

Opponensi vélemény

Balázs Judit Ágnes: Öngyilkosság: Mentális rizikófaktorok és prevenciók lehetőségei, különös tekintettel a gyermek- és serdülőkorra című MTA doktori értekezéséről

A doktori értekezés terjedelme 290 számozott oldal. Az értekezés szövege 226 oldal, amelyet 53 oldal irodalomjegyzék, valamint mellékletek követnek. A mellékletekben kaptak helyet a mérőeszközök és a prevenciók programhoz kapcsolódó poszterek és szerepjáték leírások. A dolgozatban 25 táblázat és 9 ábra szerepel. A dolgozat felépítése a következő nagyobb részekből áll: Bevezető, ahol a jelölt az öngyilkossággal kapcsolatos epidemiológiai és pszichiátriai jellemzőket ismerteti, különös tekintettel a hangulatzavarokra és a figyelemhiányos-hiperaktivitás zavarra (ADHD). A dolgozat hat, lektorált, nemzetközi lapban megjelent empirikus vizsgálat eredményeire épül: négy átfogó hazai vizsgálatra és egy nemzetközi kutatás két részére. A doktori értekezés szerkezeti felépítése ezeknek a publikációknak a felépítését követi: Célkitűzések, Módszerek (ez az eljárás, vizsgálati személyek, eszközök és statisztika felépítést mutatja), majd az Eredmények rész. Utóbbi is a hat kutatásnak megfelelően hat részre tagolódik. A Diskusszióban ismét a hatos elrendezést találjuk, amit az Összefoglalás, új eredmények fejezet zár.

Az értekezés elején találjuk a disszertáció témájához kapcsolódó, a jelölt PhD védését követően megjelent publikációit, 4 oldalon, 37 publikáció, ebből 22 elsőszerzős, 10 utolsó szerzős, 5 pedig társszerzős publikáció.

A doktori értekezésben a jelölt a pszichiátriai jelenségként értelmezett öngyilkosság (öngyilkos magatartás) szintén elsősorban pszichiátriai szindromatológiai rizikófaktoraival foglalkozik. A jelölt dolgozatának empirikus része a depresszió egyes formái, a szubklinikai („küszöb alatti”) zavarok, a figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (ADHD) és az életminőség kutatás területén kifejtett munkásságára épül, amit lezárásként egy iskolai öngyilkosság-prevenciók program bemutatása egészít ki.

A Bevezető tartalmazza az emlegetett témakörök szakirodalmi összegzését. Kiemelem, hogy a dolgozat témája szerinti legfontosabb szakirodalmi kutatásokat a jelölt saját szisztematikus irodalmi áttekintése alapján mutatja be. A tárgyalt témakörök az öngyilkosság vonatkozásában: 1. depressziós kevert epizód, 2. az ADHD és a szuicidalitás kapcsolata + saját review, 3. önsértés és pszichopatológia kapcsolata + saját review, 4. küszöb alatti zavarok + saját review (ADHD), 5. életminőség mint rizikófaktor és 6. hatékony prevenció.

A disszertáció módszer, eredmények és diskusszió része tartalmazza a hat, megjelent publikáción alapuló kutatást: 1. a depresszió kevert epizód és 2. az ADHD mint öngyilkossági rizikófaktorok; 3. ADHD és a nem szuicidális önsértés (NSSI) kapcsolata; 4. az életminőség és 5. a küszöb alatti zavarok mint öngyilkossági rizikófaktorok; végül, 6. egy iskolai prevenciók módszer (SEYLE) hatékonyság vizsgálata.

A disszertáció megfelel az akadémiai doktori értekezések követelményeinek. A bevezetés táblázatait, amelyek az irodalmi áttekintések részletes adataival szolgálnak, éppen a részletességük miatt, a mellékletbe soroltam volna.

A jelölt értekezésében a szindromatológiai megközelítést alkalmazta. Röviden érdemes lett volna kiemelni e választás indokait, előnyeit és hátrányait, pl. az etiopatogenetikai megközelítéshez képest.

A jelölt az öngyilkosság fogalmát a DSM-5 klasszifikációjára építi. Ebben az egyes kórképeknél szerepel az öngyilkossági kockázat leírása, valamint az önálló kategóriává is vált, mint további kutatást érdemlő jelenség: az öngyilkos magatartás zavara. A jelölt foglalkozik e külön kórkép jogosságával (szemben a kategóriánkénti, transzkategoriális említéssel) (28-29. o.), de maga egyértelműen nem foglal állást. Ezt sajnálhatjuk, hiszen kutatásai alapján ez bizonyára hasznos lenne az olvasó számára.

