

„Sosem tudnám megtenni.” Az öngyilkos viselkedés „gondolatból tett” paradigmája

Bérdi Márk

Alapítvány az Öngyilkosság Ellen, Péterfy Sándor Utcai Kórház, Krízis Intervenció és Pszichiátriai Osztály,
Budapest

Az önkézű halál továbbra is az egyik vezető halálok a világon és hazánkban egyaránt. Ugyanakkor még mindig keveset tudunk arról, mikor és milyen tényezők befolyásolják a szuicid gondolatokból a tényleges kísérletbe való átmenetet. Az öngyilkossági gondolatokat átélők jelentős többsége sosem hajt végre kísérletet. A gondolat és a tett közötti átmenet magyarázatára a legtöbbet hivatkozott pszichiátriai és pszichológiai kockázati tényezők csak nagyon kis mértékben képesek. Az utóbbi években új elméletek jelentek meg, amelyek hatással lehetnek az öngyilkos viselkedéssel kapcsolatos ismereteinkre és a prevencióra is. Összefoglaló tanulmányomban a szuicidium új, „gondolatból tett” (ideation-to-action) elnevezésű paradigmáját szeretném ismertetni. Az új elméleti keret premisszája, hogy a szuicid gondolatok kialakulását és a gondolatból a tényleges tettbe való átmenetet egymástól különálló folyamatokként kell kezelni. Tanulmányomban bemutatom azt a három elméletet is, amelyek ehhez az új paradigmához kapcsolhatók. Ezek az interperszonális elmélet, az integrált motivációs-cselekvési modell és a háromlépéses elmélet. Ezt követően pedig bemutatom, hogy az új megközelítés miben jelenthet újdonságot a kutatás, az elméletalkotás és a klinikum számára.

Orv Hetil. 2022; 163(28): 1095–1104.

Kulcsszavak: öngyilkossági gondolat, öngyilkossági kísérlet, predikció, rizikó, öngyilkosság-elmélet

“I could never do it.” The ideation-to-action framework of suicide behavior

Suicide is still a leading cause of death globally and in Hungary. However, we still know little about when and what factors affect the transition from suicide ideation to attempt. The vast majority of people who experience suicidal thoughts would never actually attempt suicide. The most oft-cited psychiatric and psychological risk factors are limited in explaining the transition from ideation to action. Fortunately, in recent years there have been developments in suicide theory that might affect our understanding and prevention of suicide behavior. In this conceptual review, the author describes a new paradigm in suicidology, the ideation-to-action framework. The premises of this novel paradigm are that the emergence of suicidal thoughts and the transition from thoughts to an attempt are two separate processes. Next, the author introduces those three theories of suicide behavior that are positioned within the ideation-to-action framework. These are the interpersonal theory of suicide, the integrated motivational-volitional model, and the three-step theory. Finally, the author discusses the possible implications of the new framework for research, theory, and practice.

Keywords: suicidal intention, suicide attempt, predictability, risk, theory on suicide

Bérdi M. [“I could never do it.” The ideation-to-action framework of suicide behavior]. Orv Hetil. 2022; 163(28): 1095–1104.

(Beérkezett: 2022. február 27.; elfogadva: 2022. április 3.)

Az öngyilkosság megelőzésének talán legfontosabb kérdése, hogy milyen tényezők befolyásolják a szuicid gondolatból a tényleges kísérletbe történő átmenetet. Az önkéző halálnak számos pszichológiai és pszichiátriai rizikófaktora ismert, de úgy tűnik, hogy ezek inkább az öngyilkossági gondolatok megjelenésének valószínűségét jelzik előre. Csak nagyon kis mértékben képesek előre jelezni a fantáziától a tettig vezető átmenetet [1, 2].

Például egy tíz évet felölelő kohorszvizsgálat szerint [3] a vizsgálat kezdetén mért hangulatzavar előre jelezte ugyan a későbbi szuicid gondolatokat, de az öngyilkossági tervek megjelenését vagy az öngyilkossági kísérletet nem. Lényeges eltérés van abban is, hogy az egyes pszichiátriai kórképekben mekkora az esélye a különböző öngyilkossági viselkedési formák – azaz öngyilkossági gondolatok, terv és kísérlet – megjelenésének [1, 4]. A mentális zavarok és az egyes szuicid viselkedési formák között erős és szignifikáns összefüggés van, még akkor is, ha a különböző szociodemográfiai változók hatását kiszűrjük. A legerősebb kapcsolat a hangulatzavarok (OR [esélyhányados] = 3,4–5,9), az impulzuskontroll-zavarok (OR = 3,3–6,5), valamint a szorongásos zavarok (OR = 2,8–4,8) és a szerhasználattal kapcsolatos zavarok (OR = 2,8–4,6) esetében van [4]. Az egyes mentális zavarok szuicid viselkedéssel kapcsolatos prediktív ereje jelentősen csökken (OR = 1,0–2,1), ha az öngyilkossági gondolatból a kísérletbe való átmenet előrejelzéséről van szó.

Összességében tehát úgy tűnik, hogy a szuicid gondolatból a konkrét öngyilkossági tervbe és kísérletbe történő átmenetet a pszichiátriai változókon kívül más tényezők befolyásolják [1, 2, 4]. Mindennek fényében „nagyon fontos lenne megérteni, hogy egyeseknél miért maradnak fenn ezek a (szuicid) fantáziák, és miért vezetnek öngyilkossági kísérlethez, másoknál pedig miért nem” [5 (187. o.)]. A pszichiátriai változókon kívül milyen más tényezők játszanak szerepet ebben az átmenetben?

A jobb megértést, valamint a hatékonyabb előrejelzést és megelőzést az öngyilkosság elméleti és predikciós modelljei segítik. Az *elméleti* modellek a gyakran többféle területről származó, ismert rizikófaktorokat egy keretbe foglalva próbálnak magyarázatot adni arra, hogy ezen változók milyen interakcióban vannak, és milyen úton-módon vezetnek a szuicid viselkedés kialakulásához, majd végül magához a befejezett öngyilkossághoz. Erre jó példa Williams „gátolt menekülés” modellje (magyarul) [5]. A *predikciós* modellek a klinikum számára, például a szuicid veszély becslése szempontjából kiemelkedően fontosak. Statisztikai alapon ezen modellek segítségével rizikópontszámok határozhatók meg, amelyek alapján kezelési terv állítható fel. Ilyen predikciós modellen alapul például a *Blazsek és Wernigg* által kidolgozott rövid kockázatbecslő skála (1. táblázat) [6], valamint a szuicid kockázati tényezők *Ribmer* által kidolgozott [7] hierarchikus rendszere.

Az alábbiakban bemutatott „gondolatból tett” paradigma a predikciós modellekhez illeszkedik, vagyis a szuicid veszély előrejelzésében jelenthet segítséget. A pa-

radigmába tartozó új modellek nemcsak a szuicid gondolatok megjelenését, hanem a gondolatból a tettbe való átmenet folyamatát is próbálják magyarázni.

