

Egy hatékony beavatkozás szuicid prevencióban: A problémamegoldó tréning alkalmazása a klinikumban

92

Ajtay Gyöngyi¹, Bérdi Márk², Szilágyi Simon², Perczel F. Dóra¹¹ SE ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék² Péterfy Sándor utcai Kórház és Baleseti Központ Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztály

Összefoglalás: Bevezetés: Az öngyilkossági veszélyeztetettség kognitív háttértényezői között szerepel az alacsony szintű problémamegoldó képesség. Ennek fejlesztésére kidolgozott, logikus, jól felépített módszer a problémamegoldó tréning (PMT), amely ambuláns és kórházi körülmények között egyaránt alkalmazható. Előtanulmányunkban e módszer hazai adaptációját és a módszerrel szerzett első eredményeket mutatjuk be.

Módszerek: 34 fő 18–60 év közötti, öngyilkossági kísérleten átesett, többségében major vagy rekurrens depressziós személy vett részt heti egy alkalomból álló, nyolc héten át tartó ambuláns PMT csoportjainkon. A résztvevők depresszió, szorongás és reménytelenség szintjét, valamint megküzdési és problémamegoldó képességét a tréning elején és végén kérdőívekkel mértük.

Eredmények: A PMT után a résztvevők depressziója és reménytelenség érzése szignifikáns mértékben csökkent ($t=3,029$, $p<0,001$ illetve $t=2,291$ $p<0,05$). Problémaelemző és céltudatos cselekvési képességük mérsékelt szignifikáns növekedést ($p<0,05$) mutatott, míg az érzelempontú megküzdés szignifikáns módon csökkent ($p<0,001$). Továbbá a résztvevők a terápia végére interperszonális helyzetekben egy adott cél elérése érdekében több hatékony lépést tudtak generálni, mint a PMT előtt ($p<0,001$).

Következtetés: A fenti eredmények fényében a PMT hatékony, gyorsan elsajátítható eszköze lehet az öngyilkosság-megelőzésnek ambuláns és osztályos keretek között egyaránt. A módszer hatékonyságának pontosabb mérése érdekében a jövőben szükség lesz a PMT gyógyszeres és szupportív csoportos pszichoterápiával történő összehasonlítására, valamint a résztvevők utánkövetésére.

Kulcsszavak: ???

Summary: Introduction: The low level of problem solving skills is among the main cognitive factors of suicide vulnerability. Problem solving training (PST), a short, structured form of therapy for in- and out-patients, was developed for the improvement of problem solving skills. The Hungarian adaptation and initial results of PST are presented in this pilot study.

Methods: Thirty-four participants between age 18 and 60 with previous suicide attempt, major or recurrent depression in their psychiatric history were assigned to out-patient PST groups. Training lasted for eight weeks, one session per week. Participant's level of depression, anxiety, hopelessness, coping styles and problem solving skills were assessed at the beginning and at the end of the training.

Results: Post PST assessments showed a significant decrease of level of depression and hopelessness ($t=3,029$, $p<0,001$ – $t=2,291$ $p<0,05$), an increase of problem analysing and goal orientation scores ($p<0,05$), while emotion centered coping scores indicated significant decrease ($p<0,001$).

Conclusions: Our results show that the PST can be an efficient, user friendly method in suicide prevention in out- and in-patients. For the more accurate assessment of the efficacy of PST control group studies, and the follow-up of the participants will be needed in the future.

Keywords: ???

Bevezetés

Magyarországon az utóbbi három évtizedben a befejezett öngyilkossági kísérletek száma csökkenő tendenciát mutat. Ennek ellenére a magyar öngyilkosságok aránya továbbra is magas, jelenleg 26%, világviszonylatban az első tíz ország között maradtunk (1).

Az öngyilkosság különböző szintű kockázati tényezőit ismerjük: ha csak egy is fennáll az elsődleges rizikófaktorok közül (pszichiátriai zavarok mint depresszió, szenvedélybetegség, szkizofrénia, öngyilkosság előfordulása a családban vagy megelőző szuicid kísérletek) komoly öngyilkossági kockázattal állunk szemben. A másodlagos (negatív életesemények) és harmadlagos (nem, életszakasz) rizikófaktorok szerepe sem elhanyagolandó, azonban kisebb az előrejelző értékük. Ezek ismerete elengedhetetlen a korszerű öngyilkosság-megelőzési programok kidolgozásához. Hazánkban ez annál is inkább időszerű, mert egy európai felmérésből kiderült (2), hogy Magyarországon igen magas az egy éven belül megismételt öngyilkossági kísérletek száma (25%), és ezt követően – európai összehasonlításban – a magyar betegeknel a legmagasabb a pszichiátriai hospitalizáció aránya. Mivel ennek ellenére gyakran egy éven belül bekövetkezik az újabb szuicid kísérlet, a vizsgálat rámutat arra, hogy hazánkban jelenleg nem megfelelő az öngyilkosságot megkísérlő személyek ellátása, valamint arra, hogy nem a kórházban eltöltött idő hossza, hanem a kezelés minősége a döntő a visszaesések megelőzésében. Olyan beavatkozások szükségesek, amelyek az ilyen személyek speciális igényeire és szükségleteire irányulnak, és amelyek hatékonyságát vizsgálatok támasztják alá.

