*Doktori /Phd/ értekezés tézisei*

---

# *AZ ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEK DIAGNOSZTIKUS ÉS PREVENCIÓS HÁTTERE*

A WHO/EURO MULTICENTRIKUS SZUICIDIUM KUTATÁS PÉCSI CENTRUMÁNAK KOMPLEX EPIDEMIOLÓGIAI VIZSGÁLATA

**Dr. Osváth Péter**

***Programvezető: Dr. Lénárd László egyetemi tanár***
***Alprogramvezető: Dr. Szabó Imre egyetemi tanár***
***Témavezető: Dr. Fekete Sándor egyetemi docens***

***Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar***
***Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika***
***Pécs, 2001***

*1. A VIZSGÁLAT ÁTTEKINTÉSE* *1*

**1.1. BEVEZETÉS** **1**

**1.2. A WHO/EURO MULTICENTRIKUS SZUICIDIUM KUTATÁS ELMÉLETI KERETE ÉS SZERVEZETI HÁTTERE** **4**

A multicentrikus kutatás európai eredményeinek összefoglalása 6

**1.3. KUTATÁSUNK ELMÉLETI HÁTTERE ÉS CÉLKITŰZÉSEI** **8**

**1.4. KUTATÁSUNK ANYAGA ÉS MÓDSZERE** **12**

*2. EREDMÉNYEK* *16*

**2.1. A VIZSGÁLT RÉGIÓ ÖNGYILKOSSÁGI HALÁLOZÁSA** **16**

2.1.1. A vizsgálat áttekintése és eredményei 16

2.1.2. Összefoglalás - következtetések 17

**2.2. A MONITOR VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI** **21**

2.2.1. Az öngyilkossági kísérletezők jellemzői 21

2.2.1.1. Nemi különbségek 23

2.2.1.2. Az első és ismételt kísérletet elkövetők jellemzőinek összehasonlítása 24

2.2.1.3. Az idős (65 év feletti) kísérletezők jellemzői 25

2.2.2. Megbeszélés 26

2.2.2.1. Az öngyilkossági kísérletezők és a kísérlet sajátosságai 26

2.2.2.2. Az idős kísérletezők sajátosságai 30

2.2.2.3. Összehasonlítás az 1984-91-es baranyai TBZ vizsgálat eredményeivel 31

2.2.2.4. Összehasonlítás az európai multicentrikus vizsgálat adataival 33

2.2.3.Összefoglalás - következtetések 35

**2.3. A RÉSZLETES INTERJÚS VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI** **37**

2.3.1. A pszichológiai skálák elemzése 37

2.3.1.1.Bevezetés 37

2.3.1.2. Normál kontrollal való összehasonlítás (Beck Depressziós Skála, Rosenberg Önbizalom Skála) 38

2.3.1.3. A Beck Depressziós Skála 39

2.3.1.4. Az egyes skálák korrelációja 40

2.3.1.5. Az ismétlők jellegzetességei 40

2.3.1.6. Összefoglalás - következtetések 41

2.3.2. Az öngyilkossági kísérlet hátterében álló okok és motivációk 42

2.3.2.1. Eredmények 42

2.3.2.2. Az ismétlők jellegzetességei 43
2.3.2.3. Összefoglalás - következtetések 44
2.3.3. A korábbi öngyilkossági kísérletet követő érzések és környezeti reakciók 45
2.3.3.1. Eredmények 45
2.3.3.2. Reakciók-érzések az első interjút megelőző kísérletet követően 45
2.3.3.3. Összefoglalás - következtetések 46
2.3.4. Alkoholfogyasztás mintái a szuicid kísérletezők csoportjában 47
2.3.4.1. Eredmények 47
2.3.4.2. Az ismétlők jellegzetességei 47
2.3.4.3. Összefoglalás - következtetések 48
2.3.5. A modellkövetés szerepe a mintában 49
2.3.5.1. Eredmények 49
2.3.5.2. Összefoglalás - következtetések 49
2.3.6. A szociális integráció vizsgálata 51
2.3.6.1. Eredmények 51
2.3.6.2. Összefoglalás - következtetések 51
2.3.7. Életesemények a szuicid kísérletezők csoportjában 52
2.3.7.1. Bevezetés 52
2.3.7.2. A vizsgálat módszere 53
2.3.7.3. Eredmények 54
2.3.7.4. Az első és az ismételt kísérletet elkövetők összehasonlítása 56
2.3.7.5. Összefoglalás - következtetések 57
2.3.8. A testi és lelki állapot összefüggése az öngyilkossági kísérlettel 60
2.3.8.1.Bevezetés 60
2.3.8.2. Eredmények 61
2.3.8.2.1. Testi-lelki állapot és szuicid viselkedés 61
2.3.8.2.2. A testi-lelki állapot és a depressziós ill. reménytelenség skála összefüggései 63
2.3.8.2.3. A testi-lelki problémák és a segélykérő viselkedés összefüggése 64
2.3.8.3. Összefoglalás - következtetések 65
2.3.9. Az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat sajátosságai 67
2.3.9.1.Bevezetés 67
2.3.9.2. A pécsi adatok elemzése során nyert eredmények 69
2.3.9.3. A hazai és svájci adatok összehasonlításának eredményei 71
2.3.9.4. Összefoglalás - következtetések 74
**2.4. A KÖVETÉSES VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI 76**
2.4.1. A vizsgálat módszere 76

2.4.2. Eredmények 76
2.4.2.1. Az egészségügyi rendszerekkel való kapcsolat a mintában 77
2.4.2.2. Az ismétlők jellemzőinek elemzése 78
2.4.2.3. Összefoglalás – következtetések 79

***3. A VIZSGÁLAT LEGFONTOSABB EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA 81***

**3.1. ÖSSZEFOGLALÁS - KÖVETKEZTETÉSEK 81**

**3.2. A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK KLINIKAI ÉS PRECVENCIÓS JELENTŐSÉGE 84**

**3.3. KITEKINTÉS–ÚJ SZEMPONTOK A KUTATÁSBAN 85**

***Irodalomjegyzék 87***

***Az értekezés témájához kapcsolódó közlemények és előadások 97***

***Melléklet***

## Mottó:

**"Nehéz tetten érni azt a pillanatot, amikor a szellem a halál mellett dönt, a tettből azonban már könnyebb levonni a benne rejlő következtetéseket. Az öngyilkosság – akárcsak a melodrámában – bizonyos értelemben vallomás"**

**(Albert Camus: Az abszurd és az öngyilkosság)**

# 1. A VIZSGÁLAT ÁTTEKINTÉSE

## 1.1. BEVEZETÉS

A modern szuicidológiában széles körben elfogadott, hogy az öngyilkosság egy komplex folyamat végpontjaként értelmezhető, így pszichológiai, szociokulturális és biológiai tényezõk mikro- (individuális) és makro- (társadalmi) szintû interakciójának eredménye. Az önpusztító cselekedet egyfajta "final common pathway" – nek tekinthető, melyben a fenti összetevők - esetről-esetre változó arányban - játszanak szerepet. Ennek következtében az önpusztítás rendkívül komplex jelenségének megértése, leírása nehéz problémát jelent és interdiszciplináris megközelítést igényel. Nagy a veszélye a leegyszerűsített kérdésfeltevéseknek és válaszoknak ezen a téren, ahol a biokémiától a mélylélektan mellett a filozófiáig számos tudományterület érezheti - legalábbis részben - illetékesnek magát. A korrekt tudományos megközelítést a mikro- és makroszintű kutatások, az idiográfiás és nomotetikus vizsgálódások lehetőség szerinti együttes kiegészítő alkalmazása jelentheti. Így a komplex vizsgálatok az epidemiológiai adatgyűjtéstõl a statisztikai adatbázisok elemzésén keresztül a mélyinterjús vizsgálatokig és tartalomelemző esetleírásokig, a biológiai-pszichológiai-szociokulturális aspektusok figyelembevételéig igyekeznek kiterjeszteni látókörüket.

. A korszerű regionális kutatások illetve inter-regionális összehasonlító vizsgálatok egységes metodológiát, validált eszközöket alkalmazva próbálják elkerülni a mintavételi hibákból, adatkezelési különbözőségekből, szemléleti eltérésekből adódó tévesztéseket. Másrészt egyes részterületeket vizsgálva a változók számának csökkentésével kísérlik meg áttekinthetõbbé tenni a kutatást. Az adatgyűjtés módszertani korlátai, megbízhatósága mindazonáltal meghatározóak a végeredményt illetõen.

Az öngyilkos viselkedés – a befejezett, illetve megkísérelt önpusztítás – az utóbbi évtizedekben tagadhatatlanul fontos, megkerülhetetlen népegészségügyi kérdéssé vált. Az öngyilkossági trendek az 1970-es és részben a 80-as években észlelt növekedése /mind a befejezett, mind a kísérletek

vonatkozásában, jelentõs súllyal a fiatal korosztályokban / számos európai országban indított el a kérdéssel foglalkozó ámde nagyrészt eltérő metodikájú kutatásokat.

Napjainkban a hazai kutatások az öngyilkosság különféle összefüggéseit a komplexitás és a módszertani szigorúság változó igényével próbálják megragadni. A kutatási spektrum a biológiai pszichiátriai kérdésfeltevéstől az epidemiológiai leírásokon át a társadalmi-gazdasági változások elemzéséig, attitűd- és médiavizsgálatokig, a magyar kultúra sajátos jelentéstulajdonító szerepének elemzéséig terjed. A szerteágazó hazai epidemiológiai vizsgálatok közül kiemeljük a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok program keretében Ozsváth és Kóczán vezetésével végzett Baranya megyei komplex kutatást. Az 1984-91 között történt regionális vizsgálat során részletes adatokat nyertek a befejezett és megkísérelt öngyilkosságok epidemiológiai és szociodemográfiai jellemzőire, területi megoszlására, valamint az egészségügyi és mentálhigiénés ellátó rendszerek működésére vonatkozóan is (Kóczán és mtsai, 1991, Kóczán, 1994).

Az általános problémák kutatása mellett ismételten felvetődik a sajátosan magas magyar szuicid ráták kérdésköre és az ismert változások átfogó értelmezésének szükségessége. Ebből következő kérdés az, hogy mi a teendő, mi lehet az egészségügy, a pszichiátria, a mentálhigiéne feladata a prevenció-intervenció területén, az eddigi kutatási adatokra milyen rövid és hosszútávú cselekvési program építhető? A kutatások által adott válaszok jelentős mértékben vitatottak, ellentmondásosnak tűnnek, bár cselekvésre vonatkozó irányelvek felvázolására kétségtelenül alapot adnak. A befejezett szuicidiumok gyakoriságának csökkenése a 80-as évek közepe óta, a rendszerváltással párhuzamosan feltehetően számos egymásnak is ellentmondó hatású, protektív, illetve dezintegráló tényező együtthatásának eredője (Kovács, Kolozsi, 2000, Zonda, 2001). A kedvező változások ellenére a nemzetközi szuicidológiai kutatásban emlegetett jellegzetes magyar görbe - a kiugró időskori szuicidium gyakoriság – azonban figyelmeztető jel. A pszichiátriai megközelítés túlzott optimizmusával szemben óvatosságra inthet az a megfontolás, mely szerint az öngyilkossági ráta csökkenése a romló egészségügyi mutatók révén akár a csökkenő élettartammal is összefüggésbe hozható lehet (Buda, 1997a). A magyarországi szuicid epidémia depressziós hipotézise fontos releváns

részeredményei ellenére is csak részleges érvényűnek látszik (Rutz, Rihmer, 1996, Rihmer, 1997). Az öngyilkosság jelenségét más szempontból megközelítve a szuicidiummal kapcsolatos attitűdvizsgálatok érdemelnek figyelmet, melyek alapján felvetődik, hogy a magyar kultúrában inkább az ellentmondásos, heterogén válaszkészség lehet szuicidogén tényező, semmint az egyértelműen elfogadó beállítódás (Temesváry, 1994, Fekete és mtsai, 1994, 1998). Az öngyilkossági krízis kommunikációs sajátosságainak vizsgálata szintén a kulturális ill. nyelvi jellegzetességek jelentőségét húzza alá (Kézdi, 1995, Balikó, 2000, Boncz és mtsai, 2000). Kiemelésre érdemes továbbá az ellátó rendszerből könnyen kihulló szuicid páciens (pszicho)terápiás problémája, hiszen ez a világban mindenütt nehézséget okozó jól ismert jelenség. A hazai terápiás rendszer diszkontinuitása, az öngyilkos-ellátás inszufficienciájára utaló kutatási adatok (Ozsváth és mtsai, 1993) azonban figyelmeztetőek akkor is, ha pl. az önkéntes segítő mozgalmak vagy a telefonszolgálatok térhódítása is szembetűnő (Kelemen, 2000).

Az öngyilkossági kísérletek vonatkozásában a korábbi epidemiológiai vizsgálatokon túl ma már kiterjedt populációs felmérések is igazolták a szuicid kísérletek jelentős gyakoriságát ill. a mentális zavarokkal való kapcsolatát (Kopp, Strabski, 1997, Szádóczky és mtsai, 2000).

# 1.2. A WHO/EURO MULTICENTRIKUS SZUICIDIUM KUTATÁS ELMÉLETI KERETE ÉS SZERVEZETI HÁTTERE

Az előbbiekben vázolt problémák miatt a WHO kezdeményezésére a 80-as évek végén ill. a 90-es évek elején egységes módszertannal összehasonlító multicentrikus európai vizsgálat indult a szuicid kísérletek vonatkozásában is, ahol eddig reálisan összevethető, megbízható adatbázisok nem álltak rendelkezésre. A kutatás része a WHO "Egészséget mindenkinek 2000-re" elnevezésű ambiciózus európai programjának, mely a szuicidium és szuicid kísérletek emelkedésének megállítását illetve csökkentését tűzte ki célul az ezredfordulóra.

A WHO/EURO multicentrikus kollaboratív európai vizsgálat a résztvevő centrumok régióiban /összesen közel 5 millió lakos/ teljes körű adatfelvétellel kísérli meg az öngyilkossági helyzet reális felmérését, a jelenség pontos monitorizálását, ill. az érvényesülő időbeli trendek felismerését. Célja a szuicidalitás szempontjából magas rizikójú populáció jellemzőinek leírása, az ismétlődés elõrejelzése, ill. a feltárt kép alapján interventív, preventív programok kialakítása, majd azok hatékonyság-vizsgálata. A szuicidium közös definíciójára, az egységesen alkalmazott kutatási eszközökre és protokollra építve célozza a jelenség minél teljesebb keresztmetszeti és hosszmetszeti leírását. Az öngyilkosság és mentális betegségek kapcsolatát, az ismétlődést, a kimenetelt és a prognózist tehát a szuicid kísérletek követéses vizsgálatán keresztül tanulmányozza. Ez a WHO program 1989-ben indult, jelenleg már 13 európai ország 16 kutatócentrumának részvételével zajlik. A világon eddig egyedülálló, azonos kutatási protokollt használó, óriási szuicidológiai adatbázist létrehozó kutatás két részből áll. Egyik része az egészségügyi ellátással kapcsolatba került öngyilkossági kísérletezők megtalálását, a rizikófaktorok felmérését célozza meg (*monitoring study*). /A kutatás ezen részében ezidáig közel 18 ezer páciens 23 ezer szuicid kísérletét regisztrálták /. Ezen kívül a szuicidiumot megkíséreltek reprezentatív mintájában részletes, strukturált interjúval, majd követéses vizsgálattal /eddig 9 résztvevõ centrumban több mint

1700 interjú készült/ keresi azokat a jellemzőket, pszichopatológiai állapotot és mentális betegségeket, melyek e magas rizikójú csoportnál a későbbi öngyilkos viselkedést, ismétlődést előre jelezhetik (*repetition-prediction study*). A WHO kezdeményezésére az eddigi központok mellett (korábban egyedül Szeged képviselte Európa keleti részét) 1997-tõl néhány új európai centrum csatlakozhatott a programhoz, köztük Pécsen a PTE ÁOK Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinikájának munkacsoportja.

A multicentrikus kutatási program egységes definíciója szerint: *a szuicid kísérlet egy nem végzetes kimenetelű aktus, melyben az egyén tudatos - nem habituális - viselkedésmódja mások beavatkozása nélkül önkárosítást okoz; ill. tudatosan a szokásosnál ill. előírtnál nagyobb dózisú mérgező anyag bevétele történik. Mindezen cselekmények az aktuális vagy várt fizikai következményeken keresztül a személy környezetének, kapcsolatrendszerének változtatására irányulnak.* (Kerkhof és mtsai, 1994)

(Tehát a definíció tartalmazza mind az intencionalitást, mind a tudatosságot / kizárva pl. a cselekmény jelentését ill. következményeit nem értő demens vagy zavart beteg tettét, vagy az LSD okozta hallucinációt követő ablakon kiugrást, de beleérti pl. a vonatsínre fekvő, a vonat érkezése előtt onnan eltávolított és megmentett személy kísérletét /).

Az utóbbi években az ismétlődő szuicid kísérletek, az ún. krónikus szuicidium kérdésköre mind fontosabbá vált a szuicidológiai kutatásokban, az egészségügyi ellátó rendszerek számára pedig egyre megterhelőbb problémát jelentett. A WHO/EURO vizsgálat adatai szerint számos korcsoportban az ismétlők száma már felülmúlja az első alkalommal szuicid kísérletet elkövetőkét. Következésképpen a primer prevencióval szemben egyre fontosabb szerephez jutnak a másodlagos és harmadlagos prevenció módszerei a szuicid karrier kialakulásával ill. megelőzésével kapcsolatosan. A szekunder prevenciós vagy intervenciós programok hatékonysága illetve ennek felmérése mindazonáltal limitált, nehéz meghatározni a jövőbeni szuicid viselkedésre vonatkozó prediktív tényezőket, az ún. prediktív skálák eltérő kulturális kontextusokban ill. időszakokban való használhatósága még bizonyításra szorul. Ezért is különösen fontos része a WHO/EURO programnak a követéses

vizsgálat, mely a jövőbeli szuicidalitást előrejelző szociális és személyes jellemzők azonosítását tűzte ki céljául.

A WHO/EURO multicentrikus európai szuicidológiai kutatás alapvető céljai tehát az alábbiakban foglalhatók össze:

*A monitoring kutatás céljai:*

1. Reális incidenciák és trendek meghatározása
2. Szociodemográfiai rizikótényezők megállapítása
3. A szuicid kísérletet követõ terápia a különböző területeken

*A részletes interjús és követéses vizsgálat (repetition-prediciton study) céljai:*

1. A jövőbeni szuicid viselkedést előrejelző személyes és szociális jellemzők identifikálása.
2. A meglévő prediktív skálák értékelése
3. Az ismétlődő szuicid viselkedés szociális, pszichés és gazdasági terheinek felmérése az egyénre és a társadalomra vonatkozóan
4. Az egészségügyi és szociális szolgálatok terápiás-prevenciós hatékonyságának felmérése
5. A különböző kulturális és szociális tényezők megjelenése a szuicidalitás jellemzőit és terápiáját illetõen.

**A multicentrikus kutatás európai eredményeinek összefoglalása**

A kutatás eddigi eredményei szerint 1989-1992 közt a centrumok többségében a szuicid kísérletek számának folyamatos csökkenését észlelték, ez a férfiaknál átlagosan 17%-os, a nõk között 14%-os volt. A csökkenés mértéke középkorúak közt volt a legnagyobb, de ez a legtöbb korcsoportban megfigyelhető volt, egyedül az idősek (55 év felettiek) szuicid kísérleteinek gyakorisága nőtt ebben az időszakban. A kísérletezők nemi megoszlása nagy változékonyságot mutatott, a legtöbb centrumban a nők kíséreltek meg több öngyilkosságot, míg egyes helyeken, pl. Helsinkiben a kísérletezők között a férfiak domináltak. A fiatal, ill. adoleszcens korosztály szuicid kísérleteinek gyakorisága a legmagasabb. A módszerválasztást tekintve a soft /elsősorban

gyógyszermérgezés/ módszerek szinte kizárólagosak a legtöbb korosztályban. A szuicid kísérletezők közel felének /férfiak 42%-a, ill. nõk 45%-a / több mint egy kísérlete volt, közel 20 %-uk esetében 1 éven belül történt az ismétlés. A szociodemográfiai változókat tekintve a szuicid kísérletezők elsősorban az alacsonyabb, szegény, destabilizációt mutató szociális réteghez tartoznak, akiknél a szuicid kísérletet megelőző időszakban az életfeltételek szignifikáns mértékű változása volt tapasztalható. Az ismétlők csoportján belül elkülöníthetőnek látszik egy többszörös szuicid kísérletet elkövető alcsoport. Az ismétlők gyakrabban elváltak, munkanélküliek, szignifikánsan gyakoribb az addikció, ill. személyiségzavar diagnózis, míg az alkalmazkodási zavar kórisméje ritkább. A 90-es évek adatait a 80-as évek arányszámaihoz viszonyítva a szuicid kísérletek ismétlődésének aránya és különösen a 12 hónapon belüli ismétlés gyakorisága növekvő tendenciát mutatott.

# 1.3. KUTATÁSUNK ELMÉLETI HÁTTERE ÉS CÉLKITŰZÉSEI

Kutatásunk alapkoncepciójában az öngyilkosságot egy olyan komplex emberi cselekvésnek tekintettük, melyben a tett motivációs háttere, célja, körülményei, ill. a személyiségjellemzők és az aktuális lélektani állapot, valamint a környezettel való interakció és kommunikáció bonyolult integrációja eredményezi a szuicid viselkedés kialakulását. Így az öngyilkos viselkedés (a befejezett és megkísérelt önpusztítás) epidemiológiai megközelítésén túl a tett körülményeire és a kísérletezők személyiségére vonatkozó információk gyűjtése képezte vizsgálatunk jelentősebb részét. Hiszen az öngyilkos viselkedés egy olyan tünetként értelmezhető, melynek kialakulásában a számos tényező együttes szerepe tételezhető fel. Egyrészt egy pszichopatológiailag jól körülírható tünetegyüttesben jelenhet meg (pl. depresszió), de sok esetben a személyiség alkalmazkodási-konfliktusmegoldási ill. indulatkezelési, frusztrációtűrő képességének eltérései állhatnak a háttérben, melyek a személyiségfejlődés ill. szocializáció folyamatának (esetleg biológiailag-genetikailag meghatározott) zavarait tételezik fel. Az önpusztítás folyamatában kiemelt szerephez jutnak a társadalmi-szociális ill. kulturális tényezők is, melyek számos összetevőjük révén (modellhatás, attitűd, szociális kapcsolatrendszer, segítségnyújtás, stb.) befolyásolhatják a "meghívott halált". Nem vitatható továbbá az egészségügyi ellátás jelentősége sem, mely az önpusztítás inadekvát dekódolása révén maga is részét képezheti a szuicidogén kultúrának, míg kedvező esetben a megelőzés esélyét nyújthatja.

<u>A fentiek alapján vizsgálatunk alapvető célkitűzései. az alábbiakban körvonalazhatók:</u>

1. A korábbi vizsgálatok során (elsősorban az 1984-91 között lezajlott Baranya megyei TBZ vizsgálatokra utalunk) körvonalazódtak a szuicid viselkedésformák legfontosabb jellemzői. Ennek alapján kutatásunkban Pécsett és környékén kívántuk felmérni a *befejezett öngyilkosságok*, valamint az

*öngyilkossági kísérletek* gyakoriságát, különös tekintettel a hazai szuicid ráták az elmúlt évtizedben észlelt csökkenésére.

2. Az *öngyilkossági halálozás* vonatkozásában a legfontosabb szociodemográfiai jellemzők vizsgálata mellett a szuicid cselekmény sajátosságait is vizsgáltuk. Prevenciós jelentőségük miatt a tettet megelőző pszichiátriai kezelés, a korábbi öndestruktív viselkedés ill. a pszichés megbetegedések felmérése kiemelt részét képezte elemzésünknek.

3. Az *öngyilkossági kísérletet* elkövetők szociodemográfiai adatainak vizsgálata mellett részletesen elemeztük a szuicid viselkedés olyan jellemzőit, mint a módszerválasztás és az ismétlődés. Mivel a szuicidológiai kutatások egyik központi kérdését képezi az öngyilkosság és a mentális zavarok kapcsolata, kiemelt figyelmet fordítottunk ezek előfordulására a vizsgált populációban. Elemzésünkben jelentős szerepet kapott a *nemi különbségek*, valamint az *ismételt kísérletet elkövetők* ill. az *idős szuicid kísérletezők* alcsoportjának vizsgálata, azon sajátosságokat kutatva, melyek az öngyilkos magatartás szempontjából különösen veszélyeztetett rizikócsoportokat jellemzik.

4. A *részletes interjús mintában* az epidemiológiai megközelítésen túl a szuicid viselkedés hátterében álló pszichés problémák és lélektani folyamatok vonatkozásában kívántunk adatokat gyűjteni, különböző pszichológiai és tünetbecslő skálák segítségével. A személyiséget olyan faktorok mentén vizsgáltuk mint a depresszió, a reménytelenség, a szuicid intenciók megjelenése, az indulatosság ill. az önértékelés.

5. A személyiség jellemzőinek feltárásával párhuzamosan a szuicid tett hátterében álló *okok* ill. *motivációk* elemzésére is sor került, különös tekintettel az *alkoholfogyasztás* szerepére.

6. A környezettel való kapcsolat feltérképezésében a szuicid kísérletet követő *érzések* és *környezeti reakciók*, a *modellhatás* és a *szociális interakciók* felmérése jutott kiemelt szerephez.

7. A szakirodalmi adatok alapján mintánkban részletesen elemeztük a *negatív életesemények* előfordulását ill. ezek szerepét a szuicid viselkedés kialakulásában.

8. A szuicid kísérletezők *testi és lelki állapotát* is felmértük és azt is elemeztük, hogy a krónikus testi és lelki problémák (különös tekintettel a depresszió és a reménytelenség faktorára) milyen mértékben játszottak szerepet

az öngyilkossági kísérletben és hogyan befolyásolták a tettet megelőző segélykérő viselkedést.

9. Prevenciós jelentősége miatt öngyilkossági kísérletet elkövetők *egészségügyi (különös tekintettel az alapellátásra) ill. mentálhigiénés szolgálatokkal való kapcsolatát* is vizsgáltuk, kutatva a tett előtti segélykérő viselkedés mintáit.

10. Vizsgálatunk *követéses részében* a kísérletet követő egy éves időszak történéseit derítettük fel, kiemelt figyelmet fordítva a pszichés segítségnyújtás jellemzőinek feltérképezésére és szuicid viselkedés ismétlődésére.

11. A részletes interjús ill. a követéses vizsgálatban kapott adatok segítségével több szempont alapján kutattuk az *ismételt kísérletet elkövetők* csoportjának jellemzőit, ill. az ismétlődés rizikófaktorait.