A „gondolatból tett” paradigma

Két kanadai szuicidológus, *Klonsky és May* [8] fogalmazta meg először egy új paradigma szükségességét. Álláspontjuk szerint a szuicid intervenciók és prevenciók sikeressége azért limitált, mert továbbra is nagyon keveset tudunk arról, hogy az öngyilkossági gondolat és vágy mikor és miért, milyen úton vezet potenciálisan végzetes kísérlethez.

Az általuk felvetett „gondolatból tett” paradigma ezeket a tudásbeli hiányokat hivatott fókuszba állítani.

1. táblázat | A rövid kockázatbecslő skála statikus és dinamikus tényezői (*Blazsek és Wernigg*, 2015 [6]). A félig strukturált interjú az öngyilkosság kockázati tényezőit két csoportba sorolja: a) statikus és b) dinamikus faktorok. Több statikus tényező esetén az öngyilkos magatartás iránti sérülékenység is nagyobb, az öngyilkossági veszély akár krónikus lehet

Statikus kockázati tényezők	Dinamikus kockázati tényezők
1) Korábbi öngyilkossági kísérlet	1) Jelenlegi mentális megbetegedés (affektív zavarok, szerabúzus, szkizofrénia)
2) Mentális megbetegedés	2) A meghalás tényleges szándéka, kidolgozott öngyilkossági terv
3) Férfinem	3) Reménytelenség érzése
4) Életkor (serdülőkor a fiúknál, 45 év feletti életkor mindkét nemnél, 65 év feletti kor a férfiaknál)	4) Szociológiai tényezők (elvált, özvegy, társas elszigeteltség, munkanélküliség, aktuális veszteségélmény)
5) Tavasszal és nyár elején születettek	5) Kórházi elbocsátás az elmúlt 1 hónapban
6) Öngyilkosság a családban (elsősorban a másodfokú rokonok körében)	6) Fizikai betegség (krónikus fájdalom, központi idegrendszeri megbetegedés)
7) Önsértés a kórelőzményben	7) Premenstruális szindróma ideje
8) Gyermekkori vagy múltbéli traumák, negatív életesemények	8) Nem kívánt terhesség
9) Kisebbségi identitás	9) Rossz házasság mint krónikus stresszor
10) Szegénység	10) Öngyilkossági hírek a médiában
11) Egyes foglalkozások (orvos, egyenruhás, tanuló, egyéb segítő hivatás)	11) Börtönbüntetés
	12) Tavasz és kora nyári időszak
Protektív tényezők	
1) Mentális betegség hatékony kezelése	
2) Mozgósítható kapcsolati háló	
3) Segítségkérés és nyílt kommunikáció	
4) Jó terápiás szövetség	
5) Jó házasság	
6) Kiskorú gyermekek	
7) Kívánt várandósság	
8) Munkahely	
9) Az életbe vetett hit (aktív, megélt vallásosság)	
10) Aktív részvétel a társadalmi életben	
11) Jó valóságérzékelés	
12) Aktív sportolás	
13) Félelem a negatív következményektől	

Lényege, hogy a) a szuicid gondolatok kialakulásának és b) a gondolatból a tényleges tettbe való átmenetnek a folyamatait egymástól különállóként kezeli. A legtöbbet hivatkozott első, második és harmadik generációs szuicidumelméletek [9] inkább a gondolatok *kialakulásának* magyarázó tényezőit ragadják meg, miközben meglehetősen keveset mondanak a gondolatból a cselekvésbe történő *átmenet folyamatáról*. Ahogy *de Leon és mtsai* [10] is rámutatnak: nem létezik olyan szisztematikus kutatás, amely „ugyanazon populáción belül tanulmányozná a szuicid gondolatok, a kísérletek és a befejezett öngyilkosságok gyakoriságát” (324. o.), ami jelentősen megnehezíti az öngyilkos viselkedés jobb megértését. Ráadásul a legtöbb elmélet és modell túl sok változót tartalmaz, ami jelentősen csökkenti klinikai hasznosságukat [11]. Mindezekre és a szuicidumprevenciók kutatásuk egyéb módszertani problémáira *De Leo* is rámutat [12].

Klonsky és May reménye szerint fogalmi keretük a kutatási irányokon túl hatással lesz az alkalmazott területekre is, mint a prevenció, az intervenció és a rizikó felmérése.

Jelenleg három, negyedik generációs tekintetű öngyilkosság-elmélet illeszkedik a „gondolatból tett” paradigmába: 1) *Joiner* [13] interperszonális elmélete, 2) *O'Connor* [14] integrált motivációs-cselekvési modellje és 3) *Klonsky és May* [15] háromlépéses elmélete. Az alábbiakban e három modellt/elméletet ismertetem.

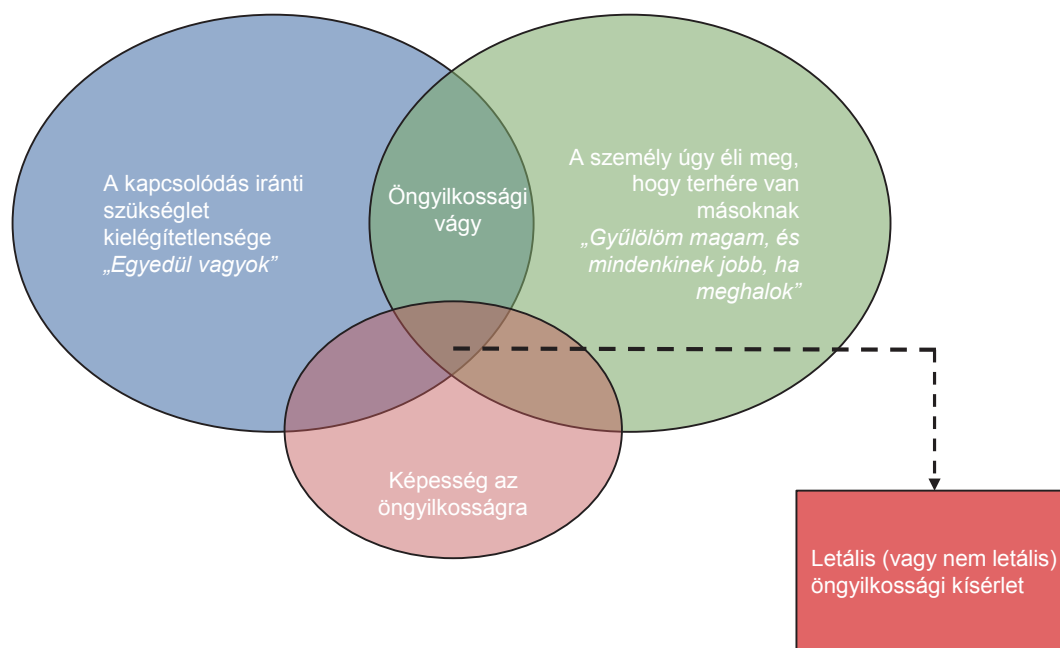
Az öngyilkosság interperszonális elmélete

