben? Az interjú külső feltételei között elsőként a *nyugodt környezet* biztosítását kell kiemelnünk. Nyilvánvaló, hogy olyan helyiségben, melyben újra és újra megszólal a telefon, ahova bekopognak, benyitnak, megzavarva a beszélgetést, nem lehet biztonságos, nyugodt légkört teremteni. Pedig ez nélkülözhetetlen alapfeltételét képezi az első interjúnak. A segítő teljes figyelme és a külső zavaró tényezők kikapcsolása meghatározó az interjúhelyzet biztonságossága és kiszámíthatósága szempontjából. A személyes adatok és információk bizalmas kezelése, illetve

ennek nyilvánvalóvá tétele a páciens számára ugyancsak alapvető feltétele annak, hogy bizalmába fogadjon bennünket és valóban megnyílhatson. Az orvos *metakommunikációja* az odafigyelés és a megértés közvetítésében meghatározó, az odafordulás, a nyitott testtartás, a non-verbális visszajelzések, ill. proxemikai közvetítők szerepe kitüntetett. Hiszen csak ezek figyelembevételével válhat lehetővé, hogy olyan megfigyelésekhez juthassunk, melyek segítséget nyújthatnak a páciens teljesebb megértéséhez, a krízisállapot pontosabb felméréséhez, illetve a további segítségnyújtás megtervezéséhez.

Az interjúkészítő a beszélgetés kereteinek megteremtésében *aktív szerepet vállal*, a strukturálatlan helyzetek a páciens – egyébként is jelen lévő – szorongását szükségtelenül fokozhatják. Így például – szemben az általános pszichoterápiás szempontokkal – a csöndet a terapeutának célszerű viszonylag hamar megszakítani. A beszélgetés bevezető részében a segítő közli nevét és tisztázza az egészségügyi ellátó rendszerben betöltött szerepét (a túlzott bizalmaskodás és a hűvös távolságtartás egyaránt kerülendő). Célszerű *strukturált helyzetet* teremteni a páciens számára, ebben szerepet kaphat, hogy érdeklődünk a testi állapotáról, tisztázzuk a beszélgetés körülményeit és a rendelkezésre álló időtartamot, valamint a beszélgetés célját.

### Interjútechnikai szempontok

Interjútechnikai szempontból kiemeljük, hogy az első interjú során a segítők általában előnyben részesítik a *nyitott kérdéseket*, amennyiben a páciens ezt a szorongás fokozódása nélkül „elbírná”. A szakember így ad leginkább lehetőséget a páciens számára a spontán megnyilvánulásra, anélkül, hogy ő maga túlságosan beavatkozna (a szükséges kereteket, struktúrát azonban biztosítja a beszélgetéshez). Megkérdezheti például: „Miben segíthetek önnek?”, vagy „Kérem, beszéljen magáról, mi történt Önnel?” Ha a páciens megnyilvánulásai mégis arra utalnak, hogy ez a típusú kérdés túlságosan megterheli, mivel a helyzet homályos, strukturálatlan és szorongató számára, úgy a segítőnek célszerű *direktívebb kérdésmodot* választania, például fogalmazhat így: „Kérem, beszéljen arról, hogyan történt az öngyilkossági kísérlete?” vagy „Szeretném ha megosztaná velem, mi vezetett ahhoz, hogy öngyilkosságot kísérelt meg?”. A depresszív, öngyilkossági krízisben levők számára különösen hasznos lehet a kezdeti, több biztonságot adó „*zárt típusú kérdések*” alkalmazása. Később, mielőtt a beszűkült érzelmi állapot oldódása lehetővé teszi, természetesen ajánlatos áttérni a kevésbé direktív kérdésmodra. Sok esetben hasznos lehet a kétféle technika kombinációja, ilyenkor a szakember érzékenysége és szakmai tapasztalatai nyújthatnak segítséget a kliens szükségleteinek felismerésében. Mély regresszió vagy súlyos érzelmi beszűkülés esetén az első beszélgetés során néha csak az állandó intervenció és biztatás segít fenntartani a dialógust, akár átmeneti csöndek tolerálásával, mégis a segítő olyan támogató jelenlétével, melyben a súlyos lelki terhek megosztásának készsége is érzékelhető a kliens számára.