12. Eredményeink értékelése során a szakirodalmi adatok tükrében kíséreltük meg a legjelentősebb különbségek értelmezését. Ebben kiemelt szerephez jutott a pécsi adatok összehasonlítása a multicentrikus vizsgálatban résztvevő *más európai centrumok* eredményeivel, különös tekintettel a szociodemográfiai adatokra és az egészségügyi ill. mentálhigiénés ellátás szerepére. Részletesen elemeztük a segélykérő viselkedés eltéréseit a pécsi és a berni centrum eredményeinek összevetése során. A nemzetközi összehasonlító elemzések alapján a magyar kultúrára jellemző sajátosságok feltérképezését is megkíséreltük. A másik összehasonlításban a *korábbi Baranya megyei vizsgálat* eredményei szerepeltek. Ennek során arra a kérdésre kerestük a választ, hogyan változtak az epidemiológiai és szociodemográfiai jellemzők az 1980-as évek második felének adataihoz képest.

A modern szuicidológiában sajátos kettősség figyelhető meg, melyben a kutatók egyrészt az öngyilkosságot elkövetők csoportjának szociológiai, szociálpszichiátriai jellemzőit próbálják feltárni (epidemiológiai vizsgálatok), másrészt az individuális szempontú megközelítés az egyes ember személyiségfejlődését, az önkezű halálhoz vezető út megérthető összefüggéseit, a hátterében álló lélektani állapotot ill. személyiségkonstellációt állítja a középpontba. Maris megfogalmazása szerint a szuicidológusok a statisztikák Scyllája és az individuális megközelítés Charybdisa között hányódnak. Vizsgálatunkban ezt a két szempontot próbáltuk együttesen figyelembe venni,

hiszen csak az integratív megközelítés adhat esélyt olyan új szempontok felvázolására, melyek az öngyilkosságot elkövetők pszichés segítségnyújtásában és a prevencióban is eredményesen használhatók.

# 1.4. KUTATÁSUNK ANYAGA ÉS MÓDSZERE

A pécsi centrum vizsgálatát a PTE ÁOK Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika szuicidológiai munkacsoportja végezte dr. Fekete Sándor vezetésével. A pécsi kutatás résztvevői több alkalommal vettek részt az európai kutatás vezetői által irányított munkamegbeszéléseken. A továbbképzéseken került sor a kutatás kereteinek és az interjútechnikai kérdéseknek megbeszélésére, valamint az interjú felvételének gyakorlására. Ennek alapján vált lehetővé az interjúk egységes értékelése, mely alapjául szolgálhatott az egységes adatbázis kialakításának és a nemzetközi összehasonlításnak. A pécsi kutatócsoport munkájában ill. az interjúk elkészítésében a klinika több munkatársa is részt vett, dr. Fekete Sándor és a jelen dolgozat szerzője által irányított kiképzést követően. A rövid kérdőív ill. a két részletes interjú magyar változata a központi – angol nyelvű - anyagok fordítását követően került alkalmazásra (a nyelvi problémák kiküszöbölése érdekében az előzetes magyar változat angol nyelvre való újrafordítása történt, mely változatot a kutatás központjában ismételten ellenőrizték).

A WHO/EURO multicentrikus európai kollaboratív kutatás résztvevőjeként vizsgálatunk - a kutatási protokollnak megfelelően - három részterületből épült fel.

**1.** Egyik része az egészségügyi ellátással kapcsolatba került öngyilkossági kísérletezők megtalálását és a rizikófaktorok felmérését célozta meg (*monitoring study*). Az epidemiológiai vizsgálatban alkalmazott kérdőívben az öngyilkossági kísérletet elkövetők szociodemográfiai jellemzői (kor, nem, családi állapot, képzettség, munkaviszony) és a kísérlet körülményeire vonatkozó adatok (ideje, helye, módszerválasztás) mellett információkat nyertünk az aktuális pszichiátriai diagnózisra, valamint a korábbi öndestruktív viselkedésre vonatkozóan is. A pszichiátriai diagnózis megállapítása a BNO X. klasszifikációs rendszer szerint történt a klinikai vizsgálat ill. az anamnézis alapján.

**2**. A vizsgálat másik részében a szuicidiumot megkíséreltek reprezentatív mintájában részletes, strukturált interjúval (EPSIS I – European Parasuicide

Study Interview Schedule), majd követéses vizsgálattal (EPSIS II) kerestük azokat a jellemzõket, pszichopatológiai állapotot és mentális betegségeket, melyek e magas rizikójú csoportnál a későbbi öngyilkos viselkedést, ismétlődést előre jelezhetik (*repetition-prediction study*). A kutatás strukturált interjús (EPSIS I.) részében olyan 15 évnél idõsebb páciensek szerepeltek, akiket klinikánk pszichiátriai ill. krízisosztályán vagy ambulanciáján észleltünk a szuicid kísérletet követõen. A multicentrikus kutatás vezetői által kidolgozott (Kerkhof és mtsai, 1993) interjú a standard demográfiai változók mellett premorbid személyiségjellemzõket, pszichoszociális környezeti tényezõket, életeseményeket, megelõzõ kezelési formákat, továbbá pszichopatológiai jellemzõket (depresszió, reménytelenség, agresszió, önértékelés stb.) vizsgál. Az interjúban számos kérdés szerepel az öngyilkossági kísérlet körülményeire, kiváltó tényezőire, indítékaira, a szociális támogatásra és integrációra, valamint a modellkövetés szerepére vonatkozóan. A fentieken kívül információkat szolgáltat a testi-lelki betegségeket ill. aktuális test és lelki állapotot, a rendszeres gyógyszerszedést, valamint a háziorvossal és a mentálhigiénés szolgálatokkal való kapcsolatot illetõn is. A több mint 800 változót magában foglaló interjúra a kísérletet követő egy héten belül került sor. Az interjú felvételét a korábbiakban említett módon képzett szakember (pszichiáter vagy pszichológus) végezte négyszemközti interjúhelyzetben, a beteg előzetes beleegyezését követõen. A kezdeti interjú végén a páciensek beleegyezését kértük az ismételt kontaktusfelvételre vonatkozóan is. Ennek alapján vettük fel velük a kapcsolatot egy év múlva. A kezdeti interjú időtartama megközelítőleg két órát tett ki, míg a követéses interjú valamivel rövidebb ideig tartott.

**3.** A szuicid kísérletezőkre vonatkozó vizsgálat során **1997. július 1. és 2001. június 30.** között összesen 1158 szuicid kísérletet elkövető páciens adatait gyűjtöttük össze. A strukturált interjús (EPSIS I) vizsgálat 1997. július és 1998. szeptember között történt. Ezen időszak alatt 101 interjút vettünk fel öngyilkos kísérletezőkkel (ez a kísérletezők 31 %-át jelentette). Ezen periódusban összesen 325 kísérletező adatainak összegyűjtése történt, közülük 199 esetben azért nem került sor az interjúra, mert ezt megelőzően került sor a klinikáról való távozásra. További 25 esetben a páciensek vagy nem egyeztek bele a vizsgálatba (5 páciens), vagy pedig állapotuk (pl. zavart tudatállapot) ezt nem tette lehetővé. (20 páciens). A kezdeti interjús mintából 58 páciensnél került sor az 1 éves

követéses vizsgálatra. A részletes interjús minta reprezentatívnak tekinthetõ a teljes monitorizált szuicid kísérletes csoportra, kor, nem és végzettség tekintetében (1.4.1.sz.táblázat).

**4.** A vizsgálat területe (catchment area) főként Pécs városát, de részben a városkörnyéki, vidéki régiót is lefedte, ez megközelítőleg 160000 lakost jelent. Pécs és környéke többé-kevésbé reprezentatívnak tekinthető a fő gazdasági mutatók és szociodemográfiai változók tekintetében a magyar populáció vonatkozásában. A szuicid kísérletekre vonatkozó információk a mentőszolgálaton keresztül a felvételes kórházakba történt beutalásokon alapultak, az egészségüggyel kapcsolatba nem kerülő páciensekről így az információ természetesen hiányos. Magyarországon ugyanakkor a szuicid kísérlet után majdnem mindig ez a páciens útja az egészségügyi rendszerben, a családorvos a sürgősségi helyzetben önállóan szinte nem is jelenik meg. Klinikánk konzultációs szolgálatának ill. ambulanciájának igénybevétele meglehetősen állandónak tekinthető, ez a legtöbb öngyilkos páciens által igénybevett konzílium-arány az ellátottak számának relatív stabilitására utal. A legtöbb európai centrumhoz hasonlóan vizsgálatunkban az összes területen működő és szuicid kísérletezők ellátást végző egészségügyi intézmény nem volt elérhető, így a teljes régióra vonatkozóan az öngyilkossági kísérletek gyakoriságának megállapításában a kutatási protokoll által javasolt becslési módszert alkalmaztuk. A mentőktől, az ambuláns és kórházi ellátó rendszerektől származó információk szerint a monitor rendszerünk által elért pécsi szuicid kísérletezők az összes kísérletezők kb. 70 %-át teszik ki. Így az adott ellátó rendszer és a mentők által szolgáltatott kontroll alapján az 1,4-es "estimation factor" (a tényleges paraszuicidium szám és az adatgyűjtés által elért minta aránya) volt megállapítható (ez nagyjából megfelelt az összeurópai átlagnak). (Az öngyilkossági kísérletek százezer lakosra számított arányát ezen faktor segítségével számítottuk ki.)

**Adatgyűjtésünk pontosságának ellenőrzése** érdekében a monitor kutatás és a mentőszolgálat adatbázisának összehasonlítását is elvégeztük a szuicid kísérletezőkre vonatkozóan. Ennek során a két minta összetételének jelentős kor- és nembeli egyezését találtuk (1.4.1.sz.ábra), mely igazolta adatgyűjtésünk megbízhatóságát.

Az **adatok feldolgozása és statisztikai elemzése** Excel 7.0, valamint SPSS Windows 7.5 számítógépes statisztikai programok segítségével történt. A statisztikai vizsgálatban deskriptív módszereket (kereszttáblás elemzés - $\chi^2$ próba), nem-parametrikus próbákat (Kruskall-Wallis, Mann-Whitney), valamint a Pearsons-féle korrelációs próbát alkalmaztunk. Ezen kívül az ismétlők jellemzőinek vizsgálata során az egyes tényezők szerepének pontosabb értékelése érdekében logisztikus regressziós modellt használtunk.

# 2. EREDMÉNYEK

## 2.1. A VIZSGÁLT RÉGIÓ ÖNGYILKOSSÁGI HALÁLOZÁSA

### 2.1.1. A vizsgálat áttekintése és eredményei

Az öngyilkos magatartás komplex megközelítésének érdekében a PTE ÁOK Igazságügyi Intézetének segítségével adatokat gyűjtöttünk az 1995 és 2000 között befejezett öngyilkosságot elkövetők mintájáról is. Ezen populáció demográfiai adatait az 2.1.1.sz. táblázatban foglaltuk össze. A vizsgált hat éves időszak során Pécsen 268 befejezett öngyilkosság történt (198 férfi és 70 nő). 1995-től kezdődően fokozatos csökkenés volt megfigyelhető, ez a tendencia 1999-ig tartott, 2000-ben ismét némi növekedés volt észlelhető (a férfiaknál kifejezettebb mértékben) (2.1.1.sz.ábra).

A szakirodalmi adatokhoz hasonlóan a férfiak jelentős túlsúlyát találtuk (férfi/nő arány: 2,8/1). A kormegoszlást tekintve a férfiak között a nagyobb volt a fiatalok ill. középkorúak (20-49 év – 50% vs. 23 %), míg nőknél az 50 év felettiek aránya (74 vs. 48 %) (2.1.2.sz. ábra).

Az öngyilkosságban felhasznált módszerek gyakoriságát vizsgálva kiderült, hogy az általános adatokhoz hasonlóan a kemény módszerek domináltak. A nők körében jóval gyakoribb volt a gyógyszermérgezés (40 vs. 15 %) /ezen belül különösen az altató-nyugtatószerek használata - 26 vs. 11 %/, míg a férfiaknál az akasztás (56 vs. 44 %), és a vágás (5 vs. 1 %), valamint olyan egyéb kemény módszerek használata, mint a lövés ill. magas helyről való leugrás (24 vs. 15 %). Az altató-nyugtató szerrel történt önmérgezéses eseteknél gyakran szerepeltek a benzodiazepinek (ffi/nő: 39 vs. 25 %), a mebrobamat (ffi/nő. 23 vs. 29 %) ill. a barbiturátok (ffi/nő: 23 vs. 21 %), és kisebb arányban az antidepresszánsok és antipszichotikumok (7-7 %).

Az öngyilkosságot elkövetők demográfiai jellemzőinek elemzésén túl pszichiátriai anamnézisük feltérképezésére is kísérletet tettünk. Ennek során a PTE ÁOK Pszichiátriai és Orvosi Klinika (mely a terület pszichiátriai ellátását végzi) adatbázisában 1994-2000 között gyűjtöttünk adatokat a tett elkövetését megelőző időszakra vonatkozóan. Az elemzés legfontosabb eredményeit a 2.1.2.sz.táblázatban foglaltuk össze. A szuicid halottak közel ötödének anamnézisében szerepelt pszichiátriai hospitalizáció, az egy éven belüli kezelés aránya 15 %-os volt. Közel kétharmaduk esetében erre több alkalommal is sor került. (A kezelésben részesült csoport nemi megoszlását ill. a tett módszerét tekintve nem tért el az ebben az időszakban nem hospitalizáltaktól, viszont életkoruk átlaga kissé alacsonyabb volt /50 vs. 54 év/, mivel közöttük 65 év felettiek alig szerepeltek). A tett és az utolsó kezelés között átlagosan 10 hónap telt el (2.1.3.sz.ábra). Ebben a mintában szereplők közel felének volt korábban öngyilkossági kísérlete (az ismétlők közel 60 %-ának több is). A korábbi pszichiátriai kezelés arányában jelentős nemi különbség nem volt észlelhető, de a nőknél több korábbi kezelés szerepelt és a megelőző öngyilkossági kísérlet előfordulása is gyakoribb volt. Az ismétlőket a középkorú populáció magas aránya jellemezte. A korábbi, megelőző öngyilkossági kísérlet és a befejezett cselekmény között átlagosan 16 hónap telt el (2.1.4.sz.ábra). A korábbi pszichiátriai kezelés során a BNO-X. klasszifikációs rendszer szerint a páciensek között az alkoholfüggőség (főleg a férfiaknál) a különböző típusú depressziós zavarok (inkább nőknél) szerepelt leggyakrabban, valamivel ritkább volt az alkalmazkodási zavar, a pszichotikus zavarok (elsősorban schizophrénia) ill. az organikus zavarok (elsősorban vaszkuláris demencia), ill. a személyiségzavar előfordulása.

### 2.1.2. Összefoglalás - következtetések

1. A pécsi befejezett öngyilkosságot elkövetők populációjának vizsgálata során nyert eredményeink nagyjából megfeleltethetők a vonatkozó szakirodalmi adatoknak (férfi dominancia, közép-és időskorúak magas aránya, kemény módszerek gyakorisága). Kiemelésre érdemes, hogy a fiatal férfiak el nem hanyagolható számban szerepeltek a populációban. Szintén figyelemre méltó, hogy a pécsi mintában a gyógyszermérgezések viszonylagosan alacsonyabb

arányát tapasztaltuk, a korábbi adatokhoz képest (Arató és mtsai, 1988). Ez egybevág a "soft" módszerek használatának országosan is csökkenő tendenciájával (Zonda, 2001). Úgy tűnik, hogy ebben a kifejezett toxicitással bíró pszichofarmakonok háttérbe kerülése is jelentős szerepet játszhat[1].

2. A szakirodalmi adatokhoz képest viszonylag alacsonyabb számban szerepelt a mintában megelőző pszichiátriai hospitalizáció (Pirkis, Burges, 1998), azonban ezen páciensek súlyosabb pszichopatológiáját jelezte, hogy többségüknél erre több alkalommal is sor került. Más vizsgálatokhoz hasonlóan viszont (Pirkis, Burges, 1998, Appleby és mtsai, 1999) a szuicidium számos esetben a kezelést követő egy hónapon belül következett be (3 esetben pedig a kezelés során), míg jelentős része fél éven belül. Az irodalmi adatokhoz hasonlóan (Ozsváth, Kóczán, 1985, Arató és mtsai, 1988, Buda, 1997b) számottevő arányban szerepelt ebben a mintában korábbi kísérlet, ezt gyakran fél ill. egy éven belül követte a befejezett szuicidium.

3. A pszichiátriai kezelésben részesültek diagnosztikus besorolását tekintve az affektív zavarok (különösen a nők között) és az alkoholfüggőség (főleg férfiaknál) fordult elő leggyakrabban[2]. Ezen arányok a minta egészére vetítve jóval alacsonyabbak a szakirodalomban leírtaknál (Arató és mtsai, 1988, Appleby és mtsai, 1999), viszont egymáshoz viszonyított arányuk hasonló megoszlást mutat. Az öngyilkossági kísérletet elkövetőkhöz képest az affektív zavarok, addikciók, az organikus és pszichotikus zavarok magasabb ill. az alkalmazkodási zavarok alacsonyabb aránya a befejezett szuicidiumot elkövetők súlyosabb pszichés problematikájára hívja fel a figyelmet[3]. Adataink alapján úgy tűnik, hogy a tett előtti időszakban hospitalizált csoport a korábbi

---

[1] Ezt támasztják alá az öngyilkossági kísérletek elemzése során nyert adataink (lsd. később), hiszen a kísérleteket éppen a pszichofarmakonok felhasználásának magas aránya jellemzi (vagyis, hogy pl. a modern antidepresszánsok mind gyakrabban szerepelnek a szuicidium eszközeként, de ezek alacsony toxicitásuk miatt nem okoznak fatális kimenetelt. Természetesen ennek prevenciós jelentoségét nem lehet eléggé hangsúlyozni).

[2] Ezen adatunk érdekes egyezést mutat az affektív spektrum tüneti képében megjelenő nemi jellegzetességekkel foglalkozó szakirodalmi adatokkal (Rihmer, Rutz, 2000).

[3] A diagnosztikus megoszlásra vonatkozó adataink értékét az adja, hogy ezen diagnózisok a kimeneteltől függetlenül születtek, így a kezelésben résztvevők, ill. a hozzátartozók általi utólagos torzítás (Kézdi, 1995, Demeter és mtsai, 1988) elkerülhető volt.

vizsgálatokhoz képest jóval kisebb részét képezi az öngyilkos populációnak. Ennek alapján felmerül annak a lehetősége is, hogy bizonyos esetekben a pszichés zavar nem került felismerésre és így pszichés segítségnyújtásra sem nyílt lehetőség, továbbá az sem zárható ki, hogy jelen voltak a mintában olyan kevésbé súlyos tünetekkel bírók, akik csak ambuláns kezelésben részesültek és esetükben nem került sor hospitalizációra.

4. Eredményeinek értelmezésénél vizsgálatunk korlátait is figyelembe kell venni. Ebben egyrészt a pszichiátriai osztályon kezeltek alacsonyabb esetszámát kell megemlíteni, hiszen a klinikai dokumentáció alapján csak e mintára vonatkozóan tudtunk részletesebb adatokat nyerni. A kezelési arány alacsonyabb mértékében az is közrejátszhatott, hogy az adatgyűjtés csak a tett előtti időszakra vonatkozóan történt (a távolabbi időszak pszichiátriai történéseire vonatkozó adatok gyűjtése technikai okokból nem volt kivitelezhető), valamint, hogy csak az osztályos kezelésre terjedt ki. Így valószínűleg csak a súlyosabb pszichés zavarok kerülhettek be az elemzésbe[4]. Mindazonáltal az öngyilkosságot (legkevesebb 1 évvel) megelőző időszak pszichiátriai történéseit illetően adataink megközelítőleg teljes körűnek tekinthetők. Így a fentiek figyelembevételével megállapítható, hogy az öngyilkosságot elkövetők populációján belül megkülönböztethető egy olyan alcsoport, melyre jelentős pszichopatológiai problémák fennállása és a korábbi szuicid viselkedés kifejezett gyakorisága jellemző. Emiatt többször részesültek pszichiátriai kezelésben is, nagy arányban a tettet megelőző időszakban. Tehát mintánkban is igazolódott, hogy a fatális kimenetel szempontjából a súlyosabb pszichopatológiai eltérések (pszichés zavarok) és a korábbi öngyilkossági kísérlet fokozott rizikót jelent. Eredményeink azonban arra is utalnak, hogy bár számos esetben került sor osztályos kezelésre röviddel a tettet megelőzően, ennek ellenére sem volt megelőzhető az öngyilkosság, ez pedig a pszichiátriai ellátás hatékonyságának problémáira hívhatja fel a figyelmet.

---

[4] Megjegyezzük, hogy a teljes köru adatgyujtés objektív (adatvédelmi korlátozások, hiányzó dokumentáció) és szubjektív (korábbi kezelésekben résztvevo egészségügyi személyzet ill. hozzátartozók részleges együttmuködése ill. nem vagy alultájékozottsága stb.) miatt többnyire a “psychological autopsy” módszerét alkalmazó vizsgálatokban sem kivitelezheto (Jegesy és mtsai, 1995, Buda, 1997b).

5. Eredményeink korlátozottabb általánosíthatósága mellett is olyan érdekes és értékes információk kerültek felszínre, melyek gazdagíthatják az öngyilkos viselkedéssel kapcsolatos ismereteinket. Mindazonáltal a korábbiakban felvetett kérdések megválaszolása érdekében további nagyobb mintán ill. hosszabb időszak alatt végzett kutatások látszanak szükségesnek, melyek a megelőző hospitalizáció mellett az egészségügyi ellátó rendszerekkel való kapcsolat széleskörű elemzésére is kiterjednek.

# 2.2. A MONITOR VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

## 2.2.1. Az öngyilkossági kísérletezők jellemzői

Az epidemiológiai vizsgálat monitoring részében négy év során (1997. július 1.- 2001. június 30. között) összesen 1158 szuicid kísérletet elkövető páciens adatait gyűjtöttük össze. Ebben a mintában a férfi-nő arány 37:63 %, az átlagéletkor 36,4 év volt. Az adatgyűjtés időszaka alatt a kísérletek évenkénti megoszlása viszonylagos állandóságot mutatott (2.2.1.sz. ábra). Vizsgálatunk számos vonatkozásban megerősítette a korábbi epidemiológiai felmérések eredményeit. Felmérésünkben az észlelt öngyilkossági kísérletek gyakorisága csak kisebb eltéréseket mutatott a korábbi Baranya megyei vizsgálat adataihoz (Kóczán és mtsai, 1991, Kóczán, 1994) képest /100 000 lakosra számítva - 1988: 260 (ffi) és 410 (nő); 1991:302 (ffi) és 315(nő); 1998: 196(ffi) és 321 (nő); 2000: 202 (ffi) és 300 (nő)/és a nemi megoszlás is hasonló volt (2.2.2.sz. ábra). Az öngyilkossági kísérletek és a befejezett öngyilkosságok aránya azonban némi eltérést mutatott (a korábbi baranyai vizsgálatban 6:1, jelen kutatásban pedig 10:1). Hasonlóan a korábbi vizsgálathoz a kísérletek inkább fiatal korban, a halálozás pedig az idősebb korosztályokban volt gyakoribb.

A mintában a kísérletek havi megoszlása jelentős különbségeket jelzett (2.2.3.sz.ábra); a januári csúcsot tavaszi csökkenés követte, majd a májusi-júniusi ismételt csúcsot követően a nyári hónapokat alacsonyabb gyakoriság jellemezte. Ezt követően őszi emelkedés volt észlelhető, mely egészen decemberig tartott. A nemi bontásban történő elemzésben a férfiaknál a tavaszi csökkenés kisebb ingadozásokkal a nyár végéig tartott, ettől kezdve egészen novemberig emelkedett a kísérletek száma. Nőknél viszont a májusi ismételt csúcsot a viszonylag állandó nyári gyakoriságot követően szeptembertől egészen decemberig tartó csökkenés követte.

Az öngyilkosságot megkísérlők populációját vizsgálva kiderült, hogy a mintában szereplők több mint felének már korábban is volt szuicid kísérlete (férfiak: 53,3 %, nők 52,1 %), negyedüknél a korábbi tentamen 1 éven belül történt (férfiak: 25,8 %, nők: 24,9 %). A mintában szereplő kísérletek harmada

olyan ismétlés volt, mely a vizsgált periódusban következett be, vagyis a kísérletezők 15 %-a követett el újabb kísérletet ebben az időszakban. A prospektív ismétlők több mint fele fél, további 15 %-uk egy éven belül ismételte meg tettét.

Az egyes korcsoportokat vizsgálva a 25-44 éves korúak közel 60 %-ának, a 15-24 és a 45-64 évesek megközelítőleg felének volt ismételt kísérlete, míg az időseknél (65 év felett) alig több mint egyharmad volt az ismétlők aránya. A 15-34 év közötti korosztályban a férfiak között, míg 35 év felett a nőknél volt nagyobb az ismétlők aránya.

A kísérletezők kétharmada a tettet követően osztályos, míg egyharmaduk ambuláns pszichiátriai kezelésben részesült.

A korcsoportos megoszlást tekintve a kísérletezők közel egyharmada volt 25 év alatti, közel fele pedig 25-44 év között volt, 18 %-uk tartozott a középkorúak közé (45-64 év), az idősek aránya közel 7 %-ot tett ki. A módszerválasztásban a 15-24 éves korosztályban volt a leggyakoribb a gyógyszermérgezés és a vágás, a fiatal felnőttek és a középkorúak között az akasztás és a vegyszermérgezés is gyakoribbá vált és sokszor társult a tetthez alkoholfogyasztás is. A 65 év felettiek között pedig kisebb arányú gyógyszermérgezés mellett az akasztás, vágás, ill. vegyszermérgezés aránya növekedett. A gyógyszeres öngyilkossági kísérletben felhasznált pszichofarmakonok közül fiatal korban a kispotenciálú benzodiazepin okozta mérgezés volt kifejezett, a középkorúak között egyre gyakoribbá vált a nagypotenciálú benzodiazepinek és az antidepresszánsok, ill. a meprobamat, valamint a karbamazepin bevétele is. A 65 év felettieknél pedig a benzodiazepinek mellett nagyobb arányban szerepeltek a barbiturátok és a nem benzodiazepin altatók (zopiclone, zolpidem) is.

A fiatalok (15-24 év) között az alkalmazkodási zavar, drogfüggőség és a személyiségzavar kórismék fordultak elő legtöbbször. Huszonöt éves kortól pedig az előbbi diagnózisok gyakoriságának csökkenése mellett az affektív zavarok és az alkoholfüggőség korral való szignifikáns növekedése volt megfigyelhető. 65 éves kor felett pedig az organikus pszichiátriai zavarok (különösen a vaszkuláris dementia és az organikus affektív zavar) és a hangulatzavarok gyakorisága volt kifejezett.