Visszatérve az öngyilkosság szindromatológiai és a DSM rendszerbeli meghatározásához, ez a megközelítés magyarázhatja a szuicidológia mint interdiszciplináris tudományterület mellőzését. E terület beemelése már egy másik dolgozat tárgya lehetne, de az öngyilkosság más tudományos megközelítéseire érdemes lett volna legalább utalni. Azért is, mert az öngyilkosság rizikófaktorai közötti áttekintésben a másodlagos és harmadlagos – társadalmi - rizikófaktorok szerepelnek (32-34. o.) vagy a társadalmi védőfaktorok (120. o.) is. Ezek már olyan társadalmi-kulturális tényezők, amelyek a biomedikális szemlélettől a biopszichoszociális magyarázatok felé vezetnek.

A jelölt témájához az elsődleges, pszichiátriai rizikótényezők állnak közel, ezek közül is a pszichés zavarok, „melyek 'normálisan' nincsenek jelen az emberek életében” (34. o.).

A „mi a normális?” kérdéssel eljutunk a disszertáció alapjául szolgáló DSM, illetve DSM-5-központú osztályozás egyik kritikájához, a fals pozitív esetek témájához. Mivel ez a klasszifikáció végigvonul a dolgozaton, egyként meghatározva a bevezetés előkészítő munkáját, a választott módszereket és az eredmények interpretációját, érdemes a kérdésről hosszabban szólni.

Wakefield (2016) a DSM-5 osztályozás történeti kialakulását és rendszerezési elveit bemutató tanulmányában felhívja a figyelmet a fals pozitív esetek ismétlődő felbukkanására a klasszifikációban. Ilyen esetekben például a „normális distresszt” vagy akár az „átmeneti homeosztázis változást” (Wakefield, 2016, példái) kórosként írják le. Ahogy Rodriguez és mtsai (2012) írják a küszöb alatti depressziókkal foglalkozó szisztematikus irodalmi áttekintésükben, a diagnosztikus határok kijelölésénél elkerülendő, hogy a „normál emberi szenvedést” betegségként diagnosztizáljuk. A tünetek súlyossága nem jelenti azt, hogy betegségről van szó: pl. a normál gyász vagy éppen a szülés során átélt fájdalom lehet tünetileg súlyos, de nem súlyosan diszfunkcionális. Így ezek a jelenségek még nem betegségek. Ugyanerre a kérdésre utal a jelölt a 91-92. o.-on: a klinikumban segítséget keresőknél (diszfunkció) sok esetben nem állapítható meg diagnózis (a tüneti kép alapján). Így kerülnek elő a szubklinikai vagy – a jelölt szóhasználatában – a küszöb alatti zavarok.

A fals pozitív eseteket medikalizációnak is nevezhetjük. A medikalizációval a jelölt sokhelyütt foglalkozik. A küszöb alatti depresszió, szorongás és ADHD kapcsán megjegyzi, hogy a fogalom alkalmazása ugyan a klasszifikációs küszöböt ilyenkor lejjebb viszi, de saját vizsgálataiban már eleve segítséget kereső személyeket vizsgált, tehát a medikalizációt ilyen módon elkerülte (104. o.). Szerintem az még a medikalizáció – a fals pozitív esetek – körébe tartozik, ha a segítségkérőt – már - klinikai diagnózissal látjuk el, annak minden következményével. Ez különösen akkor van így, ha a küszöb alattiság küszöbét nem lehet meghatározni, ahogy erre a jelölt is utal (102. o.). Ezt a jelölt irodalmi áttekintését bemutató 3. táblázatban is láthatjuk: a küszöb alatti depresszió zavart a review-ban szereplő szerzők elég sokféleképpen ítélték meg: pl. a CED-S (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) pontszámai vagy a major depressziós epizód (MDE) magtüneteinek jelenléte alapján.

Ezek alapján még az is lehet, hogy a fals pozitív esetek a felelősek azért az állításért, hogy a „az öngyilkosság legfontosabb rizikófaktorai a kezeletlen pszichiátriai betegségek” (120. o.).

A fals pozitív tematika összekapcsolható a DSM-5 rendszer dimenzionális – kategoriális megközelítésével (bizonyos kórképek esetében). A DSM-5 rendszer ígérete a dimenzionális szemlélet bevezetése volt, ami a klinikai kórképek hatékonyabb diagnózisát tette volna lehetővé. Azonban a dimenzionalitással kapcsolatban problémák merültek fel: elsősorban az egészség (normál variánsok) – betegség közötti határpont kijelölésénél (Whakefield, 2016). A jelölt is megfontolandónak tartja a kategoriális mellett a dimenzionális szemlélet bevezetését is a küszöb alatti szorongás és depresszió kérdésénél (212., 214. o.). Ami, persze, ismételten felveti a fals pozitív esetek problémáját.