Joiner az elméletét (1. ábra) először a 2007-ben megjelent *Why people die by suicide* című könyvében [13] fogalmazta meg. Az interperszonális elmélet fogalmi alapjai

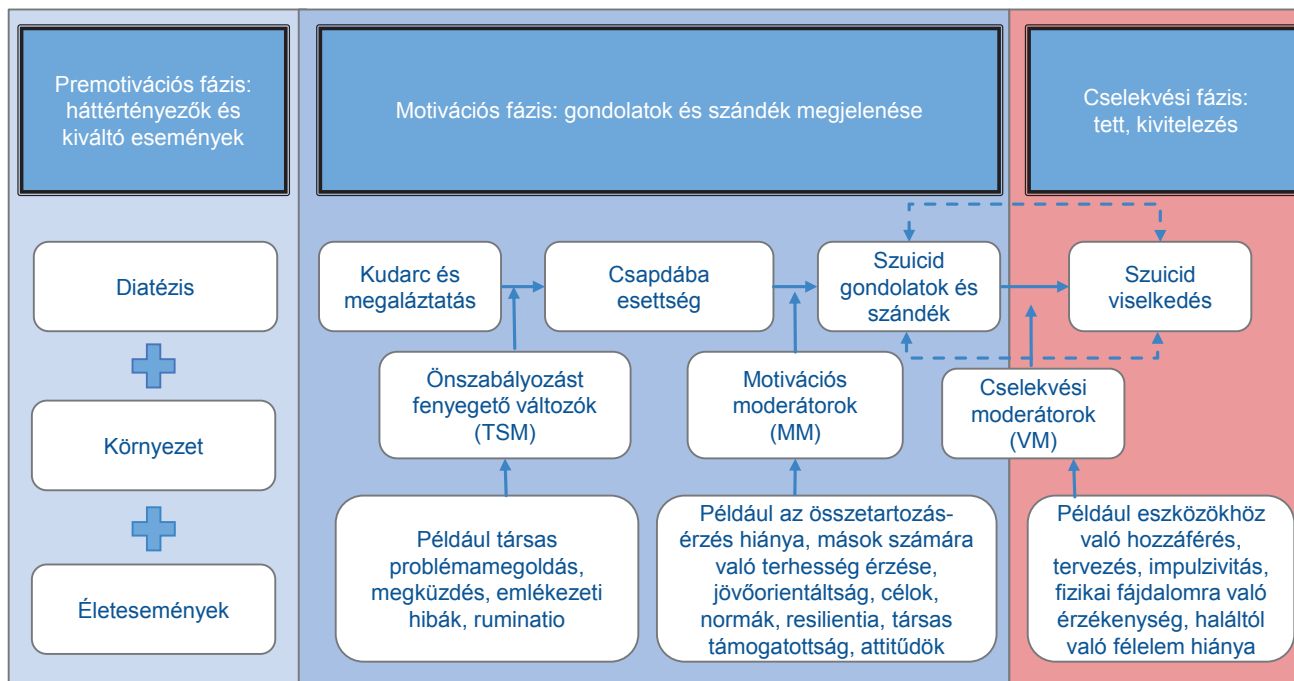
1) a kapcsolódás iránti szükséglet, 2) az az érzés, hogy a személy mások terhére van, valamint 3) az öngyilkosságra való képesség. *Baumeister és Leary* [16] „kapcsolat iránti szükséglet” fogalmából kiindulva az interperszonális elmélet feltételezése az, hogy a kielégítetlen kapcsolat iránti szükséglet az öngyilkosság iránti vágy megjelenéséhez vezethet. Ez a dinamikus kognitív-affektív állapot kétkomponensű: az embereknek szükségük van gyakori és érzelmileg kellemes kapcsolatokra ugyanazokkal az emberekkel, valamint ezeknek a kapcsolatoknak kölcsönösnek kell lenniük, amiben azt élhetik meg, hogy velük is törődnek, és ők is törődnek másokkal. Az első komponens hiányában például azt fogalmazhatja meg valaki, hogy „távol érzem magam másoktól” vagy „senkivel sem beszélgettem ma egy jót”. A kölcsönösség hiányát pedig úgy fejezheti ki valaki, hogy például azt mondja, „nem fordulhatok senkihez” vagy „senkit sem tudok támogatni”.

Az interperszonális elmélet második eleme a személy azon élménye, hogy mások számára terhet jelent. *Van Orden és Joiner* [17] Sabbath 1969-es [13], a serdülők öngyilkossági viselkedését magyarázó, rendszerszemléletű elméletéből indul ki. Sabbath a szuicid viselkedés magyarázatában a fiatalok feleslegesség- és elutasítotttságérzését állítja a középpontba. Az interperszonális elmélet szerint e komponens fontos eleme az önutálat, valamint az az érzés, hogy a személy alapvetően hibás, rossz. A valahova tartozás érzésének hiánya és a mások számára való terheltség érzése, valamint az abbéli reménytelenség, hogy ez változni fog, együtt eredményezik az öngyilkossági vágy és gondolatok megjelenését.

Bár az öngyilkossági vágy szükséges az öngyilkossághoz, önmagában nem vezet tényleges öngyilkossági



1. ábra | Az öngyilkosság interperszonális elmélete (*O'Connor és Nock* alapján [9], 2014; a kiadó engedélyével)



2. ábra | Az öngyilkosság integrált motivációs-cselekvési modellje (O'Connor és Kirtley alapján [18], 2018; a kiadó engedélyével)
 MM = (motivational moderators) motivációs moderátorok; TSM = (threat to self-moderators) a önszabályozást fenyegető moderátorok; VM = (volitional moderators) cselekvési moderátorok

kísérlethez. Akkor nő meg a szuicidumkockázat, ha a vágy öngyilkosságra való *képességgel* is társul.

Joiner [13] szerint ilyen képesség például a haláltól való csökkent félelem és a megnövekedett fizikai fájdalom-küszöb. Az öngyilkosságra való képesség koncepciója mind az interperszonális elmélet, mind pedig a későbbi „gondolatból tett” paradigmába illeszkedő többi modell központi és sokat kutatott része. Ez viszonylag új fogalom, továbbá jelentős klinikai relevanciával is bír.