### *2.2.1.1. Nemi különbségek*

Az öngyilkossági kísérletet elkövetők legfontosabb nemi különbségeit a 2.2.1.sz.táblázatban foglaltuk össze. Az öngyilkossági kísérletet elkövető férfiakat kifejezettebb földrajzi mobilitás, némileg alacsonyabb iskolázottság, gyakoribb munkanélküliség és labilisabb interperszonális (több nőtlen, elvált, ill. különélő), ill. egzisztenciális viszonyok jellemezték, nagyobb arányban éltek egyedül vagy szülőkkel. A nők között kissé gyakrabban szerepeltek a magasabban képzettek, a teljes családban (házastárssal és gyermekkel) élők, de az özvegyek és a gyermeküket egyedül nevelők aránya is számottevő volt. Emellett jelentős számban voltak a gazdaságilag inaktív társadalmi kategóriába (nyugdíjas, rokkantnyugdíjas, háztartásbeli) tartozók is. A férfiak között lényegesen nagyobb gyakorisággal szerepelt a fiatal felnőtt korosztály, míg a nőknél a serdülők (15-19 év), a középkorú felnőttek (40-49 év) és az idősek (65 év felett) korcsoportja. Az öngyilkossági kísérletek módszereként az esetek több mint kétharmadában gyógyszerintoxikáció szerepelt (nőknél gyakrabban), a férfiak között gyakoribb volt a vágás, az önakasztás, mint a nők között és közel kétszeres volt kísérlethez társuló alkoholos intoxikáció. A gyógyszeres szuicid kísérletek közel négyötödében pszichofarmakon bevétele történt. Ezen belül az esetek közel kétharmadában benzodiazepint használtak, de gyakran szerepelt a meprobamat, karbamazepin és a hangulatjavítók is. A férfiaknál jóval gyakoribb volt a mebrobamat ill. neuroleptikum mérgezés mint nőknél, míg ők valamivel gyakrabban használtak benzodiazepint, barbiturátot, és altatókat. A pszichiátriai diagnózisok vonatkozásában a kísérletezők felénél az alkalmazkodási zavar kórisme volt megállapítható, ezen kívül az affektív zavarok (15 %), ill. a társuló személyiségzavar (13 %) és az alkoholfüggőség (10 %) volt a leggyakoribb. A férfiak között gyakoribb volt az alkoholfüggőség és a pszichotikus zavar, míg a nőknél a depressziós és szorongásos zavarok fordultak elő nagyobb arányban. A férfiak 57, a nők 42 %-a két vagy több komorbid diagnózist is kapott.

### *2.2.1.2. Az első és ismételt kísérletet elkövetők jellemzőinek összehasonlítása*

Az ismételt kísérletet elkövetők jellemzőit a 2.2.2.-3.sz.táblázatban foglaltuk össze. Az ismétlőkre jellemző volt a nagyobb földrajzi mobilitás, az alacsonyabb iskolázottság (különösen a férfiaknál). A férfiak között jóval gyakoribb volt a munkanélküliség, a nők között pedig nagyobb arányban szerepeltek a rokkantnyugdíjasok, míg ebben a mintában kisebb volt a nyugdíjasok aránya. Mindkét nemben jellemző volt erre a csoportra a hosszabb ideje tartó munkanélküliség. Az ismétlőket instabilabb interperszonális kapcsolatok jellemezték (több elvált, ill. különélő; a férfiaknál több korábbi házasság) és nagyobb arányban éltek magányosan. Ezzel szemben az első kísérletet elkövetők között - különösen a férfiaknál - többen voltak a házasságban élők, a közép és felsőfokú képzettséggel rendelkezők és a gazdaságilag aktívak. Az ismétlők között gyakoribb volt a kísérletet követően az osztályos, míg a nem ismétlők között az ambuláns pszichiátriai kezelés. Az férfiak között az ismétlők populációjában nagyobb gyakorisággal szerepelt a fiatal felnőtt korosztály (20-39 év) mint a nem-ismétlőknél, ez utóbbi csoport többen voltak a serdülők (15-19 év) ill. a középkorúak és idősek (50 év felett). Míg nőknél a felnőtt korosztályban volt legkifejezettebb az ismétlők dominanciája (30-49 év). Az ismételt kísérletet elkövető férfiak módszerválasztását a pszichofarmakonok okozta mérgezés dominálta és a vágás is némileg nagyobb arányban szerepelt, míg az első kísérletet elkövetők között valamivel gyakoribb volt az önakasztás és a pszichés szereken kívül nagyobb arányban használtak más gyógyszereket is. A nőknél ez fordított módon jelent meg, náluk az első kísérletet elkövetők között valamivel gyakoribb volt a gyógyszerintoxikáció (különösen a pszichofarmakonok bevétele), míg az ismétlőknél kicsit több akasztási kísérlet szerepelt és kissé gyakrabban társult a kísérlethez alkoholfogyasztás is. Az első kísérletet elkövetőknél a pszichofarmakonok belül nagyobb arányú volt a benzodiazepinek és a meprobamat (nőknél a barbiturát is) bevétele, míg az ismétlők között többen szedtek be neuroleptikumokat, antidepresszánsokat és karbamazepint. A férfi ismétlők között nagyobb arányban szerepeltek a személyiségzavarok, valamint a depressziós, a pszichotikus zavar, míg az első kísérletet elkövetők csoportjában gyakoribb volt az alkalmazkodási zavar. A női ismétlőket a személyiségzavar kifejezett és az alkoholfüggőség valamivel nagyobb gyakorisága különítette el a

nem-ismétlőktől. Az ismétlők között mindkét nemben jellemző volt a komorbid diagnózisok magasabb aránya.

A szuicid kísérlet ismétlődésében szereplő faktorok hatásának pontosabb elemzésére logisztikus regressziós modellt alkalmaztunk (2.2.4.sz.táblázat). Ennek során az ismétlődést legerősebben befolyásoló tényezőnek (különösen a férfiaknál) a pszichiátriai diagnózis bizonyult. Ezek között kiemelkedő volt a személyiségzavarok (OR:5; férfiaknál: OR:9,9 /OR-esélyhányados/) szerepe (férfiaknál a pszichotikus /OR:6,2/ és az affektív zavarok /OR:3,9/ is jelentős befolyással bírtak). A szociodemográfiai tényezők között pedig az iskolai végzettség (különösen a férfiaknál: alacsony iskolázottság – OR:3,37), a családi állapot (inkább a nők között: elváltak – OR:2,61) és a gazdasági helyzet (munkanélküliség – OR:1,4; gazdaságilag inaktívak – OR:1,45) is számottevő hatással bírt az ismétlődés vonatkozásában. Az ismétlődés összefüggést mutatott a violens módszerválasztással (OR:1,41) és elsősorban a nőknél a mobilitással is (OR:1,6).

#### *2.2.1.3. Az idős (65 év feletti) kísérletezők jellemzői*

Az idős kísérletezőket a 65 év alattiakkal összehasonlítva (2.2.5.sz.táblázat) kiderült, hogy 65 év felettiek között lényegesen nagyobb volt a nők aránya (férfi/nő arány – a mintában: 1:1,7, 65 év felett – 1:4,2). Az ismételt öngyilkossági kísérletet elkövetők száma jóval alacsonyabb volt, mint a fiatalabbaknál. Az idős populációból sokkal többen részesültek osztályos kezelésben a kísérletet követően. Szociodemográfiai jellemzőiket tekintve ebben a csoportban lényegesen nagyobb volt az özvegyek aránya, többen éltek gyermekükkel, más rokonnal, valamint intézetben és magasabb volt az alacsonyabban iskolázottak aránya. A módszerválasztásban valamivel kisebb volt a gyógyszermérgezés és jóval nagyobb a kemény módszerek (akasztás, vágás vegyszermérgezés) aránya és ritkább volt a kísérlethez társuló alkoholfogyasztás. A kemény módszerek különösen jellemzőek voltak az idős férfiak kísérletére. A gyógyszer okozta intoxikáción belül az idősek között lényegesen gyakoribb volt a kispotenciálú benzodiazepin, a barbiturát és az egyéb altatók bevétele. A 65 év felettieknél az organikus zavarok (elsősorban a vaszkuláris demencia és organikus affektív zavar), a depressziós zavar

előfordulása volt a leggyakoribb, az alkalmazkodási zavar kórisméje csak fele olyan gyakorisággal szerepelt, mint a 65 év alattiaknál. Így összességében az idős páciensek közel kétharmadánál állt fenn hangulatzavar a kísérlet idején.

## 2.2.2. Megbeszélés

### *2.2.2.1. Az öngyilkossági kísérletezők és a kísérlet sajátosságai*

Vizsgálatunkban – hasonlóan a korábbi epidemiológiai kutatásokhoz – a kísérletezők között nagyobb arányban szerepeltek a fiatalabb korosztályba tartozók és a nők, míg a halottaknál az idősebb korúak és a férfiak. A mintánkat alkotó kísérletezők számában a vizsgálat idejét jelentő négy éves időszak alatt nem volt jelentős változás, ez adatgyűjtésünk megbízhatóságát támasztja alá. Havi bontásban viszont jelentős eltérések voltak észlelhetők (májusi ill. őszi csúcs, tavaszi-nyári, ill. év végi csökkenés), mely némileg eltért a szakirodalmi adatoktól, ahol a tavaszi-nyári csúcs ill. az őszi-téli csökkenés volt jellemző (Zonda, 2000). Jelentős egyezés volt észlelhető azonban a korábbi TBZ kutatás adataival elsősorban a koranyári-őszi emelkedés ill. év végi csökkenés vonatkozásában (Kóczán és mtsai, 1991.

A korcsoportos gyakoriságot tekintve a kísérletezők között (elsősorban a nőknél) a serdülő ill. fiatal felnőtt korosztály mellett a középkorúak és idősek aránya is jelentősnek mondható. Az öngyilkossági kísérletet elkövetők módszerválasztásában egyértelműen a “soft” módszerek – különösen a gyógyszermérgezés – szerepeltek leggyakrabban. A felhasznált gyógyszerek között a pszichofarmakon bevétele szerepet legtöbbször, ezen belül pedig a benzodiazepinek, a meprobamat, az antidepresszánsok (leggyakrabban SSRI szerek) és a karbamazepin. A páciensek klinikai kórisméi között az alkalmazkodási zavar, a hangulatzavarok, a személyiségzavarok és az alkoholfüggőség jelentek meg legnagyobb gyakoriságban. Mintánkban igen magas volt az öngyilkosságot ismételten megkísérlők (ezen belül a megelőző egy évben elkövetett kísérlet) aránya is.

A kísérletezők nemi különbséget vizsgálva kiderült, hogy a kísérletet elkövető férfiakat instabilabb interperszonális és egzisztenciális helyzet

jellemezte. A férfiak között nagyobb arányban szerepeltek fiatal felnőttek, míg a nők között a serdülők, a középkorúak és az idősek is. Míg a nőket a gyógyszermérgezés magasabb aránya jellemezte, addig a férfiaknál gyakrabban szerepeltek kemény módszerek és a társuló alkoholintoxikáció is. A beszedett pszichofarmakonok vonatkozásában férfiaknál jelentősen gyakoribb volt a mebrobamat használata, míg a nőknél a benzodiazepinek, a barbiturátok, a modern altatók és némileg az antidepresszánsok fordultak elő nagyobb arányban. A diagnózisokban pedig a férfiaknál gyakoribb volt az alkoholfüggőség és a pszichotikus zavar, míg a nőknél a depressziós és szorongásos zavar. A gyógyszerválasztásban meglepőnek tűnik, hogy a pszichiátriai gyakorlatból ma már egyre inkább kiszoruló meprobamat magas arányban való jelenléte – ez egyrészt azzal a sajnálatos jelenséggel függhet össze, hogy – a benzodiazepinekhez hasonlóan – a háziorvosi gyakorlatban még mindig igen elterjedt általános nyugtatóként. A férfiaknál való kiemelkedő gyakoriság pedig az alkoholfüggőség nagyobb mértékű előfordulásával függhet össze (a háziorvosi gyakorlatban alkoholfüggőség ill. megvonási tünetek gyanújának felmerülése esetén gyakran írják fel a pácienseknek).

Az öngyilkosságot először ill. ismételten megkísérlők csoportjainak összehasonlítása során kiderült, hogy az ismétlők (különösen a férfiak) csoportjában nagyobb volt a szociális destabilizációra utaló jellemzők aránya. A pszichiátriai kórismék közül pedig a személyiségzavarok jelentősége emelhető ki, ill. nőknél az alkoholfüggőség, férfiaknál pedig a depresszió gyakoribb előfordulása. Az ismétlők gyógyszerválasztásának jellegzetességeinek (antidepresszánsok, karbamazepin, antipszichotikumok gyakorisága) hátterében egyrészt a pszichiátriai diagnózisok gyakoriságának növekedése állhat. Másrészt ez arra is utalhat (mint ahogy ezt a strukturált interjús vizsgálatunk is igazolta), hogy ez a populáció jelentős arányban áll kapcsolatban a pszichiátriai ellátó rendszerekkel (az ismétlők által nagyobb arányban használt gyógyszerek rendelhetősége pszichiátriai szakképesítéshez kötött, míg az első alkalommal öngyilkosságot elkövetők módszerválasztásában megjelenő szereknél ez nem áll fenn – vagyis háziorvosi gyakorlatban is felírhatóak). A részletes interjús vizsgálatunk - a későbbiekben részletezett - eredményeivel egyezően ez mindenképpen a pszichiátriai ellátás hatékonyságának problémáira utalhat, hiszen sok esetben az alkalmazott pszichofarmakon a gyógyítás helyett az

önpusztítás eszközévé vált. Az ismétlők körében előforduló pszichiátriai kórismék (depressziós, pszichózis, alkoholfüggőség) felvetik, hogy a súlyosabb pszichopatológiai eltérések állhatnak az ismétlődő kísérletek hátterében (ezt a későbbiekben részletesen is vizsgáljuk).

Vizsgálatunk eredményei sok tekintetben (pl. munkanélküliek, nyugdíjasok magas aránya) jelentős egyezést mutatott más hazai vizsgálatokkal (Gubacsi, 1998). A kísérletek ismétlődésének több mint 50 %-os aránya azonban kiemelkedőnek számít. Az ismétlők vonatkozásában más vizsgálatok is megerősítették a szociális és interperszonális problémák magasabb arányát (Bille-Brahe, Jensen, 1994, Arensman, Kerkhof, 1996). A módszerválasztás tekintetében vizsgálatunk eredményei szintén jelentős egyezést mutattak a szakirodalmi adatokkal. Az intoxikációkon belül a szedatohipnotikumok magas arányát hazai (Gubacsi, 1998) és külföldi vizsgálatok (Grootenhuis és mtsai, 1994) is igazolták. De pl. brit szerzők inkább a fájdalomcsillapítók elterjedéséről számoltak be, ezt a receptírási ill. gyógyszerfogyasztási szokások megváltozásával hozták összefüggésbe, vagyis hogy Angliában a szedatohipnotikumok csökkenésével párhozamosan a fájdalomcsillapítók használata gyakoribbá vált (Hawton, Fagg, 1992). Az ismétlők vonatkozásában az idézett angol kutatócsoport vizsgálatunkhoz hasonlóan gyakoribbnak találta a pszichofarmakonok között az antidepresszánsok bevételét, de ott az első kísérletet elkövetőket nem a szedatohipnotikum, hanem a paracetamol mérgezés jelentős gyakorisága jellemezte (Townsend és mtsai, 2001). Ez pedig az önmérgezésben felhasznált gyógyszer elérhetőségének szerepére hívja fel a figyelmet (vagyis míg Angliában az első kísérletet elkövetők és a fiatalabbak a recept nélkül és széles körben kapható gyógyszereket választották inkább, addig a pécsi mintában ezek a csoportok a szedatohipnotikumokat preferálták, feltételezhetően ezek könnyebb hozzáférhetősége miatt). Ez pedig a hazai gyógyszerfelírás és fogyasztás anomáliáira hívja fel a figyelmet.

Érdekes eltérést jelent, hogy több külföldi (Suominen és mtsai, 1996, Ennis és mtsai, 1989, Juarez-Aragon, 1999), ill. hazai (Balázs, és mtsai, 2001) vizsgálatban lényegesen magasabb arányban szerepeltek egyes mentális zavarok (különösen a hangulatzavarok) a szuicid kísérletezők csoportján belül. Az alkoholfüggőség aránya is magasabb volt, de más vizsgálatokban is a férfiak

(Weismann, 1974, Suominen és mtsai, 1996) ill. az ismétlők (Öjehagen és mtsai, 1991, Krarup és mtsai, 1991) között fordult elő gyakrabban. A már idézett finn vizsgálatban – bár nagyobb gyakorisággal mint Pécsen - szintén az alkoholfüggőség és a depressziós zavar a férfiak ill. nők közötti fordított aránya jelent meg. A személyiségzavarok ismétlők közötti gyakoribb előfordulását (Krarup és mtsai, 1991, Dirks, 1998) ill. a komorbid mentális zavarok jelentős arányát más vizsgálatok is megerősítették (Suominen és mtsai, 1996, Wunderlich és mtsai, 1998, Balázs és mtsai, 2000). Tehát jelentős eltérést jelent vizsgálatunk eredményeihez képest a hangulatzavarok más vizsgálatok által igazolt magas aránya. A szakirodalom heterogén eredményeinek hátterében nyilvánvalóan metodológiai különbségek állhatnak. Ezek közül kiemelésre érdemes a diagnózis felállításában használt módszerek eltérései (többnyire olyan strukturált interjúkat használtak, mint pl. SCID, MINI, M-CIDI stb.). A pécsi vizsgálatban a BNO-X. alapján megállapított klinikai diagnózis szerepelt. Így feltételezhető, hogy a diagnosztikus interjú segítségével jóval nagyobb érzékenységgel lehet megállapítani a hangulatzavarok fennállását. De annak a lehetősége is felmerül, hogy az interjú során a páciens aktuális lelkiállapota eredményez torzítást, vagyis, hogy a krízisállapot tüneteit értékelik tévesen (Vörös és mtsai, 2001) /A kísérletezők lelkiállapotával részletesen foglalkozunk a későbbiekben/. Mindazonáltal a pécsi mintában a mentális zavarok – ha kisebb arányban is – de a szakirodalmi adatokhoz hasonló megoszlásban szerepeltek.

### *2.2.2.2. Az idős kísérletezők sajátosságai*

Vizsgálatunk során a 65 év feletti öngyilkossági kísérletezőket több olyan specifikus jellemző is elkülönítette a fiatalabbaktól, melyek jelentőséggel bírhatnak a prevenció szempontjából. Az öngyilkosságot megkísérlő időseket a nők nagyobb gyakorisága, valamint a keményebb módszerek magasabb aránya jellemezte (különösen az idős férfiak esetében). A kísérletek ismétlődése kevéssé volt jellemző (De Leo, 1998). A gyógyszermérgezésben a kispotenciálú benzodiazepinek, a barbiturátok és egyéb altatók használata volt gyakori. A klinikai kórisméket tekintve ezt a populációt az organikus zavarok (elsősorban vaszkuláris dementia) és az affektív zavarok igen magas aránya jellemezte. Számos vizsgálat igazolta, hogy az időskori befejezett (Carlsten és mtsai, 1999) és megkísérelt öngyilkosságok (Merril, Owens, 1990, Hepple, Quinton, 1997) módszereként gyakran szerepel az altató-nyugtató szerekkel történő intoxikáció. A pécsi mintában az igen gyakori benzodiazepin bevétel mellett a barbiturátok és egyéb altatók is számottevő arányban szerepeltek. Egyes szerzők felhívják a figyelmet a benzodiazepinek időskori alkalmazásának korlátozására (Carlsten és mtsai, 1999). Jelen vizsgálatunk eredményei szintén igazolták az átgondoltabb időskori farmakoterápiás segítségnyújtás jelentőségét az idős populációban.

Vizsgálatunkban, hasonlóan a szakirodalmi adatokhoz (Merril, Owens, 1990, Hepple-Quinton, 1997, De Leo, 1998) az idős szuicid kísérletezők populációjában a depressziós hangulat igen gyakori előfordulását észleltük. Úgy tűnik azonban (ahogy ezt az intoxikáció során felhasznált szerek is tükrözik), hogy a páciensek többségében csak tüneti terápiában – feszültségoldó, ill. altató medikációban részesültek. Vagyis feltételezhető, hogy a háttérben álló depresszió többnyire nem került felismerésre, így kezelésre sem. Ebben talán az amerikai szerzők által leírt (Uncapher és mtsai, 2000) idősekkel kapcsolatos terápiás nihilizmus mellett - a magyar kultúrára jellemző módon - az önpusztítással kapcsolatos ambivalens attitűd szerepe is feltételezhető (Fekete és mtsai, 1998). Vizsgálatunk eredményei arra is utalnak, hogy időskorban az affektív és organikus mentális zavarok együttes fennállása különösen magas rizikót jelent az öngyilkosság szempontjából.

Meglepőnek tűnhet azon eredményünk, hogy a korábbi vizsgálatok (Merril, Owens, 1990) adataitól eltérő módon a pécsi mintában szereplő idős szuicid kísérletet elkövetők között viszonylag csekély volt az egyedül élők aránya. Úgy tűnik, hogy annak ellenére, hogy az idősek többsége családban vagy intézetben él, a környezet sok esetben nem ismerte fel, vagy figyelmen kívül hagyta a páciens pszichés problémáit (esetleg depressziós hangulatát) és így segítséget sem nyújtott az öngyilkossági kísérlet megelőzésében. Tehát más szerzők megállapításához hasonlóan a magyar mintában nem annyira a teljes, hanem inkább a viszonylagos izoláció szerepe lehet fontosabb, vagyis, hogy az egyének interperszonális viszonyait a néhány szignifikáns kapcsolatra való beszűkülés és az azoktól való extrém függőség jellemzi (Buda, 1997c). Ezen kívül adataink az öndestruktív cselekmény kommunikatív jelentőségére is felhívják a figyelmet.

Eredményeink arra utalnak, hogy az idős populáció a szomatikus és pszichés faktorok, valamint a kedvezőtlen szociokulturális tényezők miatt fokozottan veszélyeztetett az öngyilkos viselkedés szempontjából. Így a prevenciós programokban kiemelt figyelmet kell fordítani az időskorúak öngyilkos viselkedésének megelőzésére is.

#### *2.2.2.3. Összehasonlítás az 1984-91-es baranyai TBZ vizsgálat eredményeivel*

Vizsgálatunk számos vonatkozásban egyezést mutatott az 1984-91-es baranyai TBZ kutatás eredményeivel (Kóczán és mtsai, 1991, Kóczán, 1994). A közel egy évtizede történt vizsgálatban is jelentős női dominancia volt észlelhető a kísérletezők között, azonban akkor a 15-19 éves korosztályban volt a legmagasabb (nő: 800-900, ffi: 600/100 000 lakos) az öngyilkossági kísérletek gyakorisága, a felnőttkorban fokozatosan csökkent és időskorban mutatott ismét kisebb emelkedést. Mintánkban a kor szerinti gyakoriság görbéje a fiatal életkort követően nem mutatott lineáris csökkenést, ugyanis míg a férfiaknál a 20-29 éves korban jelentkezett a legnagyobb gyakoriság (közel 500/100 000), addig a nőknél a serdülőkori csúcsot (780/100 000), a középkorúaknál egy újabb kiemelkedő érték követte (1000/ 100 000). A korgörbén a harmadik (kisebb)

csúcsot a szintén megjelenő időskori emelkedés jelentette. Vizsgálatunk számos egyéb hasonlóságot is feltárt (alacsonyabban iskolázottak magasabb aránya; gyógyszertúladagolás nagy gyakorisága, kemény módszerek gyakoribb előfordulása férfiak között; súlyosabb módszerek arányának a korral való növekedése). Azonban a pécsi kutatásban az ismétlők aránya közel duplája volt a 10 évvel ezelőtti rátának (51 % vs. 28 %), az ismétlők jellegzetességeiben azonban nem volt jelentős különbség. A baranyai vizsgálatban a pécsi adatokhoz képest kétszer olyan gyakran szerepelt a kísérletben alkoholfogyasztás (ffi: 40 vs. 20 %; nő: 20 vs. 10%). A TBZ vizsgálat során elvégzett mélyinterjúk során a személyiségzavarok igen magas arányára derült fény, míg más mentális zavarok lényegesen ritkábban szerepeltek (Ozsváth és mtsai, 1993).

Bár az öngyilkossági halálozás az elmúlt évtizedben jelentős csökkenést mutatott hazánkban és régiónkban is, érdekes módon a kísérletek számában jelentős változás nem volt kimutatható. Annak ellenére, hogy a befejezett és megkísérelt öngyilkosság jelensége élesen nem különíthető el egymástól, nyilvánvaló, hogy a kimenetel vonatkozásában számos faktor komplex hatása feltételezhető. Az egyik fontos tényező lehet a módszerválasztáson belül megjelenő változások (az országos adatok a gyógyszeres szuicidiumok arányának jelentős csökkenését mutatják /Zonda, 2001/), hiszen a napjainkban egyre elterjedtebbé váló kevésbé toxikus gyógyszerek (pl. tri-tetraciklusos antidepresszánsok helyett SSRI szerek) bevétele jelentősen növeli a túlélés esélyét. Kiemelésre érdemes a korábbi vizsgálathoz képest észlelt jelentős növekedés az ismételt szuicid kísérletek arányát illetően, hiszen az ismétlés jelenti a legfontosabb rizikófaktort a befejezett öngyilkosság vonatkozásában. Az ismétlő populáció jellemezőit tekintve azonban nem észleltünk számottevő különbséget a korábbi vizsgálat eredményeihez képest. Az ismétlők arányának növekedése hátterében számos tényező szerepelhet, ezek közül vizsgálatunk (a későbbiekben részletezett) eredményei az egészségügyi és mentálhigiénés ill. pszichiátriai ellátás inszufficienciájának jelentőségére hívják fel a figyelmet.