Pszichoszociális intervenciók

A szuicid prevenció szintjei egymásra épülve, magukban foglalják az iskolákban vagy az alapellátásban végezhető szűrőprogramokat, a lelki elsősegély telefonhálózatokat, valamint a krízisellátást, amely ambuláns formában vagy hospitalizálással egybekötve történhet. A pszichiátriai

betegség felismerését követően pszichiátriai felvétel megszervezése szükséges abban az esetben, ha a beteg nem képes kontrollálni szuicid késztetéseit, vagy ha a megterhelő környezetből átmeneti kiemelés indokolt. Célzott pszichoterápiára a krízisállapot lecsengése után, klinikai pszichológus vagy pszichoterápiában képzett, más szakember segítségével kerülhet sor. Minden pszichoterápiás folyamatban fontos a terapeuta részéről az empátia, a páciens feltétel nélküli elfogadása és a hitelesség (3). Ezek az általános jellemzőkön túlmenően azonban nélkülözhetetlenek a speciálisan az öngyilkossági kísérlet megelőzésére irányuló intervenciók. Mivel ilyenkor a beavatkozás gyorsasága döntő, ezért az öngyilkossági veszélyeztetettség és a depresszió kezelésében egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a rövid pszichoterápiás megközelítések. A továbbiakban elsősorban a bizonyítékokon alapuló módszereket ismertetjük, amelyek a következők: problémamegoldó tréning, kognitív pszichoterápia, interperszonális terápia és dialektikus viselkedésterápia. A megelőzésben alkalmazható pszichoszociális beavatkozások megértéséhez nélkülözhetetlen a szándékos önsértés pszichés háttértényezőinek ismerete, melyeket az alábbiakban röviden összefoglalunk.

Az öngyilkossági veszélyeztetettség kognitív háttértényezői

A hetvenes évektől kezdődően rohamos mértékben fejlődtek és nagy számban láttak napvilágot a módosítható pszichés kockázati tényezőkről szóló vizsgálatok. Ezek közé tartozik a depressziós negatív gondolkodás („kognitív triád”), a reménytelenség, a társas izoláció, az alacsony szintű problémamegoldó képességek, valamint a túláltalánosított önéletrajzi emlékezet (4, 5).

1. A negatív kognitív triád. Az öngyilkossági veszélyeztetettség hátterét képező depresszió jól ismert kognitív elméletét *Aron Beck* neve fémjelzi (6, 7, 8). *Beck* felismerte, hogy a depresszió központi eleme a személy negatív gondolkodásmódja, amelyben kiemelt jelentőségű az ún. negatív kognitív triád, azaz a depressziós sze-

mély ismételten negatív módon gondolkodik a világról, önmagáról és a jövőjéről: „nem vagyok képes semmire sem”, „rossz vagyok”, „a világ igazságtalan” vagy „soha nem leszek jobban”. Kogníciói folyamatosan negatívnak láttatják a valóságot, ennek következtében hangulatát a pesszimizmus határozza meg. Számos longitudinális vizsgálat szerint a depresszív kognitív stílus növeli mind a depresszív epizódok, mind pedig az öngyilkossági veszélyeztetettség kialakulásának valószínűségét (9).

2. Reménytelenség. Különböző élethelyzeti stresszorok után a jövő anticipációja egyértelműen negatívvá válhat, a negatív kognitív triád következtében eluralkodik a reménytelenség és a tehetetlenség, végül a személy nem lát más kiutat a problémáira, mint az öngyilkosságot (6). A modell szerint súlyos reménytelenség esetén a szuicídium motivációja a menekülés, míg enyhébb reménytelenség esetén inkább a figyelem felkeltése és segítségkérés. A reménytelenség jelenléte többszörösen beigazolódott depresszív állapotban (9), de szoros kapcsolatba hozták az öngyilkossági fantáziákkal és gondolatokkal, az ismételt öngyilkossági kísérletekkel és a befejezett öngyilkosságokkal. Sőt, a búcsúlevelek több mint 90%-ában is megjelenik (10, 11). Több kutatásból az derült ki, hogy az öngyilkossági szándék erősebben korrelál a reménytelenség szintjével, mint a depresszióval (12, 13, 14).

3. Túláltalánosított önéletrajzi emlékezet. A reménytelenség hátterében kétfajta információfeldolgozási deficitet tártak fel: a túláltalánosított emlékezeti tárolást, illetve a problémamegoldó képességek alacsony szintjét. A túláltalánosított önéletrajzi emlékezet azt jelenti, hogy súlyos depressziós állapotokban a személy számára nem elérhető korábban átélt vagy megfigyelt saját élményei, amelyek mintául szolgálhatnának aktuális problémái megoldásában. A túláltalánosított tárolás első megfigyelése öngyilkosságot megkísérelt személyeknél Williams-tól és Broadbenttől származik (8). Gyógyszer-tuladagolást elkövetett páciensek önéletrajzi emlékezetének vizsgálatakor azt találták, hogy pozitív hívószavakra, például „boldog” vagy „vidám” kevesebb pontos és konkrét emléket tudtak előhívni a kontrollszemélyekhez képest:

pl. „nyaraláskor voltam boldog” (túláltalánosított emlék), *versus* „boldog voltam, amikor tízéves koromban nagyon jól sikerült a zongoravizsgám” (konkrét emlék). Számos más vizsgálat hasonló eredményre vezetett: öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek az illesztett kontrollcsoporthoz képest szignifikánsan több túláltalánosított és kevesebb konkrét emlékképet tudtak felidézni (15, 16).

A túláltalánosított tárolás egyik oka az lehet, hogy az események specifikus részleteinek újbóli felidézése korábban erős negatív érzésekkel kapcsolódhatott össze. Ezt az elképzelést támogatják azok a vizsgálatok, amelyek szerint a túláltalánosítás mind normál, mind klinikai populációban azokra a személyekre jellemző, akiket életük során valamilyen megrázkódtatás ért, különösképpen szexuális vagy fizikai bántalmazás (16, 17). Így a túláltalánosítás, azaz bizonyos élményekhez való nehezített hozzáférés tulajdonképpen védekezés lehet a traumatikus emlékekkel szemben.

4. Alacsony szintű problémamegoldó képességek. Az eddigiekkel szoros összefüggésben a kutatások negyedik irányvonala a problémamegoldó képesség jellegzetességeire irányult, miszerint ennek sérülése összefüggésben lehet az öngyilkossági veszélyeztetettséggel. Caplan már 1964-ben megfogalmazta ezt híres tankönyvében, miszerint „a krízisállapot olyan helyzet, melyben a személy kénytelen a lélektani egyensúlyát veszélyeztető körülményekkel szembenézni, és ezeket sem elkerülni, *sem megoldani nem tudja szokásos problémamegoldó eszköztárával, képességeivel.*” (18).