Joiner eredeti felvetése [13] az öngyilkosságra való képesség kapcsán abból indul ki, hogy a halálfélelem, illetve az ételösztön rendkívül erős ösztönök, ami nagyon nehéz teszi azt, hogy valaki saját kezével vessen véget az életének. Bárki – még a legintenzívebb szuicid gondolatok átélése során is – csak akkor képes erre, ha elsajátította az ételösztön jelentette erős határvonal átlépésének képességét. Ennek leggyakoribb módja a korábbi öngyilkos viselkedés (például szándékos önsértés és konkrét kísérlet). De számos, az egyén élete során fizikai és/vagy lelki fájdalommal járó élmény (például intravénás droghasználat, szexuális abúzus, nem szuicid célú önsértések, sürgősségi betegellátásban végzett munka stb.) járulhat hozzá a testi vagy érzelmi fájdalom jelenlétéhez való hozzászokáshoz. Mindezek elvezethetnek oda, hogy az öngyilkos ember számára nem működik már az a véscsengő, amelynek például szándékos testi önsértés esetén működnie kéne. És „... amikor az emberek hozzászoknak a veszélyes viselkedési formákhoz – amikor elveszítik azt az izgalmat, amely csak veszélyes helyzetekben jelenik meg –, a katasztrófa alapjai készen állnak” [13 (48. o.)]. Amikor valaki számára az önsértés és más veszélyes

viselkedési formák elveszítik fenyegető voltukat, és unalmassá, habituálissá válnak, az az a pont, ahol elveszíthetjük őt – mondja Joiner.

Az integrált motivációs-cselekvési modell

Az integrált motivációs-cselekvési modell [14] a „gondolatból tett” paradigmához kapcsolható modellek közül a legintegráltabb és a legtöbb változót számításba vevő. A szuicidum különböző pszichológiai, biológiai és társas változóit egyesíti. A modell három fő fázisból áll: 1. premotivációs, 2. motivációs és 3. cselekvéses rész. Az 1. rész azokat a biopszichoszociális hátértényezőket és kiváltó (*trigger*) eseményeket írja le, amelyek kontextusában megjelenhetnek öngyilkossági gondolatok; a 2. rész az öngyilkossági gondolatok és szándék megjelenésében szerepet játszó faktorokat foglalja magában, illetve leírja ezek dinamikáját; a 3. rész pedig a gondolatból a cselekvésbe történő átmenet, az elhatározás és a megcselekvés folyamatát írja le. Az integrált motivációs-cselekvési modell kissé módosított változatát [18] a 2. ábra mutatja be.

Csakúgy, mint a „gondolatból tett” paradigmába tartozó másik két elméletnek, az integrált motivációs-cselekvési modellnek is a fő célkitűzése az öngyilkossági gondolatból a tényleges szuicid kísérletbe való átmenet folyamatának jobb megértése. Három ismert hipotézis adja e modell alapját. Az első a *diatézis-stressz modell* [19], amely szerint a környezeti tényezők (például negatív életesemények) és a biológiai sérülékenység (például genetikai tényezők) talaján kibontakozó különböző sze-

mélyiségvonások és temperamentumok, valamint mentális zavarok járulnak hozzá a szuicid viselkedés megjelenéséhez. A második az „*el tervezett viselkedés*” elmélet [20], amely azt állítja, hogy egy adott viselkedés legközvetlenebb és legpontosabb előrejelzője a személy attitűdje az adott viselkedéssel szemben, személyes normái és motivációja a tett végrehajtására. Végül pedig az *aktivációs hipotézis* [21] szerint minden egyes átélt depresszív epizód során újabb asszociációs kapcsolat jön létre az alacsony fekvésű hangulat és a közben átélt gondolatok (például diszfunkcionális attitűdök, negatív automatikus gondolatok, öngyilkossági gondolatok) között. Így az ezen hangulati állapotok és kognitív tartalmak közötti kapcsolat megerősödik, ún. *kognitív reaktivitás* alakul ki, a későbbiekben pedig könnyebben aktiválódik a depresszív hangulati állapot. Hasonló aktiváció/reaktivitás működik a szuicid állapot (újra) megjelenése esetén [22].

Az integrált motivációs-cselekvési modell három részre osztja a szuicid viselkedés kialakulásának folyamatát. A premotivációs fázisban különböző, sérülékenységet jelentő faktorok (diatézis, környezeti és életesemények) növelik a személy számára kudarcot jelentő eseményekre való érzékenységet.

A motivációs fázisban a kudarc és a csapdába esettség (gátolt menekülés) élménye [23] vezethet a szuicid gondolatok és szándék megjelenéséhez (a *gátolt menekülés* fogalmáról és az öngyilkosság kognitív modelljéről magyar nyelven lásd *Perczel-Forintos Dóra* [5] összefoglalóját). A kudarc és a csapdába esettség élményének kapcsolatát olyan, ún. szelfmoderátorok (meglétei vagy hiányai) alakítják, mint például a társas problémamegoldó készségek, autobiografikus emlékezeti hibák és ruminatio. A csapdába esettség élményéből az öngyilkossági gondolatokba való átmenetnek a valószínűségét pedig ún. motivációs moderátorok jelenléte vagy hiánya határozza meg. Ha jelen vannak ilyen moderátorok, akkor a személy kevesebb fájdalmat, több reményt él át. A kapcsolódás, a valahova tartozás élménye, az adaptív, realizti-

kus célok megfogalmazása vagy az élni akarás okai mind olyan moderátorváltozók, amelyek a szuicid gondolatok kialakulása ellen hatnak.

Az utolsó, cselekvési fázis olyan cselekvési moderátorokat ír le, amelyek a szuicid gondolatból a tettbe való átmenetet szabályozzák. Az integrált motivációs-cselekvési modell szerint ezen moderátorok kulcsfontosságú szerepet játszanak az átmenetben. *Joiner* [13, 17] elmélete alapján *O'Connor* is úgy véli, hogy az öngyilkosságra való képesség fontos moderátor ebben az átmeneti folyamatban, azonban az integrált motivációs-cselekvési modellben a szuicidiumra való képesség csak egyike a több, lényeges változónak. Az öngyilkosság kivitelezésére vonatkozó részletes tervek megfogalmazása, a közelmúltban a családban, barátok között elkövetett öngyilkosság, impulzivitás, a megemelkedett fizikai fájdalom-tűrési küszöb, a haláltól való félelem mértéke, a halállal, öngyilkossággal kapcsolatos bevillanó képek, valamint az anamnézisben szereplő szuicid kísérlet vagy önsértések mind olyan faktorok, amelyek az öngyilkossági gondolatból a tényleges tettbe való átmenetet befolyásolják.

Klonsky és May háromlépéses elmélete

Klonsky és May elmélete [8, 15] mindösszesen négy tényező segítségével írja le a szuicid vágy kialakulását és a tényleges kísérletet, illetve az e kettő közötti átmenetet. E négy faktor: 1) a fájdalom (testi és/vagy lelki), 2) a reménytelenség, 3) a kapcsolódás, valamint 4) a képesség az öngyilkosságra (3. ábra). A szerzők továbbra is hangsúlyozzák a már ismert és sokat kutatott rizikótényezők (mint például depresszió, borderline személyiségzavar, negatív emocionalitás, kapcsolati veszteség, túlzott önkritika stb.) fontosságát, mert ezen faktorok fontos szerepet játszanak az öngyilkossági vágy kialakulásában. A háromlépéses elmélet szempontjából azonban ezek a mentális zavarok, személyiségvonások, pszichológiai faktorok csak annyiban relevánsak, amennyiben hozzájárulhatnak a szóban forgó elméletben központi szerepet kapó fájdalom, reménytelenség és/vagy kapcsolódás szintjeinek alakulásához. Éppen ebből fakadóan a háromlépéses elmélet nem tekint úgy az öngyilkosságra, mint egy mentális betegség tünetére. Nincs szükség mentális zavar jelenlétére ahhoz, hogy öngyilkossági krízisállapot alakuljon ki. Az elmélet szempontjából a mentális zavar csak egyike azon számos lehetséges élménynek és kontextusnak, amely felerősítheti valakiben az öngyilkosság iránti vágyat [24].