### *2.2.2.4. Összehasonlítás az európai multicentrikus vizsgálat adataival*

Eredményeinket az összes európai centrum adatainak átlagával összehasonlítva kiderült, hogy Pécsen az öngyilkossági kísérletek kor-standardizált gyakorisága mind a férfiak (Pécs: 195; európai átlag: 140 /100 000), mind a nők (Pécs: 321; európai átlag: 193 /100 000) vonatkozásában meghaladja az európai átlagot (Schmidtke és mtsai, 1996). A 13 centrum közül Pécs az első harmadban szerepel (férfiak – 4. hely; nők 3. hely). A szociodemográfiai jellemzők többségében a pécsi és európai adatok számos hasonlóságot mutattak, azonban néhány különbségre is fény derült (Schmidtke és mtsai, 1994). Az összes európai centrumban – egy kivétellel - a kísérletezők között több nő szerepelt, a férfi: nő arány is közelített az általunk észlelthez (európai átlag - 1:1,5; Pécs: 1:1,7). A legnagyobb gyakoriság az európai férfiaknál a 25-34 éves, nőknél a 15-24 éves korosztályban, míg Pécsen a 20-29 éves férfiaknál és a 15-19 és a 35-44 éves nőknél volt. Az európai adatok szerint a legkisebb gyakoriság az 55 év felettieknél volt, míg Pécsen a 70 év feletti korosztályban mindkét nemben magasabb értékek voltak észlelhetők. Az öngyilkossági kísérletekben az európai adatokhoz hasonló arányban jelentek meg az egyes módszerek, ahogy a nemi különbségek is hasonló mintázatot mutattak (nőknél a mérgezés, férfiaknál pedig a kemény módszerek voltak gyakoribbak) (Michel és mtsai, 2000). A pécsi mintában azonban jóval gyakoribb volt az egyes módszerek kombinációja. A kemény módszerek arányának korral való szignifikáns növekedése azonban az európai adatokban nem jelent meg. A pécsi és a többi európai centrumok vizsgálati eredményeinek legfontosabb különbségeit a 2.2.6.sz. táblázatban foglaltuk össze**.** A családi állapot vonatkozásában a többi európai centrumban lényegesen magasabb volt a hajadonok és nőtlenek ill. az egyedül élők aránya, míg a pécsi mintában többen voltak a házasok, vagy együttélők. A pécsi mintában lényeges nagyobb volt a munkanélküliek aránya, míg a gazdaságilag inaktívak aránya hasonló volt.

A kísérletezők diagnosztikus besorolását tekintve az összehasonlítás csak részlegesen volt kivitelezhető, mivel csak öt európai centrumban állítottak fel klinikai diagnózisokat és ez csupán a páciensek harmadánál történt meg. A

rendelkezésre álló európai adatok az addikciók hasonló arányát mutatták, míg az affektív zavar ill. személyiségzavarok gyakrabban, az alkalmazkodási zavar ritkábban fordult elő, mint a pécsi kísérletezők között. Az ismétlők esetében – a pécsi eredményekhez hasonlóan – a személyiségzavarok, affektív zavarok, pszichotikus zavarok gyakrabban, az alkalmazkodási zavarok ritkábban álltak fenn (Schmidtke és mtsai, 1994)

A kísérletet követő ellátási formákat tekintve Pécsen lényeges gyakoribb volt a páciensek osztályos kezelése. A pécsi mintában jelentősebb volt az ismételt szuicid kísérletet elkövetők aránya és az egy éven belüli ismétlések is gyakrabban fordultak elő. Az ismétlők jellegzetességeit illetően azonban nem volt jelentős eltérés. Érdekes módon a pécsi eredményekkel szemben az európai centrumokban az ismétlők és a nem ismétlők nem különböztek a kísérletet követő ellátási formákat illetően, A pécsi adatokkal ellentétben - ahol az ismétlők majd háromnegyede részesült a tettet követően pszichiátriai osztályos kezelésben – más európai centrumok vizsgálata szerint csak nem egészen az ismétlők fele.

Eredményeink szerint Pécsen mind a kísérletek, mind a befejezett öngyilkosságok aránya az igen magasnak tekinthető más európai adatokkal összehasonlítva. Kiemelésre érdemes, hogy az európai centrumok vonatkozásában sokkal inkább jellemző azon klasszikus paradigma, hogy az öngyilkossági kísérlet döntően a fiatalok között gyakori, Pécsett viszont sajátos módon a középkorú és idős populáció is jelentős arányban szerepelt. Az időskori kísérletek gyakorisága, ill. a kísérletekben szereplő kemény módszerek relatíve magas aránya magyar sajátosságot jelent, ez a magyar öregek a világon egyedülállóan magas szuicid rátájának fényében különösen fontos különbségnek tűnik. Szintén figyelemre méltó eltérés, hogy az európai szuicid kísérletezők között lényeges nagyobb arányban szerepelt rizikófaktorként a magány ill. izoláció, míg a pécsi mintában jóval gyakoribb volt a családban ill. partnerkapcsolatban élők aránya. Úgy tűnik, hogy a magyar populációban nem annyira a magány, mint inkább a konfliktuózus interperszonális viszonyok játszanak jelentős szerepet (Buda, 1997d). A pécsi mintában – különösen a férfiak között – a munkanélküliség sokkal nagyobb arányban szerepelt, mint más európai centrumokban – ez arra utalhat, hogy a munka elvesztésének élménye kultúránkban különösen fontos rizikófaktort jelenthet az öndestruktív

viselkedésformák kialakulása szempontjából. Emellett a probléma kezelését végző hazai szociális ellátó rendszerek működési anomáliáira is felhívhatja a figyelmet. Fontos eltérés, hogy a pécsi populációban gyakoribb volt az ismétlők aránya. Az ismétlők jellemzőit (instabilabb egzisztenciális és interperszonális helyzet, súlyosabb pszichopatológiai eltérések) tekintve viszont a pécsi minta nem különbözött jelentősen. Ez alapján vetődhet fel, hogy a magasabb ismétlődési ráta hátterében nem annyira az ismétlők jellegzetességei, mint inkább a mentálhigiénés ellátás anomáliái állhatnak (a problémakörrel a későbbiekben részletesen is foglalkozunk), hiszen mind az ismétlők, mind a szuicid populáció egészét jellemezte, hogy a pécsi mintában lényegesen nagyobb volt a kísérletet követően a pszichiátriai hospitalizáció aránya, ennek ellenére sok esetben következett be (nem ritkán rövid időn) belül újabb kísérlet.

### 2.2.3.Összefoglalás - következtetések

1. Az elmúlt évtizedben az öngyilkossági kísérletek gyakorisága alig változott, míg a halálozás jelentősen csökkent. A pécsi minta nemi megoszlása nagyjából megfelelt a korábbi epidemiológiai adatoknak. A fiatalok mellett azonban a középkorú és idős populációban (elsősorban a nőknél) is gyakoribb volt az öngyilkossági kísérlet.
2. A korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan a kísérletezőket instabilabb interperszonális és egzisztenciális tényezők jellemezték, melyek az ismétlők esetében még kifejezettebben jelentek meg. Fontos eltérést jelentett az európai adatokhoz képest, hogy a pécsi mintában a magány ill. izoláció jóval ritkábban fordult elő, ez alapján a konfliktuózus interperszonális viszonyok szerepe fontosabbnak látszik.
3. A módszerválasztás tekintetében a pécsi adatok nem különböztek jelentősen a korábbi ill. az európai vizsgálatok eredményeitől, viszont a választott pszichofarmakonok megoszlása igen jellegzetes volt. Ez összefüggésbe hozható az egyes gyógyszerek elérhetőségével ill. a hazai gyógyszerfelírás és fogyasztás anomáliáival is. A módszerválasztásban észlelt változások (elsősorban a kevésbé toxikus gyógyszerek elterjedése) fontos szerepet játszhatnak a befejezett öngyilkosság rátájának csökkenésében is.

4. A kísérletezők diagnosztikus megoszlását tekintve az alkalmazkodási zavarok mellett a depressziós zavar (főleg nőknél), ill. az alkoholfüggőség (inkább férfiaknál), valamint a személyiségzavarok fordultak elő leggyakrabban. Míg megoszlásuk nem tért el jelentősen más vizsgálatok eredményeitől, addig gyakoriságuk - feltehetően a diagnózisalkotás eltérő módszere miatt - alacsonyabbnak bizonyult.

5. Az ismételt kísérletezők jelentős arányban szerepeltek a mintában. A szociodemográfiai tényezőket tekintve – hasonlóan más vizsgálatok eredményeihez – gyakoribbak voltak a szociális és egzisztenciális destabilizációra utaló jellemzők. A mentális zavarok az ismétlés legjelentősebb prediktorának bizonyultak. Megoszlásuk pedig a háttérben álló súlyosabb pszichopatológiai eltérésekre utalt. Ehhez kapcsolódóan az ismételt kísérletekben gyakori volt olyan pszichofarmakonok használata, mint pl. a hangulatjavítók, a neuroleptikumok és a karbamazepin. Ez a pszichiátriai ellátó rendszerekkel való gyakori kapcsolatra utalhat. Vizsgálatunk eredményei arra is felhívják a figyelmet, hogy a magas ismétlődési ráta hátterében nemcsak az ismétlők jellegzetességei, hanem az egészségügyi ellátás hatékonyságának problémái is fontos szerepet játszhatnak.

6. Az idős kísérletezők más vizsgálatokhoz képest jelentősebb arányban szerepeltek a mintában és számos jellemző tekintetében eltértek a fiatalabbaktól. Eredményeink szerint az öngyilkossági kísérletet elkövető idősek gyakran szenvednek hangulatzavarban és/vagy organikus pszichés megbetegedésben. Adatainak alapján felmerül annak lehetősége, hogy az időskori öngyilkos viselkedés kialakulásában a depresszió aluldiagnosztizálásának ill. kezelésének, valamint az inadekvát pszichoszociális támogatásnak is szerepe lehet.

# 2.3. A RÉSZLETES INTERJÚS VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

## 2.3.1. A pszichológiai skálák elemzése

### *2.3.1.1.Bevezetés*

A szuicid viselkedés és a pszichiátriai megbetegedések – különös tekintettel a hangulatzavarokra - kapcsolatának vizsgálata szintén a modern szuicidológia egyik központi témáját jelenti. A szerzők többsége egyetért abban, hogy mind a befejezett öngyilkosságot, mind a kísérletet elkövetők nagyon gyakran szenvednek valamilyen mentális betegségben, ezek között pedig a depressziós szindrómáké a vezető szerep. A hangulatzavarok előfordulásának pontos arányát illetően azonban megoszlanak a vélemények (Arató és mtsai, 1988, Ennis és mtsai, 1989). Ebből a szempontból kiemelt fontossággal bírnak azok a vizsgálatok, melyek a szuicid kísérletezők populációjában önkitöltő tesztek segítségével vizsgálják a depressziós tünetek fennállását ill. súlyosságát. A depresszív tünetek mellett a reménytelenség ill. a szuicid intenciók megjelenésének és súlyosságának felmérését is számos kutatás tűzte ki céljául (Pokorny és mtsai, 1975, Beck és mtsai, 1985, Fawcett és mtsai, 1987, Beck és mtsai, 1990, Keller, 1993). Az egyes skálák kapcsolatának összefüggéseinek elemzése során kiderült, hogy a depresszió és a reménytelenség összefügg a szuicid intenciók mértékével (Suominen, és mtsai, 1997, Scocco és mtsai, 2000) és ebben a relációban a reménytelenség képezheti a hiányzó láncszemet a depresszió és az öngyilkosság között (Minkoff és mtsai, 1973, Beck és mtsai, 1975, Schlebusch, Wessels, 1988, Salter, Platt, 1990). Más szerzők ezt azzal magyarázzák, hogy azok követnek el öngyilkosságot, akik elvesztették a reményüket, hogy a dolgok jobbra fordulhatnak. Ennek alapján a reménytelenséget, mint a depresszió egy tünetét értelmezik, mely prediktív jelentőséggel bír (Rifai és mtsai, 1994, Sidley és mtsai, 1999) és így szerepe a

szuicid páciensek terápiájában is kiemelkedő fontosságú (Dyer, Kreitman, 1984).

A Beck Depressziós Skála alkalmazása során észlelt depressziós tünetek azonban gyakran nem jelennek meg a klinikai diagnózisban. A magas BDI pontszám nem kizárólag depresszió klinikai diagnózisára utal, hanem egy általánosabb szubjektív emocionális distress vagy másképpen megfogalmazva lélektani krízisállapot kifejeződéseként is értelmezhető (Ennis és mtsai, 1989).

Vizsgálatunkban a szakirodalmi adatok alapján kísérletet tettünk a szuicid kísérletet elkövetők lelkiállapotának pontosabb feltérképezésére. A kísérletezőkkel felvett részletes interjú több pszichológiai és tünetbecslő skálát is magában foglalt: úgymint a Beck Depressziós Skála (Beck Depression Inventory – Beck és mtsai, 1961), a Beck Reménytelenség Skála (Beck Hopelessness Scale - Beck és mtsai, 1974), Beck Szuicid Intenció Skála (Suicide Intent Scale – Beck és mtsai, 1974), valamint a harag ill. az agresszív indulatok megjelenését vizsgáló (State-Trait Anger Scale – Spielberger, 1980) és az önértékelést felmérő Rosenberg Önbizalom Skála (Self-Esteem Scale – Rosenberg, 1965). Az alábbiakban az egyes skálák elemzése során nyert eredményeket fogaljuk össze (2.3.1.1.sz. táblázat).

Ezen skálák átlagpopulációs értékei nem állnak rendelkezésre, így az öngyilkossági kísérletezők normál kontrollal való összehasonlítása csak részlegesen volt kivitelezhető. Mindazonáltal megállapítható, hogy a legtöbb skálában viszonylag magas átlagértékeket találtunk, míg az Önbizalom Skálánál inkább az alacsony átlagpontok voltak jellemzők. Jelentős nemi különbséget az egyes skálák vonatkozásában nem észleltünk.

#### *2.3.1.2. Normál kontrollal való összehasonlítás (Beck Depressziós Skála, Rosenberg Önbizalom Skála)*

Vizsgálatunk során az öngyilkossági kísérletezők mintáját a Beck Depressziós Skála (BDI) ill. a Rosenberg Önbizalom Skála vonatkozásában kor és nem szerint részlegesen illesztett normál kontrollal is összehasonlítottuk. A

kontroll populációt orvostanhallgatók, ill. egészségügyi szakdolgozók alkották. A szuicid kísérletezők mintája a depressziós skálában szignifikánsan magasabb, míg az Önbizalom Skálán lényegesen kisebb átlagértéket ért el. Ez a markáns különbség mindkét nem vonatkozásában jellemző volt (2.3.1.2.sz. táblázat).

### *2.3.1.3. A Beck Depressziós Skála*

A Beck-Skálában elért eredmények alapján a kísérletezők fele tartozott a súlyos depressziós kategóriába (25 pont<), míg egyötödüket alig jellemezte hangulatzavarra utaló tünet (<14 pont), a páciensek közel egyharmadánál enyhe (15-20 pont), vagy közepes (21-25 pont) súlyosságú depresszióra derült fény. A férfiak közül többen tartoztak (34,3 vs. 23,8 %) a tünetmentes vagy enyhe kategóriába, mint nőknél, közöttük valamivel gyakoribb volt súlyosabb lehangoltság (52,4 vs. 42,1 %).

A skála egyes tételeit elemezve kiderült, hogy a mintában kifejezett gyakorisággal jelentek meg a szubjektíven megélt pszichés (ingerlékenység, szomorúság) és testi (alvászavar, fáradtság, étvágytalanság) tünetek. A fentieken kívül olyan kérdésekben is magas pontátlagokat észleltünk, mint a pesszimizmus, kudarc, elégedetlenség, a saját személy hibáztatása, ill. önvádlás, önutálat. Néhány jellegzetes nemi különbségekre is fény derült. Összességében a nők a legtöbb tételnél gyakrabban jelöltek meg súlyosabb panaszokat. Különösen nagy volt az eltérés a pesszimizmus ill. kudarc, az önvádlás és önutálat, a döntésképtelenség, a külső megváltozásának negatív értékelése, fáradtság, étvágytalanság és a libidócsökkenés tételeiben. A férfiak között jóval gyakoribb volt az elégedetlenség érzése, a szomorúság, az öngyilkossági gondolatok, ill. ingerlékenység, síráskényszer, valamint a szomatikus tünetek miatti aggódás.

### *2.3.1.4. Az egyes skálák korrelációja*

A skálák elemzése során az egymással való összefüggéseiket is elemeztük, tesztelve ezzel a szuicid populációban való alkalmazhatóságukat (2.3.1.3.sz. táblázat). Ennek során kiderült, hogy a BDI igen magas korrelációt mutatott a Reménytelenség Skálával, a Harag Skálával (elsősorban a jelenlegi állapotra vonatkozó alskálával), valamint erős negatív korrelációt az Önbizalom Skálával. Hasonló összefüggés mutatkozott a Reménytelenség Skála ill. a Harag Skála és az Önbizalom Skála között. Kevésbé szoros volt az összefüggés az Önértékelés Skála ill. a Harag Skála között. Szintén nem meglepő a Harag Skála két alskálájának szoros pozitív korrelációja. Említésre érdemes, hogy a Szuicid Intenció Skála egyik kérdőívvel sem mutatott szignifikáns mértékű korrelációt.

### *2.3.1.5. Az ismétlők jellegzetességei*

Az öngyilkosságot első alkalommal és ismételten megkísérlők összehasonlítása során kiderült, hogy az ismétlők a legtöbb skála vonatkozásában magasabb értékeket értek el, mintegy jelezve a súlyosabb pszichopatológiai eltérések fennállásának lehetőségét (2.3.1.4.sz. táblázat).

A Beck Depressziós Skálában az ismétlők szignifikánsan magasabb átlagot értek el, mind a férfiak, mind a nők csoportjában. A depresszió súlyossága szerinti csoportokat vizsgálva pedig az ismétlők között jóval nagyobb arányban szerepeltek a súlyos depressziós tünetekkel bírók (férfiak: 52,2 vs. 26,7 %; nők: 62,2 % vs. 34,8 %). A legtöbb tétel vonatkozásában az ismétlők magasabb pontátlagokat értek el, több tétel esetében ez a különbség szignifikáns volt. Ezek közül kiemelésre érdemes a kifejezettebb önvádlás, a saját személy hibáztatása, ill. a büntetés vágya, a szuicid gondolatok, valamint bizonyos szomatikus tünetek (alvászavar, étvágytalanság, fogyás, fáradtság, libidócsökkenés).

Az ismétlők szignifikánsan magasabb átlagértéket értek el a Beck Reménytelenség Skálában is, különösen a férfiak között volt ez a különbség jelentős. Az indulatosságot vizsgáló skálán is magasabb értékek jellemezték az ismétlőket, mind a jelenlegi állapot (state), mind a személyiség általános

jellemzését (trait) illetően. Különösen érdekes, hogy a “trait” harag faktora esetében volt az eltérés különösen markáns, valamint hogy a férfi ismétlőket jellemezte kifejezettebb eltérés. A Rosenberg Önbizalom Skálában viszont az öngyilkosságot első alkalommal megkísérlők érték el a magasabb átlagot, ill. a nőknél volt a különbség jelentősebb. Kiemelésre érdemes, hogy az öngyilkossági kísérlet tervezettségét mérő Beck- Szuicid Intenció Skálában nem volt számottevő eltérés az ismétlők ill. első kísérletet elkövetők között.

### *2.3.1.6. Összefoglalás - következtetések*

1. A tesztben szereplő pszichológiai skálák alapján a kísérletezőket kifejezettebb depressziós tünetek ill. reménytelenségérzés jellemezte. Az alacsony önértékelés mellett a temperamentumbeli eltérések (kifejezett indulatosság mind aktuálisan, mind a személyiségre általában jellemző módon) is jelentősek voltak. Ezen adatunk figyelemreméltó összefüggést mutat az impulzivitás szuicid viselkedésben játszott szerepét vizsgáló kutatásokkal (Brodsky és mtsai, 1997, Mann és mtsai, 1999, Horesh és mtsai, 1999).
2. Az ismételt szuicid kísérletet elkövetők csoportjára jellemző volt a kifejezettebb depressziós hangulat, reménytelenségérzés, indulatosság (nemcsak az aktuális, hanem a személyiséget általában jellemző faktora /Evans és mtsai, 1996, Stanley és mtsai, 2001/) és az alacsonyabb önértékelés. Ez a tény pedig az ismétlők vonatkozásában az aktuálisan megjelenő súlyosabb pszichés tünetek mellett, a személyiség mélyebb patológiájára hívja fel a figyelmet.
**3.** Az egyes skálák egymással való korrelációjának vizsgálata - a szakirodalmi adatokhoz hasonlóan - igazolta a depresszió és reménytelenség faktorának szoros összefüggését, de emellett ezen skálák erős korrelációját az indulatosság faktorával is. Míg a szuicidium tervezettségével való összefüggés jóval lazább volt. Ez az eredmény a kísérletekben az agresszív indulatok kezelésének - aktuális tüneti képen túlmutató – problémájára hívja fel a figyelmet. Feltételezésünknek megfelelően a pszichopatológiai eltéréseket jelző skálák negatívan korreláltak az önbizalommal. Az egyes skálák összefüggéseinek a teoretikusan szempontból koherensnek tekinthető mintázata mintegy igazolta a tesztek szuicid populációban való alkalmazhatóságát.

4. Más európai adatokkal (Arensman, 1997) való összehasonlítás során a pécsi kísérletezők nem különböztek jelentősen az egyes skálák átlagértékeinek tekintetében.

## 2.3.2. Az öngyilkossági kísérlet hátterében álló okok és motivációk

### *2.3.2.1. Eredmények*

A kérdőívben két skála is szerepelt a szuicid kísérlet hátterében szereplő okokra és motivációkra vonatkozóan. Ezek között a magány, ill. a partnerkapcsolati problémák szerepeltek leggyakrabban (megközelítőleg háromnegyedüknél), de jelentős arány értek el a kapcsolatteremtési nehézségek ill. szerelmi csalódás (közel a minta felében), valamint a szülőkkel való konfliktusok is. A problémák között a férfiak gyakrabban számoltak be munkanélküliségről (40 vs. 22 %), alkoholfüggőségről (34 vs. 22 %) és testi betegségekről (29 vs. 19 %), míg a nők lelki betegségekről (56 vs. 32 %) és a gyermekekkel kapcsolatos problémákról (40 vs. 21 %). A páciensek saját meghatározásai között közel 30 %-uknál a szakítás ill. elválás (férfi-nő: 33 vs. 24 %), több mint 40 %-uknál interperszonális konfliktusok (férfi-nő: 49 vs. 32 %), 10 %-ban a magány, valamint a lelki betegség ill. addikció szerepelt.

Az öngyilkossági kísérlet hátterében álló motivációk közül a páciensek több mint 80 %-ánál szerepelt az elviselhetetlen gondolatoktól való szabadulás, a kibírhatatlan helyzetből való menekülés és a halálvágy motívuma. Közel kétharmaduknál jelent meg a kontrollvesztés érzése, míg a minta közel felében a mások helyzetének megkönnyítése. A ragaszkodás (férfiaknál szignifikánsan gyakrabban), ill. a kétségbeesés kifejezése (férfiaknál valamivel gyakrabban), valamint a segélykérés (nőknél gyakrabban), mások véleményének megváltoztatása, a bűntudatkeltés, valamint az alvásba menekülés közel egyharmadukra volt jellemző. Míg a bosszú motívuma a nők negyedében, a férfiak alig több mint 10 %-ában volt jelen.

### *2.3.2.2. Az ismétlők jellegzetességei*

A szuicid kísérelt hátterében álló okok közül az ismétlők között jóval gyakrabban fordultak elő– különösen a nők között - a partnerrel való konfliktusok (nők: 80 vs. 59,1 %), ill. a lelki betegségek (nők: 62,5 vs. 43,5 %) és az alkoholfüggőség (nők: 32,5 vs. 4,3 %), valamint – elsősorban a férfiaknál - a kapcsolatteremtési problémák (férfiak: 52,2 vs. 13,3 % - $p<0,05$) és a testi betegségek (férfiak: 39,1 vs. 13,3 ). Szintén a férfi ismétlőkre volt jellemző a munkanélküliség problémájának magas aránya (59,1 vs. 13,3 % - $p<0,01$). A páciensek szubjektív meghatározásaiban pedig a női ismétlők szignifikánsan ritkábban számoltak be szakításról ill. elválásról (15 vs. 39,1 % - $p<0,05$), míg jóval gyakrabban interperszonális konfliktusokról (65 vs. 21,7 % - $p<0,05$). A férfi ismétlőknél ez pont fordítva jelent meg, náluk kevésbé volt jellemző a konfliktusok említése a szuicid kísérlet hátterében (26,1 vs.40 %). Anyagi problémákat viszont a ez a csoport említett gyakrabban az első kísérletet elkövetőkkel szemben.

Az öngyilkossági kísérlet hátterében álló motivációk között az ismétlők között nagyobb arányban szerepelt a bosszú motívuma (27 vs. 10,5 % - $p<0,05$) és kevesebben számolta be a kibírhatatlan helyzetből való menekülésről (81 vs. 95 % - $p<0,05$). A férfi ismétlők között lényegesen ritkább volt a kétségbeesés kifejezésének megjelenése (34,8 vs. 60 %) és a bűntudatkeltés (30,4 vs. 53,3 %) ill. mások véleményének befolyásolási szándéka (26,1 vs. 46,7 %), míg a törődés igénye (39,1 vs. 26,7 %) és az alvásba menekülés (43,5 vs. 6,7 % - $p<0,05$) gyakrabban jelent meg. Nők esetében viszont az ismétlők között gyakoribb volt a ragaszkodás kifejezése (32,5 vs. 17,4 %), a bűntudatkeltés (52,5 vs.34,8 %), mások véleményének befolyásolása (45 vs. 17,4 % - $p<0,05$), ill. mások helyzetének könnyítésére irányuló szándék (62,5 vs. 39,1 %), valamint a halálvágy (87,5 % vs. 72,7).

### *2.3.2.3. Összefoglalás - következtetések*

1. Kiemelésre érdemes, hogy a kísérlet hátterében megjelölt okok és motivációk között leggyakrabban a különböző interperszonális problémák ill. konfliktusok, ill. a menekülés vágya szerepeltek (Kóczán, 1994). Érdekes módon ezen adatunk jelentős egyezést mutat a korábbi vizsgálatokkal (Kádár és Cselkó idézi Buda, 1997d), vagyis a közeli emberi kapcsolatokban megjelenő problémák az eltelt közel három évtized jelentős társadalmi változásai ellenére napjainkban is kiemelkedő szerephez jutnak az öndestruktív magatartás hátterében. Vizsgálatunkban jelentős nemi különbségekre is fény derült, ezek közül a férfiaknál a jóval gyakrabban megjelenő munkanélküliség ill. krónikus alkoholizálás emelhető ki (Gubacsi, 1998).
2. Az ismételt öngyilkossági kísérletet elkövetők között (különösen a nőknél) markáns módon jelentek meg a kapcsolati problémák. Kiemelésre érdemes ebben a csoportban a bosszú motívumának magasabb aránya, valamint az ismétlő nők között az olyan jellemzők megjelenése, mint a ragaszkodás kifejezése, bűntudatkeltés, mások véleményének befolyásolása, melyek a tett kommunikatív aspektusára hívhatják fel a figyelmet.
3. Az összeurópai adatokhoz képest (Bille-Brahe és mtsai, 1998) a pécsi mintában jóval gyakrabban számoltak partnerkapcsolati konfliktusokról ill. veszteségekről az öngyilkossági kísérlet hátterében, a motívumok között pedig gyakrabban jelent meg a ragaszkodás kifejezése, a bűntudatkeltés, mások véleményének befolyásolása ill. mások helyzetének megkönnyítése. Ennek alapján úgy tűnik, hogy a magyar kultúrában az öndestruktív viselkedés kapcsolati ill. kommunikatív aspektusa különös fontossággal bír (a búcsúlevelek transzkulturális összehasonlító elemzésével foglalkozó kutatásunk hasonló eredményekhez vezetett /Osváth és mtsai, 1996, Lenaars és mtsai, 1998).

