

Az életciklus-krízisek jelentősége: pszichopatológia és öngyilkos magatartás

OSVÁTH PÉTER

PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

A korszerű pszichológiai elméletek szerint az egyéni életút folyamatos fejlődést jelent, a sikeres életciklus-váltások elengedhetetlen feltétele a korspecifikus problémák hatékony megoldása. Az egyes szakaszok közötti átmenetek azonban nagyon sérülékeny időszakot jelentenek a különböző akcidentális stresszorokkal és negatív életeseményekkel szemben. A fejlődési krízis önmagában is jelentősen igénybe veszi, vagy akár ki is merítheti az egyén megküzdő kapacitását, így csökken a külső stresszorról való megküzdés esélye, ami a krízis kedvezőtlen kimeneteléhez vezethet. Negatív következményként a különböző pszichopatológiai tüneteken (depresszió, szorongás, pszichózis) túl akár öngyilkos magatartás is kialakulhat. Tehát az életciklus-krízisekben az általános pszichés problémák mellett fokozott figyelmet kell fordítani a lélektani krízis és a preszuicidális szindróma klasszikus tüneteire is. Bizonyos életciklus-váltásoknál – mint például a serdülőkor, az életközép időszaka, valamint az időskor – a személyiség különösen veszélyeztetett a különböző pszichopatológiai eltérések kialakulása szempontjából. Írásunkban áttekintjük az egyes fejlődési szakaszok speciális sajátosságait és pszichopatológiai jellemzőit. A korspecifikus jellemzők és az egyéni fejlődés ismerete nemcsak az aktuális krízishelyzet kialakulásának és hátterének megértésében, de a segítségnyújtás hatékonyságának javításában is alapvető jelentőségű. A komplex bio-pszicho-szocio-spirituális megközelítés alkalmazásával nemcsak az adott pszichopatológiai tünetten, de a háttérben álló individuális lélektani tényezők felismerése is lehetővé válik. A sikeres terápia nem pusztán az aktuális tünetek megszüntetését eredményezi, de a fejlődési krízis megoldásán keresztül elősegíti a személyiség fejlődését, és így növeli a későbbi krízisek hatékony megoldásának esélyét is.

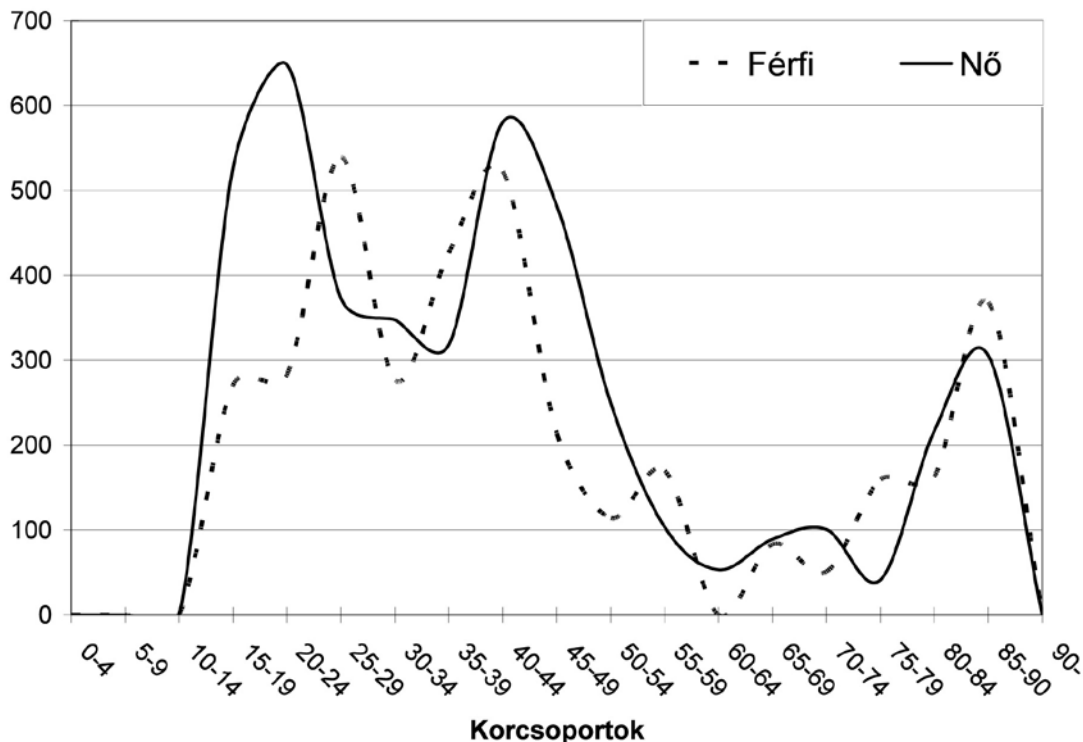
(Neuropsychopharmacol Hung 2012; 14(4): 266-272; doi: 10.5706/nph201212008)