Első lépés: a fájdalom és a reménytelenség együttes jelenléte vezet az öngyilkossági vágy megjelenéséhez

Az elmélet szerint a szuicid vágy megjelenéséhez vezető első lépés – a kiváltó inger forrásától függetlenül – a fájdalom megjelenése. A leggyakrabban, de nem kizárólag,

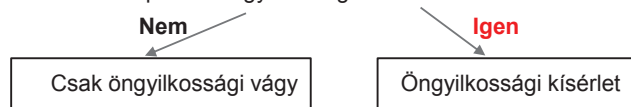
1. Fájdalom és reménytelenség együttes átélése?



2. A fájdalom mértéke meghaladja a kapcsolódás mértékét?



3. Képes az öngyilkossági kísérletre?



3. ábra | Az öngyilkosság háromlépéses elmélete (*Klonsky és May* alapján [15], 2015; a kiadó engedélyével)

pszichés vagy érzelmi fájdalomról beszélhetünk. Bármilyen, kellően erős inger betölthet büntető szerepet, legyen szó elektrosokkról, hangos zajról, társas elutasításról, izolációról vagy önmaga negatív percepciójáról. Ezekon kívül is számos gondolat, érzékelési inger, élmény, érzelem betöltheti az averzív, fájdalmat kiváltó inger szerepét, ami elvezethet oda, hogy csökken a személy élni vágyása.

A fájdalom önmagában azonban nem vezet halálvágyhoz. Amíg a fájdalmat átélő személy reményt él meg az azal kapcsolatban, hogy a körülmények változnak majd, és fájdalma csökken, addig nem gondol öngyilkosságra. Fájdalom és reménytelenség együttes fennállása kell ahhoz, hogy valaki öngyilkossági gondolatokat fogalmazzon meg.

Érdeemes megjegyezni, hogy a második és a harmadik lépés egyaránt az öngyilkossági vágy megjelenését próbálja magyarázni, szemben – ahogy majd látjuk – a harmadik lépéssel, amelynek középpontjában a szuicid gondolatok felerősödésének magyarázata áll.

Második lépés: az öngyilkossági vágy akkor erősödik fel, ha a fájdalom szintje meghaladja a kapcsolódás átélt mértékét

A második lépésben az eddigi két faktor – a fájdalom és a reménytelenség – mellett megjelenik a kapcsolódás megléte vagy hiánya. A szerzők itt tág értelemben beszélnek kapcsolódásról: jelenthet másokhoz való kapcsolódást éppúgy, mint szerepekhez, feladatokhoz, érdeklődéshez vagy olyasmihöz, ami az egyén számára célt, értelmet jelent. A modell szerint közepes intenzitású marad az öngyilkossági vágy (például „néha eszembe jut, hogy jobb lenne meghalni”) akkor, ha a személy fájdalmat és reménytelenséget él át, de a kapcsolódás mértéke nagyobb, mint a fájdalom. Ha azonban a fájdalom meghaladja az összetartozás érzésének mértékét, akkor erős, intenzív öngyilkossági vágy jelenik meg (például „a legszívesebben megölném magam”).

Harmadik lépés: az öngyilkossági készlet akkor fordul át tényleges tettbe, ha a személy rendelkezik az öngyilkosság kivitelezéséhez szükséges képességgel

A szuicid gondolatot átélők közül a legtöbben sohasem kísérelnek meg öngyilkosságot. A háromlépéses elmélet szerint az öngyilkos viselkedést leíró modern elméletek legnagyobb kihívása magyarázatot találni arra a kérdésre, hogy milyen körülmények szükségesek az intenzív, erős szuicid gondolatok tényleges kísérletbe történő átfordulásához. Először Joiner [13] fogalmazta meg elméletében az öngyilkosságra való képesség meghatározó szerepét. Az azóta eltelt másfél évtizedben a „gondolatból tett” elméleti kereten belül talán az öngyilkosságra való képesség kapta a legnagyobb figyelmet. A Bayliss és mtsai

által végzett tanulmány még nem publikált adatai szerint 2007 óta közel száz kutatás született a témában (Bayliss, személyes közlés, 2022. 01. 29.). Lényeges megjegyezni, hogy a képességkonceptió nemcsak Klonskyék elméletének része, hanem Joiner interperszonális elméletében is fontos szerepet kap az öngyilkossági kísérlet magyarázatában, tehát a Bayliss által feltárt közel száz vizsgálat nem kizárólag a Klonskyék elméletében megfogalmazott képességkonceptió kutatási bizonyítékait reprezentálja.

Klonsky és mtsai [15, 24] kibővítik Joiner képességmeghatározását [13, 17]. Véleményük szerint az öngyilkosságra való képességnek három kategóriáját lehet megkülönböztetni: 1) szerzett vagy elsajátított, 2) diszpozicionális és 3) gyakorlati képesség. Az első kategória Joiner eredeti felvetését [13] takarja, azaz a habituáció útján megszerezhető, illetve elsajátítható képességet.

A második, diszpozicionális képesség olyan, veleszületett tényezőkre vonatkozik, amelyek befolyásolják azt, hogy vannak személyek, akik alacsonyabb vagy magasabb fájdalomküszöbvel születnek. Akiknél alacsonyabb ez a küszöb, azok diszpozicionálisan inkább képesek végrehajtani egy öngyilkossági kísérletet. De az olyan temperamentum és személyiségvonások, mint például a neuroticizmus, amely nagyobb szintű fájdalomelkerüléssel jár együtt, csökkentik annak esélyét, hogy valaki konkrét tétben valósítsa meg szuicid gondolatait.

A harmadik képesség gyakorlati vagy kontextuális, ami olyan tényezőket jelent, amelyek könnyebbé teszik az öngyilkossági kísérlet kivitelezését. Például az a személy, aki lőfegyverekkel vagy vegyszerekkel kapcsolatos megfelelő tudással rendelkezik, és hozzáférése is van ezekhez az eszközökhöz, öngyilkossági gondolatait sokkal könnyebben fordítja át konkrét kísérletbe, mint az, aki nem ismeri a fegyvereket és vegyszereket, és nincs is hozzáférése ezekhez. Klonskyék felhívják a figyelmet, hogy a praktikus képesség dinamikus, gyorsan tud változni. Ha például valaki tájékozódik az interneten arról, hogy az ibuprofén túladagolása nem végzetes, viszont a paracetamol túladagolása járhat súlyos, akár halálos szövődményekkel, akkor ezzel a praktikus tudással az öngyilkosságra való képességének mértéke jelentősen megnőtt. De gyakorlati körülmény az is, ha valaki könnyen meg tudja teremteni az öngyilkossági kísérlet végrehajtásához számára szükséges egyedüllétet, mondjuk azáltal, hogy lehetősége van „eltűnni” egy napra a vidéki nyaralóban.