## 2.3.3. A korábbi öngyilkossági kísérletet követő érzések és környezeti reakciók

### *2.3.3.1. Eredmények*

Az interjúban több kérdés is szerepelt az esetleges korábbi öngyilkossági kísérletet követő érzésekre ill. környezeti reakciókra. Az ismétlők leggyakrabban a tettet követően jelentkező, saját magukkal ill. a környezettel kapcsolatos bizonytalanságról és zavarról számoltak be és olyan negatív érzések is gyakran szerepeltek, mint a szégyen, a saját személyükre vonatkozó harag, ill. félelem. A kísérletet követő pozitív érzelmek, mint pl. az, hogy jól érezte magát, megkönnyebbült vagy büszke volt – lényegesen ritkábban fordult elő. A férfiak között nagyobb arányban fordultak elő pozitív érzelmek (jól érezte magát, megkönnyebbült, büszkeség) ill. az önsajnálat, míg nőknél a harag ill. a bizonytalanság (2.3.3.1.sz. ábra).

A környezetnek az öngyilkossági kísérletre vonatkozó reakcióját tekintve olyan pozitív attitűdökről számoltak be leginkább, mint pl. a sajnálat, megértés, de hasonló arányban szerepeltek a kísérletezőkkel szembeni indulatok is. Kisebb arányban jelent meg a velük kapcsolatos bizonytalanság és a zavar ill. a kinevetés. A nők irányában valamivel pozitívabb reakció (megértés, sajnálat nagyobb aránya) volt megfigyelhető, míg a férfiaknál nagyobb arányú volt a kinevetés (2.3.3.2.sz. ábra).

### *2.3.3.2. Reakciók-érzések az első interjút megelőző kísérletet követően*

A követéses interjú során kapott eredmények szerint az első interjút megelőző kísérletet követő saját érzések és környezeti reakciók hasonló arányban oszlottak meg, mint a korábbi szuicid kísérlet után. A környezet részéről leggyakrabban a sajnálatról, megértésről és a dühről ill. bizonytalanságról számoltak be a kísérletezők. Az ismétlők esetében jelentős különbséget jelentett, hogy náluk jóval ritkább volt a környezet részéről a sajnálat és a megértés ($p<0,01$).

A kísérletet követő érzések között a bizonytalanság saját magával ill. a környezettel szemben ill. a harag saját magukkal szemben jelent meg leggyakrabban, a férfiaknál gyakoribb volt, hogy jól érezték magukat ill. megkönnyebbültek ($p<0,05$) a kísérlet után, vagy haragudtak magukra. A nőkre inkább az önsajnálat, félelem, bizonytalanság, saját magukkal szembeni zavar ($p<0,05$) volt jellemző. Az ismétlők pedig nagyobb arányban érezték jól magukat ($p<0,05$), ill. érezték megkönnyebbülést a kísérlet után, míg kevésbé volt jellemző a saját maguktól való félelem ill. bizonytalanság ($p<0,01$) és a szégyen érzése.

### *2.3.3.3. Összefoglalás - következtetések*

1. A kísérletezőkre jellemző volt, hogy a tettet követően elsősorban saját magukkal kapcsolatos negatív érzések ill. bizonytalanság volt észlelhető, a pozitív érzelmek kevésbé szerepeltek (a férfiaknál inkább). A környezet részéről azonban gyakrabban jelent meg a kísérletezőkhöz való pozitív viszonyulás (különösen a nőket illetően). A párhuzamosan megjelenő negatív megítélés pedig az önpusztítással kapcsolatos ambivalens környezeti reakcióra utal (Fekete és mtsai, 1998). Az összeurópai adatokban sokkal inkább domináltak a kísérletet követő negatív érzések és a bizonytalanság és kevésbé volt jelen az elfogadó attitűd (Bille-Brahe, 1998). Ezen adatunk megerősíti a pozitív környezeti reakciók szerepét a hazai öngyilkossági kultúrában (Buda, 1997d).
2. Az ismétlők vonatkozásában a tettet követően jóval gyakrabban jelentek meg pozitív érzelmek saját személyük vonatkozásában, míg a környezet részéről nagyobb arányban tapasztaltak elutasítást. Ennek alapján úgy tűnik, hogy míg ebben a csoportban a tett javított a kísérletező lelkiállapotán, az ismételt öndestruktív viselkedés fokozott elutasítást váltott ki a környezet részéről. Ez pedig csökkentheti a segítségnyújtás lehetőségét és így növelheti az ismétlődés rizikóját.

## 2.3.4. Alkoholfogyasztás mintái a szuicid kísérletezők csoportjában

### *2.3.4.1. Eredmények*

Az interjúban egy kérdőív foglalkozik a kísérletezők alkoholfogyasztásával, különösen abban a vonatkozásban, hogy ez milyen gyakorisággal és milyen mennyiségben történt a kísérletet megelőző időszakban.

A kísérletezők közel ötöde volt absztinens (ffi/nő: 10,5 vs. 23,8 %), közel fele tartotta alkoholfogyasztását átlagos mértékűnek (férfiak és nők egyenlő arányban), míg egyharmaduk számolt be időszakos kemény alkoholizálásról (ffi/nő: 43 vs. 30 %). Az alkoholfogyasztás gyakoriságát illetően egyharmaduk havi rendszerességet említett (ffi/nő. 26,3 vs. 38 %), míg negyedük számolt be hetente több ilyen alkalomról (ffi/nő: 39,5 vs. 17,4 % - $p<0,05$). Az átlagos napi alkoholfogyasztást tekintve a kísérletezők fele fogyaszt 10-20 g alkoholt tartalmazó mennyiséget (ffi/nő: 39,5 vs. 52,4 %), míg 14 %-uk említett kifejezetten nagy mennyiséget (70 g alkoholnak megfelelő mennyiségnél többet) /ffi/nő: 23,7 vs. 7,9 %/. A részegséget elérő alkoholizálásról megközelítőleg a minta fele számolt be (ffi/nő: 65,8 vs. 31,8 %), 15 %-uk esetében hetente vagy még gyakrabban került erre sor (ffi/nő: 31,6 vs. 4,8 % - $p<0,01$). A páciensek egynegyede érezte úgy, hogy az alkoholfogyasztás problémát jelent számára (ffi/nő. 36,8 vs. 20,6 %), közel harmaduk érzett emiatt bűntudatot (nemi különbség nélkül). A kísérletezők közel 30 %-a próbálkozott azzal, hogy leszokik az alkoholfogyasztásról (ffi/nő: 34,2 vs. 27 %), egyötödük ebben orvosi segítséget is kért (a férfiak és nők hasonló arányban).

### *2.3.4.2. Az ismétlők jellegzetességei*

Az ismétlők csoportjában lényegesen nagyobb volt a rendszeresen (hetente többször – 31,8 vs. 15,8 %) és az időszakosan keményen alkoholizálók aránya (46 vs.13,2 %), és kevesebben voltak akik átlagos mértékben vagy egyáltalán nem fogyasztottak alkoholt ($p<0,01$). Az ismétlők átlagos napi

alkoholfogyasztása nagyobb mennyiséget ért el mindkét nemben ($p<0,01$). Közöttük nagyobb arányban szerepeltek azok, akik gyakran részegednek le (hetente vagy gyakrabban: 19 vs. 8 % - $p<0,05$). Az ismételt szuicid kísérletet elkövetők nagyobb arányban éreztek bűntudatot alkoholfogyasztásuk miatt (42,9 vs. 18,4 % - $p<0,05$). Több mint egyharmaduk érezte problémának maga számára, míg a másik csoportnak csupán egyötöde, nagyobb arányban is jelezte ezt vissza a környezetük (39,7 vs. 15,8 % - $p<0,01$). Az ismétlők közül többen kísérelték meg a leszokást (39,7 vs. 13,1 % - $p<0,05$). és többen kértek közülük orvosi segítséget (28,6 vs. 7,9 % - $p<0,05$). Az ismétlők között jóval gyakrabban jelentek meg a rendszeres alkoholfogyasztás egészségkárosító következményei, mint pl. a reggeli ivás, az eszméletlenségig tartó alkoholizálás, kontrollvesztés ill. a mindennapi tevékenység elhanyagolása.

#### *2.3.4.3. Összefoglalás - következtetések*

1. A kísérletezők között – hasonlóan a korábbi hazai adatokhoz (Temesváry, Szilárd, 1985, Kóczán, 1994) - jelentős arányban szerepeltek azok, akik az átlagot meghaladó mértékben ill. gyakorisággal fogyasztottak alkoholt. A férfiak között jóval többen voltak a rendszeres alkoholfogyasztók (ez egybevág az alkoholfüggőségnek a teljes monitorizált csoport pszichiátriai diagnózisai között észlelt magasabb előfordulásával). Az ismétlők csoportjában a rendszeres alkoholfogyasztók aránya jóval magasabb volt és ennek súlyosabb formái is gyakrabban jelentek meg (a nőknél kifejezettebb volt az eltérés a két csoport között). Eredményeink egybevágnak a szakirodalmi adatokkal, melyek szerint ezen devianciaformák gyakran társulnak egymással (Andorka és mtsai, 1972, Buda, 1997a). A súlyosabb pszichopatológiai eltérésekkel jellemezhető ismétlő populációban (különösen a férfiak esetében) ez az összefüggés különösen markánsnak bizonyult.

## 2.3.5. A modellkövetés szerepe a mintában

### *2.3.5.1. Eredmények*

Az interjúban számos kérdés foglalkozott azzal, hogy milyen arányban voltak jelen a kísérletezők környezetében öngyilkosságot elkövető modellszemélyek. A páciensek közel kétharmada számolt be erről (ffi/nő: 55 vs. 65 %), ezen csoport közel fele több modellszemélyt is említett. A modellek aránya a 30-49 éves korosztályban bizonyult a legmagasabbnak, az ennél idősebbek ill. fiatalabbak között valamivel ritkább volt. A modellek öngyilkossági cselekményei között megközelítőleg kétharmad-egyharmad arányban oszlott meg a kísérlet ill. a befejezett szuicidium. A modellszemélyek fele volt közeli rokon, míg 25-25 %-ban szerepeltek távolabbi rokonok (ffi/nő: 18,2 vs. 28,8) ill. közeli barátok (ffi/nő: 34,1 vs. 18,8 %). Az első fokú rokonságban – 15 %-ban jelent meg az anya (férfiaknál és nőknél hasonló arányban), 11 %-ban a lánytestvér (ffi/nő. 9,1 vs. 11,3) és 8 %-ban az apa (ffi/nő.9,1 vs. 7,5 %) ill. a partner (ffi/nő: 11,4 vs. 6,3 %). A közeli rokonok között összességében nagyobb volt a nőnemű modellek (anya, feleség, lánytestvér, nagyanya) aránya. Az említésre került öngyilkossági cselekmények közel 90 %-a több mint egy évvel a páciensek jelenlegi kísérlete előtt történt. A kísérletezők 40 %-a számolt be arról, hogy bizonyos mértékben közvetlenül érintett volt a tettben (kapcsolatba lépett a hozzátartozóval a tett előtt vagy után stb.).

A szuicidiumot ismételten megkísérlők vonatkozásában kiderült, hogy mindkét nemben valamivel nagyobb arányban volt a környezetükben modellszemély és átlagosan valamivel több modellel is bírtak (2.3.5.1.sz. ábra).

### *2.3.5.2. Összefoglalás - következtetések*

1. A szuicid kísérletezők többségénél (nőknél kissé gyakrabban) derült fény a környezetükben szuicid cselekményre, ezekben leggyakrabban a közeli rokonok szerepeltek, a barátok ill. távoli rokonok aránya kisebb volt. Az előbbi csoportban az anya, a lánytestvér ill. az apa öngyilkossági cselekménye jelent

meg leggyakrabban, összességében a nőnemű modellszemélyek aránya volt kiemelkedő. A modellesemények túlnyomó többsége időben jóval megelőzte a kísérletezők cselekményét. Az ismétlőknél a modellesemények valamivel gyakoribbak voltak.

2. A korábbi hazai (Huszár, Kopp, 1985, Temesváry, 1986) ill. a pécsi modellkövetéses vizsgálat (Fekete, Schmidtke, 1995) eredményei megközelítőleg hasonló arányokat mutattak, így vizsgálatunk mintegy megerősítette a modellkövetés kultúránkra jellemző magas gyakoriságát. A korábbi vizsgálatokban szintén a női modellek jelentős arányát találták.

3. Eredményeinket az összeurópai adatokkal összehasonlítva (Schmidtke és mtsai, 1997) kiderült, hogy a pécsi mintában valamivel gyakoribb volt a modellszemélyek aránya (férfiak: 55 vs. 46 %; nők: 65 vs. 50 %) és jóval nagyobb arányban szerepeltek közeli rokonok (férfiak: 48 vs. 29 %, nők: 52,5 vs. 35 %) és a tettben való személyes érintettség is gyakrabban fordult elő (férfiak: 39 vs. 26 %; nők: 40 vs. 32 %).

4. Vizsgálatunk megerősítette a korábbi pécsi transzkulturális összehasonlító elemzés (Fekete, Schmidtke, 1995) eredményeit, melyek az öngyilkosság komplex folyamatában a szociokulturális transzmisszió szerepére utaltak. Emellett jelentős transzkulturális különbségekre is fény derült, a kulturális-családi mintákra és az öngyilkosság modelleffektusainak szerepére vonatkozóan. Eredményeink igazolták a modellkövetés fontos szerepét a hazai szuicidális kultúra kialakulásában (Buda, 1997d). A pécsi kísérletezők mélyebb involválódása a modelleseményekbe ill. a családi modellszemélyekkel való gyakoribb kontaktusok a közvetlen családi minták jelentőségét emelik ki (Koltai, 1999). Ezek a kulturális háttérbe ágyazottan játszhatnak kiemelt szerepet a szuicid viselkedés kialakulásában. Hiszen a szuicidális modellekhez való viszony az adott kultúra öngyilkossággal kapcsolatos minősítéseit ill. értékítéleteit is tükrözi. Eredményeink felhívják a figyelmet a túlélő családtagok pszichés segítségnyújtásának fontosságára (Jegesy és mtsai, 1995, Koltai, 1999) is, mivel a modellel való azonosulás ill. mintakövetés megelőzése kifejezett prevenciós jelentőséggel bír.

## 2.3.6. A szociális integráció vizsgálata

### *2.3.6.1. Eredmények*

Az interjú során a kísérletezők szociális kapcsolatrendszerének feltérképezésére is sor került. Ebben a részben arra vonatkozóan szerepeltek kérdések, hogy a páciens mely rokonaival (első fokú rokon, távolabbi hozzátartozó, barát) és milyen gyakorisággal lépett kontaktusba a kísérletet megelőző évben szociális környezetének tagjai közül.

Elemzésünk során kiderült, hogy a páciensek többsége intenzív kapcsolatban állt rokonaival ill. barátaival. A nők környezetében több különböző rokoni csoport is szerepelt, viszont az összes kontaktust figyelembe véve a férfiak magasabb értéket értek el. Az egy-egy hozzátartozóval való kapcsolat gyakoriságát tekintve az első fokú rokonokkal ill. a barátokkal való kontaktus volt a leggyakoribb (2.3.6.1.sz. ábra). A nők szignifikánsan gyakrabban találkoztak gyermekeikkel és unokáikkal, míg a férfiak szüleikkel és barátaikkal. Az önszerveződő közösségekhez való tartozás aránya minimálisnak bizonyult (ffi/nő: 7,8 vs. 15,8 %).

Az ismétlők csoportját vizsgálva közel szignifikáns különbséget észleltünk, mind a férfiaknál, mind nőknél az ismétlők kevesebb rokoni csoporttal áltak kapcsolatban és ritkábban is találkoztak velük.

### *2.3.6.2. Összefoglalás - következtetések*

1. Vizsgálatunk eredményei szerint a kísérletezők kiterjedt kapcsolatrendszerrel bírtak és környezetükkel való gyakori kapcsolatfelvétel jellemezte őket, míg a magányosság ill. izoláció kevésbé jelent meg. Ezen eredményünk arra a korábban már felvetett jellegzetességre hívja fel a figyelmet, mely szerint a szuicid kísérletezők esetében nem annyira a teljes, hanem inkább a relatív izoláció dominál. Az ismételt kísérletezőket ezzel szemben a környezettel való ritkább kapcsolattartás, így a szociális integráció romlása jellemezte.

## 2.3.7. Életesemények a szuicid kísérletezők csoportjában

### *2.3.7.1. Bevezetés*

Az elmúlt évtizedek szakirodalmában számos modell kidolgozásával próbálták magyarázni az életesemények, a stressz és a pszichopatológiai eltérések kapcsolatát. Holmes és Rahe (1967) lineáris összefüggést vázoltak fel, mely szerint az átélt életesemények száma határozza meg a stresszreakció intenzitását. Az életesemények pszichológiai problémákat okozó szerepét elemezve feltételezték, hogy a stressz válasz nem tekinthető specifikusnak sem a kiváltó esemény, sem a kiváltott pszichés zavar vonatkozásában. Brown és Harris (1978) túllépve a lineáris modellen az időben együttesen megjelenő események szerepét hangsúlyozták. Mások viszont úgy vélték, hogy a stressz hatása különbözhet az egyes pszichés megbetegedésekben (Depue, Monroe, 1983). Napjainkban egyre inkább a traumatikus esemény és a személyiség pszichés ill. szociális jellemzői interakciójának tulajdonítanak kiemelkedő szerepet a pszichopatológiai tünetek kifejlődésében, vagyis egyfajta integratív megközelítéssel magyarázzák az életesemények hatását. Az életesemények szerepének tisztázására számos skálát ill. kérdőívet dolgoztak ki. Az elméleti koncepciók igazolását viszont nagymértékben nehezíti, hogy az empirikus kutatások eredményei a vizsgálati módszerek problémái miatt csak óvatossággal értelmezhetők ill. általánosíthatók. Különösen az jelent nehézséget, hogy a traumatikus eseményeket nem különítik el időtartamuk szerint (akut vagy krónikus) ill. sok esetben csak az aktuális (3, 6 12 hónapon belüli) stresszeket állítják a középpontba. Pedig számos vizsgálat igazolta, a gyermekkori ill. serdülőkori események fontos szerepét a felnőttkori lelki zavarok kialakulásában (Kraaij, és mtsai, 1997). Az újabb kutatások pedig arra utalnak, hogy bizonyos események növelhetik a hasonló stresszek későbbi bekövetkezésének valószínűségét (Arensman, 1997, Bernstein és mtsai, 1997). Ez a korábbi modellek integrációjának szükségességére hívja fel a figyelmet, melyben a stressz választ bizonyos események kombinációja határozhatja meg, a válasz intenzitása pedig nagyban függhet egyes események típusától.

Számos vizsgálat igazolta a traumatikus életesemények jelentőségét öngyilkosságot megkísérlőknél (Cochrane, Robertson, 1975, Paykel és mtsai, 1975, Welz, 1988, Farmer, Creed, 1989), így ezek fontos rizikófaktornak tekinthetők az öngyilkos viselkedés szempontjából. Az egyes események előfordulását illetően azonban a felmérések nagy változékonyságot mutatnak. A szerteágazó történések közül a veszteségélmények (Cheng és mtsai, 2000) mellett mind több szerző emeli ki a gyermekkori abúzus (különösen a szexuális) jelentőségét (Statham és mtsai, 1998, Mann és mtsai, 1999, Fergusson és mtsai, 2000) is.

### *2.3.7.2. A vizsgálat módszere*

A bevezetőben említett módszertani problémák leküzdése céljából dolgozták ki az interjúban szereplő Életesemények és Élettörténet Kérdőívet (Kerkhof és mtsai, 1989). A korábban említettek miatt az egyes események gyakoriságát három különböző életszakaszban vizsgálja (15 év alatt, 15 év felett ill. a múlt évben). A 96 kérdést tartalmazó kérdőív elsődleges célja a páciens hozzátartozóihoz (szülők, testvérek, partner, gyermek, más fontos személyek) kapcsolódó történések felderítése, különös tekintettel az adott esemény idejére. Kiemelt jelentőséggel bír a negatív életesemények (halál, kapcsolati konfliktusok, addikciók, szexuális és fizikális abúzus, öndestruktív magatartásformák a családban stb.) gyakoriságának és idejének feltérképezése. A kérdőív statisztikai elemzésére ill. validálására a multicentrikus vizsgálat keretében, nagyobb mintán (N=1703) került sor (Arensman és mtsai, in press). A WHO/EURO kutatás holland centrumában a szuicid kísérletezőket normál populációval is összehasonlították, ennek során igazolódott a kérdőív diagnosztikus effektivitása (Arensman, 1997).

Kérdőíves vizsgálatunk ezen részében a pécsi öngyilkossági kísérletezők mintájában kívántuk vizsgálni a negatív életesemények előfordulását. A fentiekben részletezett szakirodalmi adatok alapján feltételezhető volt, hogy mintánkban is gyakran szerepelnek negatív történések.

A kapott eredmények statisztikai elemzésében a $\chi^{2-}$próbát, nonparametrikus próbát (Kruskall-Wallis), valamint Pearsons korrelációt alkalmaztuk.

### *2.3.7.3. Eredmények*

Mintánkban a negatív események átlagos száma a gyermekkorban (60 tétel) 8,59 (ffi-nő:8,5-8,65), a későbbi életkorban (79 tétel) 18,64 (ffi-nő:17,1-19,57) , míg a múlt évben (79 tétel) 12,59 (ffi-nő:12,26-12,79) volt. Összességében a pozitív válaszok átlaga 39,83 volt (ffi-nő:37,87-41,02), vagyis jelentős nemi különbséget nem észleltünk (2.3.7.1.sz. ábra). Az egyes releváns személyekkel való problémák megoszlását a 2.3.7.2..sz. ábrán mutatjuk be.

Eredményeinkből kiderült, hogy a kísérletezők szüleinek életében is gyakran szerepeltek negatív események (krónikus testi betegség, házassági konfliktus, válás, anyagi problémák, addikció, pszichiátriai kezelés). Számos jellemző utal a páciensek szüleikhez fűződő kapcsolatának problémáira (gyakori lelki és testi bántalmazás, úgy érezte nem szeretik, nem törődnek vele, gyűlölet a szülők iránt). Jelentős arányban szerepelt a szülők elvesztése ill. átmeneti vagy tartós távolléte is, a páciensek harmada számolt be tartós gyermekkori szeparációról. A gyakori fizikai és lelki bántalmazás mellett – különösen a nőknél - több esetben a szülők általi szexuális abúzus is történt. (2.3.7.1.sz. táblázat).

A testvérekkel kapcsolatos negatív események jóval kisebb – de így is számottevő gyakoriságot értek el (2.3.7.2.sz. táblázat).

A páciensek több mint felére volt jellemző komoly partnerkapcsolati konfliktusok megjelenése (2.3.7.3.sz. táblázat), közel 40 %-uk válásról is beszámolt. Nők esetében a szexuális problémák, lelki bántalmazás, fizikai és szexuális abúzus szignifikánsan gyakrabban fordult elő, ahogy a partner alkoholfüggősége is. A diszharmónikus partnerkapcsolattal összefüggésbe hozható, hogy jelentős arányban jelentek meg a gyermekek nevelésével kapcsolatos nehézségek, közel 15 %-ban örökbeadásra is sor került (2.3.7.4.sz. táblázat).

A családon kívüli környezethez (barátok ill. más fontos személyek) kapcsolódó negatív élmények (különösen a vesztségek ill. konfliktusok) szintén jelentős arányban fordultak elő. Férfiak esetében szignifikánsan gyakrabban jelentek meg a munkahelyi vezetőkkel kapcsolatos problémák (2.3.7.5.sz.táblázat).

A páciensek saját magukhoz fűződő negatív élmények között is az interperszonális problémák jelentek meg a legnagyobb arányban (magány, kapcsolatteremtési problémák, stb.). A nőknél a különböző lelki és testi panaszok (problémák az evéssel, tartós szorongás, szexuális problémák) jelentek meg gyakrabban, míg a férfiakra a munkahelyi konfliktusok (ill. munkanélküliség), az addikció, valamint a törvénnyel való összeütközés volt jellemzőbb. A páciensek 40 %-a említette, hogy valamilyen veszélyhelyzetet ill. balesetet élt át, harmaduk (a férfiak még gyakrabban) arról számolt be, hogy valamilyen bűncselekménynek esett áldozatul, míg a nők hatoda nemi erőszakot szenvedett el (2.3.7.6.-7.sz. táblázat).

Összefoglalva megállapítható, hogy a vizsgált populációban nagy gyakorisággal fordultak elő negatív életesemények (különösen a kapcsolati konfliktusok, gyermekkori traumák, lelki bántalmazás, fizikális abúzus), de nem ritkán jelentek meg a családban ill. környezetben súlyosabb pszichés problémák is (addikció, öndestruktivitás, pszichiátriai hospitalizálás). Kiemelendő, hogy a nők között a lelki, testi ill. szexuális bántalmazás szignifikánsan gyakrabban fordult elő (2.3.7.8.sz. táblázat). A negatív eseményeket nagyon gyakran a páciensek gyermekkorban szenvedték el (2.3.7.9.sz. táblázat). A férfiak családjában jóval gyakoribbak voltak a halálesetek és öngyilkos cselekmények, míg nőknél a szexuális abúzus.

Az elmúlt év vonatkozásában is számos negatív történésről számoltak be a páciensek. Az egész életre vonatkozó eredményekhez hasonlóan a nők között a megelőző évben is gyakoribb volt a testi-lelki bántalmazás, a szexuális abúzus, az addikció előfordulása a családban, a partnerrel való tartós konfliktusok, valamint a szexuális problémák, a tartós szorongás, az evésproblémák és a költözés. A férfiaknál pedig nagyobb arányban jelentek meg az öndestruktív viselkedésformák, a munkanélküliség, az anyagi és a lakáshelyzet problémái, valamint a családban előforduló pszichiátriai kezelés (2.3.7.10.sz. táblázat)

A kérdőív végén a páciensek megjelöltek három olyan általuk legfontosabbnak tartott életeseményt, melyek leginkább hatással voltak az életükre. A kísérletezők alig több mint ötöde gyermekkori történést, míg 40-40 %-uk későbbi életkor ill. a megelőző év eseményét tartotta legfontosabbnak (a nők harmada és a férfiak ötöde gyermekkori eseményt jelölt meg első helyen). A páciensek kiemelkedő jelentőségűnek tartották a partnerrel ill. szülőkkel való gyermekkori problémákat, valamint a veszteségélményeket és a környezettel való konfliktusokat.