A kutatók egybehangzóan arra a felismerésre jutottak, hogy az öngyilkosságot megkísérelt személyek az átlagosnál alacsonyabb szintű problémamegoldó képességekkel rendelkeznek, ami nagy valószínűséggel szerepet játszik abban, hogy reménytelennek, következésképp megoldhatatlannak tartásuk helyzetüket. Pollock és Williams eredményei szerint a kísérleti csoport tagjai kevésbé hatékony szociális problémamegoldó képességet mutattak, valamint kevesebb konkrét emléket említettek meg az önéletrajzi emlékezet vizsgálata során, mint a kontrollalanyok, és ez nem volt összefüggésbe

hozható az alacsony intelligenciával vagy a pszichopatológiai állapottal (19). *Sadowski* és *Kelley* vizsgálatában az öngyilkosságot megkísérelt serdülők csoportja minden dimenzióban rosszabbul teljesített, mint az egészségesek: a problémaorientáció, a probléma-meghatározás, az alternatívák generálása, a döntéshozatal és a megvalósítás terén egyaránt (20).

A „stressz-diatézis” modell

Az eddig bemutatott vizsgálatok jól értelmezhetőek a reménytelenség már korábban kidolgozott „*stressz-diatézis*” modellje alapján (1. táblázat).

Williams és *mtsai* 2004-ben „gátolt menekülés” modelljükben integrálták a fenti tényező-

1. táblázat

A reménytelenség „stressz-diatézis” modellje (21)

Interperszonális problémamegoldó képességek hiányosságai



2. táblázat

A PMT lépései (24)

A tréninget megelőző felmérés lépései

1. Melyek a páciens problémái? Problémalista összeállítása.
2. Melyek a páciens erőforrásai – személyes erősségei, kiktől kap(hat) segítséget?
3. Tájékozódjunk más forrásból is: milyen más segítséget kaphat?
4. *Pozitív problémaorientáció kialakítása.*
5. Keretek megbeszélése – az ülések valószínű száma, időtartama, időbeosztás, kik, milyen személyek vonhatók be?
6. Terápiás szerződés megkötése, illetve az együttműködés definiálása – tartalmazza a páciens és a terapeuta felelősségét a problémamegoldás folyamatában.

A problémamegoldás lépései

1. Problémák listája, komplex problémák lebontása kisebb egységekre. (Ez egyben modellt nyújt a betegnek arra, hogyan lehet a bonyolult „nagy” problémákat kisebb, könnyebben megoldható részekre bontani).
2. Célok meghatározása.
3. A legfontosabb probléma kiválasztása.
4. Ötletek és megoldási lehetőségek gyűjtése („ötletbörze”).
5. A megoldási lehetőségek rangsorolása, döntéshozás és kiválasztás.
6. Cselekvési terv az adott rész cél eléréséhez.
7. Az első lépéshez szükséges feladatok pontos meghatározása.
8. Végezze el a páciens az első lépést.
9. A haladás és a jelentkező nehézségek áttekintése a következő ülésen, értékelés, visszajelzés.

ket. Eszerint a problémamegoldó képességek deficitjének és a reménytelenségnek kiemelt szerepe van a csapdába esettség és a tehetetlenség érzés kialakulásában, amely ezáltal önpusztító viselkedéshez vezet (22). Ebből következik, hogy az öngyilkossági kísérletek megelőzésében nagy hangsúlyt kell fektetni a reménytelenség kezelésére, valamint a problémamegoldó képességek fejlesztésére.

A problémamegoldó tréning

A *problémamegoldás* olyan folyamat, amely a) hozzáférhetővé tesz többfajta lehetséges alternatív választ a problémás helyzettel kapcsolatban; b) megnöveli a leghatékonyabb válasz kiválasztásának a valószínűségét. (23). A lehetséges problématerületek listája rendkívül széles lehet: pszichiátriai és/vagy fizikai egészségi állapot, családdal való kapcsolat, munka vagy tanulmányok, pénzügyek, lakás, törvényesség, társas elszigetelődés és baráti kapcsolatok, alkoholfogyasztás és droghasználat, szexualitás, gyász és veszteségek. Az interperszonális konfliktusok feloldásában adaptív szociális problémamegoldó készségekre van szükség, mivel

ezek nagy szerepet játszanak a pszichés jóllét és a mentális egészség fenntartásában.

A **problémamegoldó tréning (PMT)** a problémamegoldó készség fejlesztésére kidolgozott, jól felépített, logikus, viszonylag rövid idő alatt elsajátítható módszer, amelyet már régóta széles körben alkalmaznak a pszichés nehézségek kezelésében, hazánkban sajnálatos módon alig terjedt el (22, 23). A problémamegoldó tréning céljai a következők:

1. a rossz hangulat hátterében álló problémák felismerése;
2. az erőforrások felismerésének elősegítése;
3. szisztematikus módszer megtanítása az aktuális problémák megoldására;
4. a problémák feletti kontroll érzésének kialakítása.

A PMT egyéni vagy csoportos formában alkalmazható, 6–10, kétórás foglalkozás keretében. Lépéseit a 2. táblázatban foglaltuk össze.

Hatékonyságvizsgálatok

Húszt kutatás metaanalízise alapján (26, 27) a kutatók a problémamegoldó tréninget találták a legígéretesebb lehetőségnek az öngyilkosság-megelőzésben. A kilencvenes évektől kezdődően a problémamegoldó terápiákat egyre nagyobb arányban használják világszerte különböző klinikai populációk esetében: szenvedélybetegek, szkizofréniával élők, depressziós páciensek kezelésében (28). Több nemzetközi áttekintő cikkben jó eredményekről olvashatunk a problémamegoldó tréning hatékonyságáról az öngyilkosság-megelőzésben (22).

Townsend és Hawton hat összehasonlító vizsgálat metaanalízise alapján hatékonyabbnak találta a problémamegoldó tréninget, mint a gyógyszeres és a szupportív terápiákat szuicid páciensek esetében. A vizsgált négyszáz páciens depressziós szintje és reménytelenség érzése szignifikánsan javult, problémamegoldó képességeik jelentősen fejlődtek (29).