Egyetértek a jelölttel abban, hogy „lehetőség nyílik vizsgálatunk alapján is egy áthidaló megoldásra a kategoriális-dimenzionális vitában és a küszöb alatti állapotok beilleszthetővé válhatnak a klasszifikációs rendszerekbe, mint említettük nem a medikalizációt erősítve, hanem segítve a klinikusok és a kutatók munkáját” (215. o.).

A disszertációban bemutatott kutatások lektorált szaklapokban jelentek meg, így azok módszertanával nem foglalkozom. E kutatások diszkussziójára térek rá – nem az egyes empirikus adatfelvételek megbeszélésére, hanem néhány olyan kérdésre, amik a disszertáció több pontján is megjelennek.

A szindromatológiai megközelítésre és a DSM alapú klasszifikáció egyes kérdéseire már utaltam.

A jelölt vizsgálataiban a depressziós kevert epizód konstruktumát használta: depressziós epizód 3 „intradepresszív” hipomániás tünettél: irritabilitás, pszichomotoros agitáció, szétesettség. A jelölt megemlíti, hogy vizsgálatai után jelent meg a DSM-5, ahol a depressziós zavar kevert jegyekkel diagnosizhoz éppen ezt a három tünetet zárták ki (198. o.). Engem érdekelne, hogy miért éppen ezt a három tünetet zárták ki?

Olvasva a jelölt által hivatkozott irodalmakat, az egyik hivatkozott munka szerzőtársa, Brancati (Brancati és mtsai, 2019) ezeket a tüneteket – „dip-tüneteket” – másokkal együtt, egyenesen a kevert depressziók magtüneteinek tartja. Brancati és mtsai (2019) Malhi és mtsai (2018) nyomán felvetik, hogy a kevert állapotok összeegyeztethetetlenek a hangulatzavarok polaritás felfogásával, és ezek a tünetek inkább egy aktivitás, kogníció területen helyezhetők el (ebben a rendszerben a harmadik elem az érzelmek – ACE modell, Malhi és mtsai, 2018). Ha a jelölt is hasonló eredményeket kapott, értelmezhető-e azok a polaritás modellen kívül, pl. az ACE modellben? Vagy, mennyiben tekinthetők ezek az eredmények a Kraepelin-i kevert állapotok, végső soron a „mániás-depressziós elmezavar” koncepció kiegészítésének?

Ez azért is fontos kérdés, mert a jelölt – a DSM-5-höz hasonlóan -, a hangulatzavarokat a polaritás dimenzió mentén értelmezi, és mérőeszközei is ezt a koncepciót adják vissza.

(Tudom, hogy az általam említett publikációk már az értekezés beadása után jelentek meg, de a konceptuális kérdéseket ez véleményem szerint nem érinti.)

A következő néhány megjegyzésem a nem szuicidális önsértésekre (nonsuicidal self-injury, NSSI) NSSI-re vonatkozik. A jelölt abban a vitában, hogy az NSSI és az öngyilkos magatartás két külön jelenség-e vagy egy spektrum különféle megnyilvánulása, az utóbbi mellett foglal állást. Fontos megállapítás, hogy a hivatalos, DSM-5 elnevezésnél a „nem szuicidális” szándék nem szerencsés, mert így – ahogy a jelölt fogalmaz – „a szakemberek kevésbé ’veszik komolyan’ ezt a jelenséget” (207. o.).

Az NNSI jelenségnek létezik egy addikciós modellje, ahol az önsértő készítés kényszerítő és a negatív érzésektől megszabadító jellegét, az aktus(ok) pozitív megerősítő voltát, a viselkedés sokszor krónikus, repetitív természetét értelmezik addikcióként (pl. Nixon és mtsai, 2002; Washburn és mtsai, 2010).

Kíváncsi vagyok, hogy a jelölt szerint van-e jogosultsága egy ilyen értelmezésnek, és ez ad-e többletet a jelenség klinikai kezeléséhez?

Az öngyilkosság prevenciós programot tartom a dolgozat népegészségügyi szempontból leginkább fontos komponensének (SEYLE vizsgálat). A pedagógusokat megcélzó (QPR) és a direkt szűrés (ProfScreen) programelemek nem voltak hatékonyak, viszont a YAM program igen. Ez – többek között, de elsősorban – az érzékenyítést, a jelölt kifejezésével „önhatékonyságot” (awareness) megcélzó program az öngyilkos magatartásra nézve több direkt és indirekt hatással szolgált. Fontos további eredmény a szülők „passzivitása”, és ennek jövőbeli lehetséges megcélzása kapuór vagy érzékenyítés programokkal (222. o.). Kiemelem e program megvalósításának gondosságát: az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetetteknek az azonnali segítségnyújtás lehetőségét.

