

# Depresszió és öngyilkosság

**Dr. Varga Hedvig**

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ  
Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

## *Depresszió gyermek- és serdülőkorban*

A depresszív szindróma széles tünetegyüttest foglal magában. Ezek közé tartozik a hangulatváltozás, különböző vegetatív tünetek (pl. étvágy- és alvászavar), szomatikus panaszok (pl. fejfájás, hasfájás, fáradtság), a pszichomotoros aktivitás csökkenése, illetve eltérés a kognitív működésben (pl. önbecsülés zavara, kilátástalanság).

A depressziót a normál hangulatváltozástól az intenzitása (klinikailag jelentős szenvedést okoz vagy a szociális, iskolai működések romlását okozza) és a folyamatossága (legalább 2 hétig tart) különbözteti meg. A hangulatzavar felnőtt és gyermekkorban nem teljesen azonos köntösben jelenik meg. A diagnózishoz felállításához felnőttkorban a diagnosztikus kritériumok közül mindenképpen teljesülnie kell a levert hangulatnak, míg gyermekkorban elegendő az ingerült hangulat jelenléte. Gyermekkorban a depresszió tünetei közül a különböző szomatikus tünetek, a „rosszaság”, az ingerültség, az örömtelenség, az alacsony energiaszint és az aktivitás csökkenése a legjellemzőbbek. A táblázat a Major Depresszív Epizód diagnosztikus kritériumait mutatja be.

A depresszió prevalenciája prepubertás korban 1–2%, pubertásban 3–8%. Ebben szerepet játszhatnak a serdülőkor idején megnövekedett interperszonális konfliktusok, illetve az, hogy a serdülő korú fiatalok tünetei a felnőttkorra jellemző képet mutatják, így náluk a diagnosztikai lehetőségek egyértelműbbek. A pubertásig nincs eltérés a nemek szerinti eloszlásban, ugyanakkor a serdülőkor után a lány:fiú arány 3:1. Ezt magyarázhatja egyrészt a lányok hormonális változása, illetve az, hogy náluk a szorongásos kórképek is gyakoribbak, melyek gyakran társulnak depresszióval.

A serdülőkori depresszió felnőttkorban gyakrabban tér vissza. Egy tanulmányban 8–13 éves depressziós gyermekeket vizsgáltak. Eredményeik alapján 2 éven belül a gyermekek 40%-ánál alakult ki ismételten depresszió, míg 5 éven belül 72%-ban történt visszaesés.

A gyermekkori depresszió során jelentkező szomatikus tünetek fontosságára utal az a tanulmány, melyben fejfájás miatt vizsgált 14–16 éves gyermekek 40%-át találták depressziósnak. A viselkedés és koncentráció problémák jelentőségére hívja fel a figyelmet egy másik vizsgálat, melyben viselkedés és teljesítmény zavar miatt vizsgált 7–13 éves gyermekek 58%-ánál találtak depresszióra utaló tüneteket.

A rizikótényezők közül kiemelendő a szülői kriminalitás, illetve az elhanyagolás. Ez utóbbi nem csak a depresszióra, hanem poszttraumás stressz zavarra, szerhasználatra és szuicidiumra is hajlamosít. Fizikai bántalmazás esetén gyakori a depresszió korai kezdete. Jelentős rizikótényezőt jelent az anamnezisben előforduló pszichiátriai kórkép, egyrészt a genetikai meghatározottság, másrészt a modelltanulás miatt. Ezekon kívül rizikótényezőnek számítanak a negatív életesemények, illetve a krónikus betegségek (krónikus beteg gyermekek 10%-ánál mutattak ki depressziót).

A depressziós gyermekek többnyire hosszabb depressziós előtörténet után, valamely járulékos körülmény miatt kerülnek a sürgősségi ellátásba. Ilyen ok lehet többek között az öngyilkossági kísérlet, a depresszió hirtelen, váratlan súlyosbodása, a nem kellően megfontolt és nem szakszerű gyógyszerelváltás, illetve számos külső körülmény (pl. a család életében bekövetkező változás). Mivel általában a depressziós betegek szenvedés-nyomása nagy, többnyire beleegyeznek a kórházi felvételbe. A kórházi felvétel szükségességének eldöntésénél különösen nagy kockázatot jelent az, hogy egyes betegek eltitkolják az orvos előtt az öngyilkossági szándékukat (mivel korábbi tapasztalataik alapján tudhatják, hogy a szuicid szándék jelére az orvos intézkedni fog). Ezért minden depressziós beteg esetén lényeges a szuicidium kockázatának a mérlegelése.

A depressziós beteggel való kommunikációban különösen fontos az empátiás, optimista magatartást sugárzó légkör megteremtése. Ha az állapotát betegségként interpretáljuk, akkor csökkenthető a saját állapota miatt érzett büntudat.