Különösen a kevésbé gyakorlott segítők esetében jelentkezhethet az elutasítástól való félelem. Sokszor felvetődik az a kérdés, vajon mi a teendő, ha a páciens nem hajlandó igénybe venni a felajánlott segítséget és visszautasítja a beszélgetésben való részvételt, vagy esetleg nem is válaszol a kérdésekre. Ebben a helyzetben nagy segítséget jelenthet a szakember *empatikus odafordulása, támogató jelenléte* (ide tartozik, amikor a páciens ágya mellett csendben ülve, biztosítjuk azt az együtt-létet, melyben lehetővé válik a gyötrő problémák megosztása; vagy éppen egy pohár vízzel kínáljuk meg; esetleg gondoskodunk kényelméről; szükség esetén papírzsebkendőt adunk neki, stb.). Ilyenkor a szavakon innen és túl az adekváтан alkalmazott *metakommunikatív* és *non-verbális* eszközök (szemkontaktus, érintés) biztosítják a páciens izolált, beszűkült, regresszív, esetleg elutasító magatartásának oldódását és így az érzelmi kapcsolat kialakulását. A kapcsolat alakulásával párhuzamosan erősödő *emocionális rapport* biztosítja a páciens számára azt a keretet, melyben megnyílhat a segítő felé és elmondhatja, megoszthatja fájdalmas lelki tartalmait.

### A dialógus fenntartásának eszközei



A ventiláció megindulása, a dialógus létrejötte után is szükség van az úgynevezett *áthidaló technikákra*, melyek segítik a beszélgetés fennmaradását, különösen akkor, amikor emocionális, nagy terhet jelentő témák kerülnek elő. Ilyenkor a segítő *aktív, facilitáló figyelme*, odafordulása mellett szintén nagy jelentőségűek a *metakommunikatív visszajelzések* és közlések. A megfelelő időben feltett áthidaló rövid kérdések, a páciens utolsó szavainak megismétlése, vagy a megerősítő hümmögés, illetve a rövid tisztázó megállapítások és kérdések segítik a további ventilációt. Fontos kiemelni, hogy a zavar, illetve félreértések elkerülése érdekében célszerű egyszerre csak egy kérdést feltenni. A beszélgetés csöndjei óvatosan kezelendők, sem a segítő szorongását is tükröző azonnali megszakításuk, sem túlzott elnyújtásuk nem javasolt.

Az interjú végző segítő számára hasznos lehet az időszakos összegzés, mely a dialógus „pszichológiai szüneteiben” egyrészt diagnosztikus eszköznek tekinthető, hiszen értékes visszajelzést kaphatunk, hogy vajon jól értettük-e a páciens. Másrészről a visszajelzések a páciens számára is strukturáló szereppel bírnak és a *rövid összegző megállapítások* egyben jelzik a kliensnek, hogy figyeltek rá és megértették, ami önmagában is fontos pozitív tapasztalat lehet számára. Ezen kívül segítik az *érzelmi kapcsolat fenntartását* és erősödését, valamint az érzések szavakba fordítását és feldolgozását

Említésre érdemes, hogy az első beszélgetés bevezető mondatai, a páciens kezdeti közlései nagyon gyakran meghatározó fontossággal bírnak az interjú egészére, illetve magára a krízisszituációra vonatkozóan, így érdemes ezekre kiemelt figyelmet fordítani. A *megértő dialógus* és a *szupportív kapcsolat* a meglévő védekező mechanizmusok elfogadásával, támogatásával óvatosan próbálja „nyitni az ajtókat”, figyelve a kliens jelzéseit. A „zárt ajtókat” azt jelezhetik, hogy a páciens nem tud, vagy nem akar a számára elviselhetetlenre emlékezni – a krízisinterjú során ezt mindig tiszteletben kell tartani. A *biztonság és a remény közvetítése* feltétlen elsőbbséget élvez akkor is, ha az interjúkészítő úgy érzi, a helyzet pontosabb felmérése, illetve a diagnosztikai szempontok a közölt információk esetleges ellentmondásai pontosabb tisztázást tennének szükségessé. Lényeges kiemelnünk, hogy a melléállás, a megosztás során a segítő személy az elviselhetetlen helyzet realitását elismerve, megértését kifejezve mintegy „megengedheti”, elfogadhatja a dühöt, haragot a külvilággal szemben, így a befelé irányuló agresszió – legalábbis részben – kifelé fordulhat. Az összegző és tisztázó megállapításokon túl hasznosak lehetnek a támogató, megküzdő mechanizmusokat erősítő, segítő értelmezések, melyek fokozhatják a páciens kompetencia és kontroll érzését.