Kulcsszavak: életciklusok, pszichoszociális krízisek, pszichopatológiai tünetek, öngyilkos magatartás

A pszichés tünetek miatt segítséget kérő pácienseink esetében – a komplex bio-pszicho-szocio-spirituális megközelítés alapján – az aktuális pszichopatológiai tüneteken és a korszerű pszichológiai klasszifikáción túl kiemelt jelentőséggel bír a személyiség pszichológiai jellemzőinek feltérképezése is, különös tekintettel az identitásfejlődésre. A korszerű pszichológiai elméletek szerint az egyéni életút folyamatos fejlődést jelent, a sikeres életciklus-váltások elengedhetetlen feltétele a korspecifikus problémák hatékony kezelése, hiszen csak az újabb és újabb pszichoszociális krízisek sikeres megoldása biztosítja az érett identitás kialakulását. Ezzel szemben, ha valamelyik szakaszban elakadás következik be (ebből a szempontból a serdülőkor kiemelt fon-

tossággal bír), ez nemcsak az aktuális lelkiállapot, de a későbbi fejlődés szempontjából is számos negatív következménnyel járhat.

E.H. Erikson epigenetikus személyiség-fejlődési modellje (1991) különösen jól használható a mindennapi gyakorlatban, mivel élethosszig követi végig a különböző személyiségfejlődési szinteket és azok egymásba való átalakulását, ezeket fejlődési vagy pszichoszociális kríziseknek nevezte el. Az eriksoni személyiségfejlődési koncepcióban – mely magában foglalja az egyén megküzdési repertoárját alapvetően meghatározó antropológiai, kulturális és pszichológiai dimenziókat is – a sikeres integrációs folyamat eredménye az érett identitás kialakulása, ez másképpen személyes azonosságként és az élettörténeti folyo-



1. ábra Kormegoszlás a szuicid kísérletezőknél (WHO/EURO Study, Pécs, 2001 / 100 000 fő)

nosság érzéseként határozható meg. Erikson elméletében mind a nyolc pszichoszociális fejlődési szakasz az előzőre épül, abból emelkedik ki, és azt szervezi újjá, gazdagítja tovább. Az egyes fejlődési szakaszok fókuszában más-más fő feladat – tulajdonképpen krízis – áll, a következő szakaszba lépés feltétele ezek teljesítése.

Pszichopatológiai szempontból kiemelt jelentőségű, amikor a pszichoszociális fejlődési krízis egyidőben jelentkezik a különböző élethelyzeti stresszorok, vagy veszteségek okozta válsággal, ez pedig fokozott veszélyeztetettséget jelent a személyiség számára (ezt írja le a Jacobson-féle krízismátrix modell) (Csürke et al., 2009). Mivel a fejlődési krízis önmagában is jelentősen igénybe veszi, vagy akár ki is merítheti az egyén megküzdő kapacitását, így csökkenhet a „tűrésküszöb” és nő az esélye a krízis kedvezőtlen kimenetelének. Bizonyos életszakaszokban (serdülőkor, középkor, időskor) az akcidentális és pszichoszociális krízis egymásra vetülése különösen gyakori, ezért ilyenkor pácienseink fokozottan veszélyeztetettek a lélektani krízis, egyéb pszichopatológiai

tünetek vagy akár az öndestruktív magatartásformák jelentkezése szempontjából. Ezt tükrözi az öngyilkossági kísérletek korcsoport szerinti megoszlása is (1. ábra.) (Vörös et al., 2004). Az alábbiakban ezen életszakaszok fejlődési és pszichopatológiai sajátosságait tekintjük át, mivel a korszpecifikus jellemzők és az egyéni fejlődés ismerete (hol is tart most kliensünk) nemcsak az aktuális pszichopatológiai tünetek kialakulásának és hátterének megértésében, de a segítségnyújtásban is alapvető jelentőségű.