#### *A Major Depresszív Epizód diagnosztikus kritériumai (DSM-IV)*

A	A következő tünetekből 5 vagy több áll fenn egy kéthetes periódus alatt, és ezek a korábbi tevékenység megváltozásaként jelennek meg; az első két tünetből legalább 1 szükséges a diagnózishoz.
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.	A nap legnagyobb részében és csaknem minden nap levert hangulat, amelyet az egyéni beszámoló vagy mások megfigyelése jelez. Figyelem! Gyerekeknél és serdülőknél elegendő az ingerült hangulat jelzése.
2.	Az érdeklődés és öröm jelentős csökkenése minden vagy majdnem minden tevékenységben a nap túlnyomó részében, és majdnem minden nap (szubjektív beszámoló vagy mások megfigyelése).
3.	Jelentős súlycsökkenés vagy -gyarapodás (havonta a testsúly 5%-át elérő változás) diétázás nélkül, vagy az étvágy jelentős csökkenése/növekedése csaknem minden nap (gyermekekben a súlygyarapodás elmaradása).
4.	Insomnia vagy hypersomnia csaknem minden nap.
5.	Motoros agitáció vagy gátoltság csaknem minden nap (mások megfigyelése).
6.	Fáradtság vagy anergia csaknem minden nap.
7.	Értéktelenség érzete vagy kifejezett, inadekvát büntudat/önvádlás, akár téveszmés fokban is, szinte minden nap.
8.	Csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség, szinte minden nap (szubjektív élmény vagy mások megfigyelése).
9.	A halál gondolatával való gyakori foglalkozás (nem csak halálfélelem), visszatérő öngyilkossági gondolatok konkrét terv nélkül vagy öngyilkossági kísérlet vagy konkrét öngyilkossági terv.
B	A tünetek nem elégítik ki a kevert epizód ismérveit.
C	A tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos működések romlását okozzák.
D	A tünetek nem kémiai anyag vagy általános egészségügyi állapot (pl. hypothyreodismus) közvetlen élettani hatásának tulajdoníthatók.
E	A tünetek nem magyarázhatóak jobban gyászreakcióval (azaz egy szeretett személy halálát követően két hónapot meghaladóan is fennállnak) vagy észrevehető funkcionális károsodást jeleznek (beteges értéktelenség-tudat, öngyilkossági gondolatok, pszichotikus tünetek).

### **Öngyilkosság gyermek- és serdülőkorban**

Az öngyilkosság egy krízisállapot, amelyből az egyén a kiutat csak saját maga elpusztítása révén véli megtalálni. A gyermekek még nem feltétlenül értik a halál véglegességét (pl. egy 7 éves gyermek megértheti, hogy mivel a madara meghalt, többé nem fog élni, ettől függetlenül nem biztos, hogy érti, hogy ha ő meghal, akkor soha többé nem fog élni). A

reális halálfogalom fokozatosan alakul ki a gyermek 10–13 éves koráig. A halál véglegességének megértésétől függetlenül a gyermekek és serdülők – éppúgy, mint a felnőttek – képesek megtervezni és számos módon kivitelezni az öngyilkosságot (pl. fegyver általi öngyilkosság, akasztás, különböző kémiai anyagok bevétele-lenyelése, autó elé ugrás, önégetés, fulladás, stb.).

Epidemiológiai adatok szerint az USA-ban a gyermek- és serdülőkori halálokok között a 2–3. helyen az öngyilkosság áll. Napjainkban világszerte észlelhető tendencia az öngyilkossági kísérletek számának növekedése. Egy amerikai tanulmányban 1270 gimnazista bevonásával készítették felmérést. Eredményeik alapján a gimnazisták 20%-ának voltak súlyos öngyilkossági gondolataik (több lánynak, mint fiúnak), 8%-uk a felmérést megelőző évben öngyilkossági kísérletet követett el (több lány, mint fiú). Egy másik amerikai tanulmány szerint a serdülő pszichiátriai betegek 34%-a öngyilkossági kísérlet miatt kerül pszichiátriai osztályra. A pszichiátriai kórképek és az öngyilkosság közötti kapcsolatra hívja fel a figyelmet az a tanulmány, melyben kimutatták, hogy az öngyilkosság előfordulása kilencszer gyakoribb olyan fiatalok között, akik álltak már pszichiátriai kezelés alatt. A lányok/nők gyakrabban, de kevésbé erőszakos módon követnek el öngyilkossági kísérletet, míg a fiúk/férfiak ritkábban, de erőszakosabb módszerekkel. Ebből adódóan a befejezett öngyilkossági ráta magasabb a fiúknál/férfiaknál.

Egy tanulmányban befejezett öngyilkossági kísérletek fiatal áldozatait vizsgálták (szülőkkel való beszélgetés és korábbi dokumentációk áttanulmányozása révén). Eredményeik szerint az áldozatok 90%-nál volt jelen valamilyen pszichiátriai kórkép az öngyilkosság idején, mely a leggyakrabban (61%) hangulatzavar volt. Ezen áldozatok több mint 70%-ánál komorbid pszichiátriai kórképet is találtak. A hangulatzavar után a második leggyakoribb pszichiátriai kórképnek a szerhasználat bizonyult (elsősorban alkohol és cannabis használat). Az eredmények alapján lányok esetében a depresszió, fiúk esetén pedig a korábbi öngyilkossági kísérlet növelte meg a legjobban az öngyilkossági rátát.