Már a beszélgetés kezdetétől fogva nagy jelentőséggel bír a szorongás és a depresszió mértékének monitorizálása, valamint a szorongás elviselhető szinten való tartása. A segítő a beszűkült érzelmi állapot, a lelki fájdalom, a szuicid veszély realitásának elfogadása mellett is a kapcsolatban – mint szakértő – utalhat általános tapasztalataira a krízisállapotokat illetően. Vagyis: közvetítheti kliense számára, hogy bár személye egyedi, mégis maga az öngyilkossági kísérlet illetve a krízisállapot nem rendkívüli és különleges esemény számára, így a páciensnek nyújtott pszichés segítség nem üres szavakra, hanem reális tapasztalatokra épül. A *reménytelenség* érzése a krízisállapotban az öngyilkosság veszélyének egyik legerősebb előrejelzője lehet. A segítő ilyenkor saját személyében testesíti meg, pótolja a reményt a krízisben levő számára. Az elfogadó, türelmes szakember jelenléte, megnyilvánulásai internalizálhatók (belsővé tehetők) a páciens számára: „ha őt ennyire érdeklek, ilyen fontos vagyok neki, ennyire törődik velem, lehet, hogy tévedek, és neki van igaza és mégsem vagyok érdemtelen az életre, van még remény”.

## A páciens és a segítő érzelmi problémáinak kezelése

Sajátos problémát jelenthet és így kiemelt figyelmet érdemel, hogy sok esetben már az első interjú során is megjelenhetnek – a pszichoterápiás kapcsolatból jól ismert – *indulatáttételes jelenségek* (ezen olyan, a páciens, de sok esetben a segítő részéről is megjelenő érzelmi viszonyulást értünk, melyek forrása nem a jelenlegi „itt és most” helyzetből, hanem múltbeli történésekből, kapcsolatokból erednek). Ez a páciens magatartásában gyakran elsősorban negatív áttételként értelmezhető ellenségességet, indulatkitöréseket, vagy éppen leértékelő viszonyulást jelent („Maga

akar nekem segíteni, hiszen még meg sem született, amikor én már túl voltam sok mindenem”). Fontos kiemelni, hogy ezeket a segítőknek semmiképpen sem célszerű saját személyére vonatkoztatnia, hiszen a páciens ágálásában sohasem a személyes ellenszenv, hanem sokkal inkább a környezetével való konfliktusokból származó *lelki fájdalom* játssza a főszerepet. Hangsúlyozzuk, hogy különösen a súlyos krízisállapot, vagy a mély regresszió esetén az orvos is erős érzelmi reakciókat mutathat a páciens felé (a pszichoterápiában ezt nevezik *viszontáttételes érzéseknek*, jelezve, hogy ez az indulatáttétellel ellentétben az orvostól a páciens felé irányul). Ilyenkor előfordulhat, hogy a szakember nem képes elviselni a páciens reménytelenségét és markáns lelki fájdalmát és így erős késztetést érez a túlzott aktivitásra, vagyis azt érezheti, hogy valamit mindenképpen tennie kell, rajta múlik minden, mindenáron meg kell mentenie páciensét. Ugyanakkor a tehetetlenségérből származó, düh, harag is megjelenhet a pácienssel kapcsolatban. Ilyen helyzetekben különösen fontos a tapasztaltabb kollégákkal, esetleg pszichiáterrel, pszichológussal való *konzultáció* a helyzet megértésével és kezelésével kapcsolatban. Ezen negatív érzések és indulatok felismerése és feldolgozása azért bír különösen nagy jelentőséggel, hiszen jelentős mértékben nehezíthetik nemcsak a kapcsolatfelvételt, de magát az első beszélgetést is és korlátozhatják a segítségnyújtás lehetőségeit.