A disszertációt olvasva feltűnt számomra a pszichoaktív szerhasználati zavarok gyakori megjelenése mint komorbid állapotoké: a depressziós kevert epizódok és az öngyilkosság kapcsolatánál (magasabb a szerhasználat előfordulása a depressziós nem-kevert epizódú öngyilkossági kísérleteket elkövetőkhöz képest) (197. o.), illetve az ADHD és a NNSI kapcsolatánál (alkohol abúzus és dependencia) (206. o.). A kérdésem ezzel kapcsolatban arra vonatkozik, hogy a pszichoaktív szerhasználatot lehet-e, érdemes-e ahhoz hasonló átfogó, transzkategoriális jelenségként kezelni, mint az öngyilkos magatartást? A transzkategoriális jelző a DSM-5-re vonatkozik, ahol a szerhasználat zavara külön betegségkategoriót képez, ahogy az öngyilkos magatartás is (noha az utóbbi csak a mellékletben; az ezzel kapcsolatos vitára korábban utaltam). Ezt szem előtt tartva utalok a transzkategoriális jellegre.

Megjegyzés: a 25. táblázat sorai elcsúsztak.

Összegzésképpen, a jelölt kutatásai jelentőségét négy pontban foglalom össze:

1. Népegészségügyi jelentőség: az öngyilkos magatartás komplex pszichiátriai, szindromatológiai jellemzésének összegzése, saját szakirodalmi áttekintések alapján (ez a bevezetőben található); a disszertációban szereplő saját vizsgálatok alapján pedig az NNSI pszichopatológiai rizikófaktorainak leírása, a serdülőkori normál populáción megállapított küszöb *feletti* depresszió aránya;
2. Klinikai pszichiátriai jelentőség: a kevert depressziós, illetve küszöb alatti állapotok (szorongás, depresszió) leírása; fontosnak tartom a jelölt javaslatait a diagnosztikus munkára nézve;
3. Öngyilkosság megelőzés: iskolai program kidolgozása, illetve iskolai prevenciós programok egyes összetevőinek azonosítása (pl. érzékenyítés, énhatékonyság – „awareness”);
4. Pszichiátriai zavarok klasszifikációja: ebben a tekintetben a „küszöb alatti” (szubklinikai) zavarok és a depressziós kevert epizód konceptualizációja, valamint a DSM rendszer dimenzionalitása – kategorizálása kapcsán megfogalmazott tapasztalatok.

Új eredményként fogadom el:

1. A depressziós kevert epizód mint öngyilkossági rizikófaktor jelentőségének kimutatását (öngyilkosságot megkísérlőknél);

2. Az öngyilkos magatartás és az ADHD (beleértve a küszöb alatti tüneteket is) összefüggését kezelt és nem kezelt klinikai mintán;
3. Az ADHD és a NSSI kapcsolatának feltárását;
4. A küszöb alatti depresszió és szorongás kapcsolat - mint öngyilkossági rizikófaktorok - leírását klinika mintán;
5. Az életminőség konstruktum jelentőségének bizonyítását az öngyilkosságban;
6. Iskolai öngyilkosság megelőző program kidolgozását és hatékonyságának elemzését longitudinális elrendezésben.

Összefoglalva, a disszertáció népegészségügyi, pszichiátriai és szuicidológiai szempontból fontos kérdéseket tárgyal. Hozzájárul a depressziós kórképek, az ADHD és a NSSI öngyilkossági kockázatának értékeléséhez, a hatékony klinikai és prevenciók munka további fejlesztéséhez.

Balázs Judit MTA doktori pályázat keretében benyújtott disszertációjának nyilvános vitára bocsátását javaslom. A jelölt MTA doktora cím megszerzése iránti pályázatát támogatom.

Budapest, 2019. július 23.

Prof. Dr. Rác József, PhD,
az MTA doktora

Hivatkozások

Brancati GE, Vieta E, Azorin J-M, Angst J, Bowden CL, Mosolov S, Young AH, Perugi G, BRIDGE-II-Mix Study Group (2019): The role of overlapping excitatory symptoms in major depression: are they relevant for the diagnosis of mixed state? *Journal of Psychiatric Research* 115:151-157.

Malhi GS, Morris G, Irwin L, Hamilton A, Boyce P, Mulder R, Porter RJ (2018): Modelling mood disorders: An ACE solution? 20, 4–16. *Bipolar Disorders* 20 (Suppl. 2):4–16.

Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S (2002): Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 11:1333-41.

Rodríguez MR, Nuevo R, Chatterji S, Ayuso-Mateos JL (2012): Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry* 30,12:181

Wakefield JC (2016): Diagnostic Issues and Controversies in DSM-5: Return of the False Positives Problem. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 12:16.1–16.28

Washburn JJ, Juzwin KR, Styer DM, Aldridge D (2010): Measuring the urge to self-injure: preliminary data from a clinical sample. *Psychiatry Res.* 178,3:540-4.