A negatív életesemények gyakoriságát a páciensek pszichopatológiai tüneteinek (depresszió, reménytelenség, önértékelés, impulzivitás) súlyosságával is összehasonlítottuk. Az elemzés során az egyes skálák ill. a különböző életszakaszokban történt negatív életesemények gyakorisága között jelentős korreláció volt megállapítható (2.3.7.11.sz. táblázat).

### *2.3.7.4. Az első és az ismételt kísérletet elkövetők összehasonlítása*

Az életesemény kérdőív elemzése során jelentős különbségeket találtunk az első ill. ismételt öngyilkossági kísérletet elkövetők között. A legfontosabb eltéréseket a 2.3.7.12.-14.sz. táblázatban foglaltuk össze.

Vizsgálatunkból kiderült, hogy a szuicidiumot ismételten megkísérlők minden életszakaszban szignifikánsan gyakrabban számoltak be negatív életeseményekről (gyermekkor: 10,32 vs. 5,74 - $p<0,01$; későbbi életkor: 21,7 vs. 13,58 - $p<0,001$; múlt év: 14,72 vs. 9,82 - , $p<0,01$). Nemi bontásban való elemzés során a férfiak esetében a különbség valamivel markánsabbnak bizonyult (2.3.7.13.sz.táblázat). Az első és ismételt kísérletet elkövetők csoportjának eltérése az élettörténet fontos személyeihez kötődő események vonatkozásában is igen kifejezett volt (2.3.7.14.sz.táblázat).

Az ismételt kísérletet elkövetők jóval gyakrabban számoltak be súlyos problémákról a szülőkkel való kapcsolatukban (mint pl. lelki bántalmazás, fizikális, szexuális abúzus /elsősorban a nők között/, ill. a szülőktől való tartós távollét, szeparáció). Az ismétlők nagyobb arányban említettek komoly partnerkapcsolati problémákat is. Ebben a csoportban más személyekkel való konfliktuózus viszony is gyakori volt, ahogy a személyes élmények

vonatkozásában számos pszichés probléma és pszichoszociális stresszor is nagyobb arányban szerepelt.

Összefoglalva megállapítható, hogy az ismételt szuicid kísérletet elkövetők csoportjában nagyobb gyakorisággal szerepeltek negatív életesemények, mind a gyermekkorban, mind a későbbi életkorban is. A szuicid kísérletet megelőző évben az ismétlők között jóval nagyobb arányban voltak jelen olyan pszichoszociális problémák, mint a tartós magány, kapcsolatteremtési gondok, munkahelyi problémák, szexuális funkciózavarok, ill. bizonyos helyzetekhez fűződő extrém szorongás. A férfi ismétlők esetében jelentősen gyakoribb volt a lelki bántalmazás, a családban előforduló krónikus testi ill. lelki betegség, a fizikális abúzus, ill. az interperszonális konfliktusok megjelenése. Ebben a csoportban a testi-lelki bántalmazás, ill. a kapcsolati problémák gyermekkorban való előfordulása is kifejezett volt. Az ismételt kísérletet elkövető nők pedig szexuális és fizikális abúzus, családi addikció és öndestrukció gyakoribb előfordulásáról számoltak be. Közöttük egyéb gyermekkori traumák (szeparáció, szülőkkel való rossz kapcsolat stb.), ill. veszteségélmények is jelentős arányban szerepeltek.

### *2.3.7.5. Összefoglalás - következtetések*

1. A pécsi szuicid kísérletezők csoportjában – a vizsgálatban résztvevő más európai centrumokhoz (Arensman, 1997, Arensman, és mtsai, in press) ill. a korábbi baranyai vizsgálathoz (Kóczán, 1994) hasonlóan jelentős arányban szerepeltek különböző negatív életesemények. Ezek között gyakoriak voltak a gyermekkorban átélt súlyos traumák (pl. fizikális és szexuális abúzus, szeparáció, elhanyagolás vagy lelki bántalmazás, veszteségélmények). Emellett a diszharmónikus családi működést közvetve tükröző események (pszichés problémák, kapcsolati konfliktusok) is nagy arányban szerepeltek. Egyes életesemények előfordulásában jelentős nemi különbség is ábrázolódott, a legtöbb életesemény a nők között gyakrabban fordult elő.
2. A negatív történések a páciensek későbbi életkorában is gyakran előfordultak, különösen a konfliktuózus partnerkapcsolat volt jellemző. Ezen eredmények alapján nem meglepő, hogy a kísérletezők saját személyükkel

kapcsolatban is számottevő arányban számoltak be különböző pszichoszociális és kapcsolati problémákról. A páciensek szubjektív rangsorolásában is a kapcsolati problémákat tartották a legfontosabbaknak.

3. A személyiség fejlődését és érését befolyásoló tényezők mellett a stresszorok jelentős része a kísérletet megelőző évben is jelen volt a páciensek életében.

4. A negatív életesemények gyakorisága kifejezett pozitív korrelációt mutatott olyan kiemelkedő pszichopatológiai tünetekkel, mint a depresszió, a reménytelenség, vagy az indulatosság és negatív összefüggésben volt az önértékeléssel.

5. Az öngyilkosságot első alkalommal ill. ismételten megkísérlők csoportja jelentősen különbözött a negatív életesemények előfordulásának vonatkozásában. Az ismétlők nagyobb arányban számoltak be negatív életeseményekről, mind a jelentős kapcsolatok, mind az egyes életszakaszok vonatkozásában.

6. Vizsgálatunk eredményeinek összeurópai adatokkal (Arensman és mtsai, in press) való összehasonlítása során jelentős hasonlóságok voltak észlelhetők, mind az egyes történések gyakoriságát, mind ezeknek a pszichológiai skálákkal való korrelációját illetően. Ez pedig arra utal, hogy az életeseményeknek az öngyilkossági kísérletezők csoportjában észlelt magas aránya általános jellemzőnek tekinthető, melyben feltehetően a kulturális faktoroknak kisebb szerepet játszhatnak.

7. Eredményeink a vonatkozó szakirodalmi adatokhoz hasonlóan arra utalnak, hogy a negatív történéseknek szerepe lehet a személyiség diszharmonikus fejlődésében, mely jelentős pszichopatológiai eltérések kialakulásához vezethet és ezen keresztül, vagy ezzel párhuzamosan öndestruktív viselkedésformákat eredményezhet (stressz-diatézis modell /Mann és mtsai, 1999/). Vizsgálatunk szerint ez az összefüggés különösen jellemző az öndestruktivitás szempontjából kiemelten veszélyeztetettnek tekinthető ismétlő csoportra.

8. Eredményeink értékelésében vizsgálatunk korlátait sem lehet figyelmen kívül hagyni. Ebben elsősorban a retrospektív információgyűjtés módszerét kell kiemelni, hiszen ez a közölt információk torzítását eredményezheti (Williams, Dritschel, 1988, Evans és mtsai, 1992). Azonban ez többnyire nem annyira a

negatív, mint inkább a pozitív élményekre vonatkozik. Véleményünk szerint a vizsgálatban alkalmazott jól strukturált interjú segítségével ezt az eltérést csökkenteni lehet.

9. Az eredmények alapján úgy véljük, hogy a negatív életesemények feltérképezése és megbeszélése ill. feldolgozása elengedhetetlen az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett páciensek (különös tekintettel az ismétlőkre) pszichoterápiás kezelése során. Ennek során értékes információkat nyerhetünk a személyiségfejlődés körülményeinek vonatkozásában, melyek más tényezők mellett - közvetve segítséget nyújthatnak az öngyilkossági veszélyeztetettség felderítésben is. Az életesemények felmérésében az általunk is használt Életesemény Skála eredményesen alkalmazható.

## 2.3.8. A testi és lelki állapot összefüggése az öngyilkossági kísérlettel

### *2.3.8.1.Bevezetés*

A szuicidológiában évtizedek óta az érdeklődés középpontjában áll a legfontosabb prediktív faktorok feltérképezése és ezek prevenciós jelentőségének felmérése. Szintén nagyon fontos kérdés, hogyan befolyásolják ezek a tényezők az öngyilkosságot elkövetők tett előtti viselkedését ill. segélykérését. A prediktív tényezők közül számos közlés foglalkozik a szuicid viselkedés hátterében álló szomatikus ill. mentális betegségek jelentőségével. Az öngyilkosok populációjában végzett vizsgálatok szerint a testi betegségek 17-70 % közötti gyakorisággal fordultak elő (Whitlock, 1986, Stensman, Sundquist-Stensman, 1988, Nielsen és mtsai, 1990, Öjehagen és mtsai, 1991, Stenager, 1992, Horte és mtsai, 1996). A korábbi baranyai vizsgálatban a szív- és érrendszeri ill. a rendszeres alkoholfogyasztás következtében kialakult májbetegségek magas gyakoriságát igazolták (Jegesy és mtsai, 1995). Számos szerző számolt be arról, hogy a befejezett öngyilkosságot elkövetők között megjelenő szomatikus betegségek gyakran társulnak depressziós panaszokkal is. Ennek alapján felvetik, hogy a testi betegségek, a depresszió, a gyógyszer- ill. alkoholabúzus jelentik a legfontosabb rizikófaktorokat az öngyilkossági halálozás szempontjából (Nielsen és mtsai, 1990, Horte és mtsai, 1996). A szomatikus panaszokhoz társuló depressziós tünetek gyakori megjelenését öngyilkossági kísérletet elkövetők csoportjában is igazolták (Kontaxis és mtsai, 1988, De Leo és mtsai, 1999). A WHO/EURO multicentrikus kutatás dániai cetrumának felméréséből az is kiderült, hogy testi problémákhoz társuló depressziós panaszok befolyásolhatják a páciensek szuicidium előtti segélykérő viselkedését (Stenager, Jensen, 1994).

A fentiek alapján úgy tűnik, hogy a mentális zavarok mellett a szomatikus betegségek is kiemelt jelentőségű rizikófaktornak tekinthetők a szuicid viselkedés szempontjából. Emiatt több szerző is hangsúlyozza (Nielsen

és mtsai, 1990, De Leo és mtsai, 1999), hogy öngyilkossági kísérletet elkövetőknél a pszichés vizsgálat ill. exploráció mellett a szomatikus állapot pontos felmérése is nagy jelentőséggel rendelkezik. Hiszen a depressziós hangulat ill. a krónikus testi betegségek felismerése és adekvát kezelése a szuicidium szekunder prevenciója szempontjából bír kiemelt jelentőséggel. Erre pedig az egészségügyi szolgálatokkal való (utolsó) találkozás során nyílhatna lehetőség hiszen a szuicid páciensek többsége öndestruktív tettét megelőzően felveszi a kapcsolatot valamelyik ellátó rendszerrel.

A szakirodalmi adatok alapján vizsgálatunkban ezen részében a szuicid kísérletezők populációjában a testi és lelki betegségek fennállásának arányát elemeztük, különös tekintettel a depressziós szimptomatológiára. Ezen kívül adatokat kívántunk nyerni arról, hogy a testi-lelki állapot eltérései hogyan hatnak a családorvossal való kapcsolatra ill. öngyilkossági kísérletet megelőző segélykérésre.

### *2.3.8.2. Eredmények*

#### 2.3.8.2.1. Testi-lelki állapot és szuicid viselkedés

Vizsgálatunkból kiderült, hogy a páciensek több mint 1/3-a szenvedett valamilyen krónikus (legalább 1 évig fennálló) testi betegségben (a férfiak 44,7, a nők 33,3 %-a). A betegség fennállásának ideje átlagosan 11 év volt (férfiaknál: 8,5 év, nőknél: 13 év). A betegség a kísérletezők valamivel több mint egyötödénél mindennapi tevékenységüket is korlátozta (férfiak: 28,9 %, nők: 19%). Ez férfiaknál leginkább a munkaképesség csökkenését, nőknél pedig mozgáskorlátozottságot jelentett. A testi betegségek előfordulása az életkorral szignifikánsan gyakoribbá vált ($p<0,05$). A szomatikus problémák között férfiaknál gasztrointesztinális (13,2 %), a mozgásszervi (13,2 %), légzőszervi (7,9%) és kardiovaszkuláris (5,3 %), nőknél kardiovaszkuláris (12,7 %), mozgásszervi (7,9 %), gasztrointesztinális (6,3 %) ill. neurológiai (4,8 %) megbetegedések fordultak elő leggyakrabban. A kísérletet megelőző két hétben pedig a páciensek 17 %-a számolt be valamilyen szomatikus problémáról (férfiak: 13,2 %, nők: 19 %), 14 %-uk pedig kifejezetten rossznak értékelte

egészségi állapotát a megelőző három hónapban (férfiak: 13,2%, nők:14,3%). Az ismételt kísérletet elkövetők csoportja a testi betegségek előfordulását tekintve nem különbözött az első kísérletet elkövetőktől, bár ezek fennállása az ismétlők között hosszabb volt.

Lelki betegség tartós (legalább egy évig tartó) fennállásáról a betegek fele számolt be (férfiak: 55,3 %, nők: 49,2 %). A lelki panaszok közül a lehangoltság (29 %) és szorongás (15 %) fordult elő leggyakrabban, a szorongás a férfiak között (18,4 % vs. 12,7 %), a rossz hangulat inkább a nők között (33,3 % vs. 21,1 %) volt gyakoribb. A kísérletet megelőző két hétben pedig a páciensek valamivel több mint felénél (54,5 %) jelentkeztek pszichés problémák (férfiak: 47,4 %, nők: 58,7 %), és hasonló arányban tartották rossznak lelki állapotukat (férfi-nő: 55 %). A krónikus pszichés eltérések a kísérletezők 40 %-ánál korlátozták mindennapi tevékenységüket (férfiak.47,4 %, nők:36,5 %), ez a korlátozás a munkaképességre (20,8 %) és a szociális aktivitásra (19,8 %) terjedt ki leginkább.

A vizsgált populációban a páciensek több mint fele szedett rendszeresen szedatohipnotikumokat (férfiak: 39,5 %, nők: 58,7 %; - $p<0,05$), egyötödük pedig hangulatjavítókat (férfiak: 15,8 %, nők.: 27 %, ns.). Öt százalékuk használt antipszichotikumokat, szomatikus-belgyógyászati medikációban pedig a betegek egyharmada részesült (férfiak: 26,3, nők: 38,1 %). A szedatohipnotikumot szedő páciensek 46 % a kísérlet előtti héten nagyobb adagban szedte a nyugtatókat (férfiak: 40%, nők: 48,6 %), 15 %-uk pedig arról számolt be, hogy a rendszeres nyugtatószedés problémát jelent számára (férfiak: 20 %, nők: 13, 5 %).

Az ismétlők között szignifikánsan gyakoribb volt a krónikus lelki betegségek előfordulása (62 vs. 34 % - $p<0,01$) (elsősorban a szorongás és a lehangoltság fordult elő gyakrabban), és közel kétszer olyan gyakran számoltak be arról, hogy ez mindennapi tevékenységüket is korlátozta. Ez jóval hosszabb ideig is állt fenn (94 vs. 58 hónap). A kísérlet előtti időszakra vonatkozóan viszont nem volt eltérés a lelki problémák megjelenésének gyakoriságában. Az ismétlők sem aktuális testi, sem lelki állapotukat nem ítélték jelentősen rosszabbnak. Az ismételt kísérletet elkövetők nagyobb arányban szedtek nyugtatókat (57 vs. 42 %), hangulatjavítókat (30 vs. 10 % - $p<0,05$) és kissé

gyakrabban antipszichotikumokat (6 vs. 3 %), a belgyógyászati medikáció vonatkozásában nem volt jelentős különbség.

### 2.3.8.2.2. A testi-lelki állapot és a depressziós ill. reménytelenség skála összefüggései

A testi ill. lelki betegségek előfordulását a depresszió ill. reménytelenség faktoraival is összehasonlítottuk (2.3.8.1.sz. táblázat). Az elemzés során kiderült, hogy a testi betegségben is szenvedő kísérletezők lényegesen magasabb átlagértéket értek el mind a Beck Depressziós, mind a Beck Reménytelenség Skálában. Azoknál, akiket a szomatikus problémák mindennapi tevékenységükben is korlátozott még magasabbak voltak ezek az értékek. A kísérletet megelőző két hétben fennálló testi betegségek vonatkozásában is jelent volt ez a különbség, de nem szignifikáns mértékben. A testi egészség szubjektív meghatározását illetően hasonló tendencia érvényesült mindkét skálában, a rossz egészségi állapotról beszámolók között szignifikánsan magasabb átlagértékeket észleltünk (2.3.8.1.sz. ábra).

Hasonló tendencia volt észlelhető a fenti skálák és a lelki betegség fennállásának vonatkozásában. A krónikus lelki betegségben szenvedők lényegesen magasabb átlagpontokat értek el. Ez a különbség a megelőző két hétben fennálló lelki probléma esetében kisebb mértékben állt fenn. A skálák átlagértékei jól korreláltak a lelki állapot szubjektív értékelésével is. Az egyes pszichiátriai zavarok között (a BNO 10. diagnosztikus rendszer alapján) a Beck Depressziós Skála értékei a depressziós zavarban szenvedőket elkülönítették az alkalmazkodási zavar diagnózissal kezelt páciensektől (BDI - 31,34 vs. 23,15 pont, $p<0,01$), a személyiségzavarral rendelkezőktől viszont nem (BDI – 31,34 vs. 32,5, ns.). A Beck Reménytelenség Skálában pedig alig volt eltérés az egyes diagnosztikus csoportok között.

A gyógyszerszedés és a skálák kapcsolatát elemezve kiderült, hogy a rendszeres nyugtató-altatófogyasztók szignifikánsan magasabb értékeket értek el mind a depressziós, mind a reménytelenség skálában. Hasonló tendenciát mutatott a hangulatjavító, ill. az antipszichotikus medikációban részesülők csoportja, valamint a belgyógyászati szereket szedők is. Azok a kísérletezők,

akiknek a rendszeres nyugtatószedés problémát okozott szignifikánsan magasabb értéket értek el a depressziós skálában.

### 2.3.8.2.3. A testi-lelki problémák és a segélykérő viselkedés összefüggése

Adataink elemzése során kiderült, hogy a krónikus testi és lelki betegségben szenvedők – értelemszerűen – nagyobb arányban és gyakrabban találkoztak háziorvosukkal az elmúlt évben és a kísérlet előtt is. Érdekes módon az akut testi és lelki betegségben szenvedők is intenzívebb kapcsolatban álltak az alapellátással, nemcsak a tettet megelőzően, hanem a korábbi időszakban is. Az utolsó találkozás eseményeinek vonatkozásában kiemelendő, hogy az akut testi vagy lelki betegségben szenvedők lényegesen gyakrabban beszéltek öngyilkossági gondolataikról, nagy arányban írtak fel számukra gyógyszert, amit gyakran fel is használtak a kísérlet során.

Tehát mind a krónikus, mind az akutan jelentkező testi és lelki betegségek jelentősen növelték a háziorvossal való kontaktus gyakoriságát és intenzitását. A kísérlet előtti találkozás során a lelki betegségekben szenvedők mellett az akut szomatikus panaszokkal bírók is nagyobb arányban számoltak be öngyilkossági gondolataikról. Ennek ellenére sokszor rejtve maradtak a páciensek pszichés problémái, többnyire csak gyógyszerfelírás történt, mely általában nem jelentett megoldást a panaszokra, sőt gyakran szolgált a kísérlet eszközeként.

A háziorvosi és a pszichiátriai ellátással való kontaktus gyakoriságát összehasonlítottuk a depresszió ill. a reménytelenség faktorával is. Mindkét skála átlagértékei szignifikánsan és pozitívan korreláltak a háziorvossal való kapcsolat gyakoriságával (2.3.8.2.sz. ábra). A BDI skálában magasabb pontátlagot elérő kísérletezők között lényegesen többen voltak, akik röviddel a szuicid kísérlet előtt jelentkeztek háziorvosuknál ($p<0,05$). A súlyosabb depressziós tünetekkel bírók közül több páciensnek voltak szuicid gondolataik az utolsó találkozás során és valamivel nagyobb arányban is említették ezeket orvosuknak. Ezen kísérletezőknek nagyobb arányban írt fel háziorvosuk

valamilyen gyógyszert ($p<0,05$) és nagyobb arányban használták fel ezt a kísérlet során (2.3.8.3.sz. ábra).

Az ambuláns pszichiátriai kezelésben részesültek a depressziós és a reménytelenség skálában is szignifikánsan magasabb értékeket értek el. Az ismételt öngyilkossági kísérletet elkövetőknél is hasonló tendencia érvényesült (2.3.8.4.sz. ábra).

### *2.3.8.3. Összefoglalás - következtetések*

1. Összességében megállapítható, hogy a szakirodalmi adatokkal egyezően mind a krónikus testi, mind a lelki betegségek jelentős gyakorisággal fordultak elő a szuicid kísérletet elkövetők populációjában.

**2.** Adataink szerint a tartós testi betegség lényegesen befolyásolta a páciensek lelki állapotát – hiszen szomatikus panaszok esetén súlyosabb depressziós tünetek és kifejezettebb reménytelenség volt jellemző.

**3.** A testi-lelki betegségek jelentős gyakoriságát figyelembe véve nem meglepő, hogy a tartós gyógyszerfogyasztás is számos esetben megjelent a mintában. Ezek között azonban kedvezőtlen módon a szedatohipnotikumok vezetnek, a hangulatjavítók lényegesen kisebb arányban szerepeltek. Mivel a depressziós skála átlagértékei alapján jelentős depressziós tüneteket mutató kísérletezők nagy számban voltak jelen a populációban (bár ez nem jelenti egyértelműen a klinikailag szignifikáns depressziós szindróma fennállását), ez az eredményünk felveti a depressziós betegek inadekvát kezelését. Férfiakban a depresszió felismerése és adekvát kezelése még kisebb arányban történt (Rihmer, Rutz, 2000). A fentiekre utal, hogy eredményeink jelentősen eltérnek az összeurópai adatoktól, ahol lényegesen kisebb arányú volt a kísérletezők között a nyugtatók és nagyobb az antidepresszáns szedése (Bille-Brahe, 1998).

4. A pszichológiai skálák szenzitivitását igazolta, hogy az átlagértékek elkülönítették a krónikus lelki problémákkal küzdők csoportját. A klinikai diagnózisokkal a Beck Depressziós Skála részben összefüggést mutatott, míg a Beck Reménytelenség Skála esetében ez nem jelent meg. A szakirodalmi adatokhoz (Ennis és mtsai, 1989) hasonlóan azonban a depressziós skála specificitása vizsgálatunkban is jóval kisebbnek bizonyult. Tehát úgy tűnik,

hogy ezen skálák nem annyira a hangulatzavar klinikai diagnózisával korrelálnak, hanem sokkal inkább egy általánosabb emocionális krízisállapot fennállására utalhatnak.

5. Eredményeink alapján úgy tűnik, hogy a lelki problémák mellett testi betegségek is növelték az egészségügyi szolgálatokkal – különösen a háziorvosokkal való - kapcsolat gyakoriságát és a segélykérés valószínűségét. Ez különösen markánsan jelent meg a depressziós tünetek esetében, vagyis a mélyebb depresszióban szenvedők inkább próbáltak segítséget kérni a kísérlet előtt. Azonban az esetek többségében még a súlyos depressziós tünetek sem kerültek felismerésre, így adekvát kezelésre sem kerülhetett sor. (Ezt a problémát más szerzők is megfigyelték /Diekstra, van Egmond, 1989, Michel és mtsai, 1997/). Sok esetben a segítségnyújtás csupán (gyakran inadekvát) gyógyszerfelírásban merült ki, mely általában nem jelentett megoldást a panaszokra, sőt gyakran szolgált a kísérlet eszközéül.

6. Eredményeink igazolták, hogy mind a depressziós tünetek, ill. a reménytelenség, mind a krónikus szomatikus betegségek (gyakran egymással szövődve) jelentős rizikófaktort jelenthetnek az öndestruktív viselkedés kialakulása szempontjából. Adataink arra is utalnak, hogy bár ezen faktorok növelik a segélykérés valószínűségét, a kísérletet megelőző háziorvosi kontaktus során sok esetben nem kerülnek felismerésre, így az adekvát segítségnyújtásra sem nyílik lehetőség.

## 2.3.9. Az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat sajátosságai

### *2.3.9.1.Bevezetés*

Fontos részét képezte interjús vizsgálatunknak a páciensek egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolatának felmérése a szuicid kísérlet előtt, különös tekintettel a rejtett vagy manifeszt módon megjelenő segélykérésre. Hiszen az utolsó kapcsolatfelvétel történései a cry for help jelenség alapján nagy jelentőséggel bírhatnak az öngyilkosság megelőzése szempontjából. A téma fontosságát jelzi, hogy nagy számban találhatók az szakirodalomban erre vonatkozó közlések. A legtöbb szerző egyetért abban, hogy mind a befejezett öngyilkosságot (Buda, 1986, Jegesy és mtsai, 1995, Appleby és mtsai, 1996, Michel és mtsai, 1997, Pirkis, Burges, 1998, Hawton és mtsai, 1999), mind a kísérletet (Hawton és mtsai, 1976, Öjehagen és mtsai, 1991, Runeson, Wasserman, 1994, Stenager, Jensen, 1994, Magoz-Gurpide és mtsai, 1999) elkövetők túlnyomó többsége kapcsolatban állt a tett előtt háziorvosával vagy egyéb egészségügyi ellátó rendszerrel és az utolsó találkozásra sok esetben néhány héten vagy egy hónapon belül kerül sor. Az is körvonalazódott, hogy bár a szuicid tett előtt az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolatfelvétel általánosnak tekinthető, a pácienssel való találkozás szükséges de nem elégséges a megfelelő beavatkozáshoz (Pirkis, Burges, 1998). Hiszen ilyenkor a manifeszt cél (pl. banális szomatikus panasz vagy gyógyszerfelíratási szándék) hátterében rejtve maradhat a veszélyeztető lelkiállapot és a felírt gyógyszer nemritkán válik a szuicidium eszközévé. Az is problémát jelenthet, hogy bár ezek a páciensek gyakran beszélnek vagy utalnak öngyilkossági gondolataikra, orvosaikkal alig osztják meg ezeket és az orvosok sem tudják megfelelően felbecsülni az öngyilkossági rizikót (Wolk-Wasserman, 1987).

A hazai szakirodalomban a szuicid populáció egészségügyi ellátó rendszerekkel ill. háziorvosokkal való kapcsolatának vonatkozásában viszonylag kevés adat áll rendelkezésre. Témánk szempontjából kiemelésre érdemes Rihmer és munkatársai retrospektív vizsgálata, mely szerint a befejezett

öngyilkosságot elkövető depressziós populáció 59 %-a részesült orvosi segítségben a megelőző depressziós epizód során, többségüknél osztályos vagy ambuláns pszichiátriai segítségnyújtás történt, azonban csak 16 %-uk állt kapcsolatban háziorvosával (Rihmer és mtsai, 1996). A szerzők a hazai szuicid halálozás regionális különbségeinek hátterében szintén hangsúlyozzák az egészségügyi ellátás szerepét. Eredményeik szerint az adott régió öngyilkossági rátája szoros negatív korrelációban áll a depresszió felismerésével és az adott régióban dolgozó orvosok számával (Rihmer és mtsai, 1993), azaz az egészségügyi ellátásban dolgozó orvosok elérhetősége és képezettsége jelentősen hozzájárulhat a depressziós betegek öngyilkossági rátájának csökkenéséhez (Rutz, Rihmer, 1997). /Ezen eredmények értékelése jelenleg is tudományos viták tárgyát képezi – utalunk Buda összefoglalójára (Buda, 1999)/.