### Az aktuális lélektani állapot felmérésének szempontjai

A krízisben lévő pácienssel történő kapcsolat kialakítása során a segítő a kliens helyzetének pontos felmérése érdekében számos forrásból szerezhet információkat. Általában rendelkezésre állnak többé-kevésbé *objektív információk* (pl. biográfiai adatok, az öngyilkossági kísérlet körülményei, esetleg előzményei, az egészségügyi ellátásba kerülés tényezői stb.). Ezen túl a pácienssel kapcsolatban lényegesek lehetnek olyan sajátos „*szubjektív*” *információk* is, melyek ugyan csak többé-kevésbé megbízhatóak, de jelentőségüket a kliens verbális és non-verbális közléseinek, ill. tulajdonításainak révén nyerik az adott kontextusban. Ehhez járulhatnak hozzá az első találkozás alatt a kliens kapcsolati viselkedésformáinak megfigyelése során nyert úgynevezett *szcenikus szituatív információk* is. (A fentiekre szolgáltatt példát az az – elsősorban időseknél megfigyelt – jelenség, amikor a szuicid kísérlet közvetlen kiváltó okaként a háziállat elvesztése szerepel. Ez a szeretett kutya, vagy macska a páciens életében betöltött kitüntetett szerepével függ össze, hiszen gyakran ez jelentette az idős ember számára az egyetlen érzelmi kapcsolatot, így elvesztésével az élethez fűző utolsó kötelék szakad meg.)

Az öngyilkossági kísérletet követő interjú során (ahogy minden esetben szuicid veszély gyanújának fennállásakor) a pontos helyzetfelmérés néhány pszichopatológiai szempont vonatkozásában különösen fontos. A korábban említett *depresszió és szorongás* kifejezett mértékű jelenléte mellett a realitáskontroll elvesztésével járó *pszichotikus tünetek*, valamint az *impulzivitás* személyiségtényezője jelent kiemelkedő rizikót az öndestrukció ismétlődése szempontjából. Így ezen tünetek pontos értékelése elengedhetetlen a véleményalkotáshoz és az esetleges sürgősségi lépések megtételéhez (pl. pszichiátriai konzílium vagy pszichiátriai beutalás). Az aktuális szuicid veszély mértékének felméréséhez fel kell derítenünk a *megelőző öngyilkossági viselkedésre*, az *öndestrukтивitás családi előfordulására*, valamint a drog-és alkoholabuzusra vonatkozó információkat is. Arra is figyelni kell, hogy milyen mértékben vannak jelen *szuicid gondolatok és fantáziák*, vannak-e *konkrét öngyilkossági tervek*, vagy esetleg már egy, a megelőző kísérlethez képest potenciálisan veszélyesebb eszköz választása is előtérbe került (ilyen veszélyeztető jel lehet, ha például gyógyszeres öngyilkossági kísérletet követően a páciens arról számol be, hogy a következő alkalommal inkább a vonat alá ugrik, mert a „nyugtatóktól csak aludni lehet”).

Az első találkozás során egyidejűleg kell figyelembe venni a kapcsolatfelvételt, a segítségnyújtás és a diagnosztikus folyamat szempontjait. Természetesen az alapos pszichopatológiai felmérés nem zárja ki az empátiás viszonyulást és megértést, sőt ezek mint a formálódó kapcsolatnak és a későbbi segítségnyújtás létrejöttének alapfeltételei komoly segítséget nyújthatnak a páciens pszichés állapotának értékelésében is. A beszélgetés dinamikájának alakulásában ez azt jelenti, hogy az interjú *első részében* inkább a kapcsolatfelvételt, az emocionális

rapport kialakítása, illetve magának a krízisnek és a pszichopatológiai jellemzőknek a felmérése történik. A *második rész* már sokkal több olyan elemet is tartalmaz, melyek hozzájárulhatnak a krízis oldódásához és lehetőséget biztosítanak a további segítségnyújtás megalapozásához. A gyakorlatban azonban a két szakasz általában nem válik el élesen egymástól.