A háromlépéses elmélet lényeges implikációja, hogy az öngyilkossági kísérlet végrehajtásához nincs szükség arra, hogy a fent említett mindhárom képesség egyszerre legyen magas szintű. „A kulcskérdés az, hogy az öngyilkosságra való képesség összességében elégséges-e az erős szuicid vágyat átélő ember esetében a tényleges kísérlethez” [24 (2. o.)]. Például több praktikus tényező (mondjuk az elvonulás lehetősége adott, a személynek van hozzáférése növényvédő szerhez) fennállása is elegendő lehet a szuicid kísérlethez még akkor is, ha a diszpozicionális vagy szerzett képességek hiányoznak.

Érdeemes visszaemlékezni, hogy az első és a második lépés az öngyilkossági *vágy* kialakulását magyarázza, míg a harmadik lépés a szuicid *gondolatok* megjelenését. A harmadik lépésben a szuicid gondolatok úgy foghatók fel, mint tervek, illetve a tettere való előkészületek.

A „gondolatból tett” paradigma értékelése

Az akut vagy hosszú távú öngyilkossági kockázat értékelése különösen nehéz feladat. A különböző kockázati tényezők (*I. táblázat*) értékelésével a szuicid veszély nagy valószínűséggel előre jelezhető. Joggal merül fel a kérdés: egy új paradigma, elmélet vagy szindróma [25] valóban újdonság-e? Jelent-e valóban új irányt a kutatásban, a predikcióban, a prevencióban és/vagy a klinikumban?

Elméleti és kutatási szempontok

A „gondolatból tett” paradigma fejlődési modelljei egyéni és interperszonális kontextusban is magyarázatot kínálnak a szuicid viselkedésre. Mindhárom, fent bemutatott elméletre igaz, hogy a szuicid krízis kialakulásának folyamatát, fejlődését is magyarázni szeretné. Az integrált motivációs-cselekvési modell [18] a különböző moderátorváltozók segítségével megpróbál komplex okozati összefüggéseket leírni az időben távoli életesemények és a közeli, jelenben feltárható medikális-pszichoszociális faktorok között. Az interperszonális elmélet [13, 17] és a háromlépéses elmélet [15, 24] inkább fejlődési elméleteknek, az integrált motivációs-cselekvési modell pedig inkább komplexebb fejlődési és etiopatogenetikai modellnek tekinthető.

Klonskyék [15] háromlépéses elmélete – biopszichoszociális megközelítésükkel – segít megválaszolni azt a kérdést, hogy a már ismert, számos rizikófaktor *miért* és *hogyan* növeli az öngyilkosság rizikóját. Az olyan viselkedések, mint például az önsértés vagy az intravénás droghasználat vagy a gyerekkorban átélt fizikai abúzus azért növelik a szuicid kísérlet rizikóját, mert befolyásolják a fájdalomküszöb szintjét, ezáltal pedig alakítják az öngyilkosságra való képességet.

A paradigma talán egyik legfontosabb üzenete a kutatások módszertanára vonatkozik. Az új paradigma azt mondja, hogy hibás kísérleti elrendezés pusztán a szuicid kísérletezők összehasonlítása valamilyen normál- vagy nem szuicid csoporttal, mert így nem kapunk választ a prevenció szempontjából is kulcsfontosságú kérdésre, azaz a gondolatból a tettebe való átmenet jellemzőire. A kutatásokban eddig kivételnek számított a csak szuicid gondolatokat átélők és a ténylegesen kísérletezők populációjának külön kezelése. A szokásos kísérleti vagy kutatási elrendezés szerint a csak gondolatot átélők és a kísérleten átesettek egy csoportba sorolódnak. *Klonskyék* szerint [24] viszont ennek a prevenció szempontjából is káros gyakorlatnak véget kell vetni, és ami eddig kivétel volt, az kell, hogy legyen a főszabály. Kísérleteinket úgy

kell megtervezni, hogy – *per se* vagy legalább utólag, statisztikai módszerekkel – elkülöníthetők legyenek a csak gondolatot megfogalmazók és a tettet végrehajtók.

Az új paradigmába illeszkedő teóriák már rendelkezésre álló bizonyítékainak részletes áttekintése jóval meghaladná e tanulmány kereteit. Csak utalok arra, hogy több metaanalízis és szisztematikus áttekintés született az interperszonális elmélet [26], az integrált motivációs-cselekvési modell [27] kutatási bizonyítékairól, de megjelentek már informatív betekintést nyújtó, nem teljes igényű áttekintések [18, 24] is. Fontos kiemelni, hogy számos kutatás foglalkozik nemcsak a teljes modellel, hanem a három elmélet egyes részleteivel is. Egy ilyen, sokat kutatott változó például az öngyilkosságra való képesség, illetve annak különböző formái, ez mindhárom modellben központi szerepet játszik [28].

A paradigma egyik fő premisszája, hogy a szuicid gondolatokat átélők és a tényleges kísérletezők csoportjainak elkülönítése kulcsfontosságú. Ez maga után vonja azt a gyakorlatot, hogy a klinikai kutatásokban valamilyen eszközzel mérni kell az öngyilkossági gondolatok és vágy intenzitását. Erre a célra jelenleg szinte kizárólag Aaron Beck öngyilkossági gondolatok skáláját, illetve az egyes országokban ennek adaptált (lefordított és validált) változatait használják [29], megbízhatóságát és érvényességét számos vizsgálat alátámasztotta [30]. Ez a tizenkilenc tételes skála mérhetővé teszi az aktív és passzív szuicid gondolatokat, valamint az öngyilkossági kísérlet irányába tett előkészületeket. Sajnálatos módon e mérőeszköz hazai pszichometriai adaptációja még nem történt meg. Az új paradigmába illeszkedő – de egyébként ahhoz nem kapcsolódó – elméletek tesztelhetősége és a klinikai gyakorlat (öngyilkossági rizikó becslése) miatt egyaránt fontos lenne e hiány orvoslása.

Klinikai szempontok

Mit tehetünk akkor, ha a vizsgált páciens öngyilkossági gondolatokról számol be? A rizikóbecslés legfontosabb célja azonosítani a szuicid gondolatokat megfogalmazóknak azt a körülbelül egyharmadát [4], akiknél a fantáziák öngyilkossági kísérlethez vezetnek. A kockázatbecslés jelenlegi jó gyakorlata szerint az ismert statikus és dinamikus rizikótényezők (*I. táblázat*) alapján alacsony, közepes vagy magas rizikószintet állapítunk meg [6]. A kockázati tényezők mellett a védőfaktorok részletes feltérképezése is része a páciensorientált vizsgálati folyamatnak.