Stewart és mtsai öngyilkossági kísérletet elkövetett páciensek három csoportját kezelték kognitív terápiával, problémamegoldó terápiával, illetve farmakoterápiával. A problémameg-

oldó tréning és a kognitív terápia egyformán hatékonyan bizonyult a kilátástalanság érzés és szuicid gondolatok csökkentésére (30). A kognitív terápiát és problémamegoldó tréninget, mint különálló terápiás módszereket, kombinálva is jó eredményeket ért el egy holland klinikai kutatócsoport. Céljuk olyan kognitív és célorientált viselkedéses mintázatokat kialakítása és gyakorlása volt, amelyek egy adaptív, pozitív jövőre irányuló hozzáállást tudnak megalapozni öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett pácienseknél (31).

Mynors-Wallis és mtsai az alapellátásban használták a problémamegoldó tréninget és arra voltak kíváncsiak, hogy a problémamegoldás fejlesztése önmagában vagy gyógyszeres kezeléssel kombinálva fejti-e ki jobban hatását. Két év alatt 24 háziorvosi rendelőt vontak be a vizsgálatukba és arra az eredményre jutottak, hogy középsúlyos depressziós pácienseknél a hat üléses PMT ugyanolyan hatékony, mint a PMT antidepresszáns kezeléssel kiegészítve. Továbbá a vizsgálatban résztvevő háziorvosok és a tréningre képzett szakápolók ugyanolyan hatékonysággal vezették a tréningeket (32). Egy másik kutatásban a fenti vizsgálati elrendezést idős depressziós páciensek esetében alkalmazták és az egy éves utánkövetés is jelentős javulást mutatott a depresszió és öngyilkossági veszélyeztetettség tekintetében (33).

Bannan klinikai vizsgálatában önmérgezés által öngyilkossági kísérletet elkövetett női pácienseket random módon soroltak be terápiás és kontrollcsoportba. Eredményeik nagyon biztatóak, a vizsgálat konklúziója, hogy a PMT alkalmazása kis létszámú (4–8 fős), homogén csoportokban a leghatékonyabb (34).

A fenti friss kutatási eredményekből jól körvonalazódik az, hogy a problémamegoldó képességek fejlesztése hatékony eszköz lehet a szuicid prevencióban. Továbbá, amint a fenti adatok alátámasztják, a tréning önmagában vagy más terápiás módszerekkel ötvözve, egyéni vagy csoportos formában nagyon jól alkalmazható a reménytelenség és depresszió csökkentésében.

A problémamegoldó tréning adaptálása

Vizsgálatunk célkitűzése volt, hogy a problémamegoldó tréninget olyan klinikai mintán alkalmazzuk, amely magas kockázatúnak számít az öngyilkossági veszélyeztetettség szempontjából. Számos kutatás és klinikai tapasztalat alátámasztja, hogy depressziós állapot fennállása, valamint a megelőző szuicid kísérletek komoly öngyilkossági kockázatot jelentenek. Kérdésfeltevésünk arra irányult, hogy ebben a veszélyeztetett populációban milyen eredménnyel alkalmazható a problémamegoldó tréning hazánkban, ahol a pszichológiai kultúrában inkább a hosszabb kezeléseknak van hagyománya. A problémamegoldó képességek javulása együtt jár-e a depresszió és a reménytelenség csökkenésével?

Módszer

Személyek. A vizsgálati személyek csoportos problémamegoldó tréning (PMT) résztvevői voltak. A tréningeket a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszékén és a Péterfy Sándor utcai Kórház és Baleseti Központ Krízisintervenciós és Pszichiátriai Osztályán tartottuk ambuláns formában, hetente egy alkalommal. A tréning nyolc alkalomból állt, heti két órában. Az alábbiakban az első öt csoport eredményeit tekintetjük át.

A különböző ellátási szintekre (budapesti háziorvosi rendelők, pszichiátriai osztályok, pszichiátriai gondozók), valamint internetes fórumokra kiküldött hirdetések nyomán 60 személy jelentkezett a problémamegoldó tréningekre. A jelentkezés és részvétel önkéntes volt, sok esetben a páciensek kezelőorvosa vagy pszichológusa javasolta a PMT-n való részvételt. A jelentkezők első interjún, kérdőíves állapotfelmérésen vettek részt, amelyet exploráció és anamnézis felvétel egészített ki. Ezen kívül ilyenkor történt meg a motiváció tisztázása és a csoportra való alkalmasság felmérése.

A részvétel feltételei a következők voltak. 18–60 év közötti életkor, major depresszió vagy rekurrens depresszió diagnózis és öngyilkossági

kísérlet az élettörténetben. Kizárási kritériumként a pszichotikus és organikus kórképek, valamint az aktív szerhasználat szerepeltek. A minta kétharmada farmakoterápiában is részesült, azonban a gyógyszeres kezelés minden esetben legalább három hónappal a PMT előtt kezdődött.

3. táblázat

A vizsgálati minta leíró jellemzői: demográfiai adatok (N=34)

Életkor	Átlag	41,5	
	Szórás	13,24	
Nem	Férfi	7	20,6%
	Nő	27	79,4%
Családi állapot	Házass vagy élettársi kapcsolat	11	32,4%
	Elvált	16	47,1%
	Egyedülálló	7	20,5%
Iskolázottság	Felsőfokú	18	52,9%
	Középfokú	14	41,2%
	Alapfokú	2	5,9%

A résztvevők diagnózisai a következők voltak: közepes és súlyos depressziós epizód (F32.1 és F32.2), valamint rekurrens depresszió (F33.1). Emellett hat személynél érzelmileg labilis személyiségzavar (F60.3) és egy esetben dependens személyiségzavar (F60.7) is fennállt. A minta leíró jellemzőit az 3. és 4. táblázat tartalmazza.