A SERDÜLŐKOR KRÍZISE

A felnőtté válás legkritikusabb szakasza a serdülőkor, mely kiemelkedő fontosságú az érett identitás kialakulása szempontjából (*identitás vs. szerepkonfúzió*) (Erikson, 1991). A gyermek, illetve a serdülő vélekedéseinek, képességeinek, vágyainak és szerepeinek összhangba kell kerülniük a felnőtt normákkal, integrálni kell a korábbi szakaszokban kialakult identitáselemeket, úgy, hogy az egyéni és szociális identitást meg kell feleltetni egymásnak. Ebben az

időszakban számos olyan – a további életet alapvetően meghatározó – sorsdöntő esemény (leválás a családtól, párkapcsolat kialakítása, pályaválasztás stb.) zajlik, melyek jelentősen megterhelik a személyiség éretlen és kialakulatlan megküzdő kapacitását. Ezek ekkor még szintén fejlődésben vannak, így éppen az érési krízis sikeres megoldása biztosíthatja a későbbi életkihívásokkal való megküzdés hatékony eszköztárát. Az elszenvedett interperszonális veszteségek vagy kudarcok aláássák a serdülő egyébként is sérülékeny önértékelését, így lélektani krízishez vezethetnek, vagy más súlyos pszichopatológiai tünetek kialakulását eredményezhetik. Ezek között leggyakoribb a szorongásos vagy depressziós tünettan, a regreszszív magatartás, a szerhasználat (alkohol, drog), vagy olyan viselkedészavarok kialakulása, mint például az „acting-out” jellegű viselkedések, a szökés, csavargás, és az agresszív, illetve autoagresszív megnyilvánulások. Legsúlyosabb következményként kell kiemelnünk a serdülőkorú öngyilkos magatartást. Serdülőkorban a halálokok között a második-harmadik helyen említhető a szuicid halálozás, míg az öngyilkossági kísérletek számát a serdülő korosztályban a befejezett öngyilkosságok 50-100-szorosára becsülik. Világszerte észlelhető tendencia a gyermekek és fiatalok körében az öngyilkosságok, öngyilkossági kísérletek számának növekedése. Az öngyilkossági aktusok mellett kiemelkedő gyakoriságú a szuicid ideáció megjelenése és az – elsősorban feszültség-levezetést szolgáló – önkárosító viselkedés (pl. scarifikáció) is. Kiemelésre érdemes, hogy serdülőkorban különösen hangsúlyos az öngyilkos viselkedés segélykérő, kommunikatív funkciója, ahogy a szuicid viselkedés háttérében különösen fontos szerephez juthatnak a környezeti (akár az internet által közvetített) modellhatások (Fekete & Osváth, 2004).

A krízisbe került, problémás viselkedésformákat mutató, esetleg öngyilkosságról gondolkodó, fantáziáló gyermekek és serdülők kezelése a krízis felismerésével és az esetleges öngyilkossági veszély észlelésével kezdődik. Kiemelt fontossággal bír a viselkedészavarok és pszichopatológiai tünetek felismerése és adekvát értékelése, különös tekintettel arra, hogy ezek nagyon gyakran halmozott formában fordulnak elő a veszélyeztetett serdülőknél (Vörös et al., 2005). A legfontosabb rizikófaktorok feltérképezése (mint például gyermekpszichiátriai kórképek, testi betegségek, fogyatékoságok, családi tényezők, aktuális negatív életesemények, modellhatások) segít az öngyilkossági veszély súlyosságának megítélésében, valamint az esetleg a háttérben meghúzódó pszichopatológiai állapot felismerésében egyaránt.

A krízishelyzetben levő, öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett, öngyilkosságot megkísérlő gyermekek és serdülők kezelése is a krízisintervenció módszerével történik. A krízisben fennálló fokozott befolyásolhatóságra építve a teherbíró kapcsolat kialakítása után az intervenció az aktuális élethelyzetre irányul, a közvetlen kiváltó okok feltárására törekszik a krízis kreatív megoldása, az öngyilkossági veszély csökkentése, a serdülőkor feladatainak optimális megoldása, a további harmonikus személyiségfejlődés elősegítése érdekében. Ebben az életkorban a krízisintervenció – a megszokottnál is – fokozottabb aktivitást igényel a segítő részéről, ennek a támogató környezet (család, iskola) befolyásolására is ki kell terjednie. Az eredményes kezelés általában nem képzelhető el a szülők bevonása nélkül (ha a lege artis családterápia nem is mindig lehetséges), hiszen a fiatal és családja között aktuálisan kialakult kapcsolatavar rendezése érdekében történő szülői konzultáció elengedhetetlen része a krízisterápiának. A segítőnek döntenie kell a pszichiátriai hospitalizáció szükségességéről és a háttérben álló pszichés zavarok (pl. depressziós vagy szorongásos zavar, drogabúzus stb.) kezeléséről is. Általában hosszú távú követés szükséges minden esetben, mely az öngyilkossági viselkedés ismétlődésének vagy súlyosabbá válásának megelőzését is szolgálja (Gyenge, 2009).