A beszélgetés zárása – a további segítségnyújtás megtervezése

Az első beszélgetés végére a különböző forrásokból összegyűlt adatok, az objektív és szubjektív, ill. szcenikus-szituatív információk, a megjelenő viselkedésminták értékelése lehetővé teszi a páciens állapotának pontos értékelését és a segítségnyújtás *további lépéseinek megtervezését* (pszichiátriai konzultáció, ambuláns vagy osztályos pszichiátriai kezelés, krízisambulanciára irányítás, további pszichofarmako- és pszichoterápiás segítségnyújtás szükségessége, stb.). A kapcsolat alakulása, biztonsága és a kialakuló érzelmi rapport erősödése általában tüneti enyhülést hoz a kliens számára, ez egyben a további kezeléssel való együttműködés megalapozásában is kulcsszerepet játszik. Így a páciens megfelelő *terápiás motivációjának* kialakításával körvonalazhatóvá válnak a segítségnyújtás azon lépései, melyek a lélektani válsághelyzet teljes rendeződését eredményezhetik.

Az első beszélgetést követő intézkedések megtervezésében a legfontosabb szempont a fenyegető szuicid veszély pontos értékelése, hiszen ez életveszélyes állapotot jelent és így azonnali beavatkozást igényel. Ilyenkor a legcélszerűbb megoldás a páciens pszichiátriai osztályra vagy ambulanciára való utalása, esetleg pszichiátriai konzultáció vagy pszichiáter bevonása a kezelésbe.

## Összegzés

Fejezetünkben röviden összefoglaltuk az öngyilkossági kísérletet követő ellátás legfontosabb elméleti és gyakorlati kérdéseit. Mivel a mindennapi medicinális gyakorlatban nagyon gyakran kerül sor öngyilkosságot megkísérlő páciensek ellátására, így az orvosok számára is nélkülözhetetlen a szuicid viselkedés pszichológiai, pszichopatológiai szabályszerűségeinek (úgy mint a lélektani krízis, a preszuicidális szindróma, a cry for help jelensége), valamint a páciensekkel való kapcsolat kommunikációs jellemzőinek ismerete. A fejezetben részletesen tárgyaltuk az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésének lehetőségeit és az öngyilkosságot megkísérlő páciensekkel készített interjú azon tényezőit, amelyek eltérnek az orvos-beteg találkozás általános jellemzőitől. Bemutatásra kerültek a szakember magatartásának legfontosabb összetevői (empátiás megértés, feltétel nélküli elfogadás, kongruens kommunikáció, aktív szerepvállalás az interjú irányításában, remény közvetítése, érzelmi támogatás, a páciens szélsőséges érzelmeinek kezelése, negatív viszonyulásának tolerálása), melyek segítségével a páciens lelki állapotának pontos felmérésén és értékelésén túl a pszichés tünetek javulása is elérhető. Ismertettük a dialógus kialakításához és fenntartásához szükséges kommunikációs (verbális és non-verbális) és interjútechnikai szempontokat (nyitott és/vagy zárt kérdések alkalmazása, értelmezések, reflektív, összegző, tisztázó megállapítások használata). Említésre kerültek a segítő és a páciens részéről megjelenő emocionális problémák (áttételes/viszontáttételes reakciók, segítő beállítódás inadekvát megnyilvánulásai) és ezek kezelésének lehetőségei is. Hangsúlyoztuk a páciens magatartásában megjelenő pszichopatológiai tényezők (depresszió, szorongás, reménytelenség, beszűkültség, impulzivitás, szuicid fantáziák, szuicid tervek) értékelésének fontosságát, hiszen ezek felismerése és kezelése nagy jelentőséggel bír az öngyilkossági rizikó felmérésében és a további segítségnyújtás megtervezésében is.

Az öngyilkosság megelőzésével foglalkozó szakirodalmi adatok egyértelműen igazolják, hogy a lélektani krízisállapotban lévő, öngyilkossági rizikóval bíró páciensek gyakran fordulnak segítségért az egészségügyi ellátó rendszer különböző szintjein dolgozó szakemberekhez. Sajnos ma még sok esetben az öngyilkossági veszély nem kerül felismerésre és így az adekvát kezelés is elmarad. Hasonló problémák jelentkeznek az öngyilkosságot elkövetők ellátására során, amikor

pusztán a szomatikus állapot rendezése történik és ezt nem követi pszichés segítségnyújtás. Pedig ez a populáció különösen nagy rizikóval bír az öndestruktív viselkedés – gyakran súlyosabb formában történő – ismétlődése szempontjából. Ezért a jelenlegi helyzet javításában kulcsszereppel bír az egészségügyi ellátásban dolgozók (elsősorban a háziorvosok), valamint az orvosi hivatásra készülők modern szuicidológiai szemléletnek megfelelő képzése/továbbképzése. Ennek segítségével válik lehetővé, hogy a krízishelyzetben lévő páciensek adekvát segítségnyújtásban részesülhessenek, mely nagymértékben hozzájárulhat az öndestruktív viselkedésformák gyakoriságának csökkenéséhez.