Tehát az epidemiológiai adatok szerint általánosnak tekinthető az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolatfelvétel a szuicid cselekmény előtt, azonban ezen kapcsolat jellemzőit és történéseit, valamint az ezeket befolyásoló tényezőket illetően ma még kevés pontos információ áll rendelkezésre.

Egy szintén a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás keretein belül végzett vizsgálatban a svájci és a svéd egészségügyi rendszert hasonlították össze az öngyilkossági kísérletet elkövetők ellátásának vonatkozásában (Michel és mtsai, 1997). A szerzők eredményei szerint Svájcban a biztosítók által finanszírozott magánorvosi gyakorlaton alapuló ellátás lényegesen kedvezőbb feltételeket biztosított a páciensek számára, mint a nagyobbrészt államilag támogatott svéd rendszer. A svájci rendszerben az állandóbb, személyesebb és elérhetőbb háziorvosi kapcsolatban sokkal inkább lehetőség nyílott a lelki problémák, öngyilkossági gondolatok megbeszélésére, valamint a pszichés segítségnyújtásra. Ez alapján bizonyítottnak tekinthető, hogy az egészségügyi szolgálat elérhetősége ill. az abban dolgozókkal kialakított személyes kapcsolat a segítségkérés és ellátás szempontjából kiemelkedő fontossággal bír. Számos egészségügyi rendszerben – így hazánkban is a családorvos, mint “gatekeeper” tölt be kiemelt szerepet, így a vele való személyes kapcsolat alapvetően meghatározhatja, hogy az öngyilkos páciens kér-e segítséget, észlelik-e azt, ill. megkapja-e az adekvát ellátást.

A magyar egészségügyi és mentálhigiénés rendszerek a hazai öngyilkossági szcénában betöltött szerepére vonatkozóan azonban még alig

rendelkezünk pontos információkkal, így csak feltételezhetjük, hogy az egészségügyi ellátás anomáliái is hozzájárulhatnak az öndestruktív magatartás gyakori megjelenéséhez és ismétlődéséhez (Ozsváth és mtsai, 1993).

Ennek alapján vizsgálatunk ezen részében egyrészt azt tűztük ki célul, hogy a pécsi kísérletezők mintájában elemezzük a családorvossal és a mentálhigiénés szolgálatokkal való kapcsolat jellemzőit az öngyilkossági kísérletet megelőző folyamatban. Másrészt adatainkat a berni (Svájc) kutatócsoport eredményeivel is összehasonlítottuk, arra kérdésre keresve a választ, hogy az egészségügyi ellátó rendszerek különbségei mennyiben hozhatók kapcsolatba a szuicid kísérlet előtti segélykérő viselkedéssel.

### *2.3.9.2. A pécsi adatok elemzése során nyert eredmények*

Az interjú során a páciensek nagy többsége (83,2 %) számolt be arról, hogy a kísérletet megelőző évben találkozott háziorvosával (a nők között 87,3 %-os, a férfiaknál 76,3 %-os volt ez az arány), a nők közel fele, míg a férfiak majd 1/3-a járt ott négy vagy több alkalommal. A férfiak és nők majdnem egyforma arányban (18,4 % ill. 17,4 %) keresték fel egy héttel a szuicid kísérlet előtt háziorvosukat, a nők közel 1/3-ánál pedig 1 hónapon belül került sor az utolsó találkozásra, míg a férfiaknak csak kevesebb, mint egyötödénél. Az utolsó találkozás indokaként a kísérletezők 60 %-a testi panaszokat említett, míg negyedük lelki problémák miatt kereste fel háziorvosát. A háziorvossal kapcsolatban állók közül minden negyedik páciensnek voltak szuicid gondolatai az utolsó találkozás alkalmával, ezen páciensek alig harmada említette ezeket az orvosnak. Jelentős többségüknek gyógyszert is írtak fel, 40 %-uk felhasználta a kapott szert az öngyilkossági kísérlet során. Nemi bontásban a férfiaknál gyakrabban volt jelen szuicid ideáció és jóval nagyobb arányban tettek erről említést. Hasonló arányban írtak fel számukra gyógyszert, a nők pedig nagyobb arányban vették ezeket be a kísérlet során (A férfiak és a nők adatait a 2.3.9.1.sz.táblázatban foglaltuk össze.).

A szuicid kísérletezők közel felét (majd ötödüket egy éven belül) korábban már kezelték pszichiátriai osztályon, a nők között valamivel nagyobb arányban szerepeltek azok, akik anamnézisében több pszichiátriai hospitalizáció

szerepelt. A pszichiátriai kezelésre a páciensek közel kétharmadánál megelőző szuicid kísérlet miatt került sor, ezen kívül a korábbi kezelés okaként affektív zavar (20 %), alkoholfüggőség (12 %) ill. pszichotikus zavar (5,3 %) szerepelt.

A betegek kétharmada korábban ambuláns pszichiátriai ellátásban is részesült. A mentálhigiénés rendszerek közül leggyakrabban ideggondozói (36 %), ideggyógyászati (13 %) ellátás, kórházi szakrendelés (10 %) ill. pszichiátriai magánrendelés (9 %), valamint addiktológiai gondozó (7 %) szerepelt, de megjelent az öngyilkosság-megelőző telefonszolgálat (7 %) és a hozzá kapcsolódó krízisambulancia (4 %) is. A férfiak összességében kisebb arányban részesültek ambuláns kezelésben, mint a nők és nagyobb gyakorisággal keresték fel az addiktológiai szakrendelést, míg a nők közel kétszer gyakrabban részesültek kezelésben az ideggondozóban, kórházi szakrendeléseken és pszichiátriai magánrendelésen ill. a telefonszolgálatot is némileg gyakrabban hívták fel (2.3.9.1.sz.táblázat).

Az egyes korcsoportok egészségügyi ellátó szolgálatokkal való kapcsolatának vizsgálata során kiderült, hogy az öngyilkosság szempontjából különösen veszélyeztetettnek tekinthető 20-29 éves korosztály szignifikánsan ritkábban kereste fel háziorvosát, az idősebbeknél pedig a háziorvossal való találkozás gyakorisága szignifikánsan nőtt a korral ($p<0,05$). Hasonló mintázatot mutatott az utolsó vizit időpontjának megoszlása is, a fiatalok kevésbé gyakran keresték fel háziorvosukat a kísérletet megelőző héten ill. hónapban, a 30 és 49 év közöttiek gyakrabban jelentkeztek egy héten, míg az idősebbek inkább egy hónapon belül. A fiatalok többnyire testi betegség miatt keresték fel orvosukat, a közép és időskorúaknál inkább a lelki okok domináltak. A szuicid gondolatokra való utalás gyakorisága korral nőtt, a gyógyszerfelírásban nem volt jelentős korbeli különbség, azonban a felírt gyógyszer öngyilkosságban való felhasználása szintén pozitívan korrelált az életkorral.

A korábbi osztályos pszichiátriai kezelés előfordulása a tizenéves korosztályban ritkább volt, míg a 20-39 év közöttieknél volt a leggyakoribb az 1 ill. 6 hónapon belüli hospitalizáció. A 20-49 évesek részesültek leginkább ambuláns pszichiátriai kezelésben.

Érdekes eredményeket mutatott az első alkalommal ill. ismételten öngyilkosságot megkísérlők csoportjának összehasonlítása az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat jellegzetességeinek vonatkozásában (2.3.9.2.-3.sz.

táblázat). A férfiak csoportjában az ismétlők közül többen álltak kapcsolatban háziorvosukkal a kísérletet megelőző évben és többször is jelentkeztek náluk, míg a nőknél az arány fordított volt. A kísérletet megelőző egy hónapot összességében tekintve a férfiaknál az ismétlők keresték fel gyakrabban háziorvosukat, míg a nőknél nem volt jelentős különbség a két csoport között. Mind a férfi, mind a női ismétlők gyakrabban részesültek megelőző pszichiátriai osztályos ($p<0,0001$) és ambuláns kezelésben ($p<0,01$). Az ismétlők csoportjában szignifikánsan gyakoribb volt az aktuális kísérletet megelőző egy és hat hónapban ill. egy évben való hospitalizáció ($p<0,0001$).

### *2.3.9.3. A hazai és svájci adatok összehasonlításának eredményei*

Ebben az elemzésben adatainkat a berni centrum (N=66) eredményeivel hasonlítottuk össze, mely szintén a WHO/EURO multicentrikus kollaboratív szuicidium kutatás részvevője, ennek megfelelően az öngyilkossági kísérletezők populációjának vizsgálata ugyanazzal a metodikával történt. Az összehasonlító elemzés hátterét az képezte, hogy a svájci egészségügyi rendszer jelentősen különbözik a magyartól, mivel ott az egészségügyi alapellátást alapjában a biztosítótársaságok által finanszírozott háziorvosok ill. magánrendelések biztosítják. Az epidemiológiai adatok szerint az öngyilkossági kísérletek gyakoriságában is jelentős eltérés van a két centrum között (A férfi-nő ráta 100 000 lakosra - Pécs: 196/321; Bern: 129/177) (2.3.9.1.sz. ábra).

A szociodemográfiai jellemzők vonatkozásában a pécsi mintára jellemző volt a nők kissé nagyobb aránya. Ezen kívül itt szignifikánsan magasabb volt a munkanélküliek ill. a nem aktív keresők (nyugdíjas, rokkantnyugdíjas) gyakorisága ($p<0,05$). A pécsi mintában többen voltak az ismételt kísérletet elkövetők (62,4 % vs. 42,4 % - $p<0,05$). A kísérletet megelőző gyógyszerszedés vonatkozásában is észleltünk bizonyos különbségeket. A svájci mintában kissé nagyobb arányban szedtek szedatohipntoikumokat (55 vs. 52 %), hangulatjavítókat (24 vs, 23 %) és antipszichotikumokat (8 vs. 5 %). A magyar mintára jellemző volt, hogy jóval többen emelték a szedatohipnotikumok adagját a kísérlet előtti héten (46 vs. 36 %), míg Bernben inkább az antidepresszívumok nagyobb dózisban történő alkalmazása volt jellemző (56 vs, 39 %).

A háziorvossal ill. a mentálhigiénés ellátó szolgálatokkal való kapcsolat vonatkozásában alapvető eltérésekre derült fény. A szuicid kísérletezők között a háziorvosi kontaktus előfordulásában és a kapcsolatfelvétel gyakoriságában nem volt lényeges különbség a két centrumban (Pécsen - nem volt kapcsolat: 16,8 %, 1-3 találkozás: 42,6 %, 4-nél több: 40,6 %; Bernben - 13, 45, 42 %) (2.3.9.2.sz. ábra). Mindkét városban a páciensek valamivel több mint fele (Pécs: 60,4 %; Bern: 58 %) jelentkezett a kísérletet megelőzően testi okok miatt. A pécsi mintában azonban jóval többen keresték fel orvosukat a kísérletet megelőző héten (20 % vs. 10 % - $p<0,05$) (2.3.9.3.sz. ábra), míg Bernben kissé nagyobb arányban a megelőző hónapban (35 vs. 30 %). Az utolsó vizit alkalmával hasonló arányban voltak jelen szuicid gondolatok (Pécs:25 %, Bern: 26 %), de a pécsiek alig több, mint negyede, míg a berniek több mint négyötöde említette ezeket orvosának ($p<0,05$). A magyar kísérletezőknek valamivel nagyobb arányban írtak fel gyógyszert (84,5 vs 75 %) és jóval többen használták fel ezeket a kísérlet során (40 vs 28 %) (2.3.9.4.sz. ábra).

Hasonló arányban szerepelt az anamnézisben szereplő pszichiátriai hospitalizáció (Pécs:43 %, Bern: 38 %). A pécsiek jóval gyakrabban vették igénybe az ambuláns pszichiátriai ellátó rendszereket (62 % vs. 27 %) is, míg Bernben inkább a magánpraxisban dolgozó pszichiátereket és pszichológusokat keresték fel (62 vs. 9 % - $p<0,0001$) és nagyobb arányban jártak addiktológiai szakrendelésen (14 vs. 7 % - ($p<0,0001$ (2.3.9.5.sz. ábra)[5].

Összehasonlító vizsgálatunk eredményei arra utalnak, hogy Bernben a háziorvosok lényegesen nagyobb szerepet játszanak a lelki problémákkal küzdő, esetleg öngyilkosságot tervező páciensek felismerésében és ellátásában. Pécsen a rendszeres és gyakori háziorvosi kapcsolat ellenére a betegek alig kértek segítséget a szuicid kísérletet megelőzően. Bár a vizsgált páciensek közel egyötöde járt háziorvosánál a kísérletet megelőző héten, lelki problémáikról alig beszéltek. Gyakrabban írtak fel számukra gyógyszert, amit sok esetben fel is

[5] Kiemelésre érdemes, hogy a svájci minta jelentos hasonlóságot mutatott az összeurópai adatokkal (Bille-Brahe és mtsai, 1998) az ambuláns kezelési formák megoszlását illetoen. Ennek alapján a kapott eredmények nemcsak a svájci, de az összes többi európai centrumtól elkülönítették a pécsi mintát.

használtak a szuicid kísérletben. A svájci mintában több páciens részesült antidepresszáns medikációban és nagyobb adagban szedték is ezeket, ez pedig arra utalhat, hogy Bernben a depresszió felismerése és kezelése nagyobb arányban történt.

Ezen eltérésekben szerepet játszhatnak az egészségügyi ellátó rendszerek összehasonlítása során nyert különbségek. Adataink szerint, míg Bernben a 15 év feletti populációban 710 beteg tartozik egy háziorvosi körzethez, addig Pécsen több mint 1700. Hasonlóan kedvezőtlen a helyzet a mentálhigiénés ellátó rendszerek vonatkozásában, mert míg Bernben csak a járóbetegellátásban több mint 130 pszichiáter/pszichoterapeuta dolgozik (301 000 lakos), addig Pécsen az egyetemi klinikán ill. a katonai kórházban dolgozókat is beleértve összesen csak 43 (kb. 160 000 lakosra), valamint Pécsen fekvőbetegellátásban is lényegesen korlátozottabbak a lehetőségek (2.3.9.6.sz. ábra). Fontos különbséget jelent továbbá, hogy a berni páciensek kezelésében a magánrendelők játsszák a főszerepet, melyek kedvezőbb feltételeket biztosítanak. Eredményeinkből következően valószínűnek látszik, hogy az orvosokra jutó alacsonyabb betegszám - vagyis az ellátó rendszerek elérhetősége ill. a nyújtott ellátás minősége - jelentősen hozzájárul, hogy személyesebb és bizalmasabb orvos-beteg kapcsolat alakuljon ki, mely elősegítheti a pszichés problémák felismerését és kezelését is.

### *2.3.9.4. Összefoglalás - következtetések*

**1.** Eredményeink szerint a férfiak és a nők, ill. az első ill. ismételt kísérletet elkövetők csoportjai között bizonyos különbségek voltak észlelhetők az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat vonatkozásában. Úgy tűnik, hogy a szuicid mintára is (részben) vonatkozik az a korábban depressziós betegeknél tapasztalt jelenség, hogy a férfiak kisebb arányban fordulnak orvoshoz (Rihmer, Rutz, 2000). A nők azonban a háziorvossal ill. mentálhigiénés szolgálatokkal való intenzívebb kapcsolat mellett is csak kisebb arányban számolnak be lelki problémáikról.

**2.** Úgy tűnik, hogy a háziorvosok szuicidprevencióban betöltött szerepének egyik fontos összetevőjét képezheti az alapellátó rendszer elérhetősége. Ezt a nemzetközi összehasonlító vizsgálatunk során kapott eredményeink is

megerősítették, hiszen a háziorvosok jobb elérhetősége elősegítheti a személyesebb és bizalmasabb orvos-beteg kapcsolat kialakulását, melyben nemcsak a testi, hanem a lelki panaszok megosztása is lehetővé válik (Michel és mtsai, 1997). (Korábbi vizsgálatok szerint az öngyilkossági kísérlet előtt orvoshoz forduló páciensek többsége szükségét érzi, hogy valakivel meg tudja beszélni problémáit /Stenager, Jensen, 1994, Bancroft és mtsai, 1977/). Pécsen az elérhetőség korlátozottabb, így inkább csak a szomatikus ellátásra nyílik lehetőség, míg személyes, érzelmi kapcsolat kialakulására kevés esély kínálkozik. Ez állhat jelen felmérésünk eredményeinek hátterében, vagyis, hogy a beteg krízishelyzetben vagy egyéb lelki problémák esetén felkeresi ugyan családorvosát, de a formális orvos-beteg viszony ill. a bizalmas beszélgetésre alkalmatlan helyzet miatt nem vagy csak rejtetten képes segítséget kérni ill. nem tudja orvosával lelki problémáit megosztani. Ebből a helyzetből következően a háziorvos sem ismeri fel a súlyos lélektani állapotot és így segíteni sem tud ennek megoldásában. Az orvossal való találkozás során a megfogalmazott testi panaszok mögött rejtőzködő lelki problémák elhallgatásában az orvos és a páciens hibás "együttműködése" fontos szerepet játszhat, ebben talán (a magyar kultúrára jellemző módon) az önpusztítással kapcsolatos ambivalens attitűd érhető tetten (Fekete és mtsai, 1998).

**3.** Összességében megállapítható, hogy a szuicid kísérletezők között a háziorvosi kontaktus mellett a pszichiátriai szolgálatokkal való kapcsolat is nagy gyakorisággal fordult elő. Ez a tény a magas ismétlődési rátával együtt arra utal, hogy ezen ellátási formák alacsony hatékonysággal működnek, vagyis csak kis mértékben nyújtanak segítséget a későbbi öndestruktív viselkedés megelőzésében. Így a pszichiátriai szakellátási formák elérhetőségének és effektivitásának javítása nagymértékben hozzájárulhat a szuicidium eredményesebb megelőzéséhez. Ezen kívül a kifejezetten az öngyilkossági kísérletet elkövetőkkel foglalkozó krízisszolgálatok fejlesztése a szekunder prevenciót segíthetné elő.

**4.** Összefoglalva eredményeinket: úgy tűnik, hogy az állandó, személyes és teherbíró kapcsolat az egészségügyi ellátó rendszerekkel (melyben a háziorvos, mint "gatekeeper" szerepel) jelentős mértékben hozzájárulhat, hogy krízishelyzet esetén a páciens adekvát módon tudjon segítséget kérni és megfelelő ellátásban részesülhessen. Másrészről a háziorvosok továbbképzése

(Rutz, Rihmer, 1997) is kiemelt szereppel bírhat, hiszen az esetleges depressziós tünetek ill. a preszuicidális lelkiállapot pontosabb felismerése szintén javíthatja az ellátást. Kiváltképp a korábban már öngyilkosságot megkísérelt páciensek kiszűrése és kezelése látszik különösen fontosnak, lehetőség szerint a mentálhigiénés szolgálatok bevonásával.

# 2.4. A KÖVETÉSES VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

## 2.4.1. A vizsgálat módszere

Az első interjú után egy évvel a kutatási protokoll szabályai szerint – előzetes beleegyezésük alapján - kíséreltük meg a résztvevőkkel való ismételt kapcsolatfelvételt. Ez 56 esetben járt sikerrel, ezen kísérletezők esetében került sor a követéses interjú felvételére. 3 esetben jelezték a hozzátartozók, hogy a páciensek befejezett öngyilkosságot követtek el, közülük két esetben tudtunk adatokat nyerni a hozzátartozóktól az első interjú és a szuicidium között eltelt időszak eseményeire vonatkozóan. 20 esetben kapcsolatfelvétel megtörtént, de a páciensek nem kívántak részt venni az ismételt interjúban, míg 23 pácienst nem sikerült megtalálni (2.4.1.sz.táblázat). A követéses interjúban résztvevők aránya valamivel magasabb volt, mint az összeurópai elemzésben (57 vs. 47 %) (Bille-Brahe és mtsai, 1998). A követéses vizsgálatban résztvevők a legfontosabb szociodemográfiai információkat ill. a szuicid kísérlet ismétlési arányát tekintve reprezentatív volt a teljes interjús mintára vonatkozóan. Az első interjúban alkalmazott skálák átlagértékeit ill. a pszichiátriai kórismék arányát illetően sem volt számottevő eltérés a két minta között.

## 2.4.2. Eredmények

A követéses időszakban a mintából 5 férfi és 6 nő kísérelt meg ismételten öngyilkosságot ill. 3 nő befejezett szuicidiumot, 5-en (3 férfi és két nő) több alkalommal is. Három esetben került erre sor az interjút követő három hónapon belül. Az öngyilkossági kísérletek módszerválasztásában a gyógyszeres intoxikáció volt meghatározó.

A mintában szereplő páciensek közel 60 %-a számolt be meglévő szuicid intenciókról a vizsgált periódusban, negyedük esetében ez az interjút megelőző héten is jelen volt (2.4.2.sz.táblázat).

### *2.4.2.1. Az egészségügyi rendszerekkel való kapcsolat a mintában*

**A háziorvossal való kapcsolat**

A követéses vizsgálatban szereplők az egész mintához hasonlóan nagy arányban álltak kapcsolatban háziorvosukkal a vizsgált periódusban (a nők valamivel gyakrabban találkoztak orvosukkal – $p<0,05$). A páciensek fele (valamivel több nő) már a kísérletet követő héten kapcsolatba lépett velük. Több mint 50 %-uk ítélte jónak az orvossal való kapcsolatát és csak 12 %-uk nem volt megelégedve (2.4.3.sz.táblázat).

**A kísérletet követő pszichiátriai ellátás**

Két kivétellel az összes páciens pszichiátriai osztályos kezelésben részesült a kísérletet követően (2.4.4.sz.táblázat). A legtöbb esetben a kezelés időtartama egy hónapon belül volt, a minta majd felében egy hétig sem tartott (nőknél kétszer gyakoribb volt az egy hetes hospitalizáció) (átlagidő- férfi/nő: 3 vs. 2 hét - $p<0,06$).

A páciensek közel négyötöde részesült ambuláns pszichiátriai ellátásban is, melynek során döntő többségüket pszichiáter szakember kezelte. A kísérletezők felében ez fél évnél rövidebb ideig tartott (egyharmaduknál a 2 hónapot sem érte el) (átlagidő: férfi/nő-6 vs. 6,4 hónap). Ezen időszak során átlagosan 10 alkalommal találkoztak kezelőorvosukkal. A találkozások idejét tekintve harmaduknál 15 percnél, egyharmaduknál 30 percnél, míg további harmaduknál egy óránál rövidebb ideig tartott a terápiás ülés (átlagidő: férfi/nő – 34 vs. 29 perc). A kísérletezők nagy arányban részesültek gyógyszeres terápiában: a mintában szereplők fele nyugtatókat, a férfiak tizede hangulatjavítókat, ötöde antipszichotikumokat szedett, míg a nők több mint harmada szedett antidepresszánsokat és közöttük nem szerepelt antipszichotikus kezelés.

A követéses interjúban a kísérletet követő pszichiátriai kezeléssel kapcsolatos vélemények felmérése is szerepelt. Ebben az osztályos és ambuláns terápia (a terapeuta magatartása /mennyire volt megértő, szentelt-e neki elég figyelmet/ ill. a terápiás kapcsolat sajátosságai /meg tudták-e beszélni a problémákat, ajánlaná-e másnak is a kezelést, kezelés eredményessége stb./), ill. az osztályos kezelés általános értékelése (nővérszemélyzet attitűdje,

betegtársakkal való kapcsolat, betegjogok figyelembevétele stb.) történt. Ennek során mind az osztályos terápia, mind az osztály általános értékelése magasabb átlagot ért el, az ambuláns kezelést kevésbé pozitívan értékelték.

### *2.4.2.2. Az ismétlők jellemzőinek elemzése*

A follow-up időszak alatt újabb öngyilkossági kísérletet elkövetők számos változó tekintetében különböztek azoktól, akiknél nem volt ismétlés. Gyakoribb volt közöttük a szuicid intenciók megjelenése, mind az egész évre, mind az interjút megelőző hétre vonatkozóan. Testi és lelkiállapotukat rosszabbnak értékelték, nagyobb arányban számoltak be lelki problémákról a vizsgált évet illetően.

Az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat vonatkozásában is érdekes különbségek voltak észlelhetők. Az ismétlők kisebb arányban álltak kapcsolatban háziorvosukkal, de akik kapcsolatban álltak azoknál ez nagyobb gyakorisággal történt. A kísérletet követően is hamarabb keresték fel orvosukat és a vele való kapcsolatot is nagyobb arányban értékelték jónak (2.4.5.sz.táblázat).

Az ismétlők között többen voltak, akiknek az első interjút megelőző kísérlet utáni kezelés egy hétig sem tartott, de néhány esetben hosszabb terápia történt, így a kezelés átlagideje közöttük valamivel magasabb volt (átlagidő: ismétlés volt/nem volt – 2,54 vs. 2,23 hét). Ambuláns kezelésben hasonló arányban részesültek, ennek átlagos ideje valamivel hosszabb volt (7,3 vs. 6 hónap). Érdekes módon az ambuláns terápia során történt találkozások átlagos száma (7,9 vs. 10,8) és ideje (22 vs. 33 perc – $p<0,05$) alacsonyabb volt (2.4.1.sz.ábra). A gyógyszeres terápiát illetően az ismétlők kisebb arányban szedtek hangulatjavítókat és gyakrabban antipszichotikumokat és nagyobb arányban jeleztek problémát a nyugtató szedésével kapcsolatban (2.4.6.sz.táblázat). Az ismétlők a pszichiátriai kezeléssel kevésbé voltak megelégedve, ez a különbség különösen az ambuláns terápia vonatkozásában volt jelentős ($p<0,05$) (2.4.2.sz.ábra).