AZ ÉLETKÖZÉP-KRÍZIS ÉS MEGJELENÉSI FORMÁI

A fiatal felnőttkori fejlődési fázis (*intimitás vs. izoláció*) megoldásával alakul ki az érett személyiség, mely képes az alapvető emberi célok megvalósítására (érett párkapcsolat, hivatás, gyermekvállalás stb.). Napjainkban a klasszikus „mid-life” krízis általában 40-45 éves kor tájékán jelentkezik. Jelentkezésének ideje és formája összefügg a személy pszichikai érettségével, önmagához és a világhoz való viszonyának megélésével. Az életközép krízis teljes körű összefoglalásának vonatkozásában Bagdy (2005) kiváló tanulmányára utalunk. Az eriksoni pszichoszociális fejlődésemélet (Erikson, 1991) az érett felnőttkort az *alkotóképesség* és a *stagnálás* pólusai mentén határozza meg. Ennek a szakasznak egyik kulcsfontosságú feladata a generativitás érzésének kiteljesedése. Ebben alapvető, hogy saját énünk (és önös érdekeink) határain túllépve, elsősorban környezetünkre és utódainkra ható tettekre, alkotásokra is képessé váljunk. Az életközép csúcspontja a stagnálás azt a kiüresedett és tartalmatlan állapotot jelenti, amikor az alkotóképesség már nem fejlődik tovább, és az életet mind jobban áthatja a céltalanság, jövőtlenség, az értelemnélküliség, a veszteségtől,

a megöregedéstől és a haláltól való félelem. Ráadásul ebben az életszakaszban is nagyon sok megterhelő negatív életeseménnyel kell számolni. Ezek között elsőként az életkor előrehaladtával jelentkező testi zavarjeleket és betegségeket kell említenünk, az élet végességének érzése, és az „én sem élek örökké” érzése akár gyöttrő halálfélelemig fokozódhat („kapuzárási pánik”). A testi problémák és a külső átalakulás következtében a szexuális funkciókban, a férfi és női identitásban, valamint a nemi szerepekben is alapvető változások jelennek meg, melyek negatív következményekkel járhatnak a párkapcsolatok vonatkozásában és akár párkapcsolati krízist is okozhatnak. Ráadásul ezt sokszor az is nehezíti, hogy a férfi és női identitásfejlődés ebben az életszakaszban is nagy eltéréseket mutathat (Vörös et al., 2005). Szintén jelentős lélektani megterhelést jelent a felnőtt generáció önállósodási törekvéseinek támogatása és az idősödő szülőkkel való foglalkozás, így az életközép időszakában az egyén a generációk csomópontjába (ez sokszor egyben ütközőpontot is jelent) kerül (Osváth, 2009). Ez a gyökeresen új családi helyzet a korábbi elrendezetlen konfliktusok és traumák kapcsán akár transzgenerációs (időzített) krízisek alapját képezheti (Horti & Ábrahám, 2009). Gyakoriak a kedvezőtlen munkahelyi változások, vagy akár a munkahely elvesztése, és általában az életközép időszakában kerül sor a rokkantnyugdíjazásra (ez mintegy előrehozza az idős életszakasz számos megoldandó problémáját), melyek a feleslegesség-érzés megerősítésével – különösen a férfiaknál – alapjaiban ássa alá az identitást. A fentiek következtében megjelenik a feleslegesség, a jövőtlenség, a reménytelenség, a céltalanság óhatatlanul jelentkező érzése, ez nagyon gyakran súlyos pszichopatológiai tünetek (lélektani krízis, depresszió, vagy szorongás zavarok, alkoholabúzus, öndesztuktív viselkedés) kialakulását eredményezi (Osváth et al., 2009).

AZ IDŐSKOR KRÍZISE

A személyiség az érett felnőttkor fejlődési szakaszát sikeresen megoldva, vagy ezt éppen csak túlélve jut el az időskorba, mely mint az életpálya utolsó fejlődési szakasza szintén speciális nehézségekkel szembesít. Ebben az életkorban a személyiség idődimenzióját már egyértelműen a múlt felé fordulás uralja, a jövő és a fejlődési lehetőségek egyre inkább beszűkülnek. Egyre kínzóbban vetődik fel a kérdés: „jól tettem-e eddig a dolgomat”. Csak az erre adott megnyugtató válaszok révén érhető el az élet teljességének érzése, ezért jellemzi az időskori érett identitást Erikson az

„én-integritás” fogalmával. Az integrált ember önmagában és a világban rendet, és értelmet tapasztal, saját, egyszeri és páratlan életútját, annak egyszerűségével és viszonylagosságával együtt képes elfogadni. Akik életpályájuk utolsó fejlődési krízisét is sikeresen oldják meg megelégedetten tekinthetnek vissza életükre, így a beteljesültség érzésével jutnak el az öregségig. Ez azonban komoly erőfeszítést igényel az idősödő személyiség részéről (Erikson, 1991). A korábbi életszakaszokban megtapasztalt felfelé ívelő fejlődési folyamat már nem tartható, így egyrészt a megszerzett tapasztalatok mélysége, másrészt a saját személyiségen túli világ – a transzperszonális dimenzió – felé való terjeszkedés lehet reális cél. Az erőinket a funkciók megőrzésére, a veszteségek kompenzálására, vagy legalábbis elfogadására és az aktív élettartam meghosszabbítására kell összpontosítanunk.