Az új paradigma azt hangsúlyozza, hogy a veszély közvetlenségét kell megállapítanunk, majd az intézkedéseket ennek megfelelően kell meghozni. Közvetlen veszély esetén (ha például a páciens öngyilkossági szándékot fejez ki) kórházi ellátásra, védett környezetben történő krízisintervencióra van szükség. Abban az esetben, ha nem áll fenn közvetlen veszély (ha például a páciens öngyilkossági gondolatokról számol be, de aktuálisan nincs kísérleti szándéka), akkor nem feltétlenül van

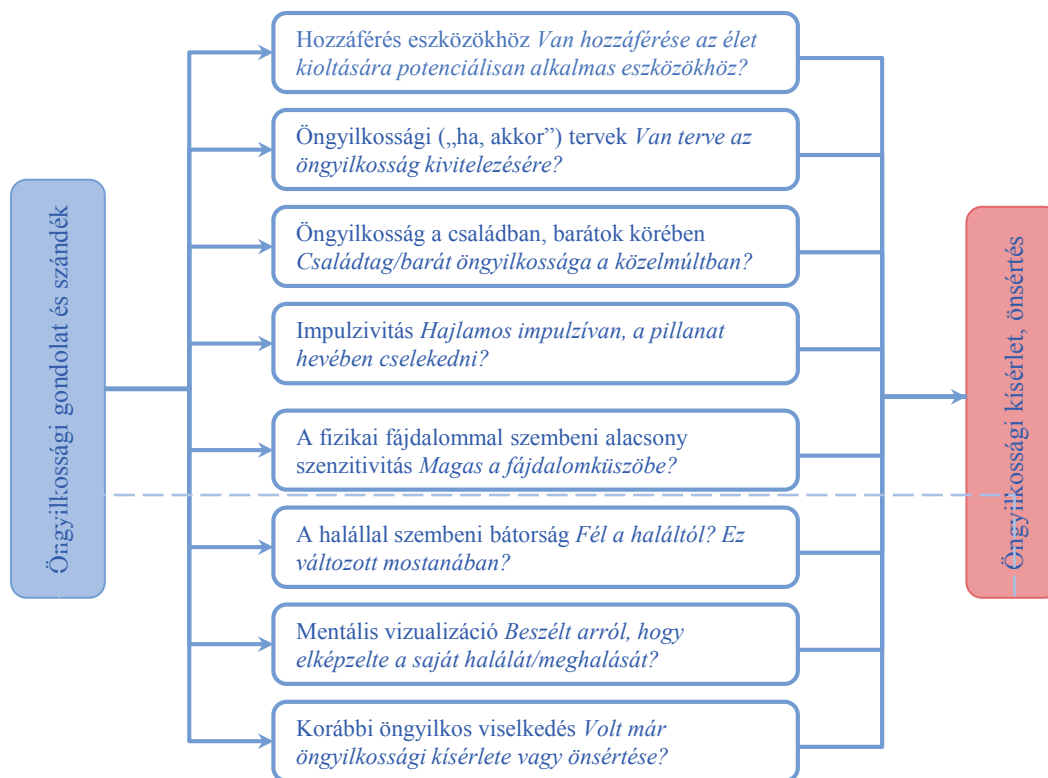
szükség hospitalizációra, ám a beteg állapota továbbra is figyelmet igényel attól függetlenül, hogy hány rizikótényező van jelen. A „gondolatból cselekvés” paradigma egy ilyen rizikóbecslési folyamatban, illetve az intervenció megtervezésében jelenthet segítséget. Például a háromlépéses elmélet a szuicid rizikó csökkentése kapcsán négy, jól körülhatárolt célt fogalmaz meg: a lelki fájdalom csökkentése, a remény növelése, a kapcsolat erősítése és a képesség redukálása. Ezek olyan szempontok, amelyek az ambuláns betegellátásban egy pszichoterápiás igényű esetvezetés vagy akár egy egyszeri találkozás során irányíthatják az orvos, pszichológus intervencióit.

O'Connor eredeti, integrált motivációs-cselekvési modelljének módosított változatában [18] központi szerepe van a cselekvési fázis nyolc tényezőjének (4. ábra). Ezen faktorok jelentősen befolyásolják azt, hogy a szuicid gondolatokból a tettbe történő átmenet megvalósul-e. Vagyis, metaforikusan, ezek a tényezők hidat képezhetnek az öngyilkossági gondolat és kísérlet között. A rizikóbecslés célja – képletesen – ezeknek a hidaknak a feltérképezése, szem előtt tartása, majd a prevenció és intervenció részeként közülik minél többnek a felrobbantása.

Az új paradigma elméleti fókuszba helyezik a közvetlen öngyilkossági veszély figyelmeztető jeleit. Klinikai szempontból is lényeges különbség, hogy az ismert rizikófaktorokkal szemben a figyelmeztető jelek rövidebb távú kockázati tényezők, és dinamikusan változhatnak,

azaz hol felerősödhetnek, hol eltűnhetnek. A figyelmeztető jelek továbbá kizárólag egyedi konstellációként értelmezhetők [31]. Azáltal, hogy „[a]z öngyilkosság figyelmeztető jelei a *megfigyelhető* jelekre és tünetekre irányítják a figyelmet, amely jelek a kockázatbecslés szempontjából gyakorlati és klinikai relevanciával bírnak”, gyakorlati és klinikai hasznosságuk kulcsfontosságú [31 (8. o.) – kiemelés a szerzőtől]. Joiner interperszonális elmélete például az öngyilkos viselkedés megértésében előtérbe állítja a szuicidumra való képességet, Klonskyék elmélete pedig tovább pontosítja ezt a változót. Ezáltal ezek az elméletek a közvetlen öngyilkossági veszély egy olyan figyelmeztető jelére hívják fel a figyelmet, amely külső szemlélő számára is megfigyelhető, explorálható. A közvetlen szuicid veszély figyelmeztető jeleinek hangsúlyozása jelenik meg egyébként a DSM-5-ben (Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 5. kiadás) bemutatott új szuicid szindrómában is [25, 32].

A pszichiáterrezidensek és klinikai szakpszichológusok képzésében a szuicid rizikó becslése kapcsán a kompetenciák fontosságát sokan felvetették már, és arra vonatkozóan is születtek már javaslatok, hogy melyek ezek a fő kompetenciák [például 33]. Véleményem szerint az új paradigma szemlélete – világos üzenete és a már meglévő elméleteinek koherenciája miatt – jól illeszkedik ehhez a törekvéshez, a szuicid rizikó becslésével kapcsolatos képzési anyagok részét képezhetné. Egyrészt azért, mert



4. ábra | Az öngyilkossági gondolatból a kísérletbe való átmenetet befolyásoló tényezők. Az öngyilkosság integratív motivációs-cselekvési modelljének cselekvési moderátorai (O'Connor és Kirtley nyomán [18], 2018; a kiadó engedélyével)

hangsúlyozzák a rövid/azonnali és a hosszú távú/krónikus rizikóra vonatkozó becslés közti különbséget. Másrészt azért, mert újra rámutatnak arra, hogy a csak szuicid gondolatokat átélők markánsan különböznek a ténylegesen kísérletet végrehajtóktól. Továbbá kiemelten foglalkoznak azzal a kérdéssel, hogy milyen tényezők játszanak szerepet az öngyilkossági gondolatból a kísérletbe való átmenet folyamatában. Joiner [13] a saját elmélete alapján konkrét javaslatot is tett a szuicid rizikó felmérésének lépéseire, valamint a krízisintervenció és a kezelés folyamataira.