## Esetismertetések

### 1. eset

A negatív pszichiátriai anamnézissel bíró 18 éves fiú 4 tablettá nitrátkészítmény bevitelét követően mentőszállítással érkezett a pszichiátriai ambulanciára. A gyógyszerbevitel hátterében egy aktuális partnerkapcsolati konfliktus körvonalazódott. Hosszabb ideje szerelmes volt egy lányba, aki csak baráti viszonyt alakított ki vele és közben másokkal járt. A szuicid kísérlet előtt közösen buliztak, barátnője kikezdett egy másik fiúval. Ekkor a páciens úgy érezte, hogy „valamit tennie kell, hogy történjen valami” és bevette a gyógyszert, amit már régebben magánál tartott, „hátha egyszer szívgyógyszerre lesz szükség szívfájdalom esetén”. Rosszul lett, társai megijedtek, ők hívták ki a mentőket. Gyomormosást követően került sor az első beszélgetésre, majd a krízisintervencióra. Ennek során – az orvosi szempontból egyébként szinte veszélytelennek tekinthető – szuicid kísérlet közvetlen kiváltójaként egy súlyos lélektani válságállapotra derült fény, melyben az aktuális veszteség hátterében egy eriksoni pszichoszociális fejlődési krízis körvonalazódott. Ennek megoldásában a rideg, emocionálisan sivár családi háttér és a felszínes kortárskapcsolatok miatt érdemi segítséget nem kapott. Mivel a rejtett verbális segítségkérésére környezete nem reagált, így a páciens gyógyszereket vett be, ez egyértelműen egy sokkal „hangosabb” (és veszélyesebb) „utolsó utáni” segélykérésnek volt tekinthető. Az első interjú során a cry for help üzenet „dekódolásával” nyílt lehetőség a háttérben álló lélektani problémák feltárására és értékelésére. Ezt követően a krízisintervenció folyamán aktuális élethelyzeti nehézségei megbeszélhetők voltak, teherbíró terápiás kapcsolat kialakítására kerül sor, mely jelentős segítséget nyújtott a páciensnek a krízishelyzet megoldásában.

### 2. eset

A 45 éves férfibeteget égési osztályon történt ellátását követően vettük fel a pszichiátriai osztályra. Ezt megelőzően autójában ülve egy gázpalackot robbantott fel, melynek következtében súlyos égési sérüléseket szenvedett. Az első beszélgetésre közvetlenül a szomatikus ellátás után került sor. Ekkor aktuális állapotát testi panaszai, komoly fájdalmai jelentősen befolyásolták, ez nagyon megnehezítette a kapcsolatfelvételt. Visszahúzó, elutasító magatartásának oldásában komoly segítséget nyújtott a testi állapotának javítása ill. fájdalomának csökkentése érdekében kifejtett terápiás aktivitás. A szuicid tett hátterében évek óta fennálló egzisztenciális és házassági problémák körvonalazódtak. Ez egyre gyakoribbá váló nagy mennyiségű alkoholfogyasztáshoz és tartós lehangoltság kialakulásához, majd jelen kezelése előtt egy évvel egy gyógyszeres szuicid kísérlethez vezetett. Ekkor a páciens pszichiátriai kezelést nem vállalt, segítségnyújtásban nem részesült. Helyzete nem változott, problémái mind súlyosabbá váltak, munkahelyéről elbocsátották, felesége válást tervezett, mind jobban izolálódott. Pszichés állapotának romlásával mind gyakrabban jelentkeztek öngyilkossági fantáziái. Izolált élethelyzetében emocionális beszűkültsége egyre fokozódott, helyzetét mind kilátástalanabbnak és reménytelennek látta, ennek jelzésére és a segélykérésre kommunikációs eszközeinek beszűkülése miatt nem volt lehetősége (a krízis kommunikációját megakadályozta a kommunikáció krízise). Egy aktuális családi konfliktus vezetett végül a robbantáshoz. A terápia kezdetén visszahúzó viselkedése, a segítségnyújtással