A depresszió és az öngyilkosság kapcsolatára utalnak azok a vizsgálatok is, melyekben kimutatták, hogy a depressziós betegek 70%-a számol be öngyilkossági gondolatokról, illetve, hogy a depresszió hétszeresen megemeli az öngyilkossági kísérlet előfordulásának valószínűségét.

A serdülők öngyilkossági kísérletei gyakran impulzív jellegűek. A kiváltó ok, amit a serdülő megnevez, gyakran nem a legfontosabb háttértényező, csupán „az utolsó csepp a pohárban”. Ha a gyermek környezete

nem támogató/elfogadó, illetve, ha egy nehézség esetén nem tudja a környezetét mozgósítani a serdülő, akkor izoláció, szorongás, negatív önértékelés, kirekesztettség és reménytelenség érzete alakul ki. A reménytelenség tovább nehezíti a problémával való megküzdést, és növeli az öngyilkossági kísérlet elkövetésének valószínűségét.

Az öngyilkossági kísérleteknek hangsúlyos segélykérő, kommunikatív funkciója van. Serdülő- és felnőttkorban is gyakran előzi meg a kísérletet segélykérés, a „cry for help”, melyet a környezet gyakran csak a kísérlet után ismer fel.

Ringel 1953-ban írta le a preszuicidális szindrómát. Az öngyilkossági cselekményt megelőzően egy jól körülhatárolható tünetegyüttes észlelhető. Az első ezek közül a fokozatosan kialakuló, dinamikus beszűkülés. Ekkor a személyiség érdeklődése lecsökken, a külvilág ingerei kevésbé kötnek le, az érzelmek beszűkülnek, előtérbe kerülnek az autoagresszív mechanizmusok, az emberi kapcsolatok is leredukálódnak. Ezek következtében a fókuszban levő probléma irreálisan felértékelődhet. Második lépésként történik meg az indulat befelé fordítása és az agresszióátlás. Ekkor a személy tele van büntudattal, önvádlással, leértékeli saját magát, amiért nem tud kikerülni a kritikus helyzetből. A harmadik tényező a menekülés a fantáziavilágba. Ekkor a személy azon gondolkodik, hogy a „címzett” hogyan reagálna az öngyilkosságra, illetve hogyan lehetne kivitelezni a kísérletet. Mindez pedig megerősíti az öngyilkossági szándékot.

Az öngyilkossági krízis felismerésében kiemelkedően fontos, hogy minden öngyilkosságra utaló megnyilvánulást komolyan kell venni és azokat segélykérésnek kell értékelni (pl. szuicid gondolatok, tervek, fenyegetések, önsértések, a halál gondolatával való foglalkozás, halálvágy kifejezése akár írásban is, komolytalannak tűnő öngyilkossági kísérletek). Szükséges az életkornak megfelelően rákérdezni az öngyilkossági szándéokra, illetve fontos megismerni a rizikófaktorokat is. Öngyilkossági kísérlet esetén mindenképpen a szaksegítség igénybevétele (pszichiátriai osztály) a helyes megoldás. Abban az esetben is szükséges a kórházi felvétel, ha nem történt öngyilkossági kísérlet, de fennáll az öngyilkossági veszély, főként, ha hiányzik a támogató, védő környezet, és a családi rizikófaktorok súlyosak. Az öngyilkossági krízis azonnali beavatkozást igényel, először attól a segítő foglalkozásútól, aki észleli a problémát (orvos, nővér, pszichológus, szociális munkás).

Az egészségügyben világszerte általános az érzelmileg elutasító magatartás az öngyilkoságot megkísérlővel szemben. Mivel az orvosok

tevékenysége az élet megtartására irányul, rendkívül provokáló lehet számukra a szuicidium ténye, emiatt könnyen elutasíthatják a megkísérlőket is. Fontos kiemelni azonban, hogy míg az orvos jól ismeri a halál tényét, addig a szuicidálók a halál utáni állapotot gyakran irreálisan ítélik meg. A dorgálás, büntudatkeltés nemcsak, hogy nem hatékony eszköze a befolyásolásnak, hanem ellenkezőleg, káros folyamatokat indíthat el, bezárulhat a nyitottság a további (pszichiátriai, pszichoterápiás) segítség elfogadására. Szerencsésebb ilyenkor a szokásos aszimmetrikus orvos-beteg kapcsolati séma helyett egy elfogadó, empatikus, támogató viszonyt felépíteni.

### ***Felhasznált irodalom***

Martin A, Volkmar F (Eds): Lewis's Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook. Fourth Edition, Lippincott Williams and Wilkins Walters K., Philadelphia, 2009.

Vetró Ágnes: Gyermek- és ifjúságpszichiátria, Medicina, 2008.

Tringer László: Sürgősségi ellátás a pszichiátriában, Medicina, 2003.

Hajduska Marianna: Krízislélektan, ELTE, 2008.

Temesváry Beáta: Szuicidológiai zsebkönyv, Szeged, 2005.