4. táblázat

A vizsgálati minta leíró jellemzői: klinikai jellemzők (N=34)

Diagnózisok	I.t. F 32.1 (20 fő), F 32.2 (4 fő), F 33.1 (10 fő)	
	II t.: F 60.3 (6 fő), F 60.7 (1 fő)	
Szuicid kísérletek	Több szuicid kísérlet	11 fő
	Egy szuicid kísérlet	17 fő
	Szuicid készletés	6 fő
Hospitalizációk száma	Többször	6 fő
	Egyszer	15 fő
	Nem volt	13 fő
Utolsó hospitalizáció	Több éve	3 fő
	3 éven belül	6 fő
	1 éve	12 fő

Mérőeszközök. A kérdőíves felmérés két alkalommal történt: a PMT elkezdése előtt, a pszichológiai első interjú alkalmával, valamint az

utolsó PMT ülés alkalmával. A vizsgálatban a következő közismert kérdőíveket alkalmaztunk: Beck Depresszió Skála (BDI, Beck, 1961), Beck Reménytelenség Skála (RS, Beck, 1974), Beck Szorongás Leltár (BSZL, Beck, 1976), Megküzdési MódoK Kérdőív (MMK, Folkman, Lazarus, 1980). Emellett a Means-Ends Problem Solving Test-et is alkalmaztuk, amelyet kicsit részletesebben ismertetünk (MEPS, Platt, Spivack, 1975): a MEPS a leginkább elterjedt kérdőív az interperszonális problémamegoldó képességet mérő teljesítményszetek közül, lényegében a problémamegoldás eszköz-cél elemzése, amelyet Platt & Spivack dolgozott ki 1975-ben. Noha számos módosításon ment keresztül, mind a mai napig nem találtak jobbat a problémamegoldás tényleges folyamatának és lépéseinek felmérésére. A továbbiakban tanulmányunkban mi is a MEPS megnevezésnél maradunk, mert mindenhol így használják és ez az elnevezés terjedt el.

A MEPS a való életben megjelenő problémamegoldás egy fontos összetevőjét méri: a személynek azt a képességét, hogy egy cél felé irányuljon, és meg tudja határozni e cél felé vezető lépések sorozatát. Eredeti változatában tíz különböző helyzet kiindulópontját (egy megoldandó problémahelyzetet) és célzott pozitív kimenetelét, az elérni kívánt végállapotot ismertetik a személlyel. A válaszadónak ki kell egészítenie a történetet a középső, hiányzó résszel, amelyben a főhős a cél elérése felé halad. A személy feladata, hogy olyan konkrét és specifikus lépésekben (means) írja le az adott stratégiát – milyen lépéseken keresztül jutna el a megoldáshoz –, hogy azt egy független személy is követni tudja. Például: „Zoli nagyon szerette a barátnőjét, azonban sokat veszekedtek. Egy nap a lány végül elhagyta őt. Zolinak minden vágya volt, hogy rendeződjenek a dolgok. A történet végén ismét minden rendben van közöttük. Ott folytassa a történetet, hogy egy veszekedésüket követően Zolit elhagyta a barátnője.”

A történeteket számos dimenzió mentén lehet értékelni. Releváns lépés (Relevant Means vagy Means [M]) egy személy minden egyes olyan különálló lépése, amely hatékony, hogy a főhős elérje a meghatározott végcél, vagy amely egy

olyan akadályon való túljutást jelent, amely a főhős útjában állna a cél felé vezető úton, azaz egy vagy több „means” adható minden egyes történetre.

A MEPS-szel végzett vizsgálatok támogatják a teszt konstruktum-, diszkriminációs, prediktív és konvergens validitását, továbbá magas a teszt belső konzisztenciája is: a Cronbach-alfa 0,80 és 0,84 között mozog. A MEPS teszt re-teszt reliabilitása is elfogadható ($r=0,59$ két és fél hetet követően; $r=0,64$ öt hét elteltével és $r=0,43$ nyolc hónap után) (35).

Statisztikai elemzés: az SPSS 13.0 for Windows programot használtuk, az adatok feldolgozásában leíró statisztikai számításokat, korreláció számításokat, az átlagok összehasonlításához t-próbákat, valamint reliabilitás és validitás vizsgálatokat végeztünk.

A problémamegoldó tréning felépítése

Vizsgálatunkban a tréninget *D'Zurilla* fentebb ismertetett modellje alapján alkalmaztuk, amely öt fő lépésből áll: általános probléma-orientáció, a probléma megfogalmazása, alternatívák generálása, döntéshozatal és megvalósítás (22, 24). Ezen belül a problémák és a megoldási lehetőségek minél részletesebb elemzésére törekedtünk a leghatékonyabb megoldás érdekében.

A tréning első két ülésén a PMT-re való szocializálás zajlott, valamint a pozitív és negatív problémaorientáció jellemzőivel foglalkoztunk.

A második, harmadik ülésen a problémák megfogalmazása és a legfontosabb probléma kiválasztása kapott szerepet. A közös munka során gyakoroltuk a komplex problémák kisebb egységekre bontását, problémalista összeállítását és a problémák rangsorolását. Nehézséget okozott a probléma konkrét megfogalmazása, a könnyen megoldható és bonyolult problémák szétválasztása. A tréning további ülésein a problémamegoldási folyamat konkrét lépéseinek ismételt gyakorlása történt párokban, csoportosan, majd házi feladat formájában: reális célok megfogalmazása, ötletbörze, hatékony megoldás kiválasztása, cselekvési terv kidolgozása.

Hipotézisek

1. Feltételeztük, hogy a PMT-n való részvétel után a páciensek depresszió és reménytelenség szintje jelentős csökkenést mutat.
2. Feltételeztük, hogy a PMT után a depressziós és szuicid kísérletet elkövetett páciensek problémamegoldó képességei jelentősen javulni fognak: a feladatközpontú megküzdés szignifikáns javulást mutat az emócióközpontú és elkerülő megküzdések helyett.