kapcsolatos ambivalenciája csak nagyon lassan oldódott. Ebben jelentős előrelépést jelentett, hogy a támogató kapcsolatban lehetősége nyílt környezetével, ill. az egész világgal, valamint a terapeutával szemben érzett erős, ellenséges indulatának, negatív érzéseinek kifejezésére. Ezek elfogadása és megbeszélése a terápiás kapcsolat erősödését eredményezte. A terápiás kapcsolat ill. motiváció kialakításában fontos szereppel bírt az életveszélyes öngyilkossági cselekmény feldolgozása is, a szinte biztos halálból való megmenekülés egyrészt, mint megtisztulás, másrészt, mint újjászületés volt értelmezhető a páciens számára. A krízisintervenció folyamán az aktuális lélektani válságállapot gyorsan rendeződött. Ennek során olyan adekvát tervek kidolgozására nyílt lehetőség, melyek segítségével a páciens képessé vált élethelyzeti nehézségeinek megoldására.

### Ismétlő kérdések

- Ismertesse a szuicid viselkedés háttérében álló legfontosabb pszichológiai-pszichopatológiai tényezőket
- Ismertesse a szuicid veszélyeztetettségre utaló kommunikációs jellemzőket!
- Ismertesse az öngyilkosságot elkövető pácienssel való kapcsolatfelvétel legfontosabb lépéseit és a lehetséges problémákat, valamint ezek megoldási lehetőségeit!
- Ismertesse a páciens és a segítő magatartásának legfontosabb jellegzetességeit és a leggyakoribb problémákat!
- Milyen lehetőségeket ismer a segítő-páciens dialógus fenntartására?
- Melyek a páciens aktuális lelkiállapotának, illetve az öngyilkossági rizikó felmérésének legfontosabb szempontjai?

### Irodalom

- Balikó Márta (1990): *Tele/pszicho/fon (Öngyilkosság-megelőzés lehetőségei telefonon át)*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest.
- Buda Béla (1997): *Az öngyilkosság*. Animula, Budapest.
- Fekete Sándor, Osváth Péter (2005): *Az öngyilkosság. Az öröklődéstől a kultúráig*. Pro Pannónia, Pécs.
- Kapusi Gyula (2003): Pszichoszociális fejlődéseméletek. In Füredi János, Németh Attila, Tariska Péter (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest, 137-138.
- Kézdi Balázs (1986): Pszichológiai és pszichopatológiai szabályszerűségek az öngyilkossági folyamatban. In Buda Béla, Füredi János (szerk.): *Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 99-113.
- Kézdi Balázs (1995): *A negatív kód*. Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, Pécs.
- Kóczán György, Varga József, Pörzsi József, Salamon Csaba, Szabó Gizella, Ozsváth Károly (1991): A csoportpszichoterápia dinamikai és pszichofiziológiai folyamatai öngyilkosságot megkísérelt betegekkel. In Kolozsi Béla, Münnich Iván (szerk.): *TBZ Bulletin XX. A társadalmi beilleszkedés zavarainak kutatása Programtanácsa*, Budapest, 174-202.
- Kóczán György, Ozsváth Károly, Jegesy Andrea (1991): Öngyilkossági események epidemiológiája és az ellátási gyakorlat Baranyában 1984-88. In Kolozsi Béla, Münnich Iván (szerk.): *TBZ Bulletin XX. A társadalmi beilleszkedés zavarainak kutatása Programtanácsa*, Budapest, 1-70.
- László János (1999): *Társas tudás, elbeszélés, identitás*. Scientia Humana/Kairosz.
- Ozsváth Károly (1993): Az öngyilkos magatartás. In Magyar István (szerk.): *Psychiatria*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 121-132.
- Szabó Péter (2003): Krízisintervenció. In Füredi János, Németh Attila, Tariska Péter (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest, 729-736.
- Temesváry Beáta (2005): *Szuicidológiai zsebkönyv*. Zsurnál Market Kiadó, Szeged.