Az időskori identitáskrízis alapját sokszor éppen a visszatekintés okozta *kétségbeesés* adja, amikor az az érzés kerül előtérbe, hogy az élet értelmetlen, elhibázott és hiábavaló volt és már nem maradt idő a változtatásra. Gyakran a korábbi elrendezetlen dolgok felerősödésével is számolhatunk, mely a személyiség problémamegoldó és teherbíró képességének hanyatlása miatt sokkal mélyebb lélektani válsághoz vezethet. Tovább súlyosbítja ezt a fejlődési krízist, hogy – szemben a korábbi életszakaszokkal – az időskori élményvilágot már egyértelműen a veszteségtűlsúly uralja. Legtöbbször ezek a negatív életesemények szerepelnek az időskori krízisek és pszichopatológiai tünetek hátterében. Az aktuális stresszort azonban sohasem lehet önmagában értékelni (ez legtöbbször csak utolsó cseppként, mint közvetlen kiváltó ok szerepel), hanem csak az idősödés folyamatának egyéb veszteségeivel együtt lehet pontosan felmérni azt, hogyan is alakult ki a krízisállapot és ebben milyen szerepet játszottak az akcidentális és fejlődési krízis folyamatának egyes elemei. A negatív életesemények között ki kell emelnünk a kapcsolati (házastárs, partner, rokonok, barátok, vagy akár a háziállat, mint az egyetlen megmaradt társ), professzionális (nyugdíjazás), testi (öregedés testi jelei, betegségek, krónikus fájdalom, mozgáskorlátozottság) és szellemi integritáshoz (kognitív funkciók megváltozása) kapcsolódó veszteségeket. Ezzel összefüggésben a munkaképesség- és aktivitáscsökkenés alapvetően megváltoztatják az idősödő személyiség szociális funkcióit és szerepeit (különösen a családban betöltött szerepeket) is. Összességében ezek a kedvezőtlen folyamatok okozta veszteségek súlyos narcisztikus traumát okoznak, mely kiemelt szerepet játszik az identitáskrízis kialakulásában. A fenti változások számos védekező mechanizmust

hívhatnak elő (mint pl. tagadás, érzelmi elidegenítés, kompenzáció), melyek sajátos viselkedésváltozásokat (befelé fordulás, közönyösség, ellenségesség, esetleg kritikátlanúság) eredményezhetnek. Ezek az inadekvát mechanizmusok azonban nem jelentenek megoldást, az én-integritás hiánya súlyos pszichopatológiai tünetek kialakulásához vezethet (reménytelenség, kétségbeesés, halálfélelem, depresszió, szorongás, öngyilkosság, gyanakvás, paranoiditás).

Jelentőségük és gyakoriságuk miatt a legsúlyosabb következmények között az időskori depresszióról és az időskori öngyilkosságokról kell részletesebben említést tennünk. Az időskorban gyakran jelentkező (és még gyakrabban kezeletlen) depresszió heterogén etiológiával bír, az esetek többségében multifaktoriális betegség, melyben a neurobiológiai és organikus tényezők mellett jelentős szerephez jutnak a pszichoszociális stresszorok és negatív életeseemények is. Fiatalabb életkorban a major depresszió „tisztabb” pszichopatológiai tünetekkel jár, időseknél a depresszió megjelenési formái sokkal változatosabbak (pl. agitált, szorongásos, gátolt és larvált, melankóliás tünettan, depresszív pszeudodementia), gyakran szomatikus panaszok (anergia, különböző fájdalmak, étvágycsökkenés, fogyás, obstipáció), alvászavar (különösen a kora reggeli felébredés és a gyakori éjjeli felriadás), koncentrációs és memóriazavarok uralják a klinikai képet. Megjelenhetnek hipochondriás tünetek, alacsony önbecsülés, értéktelenségérzés, önvádások, bűnösségérzés, paranoid és szuicid gondolatok is (Kovács et al., 1997). Az időskori depresszió – különös tekintettel arra, amikor kezdődő kognitív hanyatlással társul – jelentősen növelheti a szuicid rizikót, mivel ilyenkor a hangulatzavart jelentősen súlyosítja a kognitív hanyatlás megélése és a problémamegoldó képesség beszűkülése (Osváth et al., 2004).