Következtetések

Az öngyilkosság különböző rizikótényezőinek kutatása az elmúlt, több mint hét évtizedben felbecsülhetetlen mértékű tudás felhalmozódását eredményezte. Az öngyilkos viselkedés olyan mértékben túldeterminált és multikauszális, hogy minden, ökológiailag érvényes és megbízható ismeretanyagra nagy szükségünk van. Ám a kvalitatív és kvantitatív jellegű vizsgálatokból, illetve a számos területről (pszichiátria, idegtudományok, pszichológia, szociológia stb.) származó kutatási eredmények összemérhetősége kérdéses [34]. Nem világos egyelőre, hogy a külön-külön érvényes és megbízható eredmények összegezhető-e, és képesek-e együtt jobban magyarázni az öngyilkos viselkedést. A pesszimista válasz az, hogy nem képesek, mert alapvetően összemérhetetlenek a különböző területek kutatási eredményei, és nem képezhetik részét egyetlen összetett modellnek. A sokféleség mégis okot adhat az optimizmusra. Ugyanis a különböző kutatási területek eredményeinek integrálását az „empírián túlmutatató értékek, mint például [...] pragmatikus célok” vezérelhetik [34 (9. o.)]. A hatékonyabb prevenció kizárólag a különböző tudományágak kooperációja által érhető el [12]. A „gondolatból tett” paradigma elméletet, kutatást és főként klinikumot érintő üzenete pedig arra ösztönöz minket, hogy forduljunk az öngyilkosság minél egyénibb szintű, kézzelfoghatóbb kérdéseihez.

Anyagi támogatás: A közleményben szereplő ábrák jogdíjának rendezését az „Alapítvány az Öngyilkosság Ellen” támogatta.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

Irodalom

- [1] Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 617–626.
- [2] Borges G, Angst J, Nock MK, et al. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up

- study using the National Comorbidity Surveys. *J Affect Disord*. 2008; 105: 25–33.
- [3] Nock MK, Hwang I, Sampson NA, et al. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 868–876.
- [4] Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 98–105.
- [5] Perczel Forintos D. The arrested flight. The cognitive model of suicidal behaviour. [Gátolt menekülés. Az öngyilkosság kognitív modellje.] *Magy Pszichol Szle* 2011; 66: 185–201.
- [6] Blazsek P, Wernigg R. Risk assessment and risk management in psychiatry. [Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában.] Oriold és Társai, Budapest, 2015. [Hungarian]
- [7] Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 17–22.
- [8] Klonsky ED, May AM. Differentiating suicide attempters from suicide ideators: a critical frontier for suicidology research. *Suicide Life Threat Behav*. 2014; 44: 1–5.
- [9] O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 73–85.
- [10] de Leon J, Baca-García E, Blasco-Fontecilla H. From the serotonin model of suicide to a mental pain model of suicide. *Psychosom*. 2015; 84: 323–329.
- [11] Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016; 12: 307–330.
- [12] De Leo D. Suicide prevention is far more than a psychiatric business. *World Psychiatry* 2004; 3: 155–156.
- [13] Joiner T. Why people die by suicide. Harvard University Press, Cambridge, MA, 2007.
- [14] O'Connor RC. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In: O'Connor RC, Platt S, Gordon J. (eds.) *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice*. Wiley-Blackwell, Chichester, 2011; pp. 181–198.
- [15] Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *Int J Cogn Ther*. 2015; 8: 114–129.
- [16] Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*. 1995; 117: 497–529.
- [17] Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010; 117: 575–600.
- [18] O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018; 373: 20170268.
- [19] Schotte DE, Clum GA. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol*. 1987; 55: 49–54.
- [20] Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Human Decis Proc*. 1991; 50: 179–211.
- [21] Teasdale JD, Dent J. Cognitive vulnerability to depression: an investigation of two hypotheses. *Br J Clin Psychol*. 1987; 26: 113–126.
- [22] Lau MA, Segal ZV, Williams JM. Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behav Res Ther*. 2004; 42: 1001–1017.
- [23] Williams J, Williams M. *Cry of pain: understanding suicide and self-harm*. Penguin Group USA, London, 1997.
- [24] Klonsky ED, Pachkowski MC, Shahnaz A, et al. The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Prev Med*. 2021; 152: 106549.
- [25] Osváth P, Fekete S, Vörös V. Suicide risk assessment and suicide-specific syndromes [Szuicid-specifikus szindrómák és új szempontok az öngyilkossági rizikó felmérésében – kríziskonceptió újratöltve?] *Psychiatr Hung*. 2020; 35: 126–135. [Hungarian]

- [26] Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, et al. The interpersonal theory of suicide: a systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull.* 2017; 143: 1313–1345.
- [27] Wetherall K, Cleare S, Zorzea T, et al. Status of the integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In: De Leo D, Poštuvan V. (eds.) *Reducing the toll of suicide: Resources for communities, groups, and individuals.* Hogrefe Publishing, Boston, MA, 2020; pp. 169–184.
- [28] Bayliss LT, Lamont-Mills A, du Plessis C, et al. Suicide capacity within the ideation-to-action framework: a scoping review protocol. *BMJ Open* 2021; 11: e043649.
- [29] Lotito M, Cook E. A review of suicide risk assessment instruments and approaches. *Mental Health Clin.* 2015; 5: 216–223.
- [30] Brown GK, Beck AT, Steer RA, et al. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68: 371–377.
- [31] Rudd MD. Suicide warning signs in clinical practice. *Curr Psychiatry Rep.* 2008; 10: 87–90.
- [32] Vörös V, Tényi T, Nagy A, et al. Crisis concept re-loaded? – The recently described suicide-specific syndromes may help to better understand suicidal behavior and assess imminent suicide risk more effectively. *Front Psychiatry* 2021; 12: 598923.
- [33] Cramer RJ, Bryson CN, Eichorst MK, et al. Conceptualization and pilot testing of a core competency-based training workshop in suicide risk assessment and management: notes from the field. *J Clin Psychol.* 2017; 73: 233–238.
- [34] Maung HH. Pluralism and incommensurability in suicide research. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci.* 2020; 80: 101247.

(Bérdi Márk,
Budapest, Alsóerdősor u. 7., 1074
e-mail: berdimark@gmail.com)

„Animo dolenti nihil oportet credere.”
(Sajgó léleknek hinni nem érdemes.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)