Eredmények

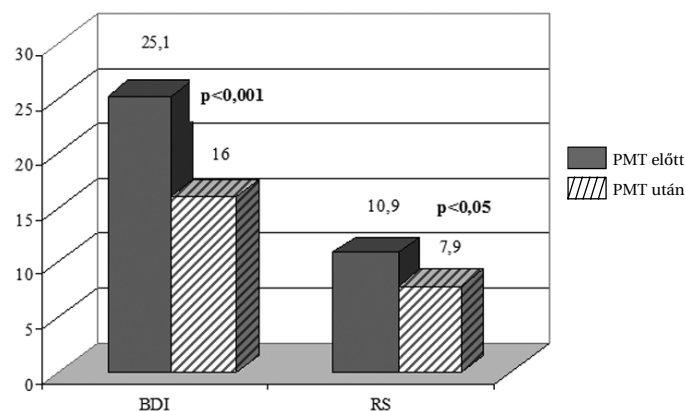
A jelentkezőkből 34 személy teljesítette a részvétel feltételeit, ők kezdték el öt csoportban a problémamegoldó tréninget. 12 személy esetében a kezelés megszakadt (drop-out), így 22 páciens fejezte be a tréninget.

A 5. táblázatban látható, hogy a problémamegoldó tréningeken résztvevő páciensekre a tréning elkezdése előtt átlagosan közepsúlyos depressziós szint (BDI átlag=25,1 pont) és súlyos reménytelenség (RS átlag=10,9 pont) volt jellemző. Az eredmények igazolták előzetes feltételezésünket, hiszen a PMT befejezése után a résztvevők depressziója és reménytelensége

szignifikáns mértékben csökkent ($t=3,029$, $p<0,001$, illetve $t=2,291$ $p<0,05$, ld. 1. ábra). A reménytelenség csökkenését a BDI 2. és 9. kérdésére adott válaszok változása is alátámasztja ($p<0,001$). Míg a csoportfoglalkozás előtt a résztvevők a jövőjüket kilátástalannak tartották és önpusztító gondolatokról számoltak be (BDI-2 tétel: „Úgy érzem, semmit nem várhatok a jövőtől”, „Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni” illetve BDI-9 tétel: „Szeretném megölni magam”), a tréning befejezése után ez a reménytelenség érzés és az öngyilkossági gondolatok is jelentősen csökkentek. (BDI-2 tétel: „Nem félek különösebben a jövőt illetően”, BDI-9 tétel: „Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen te-

1. ábra

A depresszió és reménytelenség változása a problémamegoldó tréning során a Beck Depresszió Skála (BDI) és a Reménytelenség Skála (RS) alapján



5. táblázat

A depresszió, reménytelenség, problémamegoldó képességek szintjének változása (N=22)

	PMT előtt		PMT után		Szignifikancia
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
BDI	25,1	13,85	16,0	11,48	p=0,006** t=3,029
BDI – 2	1,7	1,12	0,7	0,71	p=0,002** t=3,487
BDI – 9	1,3	0,84	0,7	0,64	p=0,001** t=4,101
RS	10,9	5,34	7,9	6,15	p=0,032* t=2,291
MMK Problémaelemzés	3,6	3,01	5,3	2,49	p=0,132
MMK Céltudatos csel.	4,0	3,17	5,1	3,07	p=0,036* t=-2,262
MMK Érzelmi csel.	4,9	2,73	2,6	1,38	p=0,003** t=3,364
MMK Alkalmazkodás	6,0	2,35	6,1	1,98	p=0,929
MMK Segítségkérés	3,0	1,59	3,6	1,70	p=0,181
MMK Érzelmi egyensúlyt keres	2,05	1,39	2,6	1,38	p=0,300
MMK Visszahúzódás	5,6	2,56	5,4	1,86	p=0,707
MEPS Releváns lépések száma	8,4	4,65	11,8	6,77	p=0,013** t=-2,763

gyek valamit”, vagy „Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni”).

A problémamegoldási képességek tekintetében szignifikáns változás tapasztalható a Megküzdési Módkor Kérdőív két faktorán (5. táblázat, 2. ábra): a *problémaelemző, céltudatos cselekvés* mérsékelt szignifikáns növekedést ($p < 0,05$) jelzett, míg az *érzelmi központú megküzdés* szignifikáns módon csökkent ($p < 0,001$). A segítségkérés, az érzelmi egyensúly keresése, illetve a visszahúzódnak alskálákon nem mutatkozott szignifikáns változás.

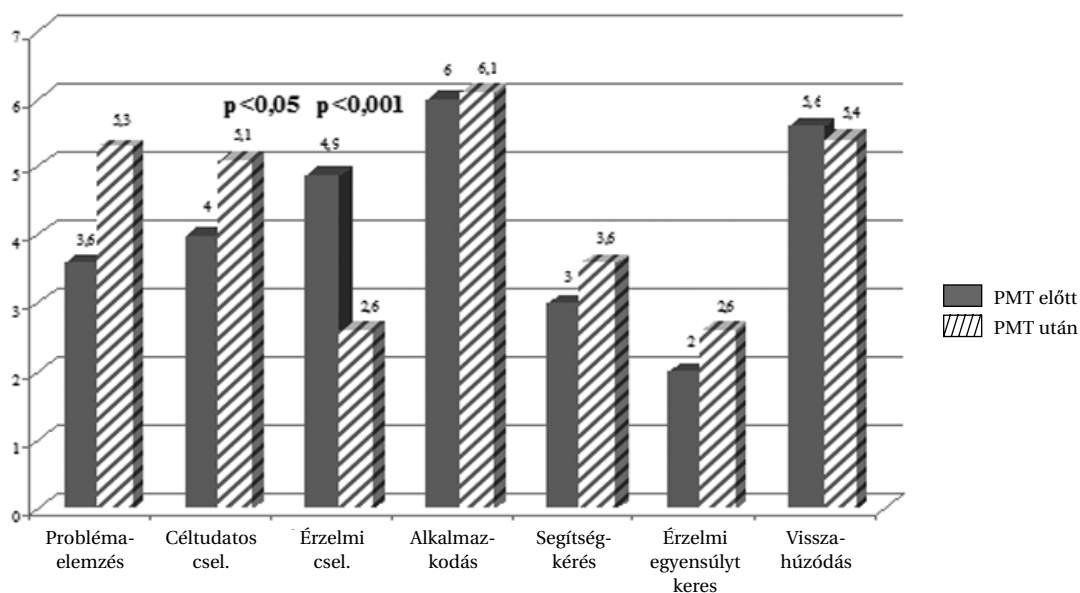
A problémamegoldás eszköz-cél aspektusát tekintve, a problémamegoldó tréninget követően, a MEPS-en regisztrált releváns lépések száma is szignifikánsan emelkedett ($p < 0,001$). Tehát a résztvevők, az interperszonális helyzetekre vonatkozóan, egy adott cél érdekében több hatékony lépést tudtak generálni, mint a PMT előtt (5. táblázat, 3. ábra).