Az időskori öngyilkos viselkedés jelentőségét szintén nem lehet eléggé hangsúlyozni, hiszen az elmúlt évtized csökkenő szuicid halálozásának ellenére hazánk időskori öngyilkossági gyakorisága még mindig a legmagasabbak közt van a világon. Időskorban a megkísérelt és befejezett szuicidumok arányszáma lényegesen kisebb, és időskorra specifikus módon a befejezett öngyilkosságot és kísérletet elkövetők csoportja nem különbözik jelentősen egymástól. Időskorban – szemben a fiatalabb korosztályok inkább impulzív, kommunikatív funkciójú szuicid kísérleteivel – inkább a tervezettebb, letális módszerválasztású, nem ritkán „cry for help” nélküli öngyilkosságok jellemzőek. A rizikófaktorok között a legfontosabb a depressziós hangulatzavar (Rihmer & Fekete, 2009), emellett a mindennapi életet korlátozó testi betegsége-

gek (különös tekintettel a tartós fájdalommal, illetve mozgáskorlátozottsággal járó problémákra, valamint a rendszeres altató és fájdalomcsillapító abúzusra), az izoláció és olyan lélektani jellemzők, mint a feldolgozatlan veszteség és gyász, vagy a depresszió javulása mellett is perzisztáló reménytelenségérzés emelhető ki. A fentiek alapján a legfontosabb rizikófaktorok – különös tekintettel a gyakran atípusos, vagy maszkolt tünettannal jelentkező depresszióra – felismerése és adekvát értékelése kiemelt fontosságú a mindennapi gyakorlatban. (Fekete & Osváth, 2003)

TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK

Mivel ezekben az életkorokban az életciklus-krízisek gyakran súlyos pszichopatológiai tüneteket okozhatnak, így a mindennapi gyakorlatban kiemelt figyelmet kell fordítanunk ezek felismerésére és kezelésére. Ebből a szempontból a krízisintervenció általános szabályai az irányadóak (Osváth et al., 2009), míg a járulékos pszichopatológiai tünetek esetében a pszichiátriai diagnosztikai és terápiás eljárások alkalmazandók, így az alábbiakban csak a kezelés specifikus pszichoterápiás kérdéseit tárgyaljuk.

A pszichoterápiás kapcsolatban lehetővé válik a páciens személyiségjellemzőinek, pozitív és negatív tulajdonságainak, erőforrásainak és gyengeségeinek felmérése, valamint elengedhetetlen a jelenlegi élethelyzet, a kapcsolatok, a korábbi negatív életesemények, veszteségek feltérképezése, és a korábbi személyiségfejlődési szakaszok lezajlásának áttekintése. Ezek segítenek annak megértésében és átérésében, hogy mi is okozhatta a jelenlegi pszichés problémákat és mik a fejlődési krízis legfontosabb összetevői. A páciens gyengeségeit feldolgozva, ezekkel szembenézve és erőforrásainak mobilizálásával segítjük az új identitás megteremtésében. A krízisintervenció során a kliens támogató kapcsolatainak felmérése is szükséges, hogy megtudjuk milyen segítségre számíthat környezetétől. A terápiás kapcsolat arra is lehetőséget nyújt, hogy a kliens rendezni tudja a korábbi konfliktusokat és harmonikusabb családi működés alakuljon ki.

Az életközépi változásokat elszenvedőknek a mid-life időszak egzisztenciális krízisének alapvető kérdéseivel („hova vezet?”, „mi értelme van?”) kell szembenézniük. Így a pszichoterápia során az élet értelmének újrafelfedezésben kell pácienseinket támogatnunk, ezt a magasabb rendű célok, a személyes helyett a transzperszonális dimenzió megtalálása adhatja, vagyis az önmegvalósítás helyett az öntranszcendálás motívuma kerül előtérbe (Bagdy, 2000). Ebben kulcsszerepet kap az egyéni kreativitás és az alkotóképesség,

melynek révén a létezés új dimenziója a tudományban, a művészetekben vagy a vallásban való elmélyülés által tágulhat ki. Szintén fontos szerephez jut a veszteségekkel való szembenézés, mely aztán időskorban válik különösen hangsúlyos feladattá. A terápia alapvető célja, hogy a kliens az inadekvát, a személyiség kibontakozását beszűkítő viselkedésformák helyett adaptívabb megküzdő mechanizmusokat tudjon kidolgozni, melyek a nemcsak az aktuális krízis oldásának, de a személyiség kiteljesedésének és integritásának fenntartását is biztosíthatja, melynek megőrzése aztán időskorban még nehezebb feladatot jelent.

Az öregedés folyamatjellege lehetőséget ad arra, hogy már az élet középső szakaszát követően elkezdődhessen – akár külső támogatás, vagy professzionális segítség igénybevételével – az időskorra való felkészülés, mely a testi és lelki energiák mozgósítása révén megelőzheti a lélektani krízishelyzet kialakulását. Az időskori krízisben lévő számára szintén nagyon fontos annak felmérése, hogy milyen környezeti támogatásra számíthat, illetve milyen kapcsolati hálózat veszi körül, hiszen a magány, az izolált élethelyzet jelentősen megnehezítheti a nehézségek leküzdését. Sokszor az izoláció csak viszonylagos, amikor a meglévő kapcsolatok tartalmatlansága, vagy beszűkülése és az idős páciens extrém függősége lehet jellemző (Buda, 1997; Fekete & Osváth, 2004). Éppen ezért szükséges lehet az egész családdal való foglalkozás, mivel így válik lehetővé az idős páciens kapcsolati igényének és a szeretet, illetve az elfogadás vágyának kifejezése és kielégítése. Ennek érdekében gyakran szükséges a hozzátartozók bevonása, a család-konzultációk segítségével könnyebben oldhatók fel a kommunikációs problémák és – az akár évtizedes – indulatok feldolgozására is esély nyílik. Csak az igazi (családi vagy akár terápiás) együtt-lét oldhatja az öregség kilátástalanságának és reménytelenségének érzését, mely nemcsak az érzelmi támogatást, de a közös, interaktív emlékezést is lehetővé teszi. A másik identitásteremtő és integritásmegőrző lehetőség az alkotó munka és a tevékeny élet folytatása, mert így az idős ember saját aktivitása révén, az aktuális lehetőségeihez mértén tevékenyen részt vállalhat sorának alakításában.

Az idős páciensek esetében kiemelt fontossággal bír a megbízható és teherbíró terápiás kapcsolat, mely lehetőséget ad olyan, addig még alig tapasztalt korrektív élmények átélésére, mint amilyen a bizalom, érdeklődés, odafordulás, elfogadás, támogatás. A korábbi negatív tapasztalatok kapcsán gyakran találkozunk elutasító vagy akár ellenséges magatartással, melynek elfogadása és „tartalmazása” fontos a segítő

kapcsolat kialakulása és megerősödése szempontjából. A terápiás kapcsolat segíti az idős embert elveszített hitt értékei újrafelfedezésében és arra is lehetőséget nyújt, hogy ezek megoszthatóvá és továbbadhatóvá váljanak. A terápia során alkalmazott szupportív elemek és emocionális támogatás növeli a beteg énjét és csökkenti gyötrődését, valamint segíti adott helyzetének megváltoztatásában vagy elfogadásában. Az oldott, elfogadó légkör lehetővé teszi a kliens érzelmeinek mobilizálását és a negatív indulatok kimondását, mely jelentősen csökkenti büntudatát és emocionális feszültségét. Az élettörténeten végigvonuló tragikus események, veszteségek megbeszélhetőkké válnak, ennek kapcsán a segítő az esetleg elmaradt gyászunk elvégzésében is segítséget nyújthat. A krízisterápia legfontosabb célja, hogy átsegítse az idős klienst az identitásválságon, elősegítve az énj-integritás megteremtését. Ilyenkor az idős ember számára élete és saját személyisége, pozitív és negatív oldalával együtt válik elfogadhatóvá, amikor a „teljes életet éltem” tudatával halálfélelmét is le tudja győzni. Az alkotó és a személyiség kiteljesedését biztosító tevékenység az egyéni élet befejeződésének tudatát is elfogadhatóvá szelídíti (Osváth et al., 2009).

ÖSSZEFOGLALÁS – A PREVENCIÓ LEHETŐSÉGEI

A fejlődésközpontú szemlélet elsajátítása kiemelt fontosságú a mindennapi pszichiátriai gyakorlatban, mivel az életciklusváltások különösen sérülékenyvé tehetik a személyiséget lélektani krízishelyzetek, más súlyos pszichopatológiai tünetek vagy akár az öngyilkos magatartás kialakulása szempontjából. A korspecifikus jellemzők és az egyéni fejlődés ismerete nemcsak az aktuális krízishelyzet kialakulásának és hátterének megértésében, de a segítségnyújtás hatékonyságának javításában is alapvető jelentőségű. A komplex bio-pszicho-szocio-spirituális megközelítés alkalmazásával nemcsak az adott pszichopatológiai tünettől, de a hátterében álló individuális lélektani tényezők felismerése is lehetővé válik. A sikeres terápia nem pusztán az aktuális tünetek megszüntetését eredményezi, de a fejlődési krízis megoldásán keresztül elősegíti a személyiség fejlődését, és így növeli a későbbi krízisek hatékony megoldásának esélyét is.