Jelen vizsgálati eszközeink közül a Megküzdési Módkor Kérdőív a személy jellemzően problémaközpontú, érzelmi központú vagy elkerülő megküzdési módjairól szolgál adatokkal, míg a MEPS lehetővé teszi a ténylegesen alkalmazott problémamegoldó készségek felmérését. A problémamegoldás egy komplex folyamat,

amely a fentiekén kívül más képességeket is feltételez, pl. a problémához való hozzáállás, a probléma-felismerés, okozati gondolkodás, nézőpontváltás, következményeket számba vevő gondolkodás (35). Ezekről a tényezőkről, illetve a képességek változásairól a szubjektív beszámolók alapján kaphatunk információkat. Ezért a PMT befejezésekor visszajelzéseket kértünk arról, hogy a résztvevők milyen változásokat tapasztaltak életükben. Beszámolójukban azt hangsúlyozták, hogy elsősorban a problémaorientációjuk változott, azaz a negatív problémaorientáció helyett (melyet a problémahelyzetben tapasztalt pesszimizmus, alacsony én-

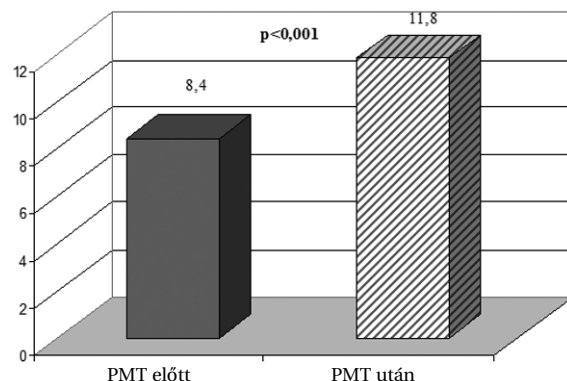
2. ábra

A problémamegoldó képességek változása a Megküzdési Módkor Kérdőív alapján



3. ábra

A problémamegoldás cél-eszköz mértéke a MEPS alapján (releváns lépések száma)



hatékonyság, alacsony frusztrációs tolerancia jellemez) elmozdultak a pozitív problémaorientáció (a probléma kihívásként való megközelítése, optimizmus, reális én-hatékonyság, elkötelezettség a problémák mielőbbi megoldására) irányába. Szubjektív beszámolójukban azt is kiemelték, hogy az egyes problémahelyzetekre vonatkozóan jól használható stratégiákat tanultak. Ez a visszajelzés egybecseng a Megküzdési MódoK Kérdőív *céltudatos cselekvés* faktorán mért szignifikáns javulással.

Megbeszélés

Jelen tanulmányban bemutattuk az önpusztító viselkedés hátterét képező pszichológiai mechanizmusokat és az ehhez kapcsolódó kutatásokat. Kísérletet tettünk továbbá arra, hogy adaptáljunk egy olyan módszert, ami a hazai, hosszú terápiákat preferáló pszichológiai kultúrától nagymértékben különbözik, ugyanakkor amelyről elmondható, hogy jól illeszkedik a szuicid páciensek speciális igényeihez és amelynek széles körű alkalmazása rendkívül időszerű. Vizsgálatunkban a problémamegoldó tréningen résztvevők depresszió és reménytelenség szintje szignifikánsan csökkent, problémaorientációjuk pozitívabbá vált. Emellett szignifikánsan javult a feladatközpontú megküzdés az emócióközpontú és az elkerülésre irányuló megküzdés helyett. Ez azt jelenti, hogy a tréninget követően a résztvevőknél csökkent az érzelemvezérelt megküzdés a problémahelyzetekben és növekedett a céltudatos cselekvés aránya, valamint optimistábban viszonyultak helyzetükhöz. Ezek az eredmények megegyeznek a PMT hatékonyságára vonatkozó szakirodalmi adatokkal (29, 32).

Vizsgálatunk azonban a minta elemszáma miatt inkább előtanulmánynak tekinthető; a PMT hatékonyságának differenciáltabb mérése érde-

kében szükség van kontrollcsoportos vizsgálatokra. Ezt klinikai mintában várólistás vizsgálati személyek, csak gyógyszeres kezelésben részesülő személyek, szupportív csoportpszichoterápiában résztvevő vagy szokásos kezelésben („treatment as usual”) részesülő páciensek bevonásával lehetne megvalósítani. A PMT hosszabb távú hatásának felmérése érdekében feltétlenül szükséges lenne a résztvevők aktív utánkövetése. A szakirodalmi adatok azt mutatják, hogy a PMT befejezésekor tapasztalt pszichés állapotjavulás és a problémamegoldó képességek javulása tartós: a tréninget követően 3, 6 és 12 hónap után is mérhető a pozitív hatás a depressziós szint, reménytelenség szint, valamint a szuicid kísérletek tekintetében (30). Ezt feltétlenül meg kellene vizsgálni hazánkban is, mert *Osváth és Fekete* kutatásai épp arra világítottak rá, hogy a rutin pszichiátriai osztályos ellátás nem elegendő a szuicid veszélyeztetett páciensek számára (2). Hazánkban nemzetközileg is kimagasló kutatások folynak az öngyilkos magatartás jobb megértése és megelőzése területén. Emellett számos szakember vesz részt az ellátásban, a háziorvosi szinttől, a gondozókon és a pszichoterápiás ambulanciákon keresztül a pszichiátriai osztályokig. Ennek ellenére sajnálatos módon a klinikai gyakorlat és az elméleti ismeretek között meglehetősen mély szakadék tátong, amire épp az utóbbi időben felerősödött civil kezdeményezések is rávilágítottak. A prevenció programokban „kiszűrt” veszélyeztetett személyek ellátása részben a szakemberek hiánya, részben pedig a speciális öngyilkosság-megelőzési ismeretek hiánya miatt esetleges és nagyon változó színvonalú. Épp ennek a megváltoztatása érdekében hazánkban sürgető a módosítható kockázati tényezőkre (reménytelenség, problémamegoldó képességek színvonala) irányuló célzott és hatékony intervenciók alkalmazása mind a pszichiátriai és pszichológiai, mind pedig az alapellátásban.

Irodalom

1. KSH: Öngyilkosságok. Statisztikai tükör, 2008 II. (10).
2. FEKETE S, OSVÁTH P:
Az öngyilkosság. Az öröklődéstől a kultúráig. Pécs, Pannónia Könyvek, 2004.
3. TRINGER L:
A gyógyító beszélgetés. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2007.
4. PERCZEL F D:
Öngyilkosság-megelőzés és problémamegoldás. Psychiatr Hung 2008, 23: 2-3.
5. PERCZEL F D, POÓS J:
Kiút a kiúttalanságból: problémamegoldó tréning az öngyilkossági veszélyeztetettség megelőzésében Psychiatr Hung, 2008, 23: 4-21.
6. BECK AT, RUSH J, SHAW BF, EMERY G:
A depresszió kognitív viselkedésterápiája. Animula, Budapest, 2000.
7. TRINGER L:
Magatartésterápiák a depresszió kezelésében. Psychiatr Hung 1997, 3. 413-422.
8. PERCZEL F D:
Az öngyilkossági magatartás kognitív háttértényezői. Psychiatr Hung 2001, 16: 661-668.
9. ALLOY L B, ABRAMSON et al.:
Depressogenic cognitive styles: predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. Behaviour research and therapy 1999, 37: 503-531.
10. BECK T, BROWN G, BERCHICK J, STEWART BL, STEER RA:
Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication With Psychiatric Outpatients. Am J Psychiat 1990 147: 190-195.
11. O'CONNOR, R C, SHEEHY NP:
Suicidal behaviour Psychologist , 2001, 14: 20-24.
12. MINKOFF, K, BERGMAN, et al:
Hopelessness, depression, and attempted suicide. The American Journal of Psychiatry, 1973, 130: 455-459.
13. KOVÁCS M, BECK AT, WEISSMANN A:
Hopelessness: an indicator of suicidal risk. Suicide, 1975, 5: 98-103.
14. PERCZEL FD, SALLAI J, RÓZSA S:
A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. Psychiatr Hung, 2001, 16: 632-664.
15. EVANS J, WILLIAMS J M G, O'LOUGHLIN S, HOWELLS K:
Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. Psychol Med, 1992, 22: 399-405.
16. HENDERSON D, HARDREAVES et al:
Autobiographical memory and emotion in a non-clinical sample of women with and without a reported history of childhood sexual abuse. The British Journal of Clinical Psychology, 2002, 41: 129-141.
17. WILLIAMS JMG, CRANE C, BARNHOFER TH, DUGGAN D:
Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. In: HAWTON K Suicide and Suicidal Behaviour: From Science to Practice. Oxford, Oxford University Press, 2004.
18. CAPLAN G:
Principles of preventive psychiatry. New York, Basic Books, 1964.
19. POLLOCK, L R, WILLIAMS JMG:
Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2001, 31:386-396.
20. SADOWSKI CH, KELLEY ML:
Social problem solving in suicidal adolescents. J Consult Clin Psychol, 1993; 61: 121-127.
21. SCHOTTE, DE, CLUM, GA:
Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. J Consult Clin Psychol, 1987; 55: 49-54.
22. PERCZEL F D:
Gátolt menekülés. Az öngyilkosság kognitív modellje. In: PERCZEL F D: A kognitív terápia fejlődése. Pszichológia Szemle Könyvtár, 2011, 15, Akadémiai Kiadó.
23. D'ZURILLA TJ, NEZU AM:
Social problem-solving in adults. In: Kendall PC (szerk.): Advances in cognitive-behavioral research and therapy; 1982, 1: 201-274. New York: Academic Press.
24. D'ZURILLA T J:
Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. 1986, New York, Springer.
25. HAWTON K, KIRK J:
Problem-solving. In: HAWTON K, KIRK J, SALKOVSKIS P, CLARK D, GELDER M Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. K., Oxford University Press, Oxford, 1989: 406-426.
26. LINEHAN M M:
Behavioral treatments of suicidal behaviors. Definitional obfuscation and treatment outcomes. Annals of the New York Academy of Sciences, 1997, 836: 302-328.
27. HAWTON, K:
Psychosocial treatment following attempted suicide: evidence to inform clinical practice. In: HAWTON K Prevention and treatment of suicidal behaviour. Oxford University Press, Oxford, 2005, 197-220.
28. BANNAN N.:
Group-based problem-solving Therapy in self-poisoning females: A pilot study. Counselling and Psychotherapy Research, 2010 Sept., 10: 201-213.
29. TOWNSEND E, HAWTON K, ALTMAN DG:
The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. Psychol. Med. 2001, Aug 31: 979-988.
30. STEWART CD:
Comparing cognitive behavior therapy, problem solving therapy, and treatment as usual in a high risk population. Suicide Life Threat Behav. 2009, 39: 538-547.
31. W VAN BEEK:
Future oriented group training for suicidal patients: a randomized clinical trial. In: BMC Psychiatry, 2009, 9:65.
32. MYNORS-WALLIS LM:
Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication and combined treatment for major in primary care. BMJ , 2000, 1: 320:26-30.
33. UNÜTZER J:
Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. Journal Am Geriatr Soc. 2006, Oct. 54: 1550-6.
34. BANNAN N.:
Group-based problem-solving Therapy in self-poisoning females: A pilot study. Counselling and Psychotherapy Research, 2010 Sept., 10: 201-213.
35. POÓS J, ANNUS R, PERCZEL F D:
Pszichiátriai betegek problémamegoldó képességének vizsgálata. Psychiatr Hung, 2008, 23: 42-56.