Levelező szerző: Dr. Osváth Péter, PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, 7623 Pécs, Rét u. 2.
e-mail: peter.osvath@aok.pte.hu

IRODALOM

1. Bagdy, E. (2000) Fejlődéslelektan egy életfolyamaton át. *Pszichoterápia*, 9:263-296.
2. Bagdy, E. „Az emberélet útjának felén” – Az életközépi krízis: átélések, tévutak, kiutak. In: Pető, K. (szerk.) *Életciklusok: Magyar Pszichoanalitikus Egyesület évkönyvei*. Animula Kiadó, 2005.
3. Buda, B. *Az öngyilkosság*. Animula, Budapest, 1997.
4. Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P., Árkovits, A.: A lélektani krízis elméleti háttere. In: Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P., Árkovits, A. (szerk.): „Mindennapi kríziseink” – A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve. Oriold és társai Kiadó, Bp. 2009, p9-26.
5. Erikson, E. *A fiatal Luther és más írások*; Gondolat Kiadó, Budapest, 1991.
6. Fekete, S., Osváth, P. *Öngyilkosság*. In: *Időskori szorongás és depresszió* (szerk. Kovács, M.) Springer Tudományos Kiadó, Bp, 2003, p99-107.
7. Fekete, S., Osváth, P. *Az öngyilkosság - Az örökléstől a kultúráig*. Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, Pécs, 2004.
8. Gyenge, E. *Krízisek gyermek- és serdülőkorban*. In: Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P., Árkovits, A. (szerk.) „Mindennapi kríziseink” – A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve. Oriold és társai Kiadó, Bp. 2009, p171-186.
9. Horti, M., Ábrahám, I. *Gyász és krízis*. In: Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P., Árkovits, A. (szerk.) „Mindennapi kríziseink” – A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve. Oriold és társai Kiadó, Bp. 2009, p239-248.
10. Kovács, A., Osváth, P., Szabó, G. (1997) *Időskori depressziók a mindennapi orvosi gyakorlatban*. *Orv Hetil*, 138: 665-670.
11. Osváth, P., Kovács, A., Vörös, V., Fekete, S. (2004) *Az időskori szuicid viselkedés rizikófaktora – a kognitív hanyatlás szerepe*. *Psychiat Hung*, 19: 524-530.
12. Osváth, P. (2009) *Polcmustra – Simone de Beauvoir: Könnyű halál*. *Psychiat Hung*, 24:296-298.
13. Osváth, P., Árkovits, A., Csürke, J. A „korfüggő krízisek” – az életközépi és az időskori krízis. In: Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P., Árkovits, A. (szerk.) „Mindennapi kríziseink” – A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve. Oriold és társai Kiadó, Bp. 2009, p187-204.
14. Osváth, P., Vörös, V., Csürke, J., Árkovits, A. *A krízisintervenció módszertana*. In: Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P., Árkovits, A. (szerk.) „Mindennapi kríziseink” – A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve. Oriold és társai Kiadó, Bp. 2009, p305-332.
15. Rihmer, Z., Fekete, S. *Öngyilkosság*. In: Füredi, J., Németh, A., Tariska, P. (szerk.) *A pszichiátria magyar tankönyve*. 4. átdolgozott és bővített kiadás. Medicina, Bp., 2009, p670-678.
16. Vörös, V., Osváth, P., Fekete, S. (2004) *Nemi különbségek a szuicid viselkedésben*. *Neuropsychopharmacol Hung*, 6: 65-71.
17. Vörös, V., Fekete, S., Hewitt, A., Osváth, P. (2005) *Az adolescens öngyilkos viselkedés jellemzői: pszichopatológiai tényezők és addiktológiai komorbiditás*. *Neuropsychopharmacol Hung*, 7: 66-71.

Life-cycles, psychopathology and suicidal behaviour

According to modern psychological theories the human life implies continuous development, the efficient solution of age-specific problems is necessary to the successful transition of age-periods. The phases of transition are very vulnerable against the accidental stressors and negative life-events. Thus the problem-solving capacity may run out, which impairs chance of the successful coping with stressful events. It may result in some negative consequences, such as different psychopathological symptoms (depression, anxiety, psychosis) or even suicidal behaviour. For that reason we have to pay special attention to the symptoms of psychological crisis and the presuicidal syndrome. In certain life-cycle transitions (such as adolescent, middle or elderly age) the personality has special vulnerability to the development of psychological and psychopathological problems. In this article the most important features of life-cycles and psychopathological symptoms are reviewed. The developmental and age-specific characteristics have special importance in understanding the background of the actual psychological crisis and improving the efficacy of the treatment. Using the complex bio-psycho-socio-spiritual approach not only the actual psychopathological problems, but the individual psychological features can be recognised. Thus the effective treatment relieves not only the actual symptoms, but will increase the chance for solving further crises.

Keywords: life-cycle, psychosocial crisis, psychopathology, suicidal behaviour