### *2.4.2.3. Összefoglalás – következtetések*

1. Vizsgálatunkban a követés időszak alatt történt befejezett öngyilkosságok néhány százalékos előfordulása nagyjából megfelelt a szakirodalmi adatoknak (Zonda, 1988). Az ismételt kísérletet elkövetők aránya hasonló volt az összes monitorizált szuicid kísérletező között észlelt egy éves prospektív kísérletek vonatkozásában talált adatokhoz. Kiemelésre érdemes a szuicid intenciók jelentős aránya a mintában (mind a követés teljes időszakában, mind a follow-up interjút megelőző héten), mely jóval gyakrabban jelent meg az összeurópai adatokhoz képest (26 vs. 13,5 %). A követéses időszak alatt történt ismételt kísérletek arányában azonban nem volt jelentős eltérés (Bille-Brahe, 1998).
2. Az első interjút megelőző szuicid kísérletet követően igen nagy arányban pszichiátriai osztályos kezelésre került sor, de ez gyakran csak rövid ideig tartott. Ezt többnyire hónapokig tartó ambuláns kezelés követte, melynek során rendszeresen találkoztak a terapeutájukkal, a terápiás ülések ideje viszont elég nagy változékonyságot mutatott. A kezelés a kísérletezők jelentős részében farmakoterápiát (is) jelentett. A nyugtató szedése volt a leggyakoribb, a nők között a hangulatjavító medikáció aránya is jelentős volt. A páciensek az osztályos kezeléssel általában jobban meg voltak elégedve mind az ambuláns terápiával.
3. A követés időszaka során újabb öngyilkosságot megkísérlők sokkal gyakrabban számoltak be testi és lelki problémákról, ill. szuicid gondolatokról. Ennek ellenére ritkábban álltak kapcsolatban háziorvosukkal, de a kapcsolatuk intenzívebb volt és kedvezőbben is értékelték ezt. Ezek az adatok arra utalnak (hasonlóan az EPSIS I. mintában tapasztalthoz), hogy az ismétlők esetében a rendszeres és jónak értékelt háziorvosi kapcsolat ellenére sem került sor a szuicid veszély felismerésére, így ennek megelőzése is elmaradt.

4. A pszichiátriai kezelés időtartama nagyobb változékonyságot mutatott, de összességében mind az osztályos, mind az ambuláns kezelés hosszabb ideig tartott az ismétlők esetében. Ennek ellenére a terápiás ülések ritkábban történtek és rövidebb ideig is tartottak.

5. Más európai centrumok adataival (Arensman, 1997) való összehasonlítás során kiderült, hogy a pécsi mintában mind a kísérletet követő ambuláns, mind az osztályos pszichiátriai kezelésben részesülők aránya jóval magasabb volt. Az ambuláns kezelés során azonban a holland mintában a páciensek jóval gyakrabban találkoztak a kezelőorvosukkal és a terápiás ülések is hosszabb ideig tartottak.

6. A követéses vizsgálat eredményei igazolták, hogy ez a populáció fokozottan veszélyeztetett a szuicid magatartás ismétlődése szempontjából. Annak ellenére, hogy nagy gyakorisággal részesültek pszichiátriai kezelésben és ambuláns terápiában, ez számos esetben nem volt eredményes, jelentős arányban jelentkeztek szuicid intenciók és több esetben újabb kísérletre is került sor. Az ismétlők kezelésében észlelt eltérések a korábbiakban részletezett eredményekhez hasonlóan a mentálhigiénés ellátás inszufficienciájára utalhatnak (ez a páciensek értékelésében is megjelent). A kezelés gyakran csupán a gyógyszeres terápiában merült ki, mely sok esetben szolgált az ismételt kísérlet eszközéül. Adataink szerint a háziorvosoknak is fontos szerepe lehet(ne) a harmadlagos prevencióban. A korábbi Baranya megyei TBZ kutatás eredményei szerint az öngyilkosságot megkísérlők jelentős része nem részesült pszichés segítségnyújtásban (Kóczán, 1994). Vizsgálatunkban ez a kedvezőtlen arány jelentős javulást mutatott, a pszichiátriai ellátásba kerülők száma jelentősen nőtt. A terápia sajátosságait illetően azonban ez a pozitív változás kevésbé volt tetten érhető, sok esetben a segítségnyújtás csak korlátozott eredménnyel járt. Ez pedig arra hívja fel a figyelmet, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövetők kezelésében az általános pszichés/pszichoterápiás segítségnyújtáson túl speciális terápiás intervenciók (Arensman, 1997, Buda, 1997e) alkalmazása is elengedhetetlen.

# 3. A VIZSGÁLAT LEGFONTOSABB EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA

## 3.1. ÖSSZEFOGLALÁS - KÖVETKEZTETÉSEK

1. A korábbi Baranya megyei vizsgálathoz képest adataink szerint az elmúlt évtizedben az öngyilkossági kísérletek gyakorisága alig változott, a halálozás viszont csökkent. A befejezett öngyilkosságot elkövetők csoportjában az idősebb korosztály dominált, a kísérletezők között a fiatalok mellett azonban a középkorú és idős populáció (elsősorban az idős nők) is jelentős arányban szerepeltek. A befejezett öngyilkosságot elkövetők között a szakirodalmi adatokhoz képest kisebb arányban jelentek meg a súlyos pszichopatológiai eltérésekkel bíró páciensek.
2. Más vizsgálatokhoz hasonlóan a szuicidiumot elkövetőket a violens módszerek, míg a kísérletezőket inkább a gyógyszermérgezés gyakorisága jellemezte. A kísérletezők között az önmérgezésben választott pszichofarmakonok megoszlása igen jellegzetes mintát mutatott, mely összefüggésbe hozható az egyes gyógyszerek elérhetőségével ill. a hazai gyógyszerfelírás és fogyasztás anomáliáival is. A módszerválasztásban észlelt változások (elsősorban a kifejezett toxicitással bíró pszichofarmakonok háttérbe kerülése) fontos szerepet játszhatnak a befejezett öngyilkosság rátájának csökkenésében is.
3. Mind a befejezett öngyilkosságot, mind a kísérletet elkövetők között a korábbi vizsgálatokhoz képest alacsonyabb volt a súlyosabb mentális zavarok aránya, míg az alkalmazkodási zavarok gyakrabban fordultak elő. A pszichiátriai kórismék megoszlásának nemi különbségei (a depressziós zavar nőknél, az alkoholfüggőség férfiaknál való gyakori megjelenése), ill. a személyiségzavarok aránya számottevő hasonlóságot mutatott a halottak és a kísérletezők mintájában, bár a halottak diagnózisai között gyakrabban szerepeltek a súlyosabb mentális zavarok. A kísérletezőket jelentős depressziós tünetek (érzelmi, kognitív, vegetatív) és kifejezett reménytelenség jellemezte, melyek a pszichiátriai diagnózison túl egy aktuális emocionális krízisállapot fennállására

utalnak. A háttérben álló személyiségproblémákra hívja fel a figyelmet az indulatosság faktorának magas átlaga, ill. az alacsony önértékelés. A kísérletek hátterében a tervezettséggel szemben az indulatkezelés zavarának – az aktuális tüneti képen túlmutató - szerepe bizonyult jelentősebbnek. A gyakran előforduló testi betegségek szerepe is figyelmet érdemel, hiszen sok esetben társultak depressziós panaszokkal. A depressziós tünetek ill. a reménytelenség, mind a krónikus szomatikus betegségek (különösen együttes előfordulásuk esetén) jelentős rizikófaktor jelentenek a szuicid magatartás kialakulása szempontjából.

4. Az öngyilkossági kísérletezőket jelentős arányban jellemezték instabil interperszonális és egzisztenciális tényezők (leginkább a munkanélküliség). Mintánkban a kísérletek hátterében nem annyira a magány és az izoláció szerepe volt kiemelkedő, mint inkább a konfliktuózus interperszonális viszonyoké. Külön alcsoportot képeztek a 65 év feletti kísérletezők, akiknél a hangulat- és az organikus zavarok kiemelt jelentőségére derült fény, körükben az öngyilkossági kísérlet hátterében ezen megbetegedések aluldiagnosztizálása és kezelése ill. az inadekvát pszichoszociális támogatás is igen jelentős szerepet játszhatott.

5. A kísérletezőknél minden életszakaszban nagy gyakorisággal voltak jelen különböző negatív életesemények. Ezek között a gyermekkorban átélt traumák (különösen a szexuális abúzus) és családi működés zavarait tükröző történések jelentős arányban szerepeltek. Úgy tűnik, hogy szerepük lehet a személyiség diszharmonikus fejlődésében, és így közvetve hajlamosíthatnak az öndestruktív viselkedés megjelenésére.

6. Vizsgálatunk számos eredménye utalt a magyar kultúra önpusztítással kapcsolatos - az elfogadás-elutasítás ambivalenciájával jellemezhető beállítódására és a modellkövetés kiemelt szerepére, valamint a szuicid viselkedés kapcsolati ill. kommunikatív aspektusának fontosságára.

7. A pécsi mintában jelentős gyakorisággal szerepeltek az ismételt öngyilkossági kísérletet elkövetők. Ezek a páciensek egy olyan alcsoportot jelentettek a kísérletezőkön belül, melyre különösen jellemzőek voltak a szociális és egzisztenciális destabilizációra utaló jelek. Az ismétlés legjelentősebb prediktorának a mentális zavarok bizonyultak. A súlyos pszichopatológiai eltérések és a mentális zavarok gyakoribb előfordulása a személyiség mélyebb patológiájára utalt. Ez összefüggésbe hozható azzal, hogy e csoportban nagyobb volt a traumatikus életesemények aránya is.

8. Az öngyilkossági kísérletezők (különösen a nők) nagy gyakorisággal állnak a kapcsolatban a háziorvosi ill. pszichiátriai ellátással. Ennek ellenére (ellentétben más európai eredményekkel) gyakran nem észlelték az öngyilkossági veszélyt és így elmaradt az adekvát segítségnyújtás is. A depressziós tünetek növelték az orvoshoz fordulás gyakoriságát, de ez többnyire nem kerül felismerésre és csak kevés páciens (különösen a férfiak közül) részesül adekvát kezelésben ill. antidepresszáns terápiában. Az ellátás problémáiban az egészségügyi szolgálatok elérhetősége különösen fontos faktort jelenthet. Az ismételt kísérletet elkövetők között az egészségügyi és mentálhigiénés ellátásban részesülők aránya különösen magas volt, ez pedig ezen szolgálatok szuicidprevenciós inszufficienciájára ill. ineffektivitására utalhat. A segítségnyújtás elmaradásában a magyar kultúrára jellemző módon az önpusztítással kapcsolatos ambivalens attitűd révén "az egészségügy szuicidogén mikroklimájának" nevezett jelenség is szerepet játszhat.

9. Vizsgálatunk számos eredménye jelentős egyezést mutatott más európai centrumok adataival. A fentiekben részletezett különbségek (ismétlők magasabb aránya, interperszonális konfliktusok gyakoribb előfordulása, elfogadó, de egyben ambivalens reakció a környezet részéről, modellkövetés kiemelt szerepe) azonban arra utalnak, hogy az általános jellemzők mellett a kulturális faktorok is meghatározó jelentőségűek az öngyilkos viselkedés kialakulásában. A nemzetközi összehasonlítás alapján a kedvezőtlen hazai öngyilkossági helyzet vonatkozásában az egészségügyi és mentálhigiénés ellátás anomáliái is kitüntetett szereppel bírnak.

# 3.2. A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK KLINIKAI ÉS PREVENCIÓS JELENTŐSÉGE

Eredményeink alapján megfogalmazható néhány olyan új szempont, melyek nagy jelentőséggel rendelkeznek a prevenció szempontjából. Elsőként az öngyilkossági veszély felismerésének kérdése említendő, különös tekintettel az olyan aktuális pszichés tünetekre, mint pl. a depresszió vagy a reménytelenség. Ezek felmérésében jelentős segítséget nyújthat az interjú során használt skálák mindennapi gyakorlatban való alkalmazása. Vizsgálatunk adatai megerősítették, hogy a szuicid viselkedés szempontjából jelentős rizikófaktorok (pl. idős kor, korábbi kísérlet, hosszan tartó testi ill. lelki betegségek) kiemelt figyelmet igényelnek, különösen több rizikófaktor együttes megjelenése esetén. Nagy jelentőségű ezen pácienseknek már az alapellátásban való kiszűrése és kezelése (különös tekintettel az olyan inadekvát gyógyszerrendelés elkerülésére, mint pl. a csak tüneti terápiát szolgáló nyugtatók felírása). A pszichiátriai segítségnyújtás során a mentális zavarokban (elsősorban a hangulatzavarok ill. az alkoholfüggőség) szenvedők adekvát kezelése különösen fontos. Az ismétlők kezelése kiemelkedő jelentőségűnek tekinthető a prevenció szempontjából. Mivel ez számos nehézséggel járhat, sok páciens számára - különösen személyiségzavar fennállása esetén - speciális pszichoterápiás megközelítés lehet szükséges (Linehan, és mtsai, 1991). A kísérletezők farmako- és pszichoterápiáját illetően azonban ma még sok a megválaszolatlan kérdés (Hawton és mtsai, 1998), emiatt ez a téma további intenzív kutatásokat igényel. Annyi azonban bizonyos, hogy a gyakran megjelenő traumatikus életesemények feldolgozása központi fontosságú a terápiában. A szuicidiumot megkísérlők kezelésének elméleti hátterét a komplex bio-pszicho-szociális szemlélet alkotja. Ebben a megközelítésben a pszicho és farmakoterápia mellett a gyakran előforduló szociális ill. egzisztenciális problémák megoldásában nyújtott segítség is fontos szereppel bír.

Az öngyilkosság prevenciójában az egészségügyi szolgálatok elérhetőségének és hatékonyságának javítása, a mentálhigiénés ill. pszichiátriai ellátó rendszerek fejlesztése, speciális krízisszolgálatok kialakítása ill. a jelenleg is eredményesen működő telefonszolgálatok továbbfejlesztése kiemelt

jelentőségűnek látszik. Ezen kívül az egészségügyi ellátásban dolgozók (elsősorban a háziorvosok) a modern szuicidológiai szemléletnek megfelelő továbbképzése is kulcsszereppel bír.

A szekunder prevenció szempontjából fontosnak tartjuk az öngyilkosság következtében meghaltak családtagjainak a veszteségélmény feldolgozásában nyújtott segítséget. Ennek során mind a túlélő családtagok, mind a kísérletet elkövetők esetében jelentős szerephez juthatnak az önsegítő-önszerveződő csoportok. A számítógépes kommunikáció térhódításának köszönhetően – külföldi (elsősorban egyesült-államokbeli) példákhoz hasonlóan - erre a világháló is egyre több lehetőséget biztosít (levelezőlisták, on-line segítségnyújtás stb.).

Tehát a jelenlegi helyzet komplex többszintű társadalmi program kialakítását teszi szükségessé az öngyilkosság megelőzése érdekében, ebben a kulturális sajátosságok figyelembevétele mellett nagy segítséget jelenthetnek olyan külföldi források, mint pl. az USA vagy a skandináv országok nemzeti szuicidprevenciós stratégiái.

## 3.3. KITEKINTÉS –ÚJ SZEMPONTOK A KUTATÁSBAN

Vizsgálatunk alapján megállapítható, hogy a modern szuicidológiai kutatások komplex megközelítést igényelnek, hiszen a befejezett és megkísérelt öngyilkosság jelensége nem választható szét élesen egymástól. Így az epidemiológiai vizsgálatokkal párhuzamosan célszerűnek látszik a kísérletezők személyiségének több faktor mentén történő elemzése is. Ebben a pszichológiai és szociális tényezők, élettörténeti események mellett a genetikai-biológiai eltérések vizsgálata is szerephez juthat. Az öngyilkosság és pszichiátriai betegségek kapcsolata napjainkban is intenzív kutatások tárgya, a pontos diagnózisalkotás mellett azonban egyre inkább előtérbe kerül a személyiség általánosabb problémáinak feltérképezése (pl. személyiségzavarok, temperamentumbeli eltérések, neurobiológiai modellek). Az ígéretes kutatási adatok ellenére az integratív, konkrét terápiás és prevenciós lehetőségeket megalapozó eredmények még váratnak magukra.

Jelen vizsgálatunk eredményei is hangsúlyozzák a multicentrikus kutatások fontosságát, melyben a közös kutatási protokoll lehetővé teszi nagyobb szuicidológiai adatbázisok létrehozását. Így az öngyilkos viselkedés általános érvényű jellemzőinek tanulmányozása mellett a speciális kulturális sajátosságok leírása is lehetséges. A kutatás során használt vizsgálati eszközök tesztelése és továbbfejlesztés is reális célkitűzésként fogalmazható meg, hiszen ezek segítségével a kapott eredmények értéke ill. érvényessége jelentősen növelhető.

Dolgozatomban a kutatás első négy évében kapott eredményeink összegzésére tettem kísérletet. Természetesen vizsgálatunk további adatgyűjtéssel, valamint új szempontok bevezetésével folytatódik. Ezek között szerepel a mentális zavarok pontosabb felmérése strukturált diagnosztikus interjúval /MINI, SCID/, további személyiségfaktorok vizsgálata (pl. temperamentum vizsgálata a TCI kérdőívvel), valamint részletesebb transzkulturális összehasonlítás is. Ezen kívül a követéses vizsgálat folytatása során kívánunk információkat nyerni a kísérletezők életének alakulását illetően, mintegy tesztelve a korábbi interjúk során kapott eltérések prediktív jelentőségét. Úgy véljük, hogy terveink reális lehetőséget adnak arra, hogy az öngyilkosságra vonatkozó – napjainkban még elég homályos összképet további részletekkel tudjuk gazdagítani.

# IRODALOMJEGYZÉK

Andorka, R., Buda, B., Cseh-Szombaty, L.: Az alkoholizmus kialakulásának tényezői. Statisztikai Kiadó Vállalat, Bp., 1972.

Appleby, L., Amos, T., Doyle, U., Tomenson, B., Woodman, M.: General practitioners and young suicides. A preventive role for primary care. Br. J. Psychiatry, 1996, 168:330-333.

Appleby, L., Shax, J., Amos, T., McDonnel, R., Harris, C., McCann, K., Kiernan, K., Davies, S., Bickley, H., Parsons, R.: Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. BMJ, 1999, 318:1235-1239.

Arató, M., Demeter, E., Rihmer, Z., Somogyi, E.: Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. Acta Psychiat Scand, 1988, 77:454-456.

Arensman, E., Kerkhof, A., Hjlemeland, H., Aardema, A., Bille-Brahe, U., Crepet, P., De Leo, D., Fekete, S., Grad, O., Haring, C., Hawton, K., van Heeringen, K., Lönnquist, J., Michel, K., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A., Wasserman, D.: Psychometric properties of a questionnaire for the assessment of sressful and traumatic life events in a sample of deliberate self-harm patients. In press.

Arensman, E., Kerkhof, A.J.F.M.: Classification of attempted suicide. A review of empirical studies, 1963-1993. Suic. Life-Threat. Behav., 1996, 26:46-67.

Arensman, E.: Attempted suicide: Epidemiology and classification. Dissertation. Leiden University, Leiden, 1997.

Balázs, J., Bitter, I., Lecrubier, Y., Csiszér, N., Koszták, J.: Prevalence of mental disorders and their subtreshold forms in suicide attempters in Hungary. European Neuropsychopharmacology, 2000, 10 (Suppl3): 393.

Balázs, J., Csiszér, N., Koszták, J., Lecrubier, Y., Bitter, I.: Öngyilkossági kísérletet elkövetett betegek pszichiátriai vizsgálata. MPT, VIII.Vándorgyűlése, Győr, 2000, Absztrakt kötet, 15.o.

Balikó, M.: Az impressziókeltés kommunikációs sajátosságai vokális csatornán keresztül. In: Teledialógus (szerk: Kelemen, G.), Pro Pannónia, Pécs, 2000, 98-132. o.

Bancroft, J., Skrimshire, A., Casson, J., Harvard-Watts, O., Reynolds, F.: People who deliberately poison or injure themselves: their problems and their contacts with helping agencies. Psychol. Med., 1977, 7:289-303.

Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., Steer, R.A.: Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. Am. J. Psychiatry 1990, 147:190-195.

Beck, A.T., Kovacs, M., Weissman, A.: Hopelessness and suicidal behaviour: an overview. JAMA, 1975, 234:1146-49.

Beck, A.T., Schuyler, D., Herman, J.: Development of suicidal intent scales. In: Beck, A.T., Resnik, H.L.P., Lettieri (Eds). The prediction of suicide. Charles Press., Bowie, Maryland, 1974. p45-48.

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., Garrison, B.: Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am. J. Psychiatry, 1985, 142:55-563.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J.. An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psych., 1961, 4:561-571.

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L.. The measurement of pessimism. The hopelessness scale. J. Con. Clin. Psychology, 1974, 42:861-865.

Bernstein, D.P., Ahluvila, T., Pogge, D., Handelsman, L.: Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry, 1997, 36:340-348.

Bille-Brahe, U., Jensen, G.: Repeated suicidal behavior: a two-year follow-up. Crisis, 1994, 15:77-82.

Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., De Leo, D., Schmidtke, A., Crepet, P., Hawton, K, Hjelmeland H., Lönnquist, J., Michel, K., Salander-Renberg, E., Wasserman, D.: Report on the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide 1988-1997. Centre for Suicidological Research, Odense, Denmark, 1998.

Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., De Leo, D., Schmidtke, A., Crepet, P., Lönnquist, J., Michel, K., Salander-Renberg, E., Stiles, T.C., Wasserman, D., Aagaard, B., Egebo, H., Jensen, B.: A repetition-prediction study on European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II. of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasucide in co-operation with the EC concerted action on attempted suicide. Acta Psych. Scand., 1997, 95: 81-86.

Boncz, I., Boda, K., Fábricz, K., P.Pallag, L., Galsi, G., Szabó K., Kovács Z.: A tudatállapot-módosulás néhány jellemzője az öngyilkosságot megkísérelt személyeknél. Szenvedélybetegségek. 2000, 8:175-194.

Brodsky, B.S., Malone, K.M., Ellis, S.P., Dulit, R.A., Mann, J.J:: Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. Am. J. Psychiatry, 1997, 154:1715-1719.

Brown, G.W., Harris, T.: Fall-off in the reporting of life events. Soc. Psychiatry, 1978, 17:23-28.

Buda, B.. Gotland, depresszió, öngyilkosság-kutatás. Szerkesztői megjegyzések a vitához. Szenvedélybetegségek. 1999, 7:457-462.

Buda, B.:

/a. A magyar öngyilkossági helyzet okai. In: Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Animula, Budapest, 1997, 199-206.o.

/b: Az öngyilkosság. In: Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Animula, Budapest, 1997, 11-55.o.

/c: Speciális traumák az öngyilkossági cselekmény kiváltásában. In: Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Animula, Budapest, 1997,182-187.o.

/d: Öngyilkossággal kapcsolatos kutatások Magyarországon. In: Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Animula, Budapest, 1997, 119-140.o.

/e: Gondolatok az öngyilkosságveszély elhárításáról és az öngyilkosság megelőzéséről. In: Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Animula, Budapest, 1997, 207-210.o.

Buda, B.: Az öngyilkosság szociálpszichiátriai alapkérdései. In: Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából (szerk.: Buda, B., Füredi, J.), MPT, Budapest, 1986. 10-27.o.

Carlsten, A., Waern, M., Allebeck. P: Suicides by drug poisoning among the elderly in Sweden 1969-1996. Soc. Psych. Psychiatr. Epidemiol., 1999, 34:609-614.

Cheng, A.T., Chen, T.H., Chen, C.C., Jenkins, R.: Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. Br. J. Psychiatry, 2000, 177:360-365.

Cochrane, R., Robertson, A.: Stress in the lives of parasuicides. Soc. Psychiatry, 1975, 10:161-171.

Conwell, Y., Lyness, J.M., Duberstein, P., és mtsai: Completed suicide among older patients in primary care practice: a controlled study. J. Am. Ger. Soc., 2000, 48:23-29.

De Leo, D., Scocco, P., Marietta, P., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A.J., Lönnquist, J., Crepet, P., Salander-Renberg. E., Wasserman, D., Michel, K., Bjerke, T.: Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS/WHO-EURO). Int.J. Psych. Med., 1999, 29:149-163.

De Leo, D.: Is suicide prediction in old age really easier? Crisis,1998,19:60-61

Demeter, E., Arató, M., Rihmer, Z., Somogyi E.: Budapesti öngyilkosok retrospektív értékelése. Orv. Hetil., 1988, 4:177-183.

Depue, R.A., Monroe, S.M.: Conceptualization of human disorder in life stress research: The problem of chronic disturbances. Psychol. Bull., 1983, 99:36-51.

Diekstra, R.W.F., van Egmond, M.: Suicide and attempted suicide in general practice, 1979-86. Acta Psych. Scand., 1989,79:268-275.

Dirks, B.L.: Repetition of parasuicide – ICD-10 personality disorders and adversity. Acta Psych. Scand., 1998, 98:208-213.

Dyer, J.A.T., Kreitman, N.: Hopelessness and suicidal intent in parasuicide. Br. J. Psychiatry, 1984, 144:127-133.

Ennis, J., Barnes, A.B., Kennedy, S., Trachtenberg, D.D.: Depression in self-harm patients. Br. J. Psychiatry, 1989, 154:41-47.

Evans, J., Platts, H., Liebenau, A.: Impulsiveness and deliberate self-harm: a comparison of "first-timers" and "repeaters". Acta Psych. Scand., 1996, 93:378-380.

Farmer, R., Creed, F.: Life events and hostility in self-poisoning. Br. J. Psychiatry, 1989, 154:390-395.

Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Hedeker, D., Gibbons, R., Coryell, W.: Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. Am. J. Psychiatry, 1987, 144:35-40.

Fekete, S., Osváth, P., Domino, G.: Szuicídiummal kapcsolatos attitűdök összehasonlító vizsgálata magyar, észak-amerikai és japán mintában. Szenvedélybetegségek, 1998, 6:189-193.

Fekete, S., Schmidtke, A., Marton, K., Kóczán, Gy., Osváth, P.: Az öngyilkossággal kapcsolatos eltérô szociokulturális attitüdök tükrözôdése, közvetitése és változásai különbözô országok tömegkommunikációjában. Szenvedélybetegségek 1994, 2:434-446.

Fekete, S., Schmidtke, A.: Szuicidium – modellkövetés – család. Transzkulturális összehasonlító vizsgálat. Psychiat. Hung., 1995, 2:131-145.

Fergusson, D.M., Woodward, L.J., Horwood, L.J.: Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. Psychol. Med., 2000, 30:23-39.

Ferreira de Castro, E., Cunha, M.A., Pimenta, F., Costa, I.: Parasuicide and mental disorders. Acta Psych. Scand., 1998, 97:25-31.

Grootenhuis, M., Hawton, K., van Rooijen, L., Fagg, J.: Attempted suicide in Oxford and Utrecht. Br. J. Psychiatry., 1994, 163:73-78.

Gubacsi, L.: Öngyilkossági kísérletek Bács-Kiskun megyében (1984-1996). Végeken, 1998, 9: 10-18.

Hawton, K., Arensman, E., Towsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnel, D., Hazell, P., van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., Traskman-Bendz, L.: Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychososicial and phramacological treatments in preventing repetition. BMJ, 1998, 317:441-447.

Hawton, K., Blackstock, E.: General practice aspects of self-poisoning and self-injury. Psychol. Med., 1976, 6:571-575.

Hawton, K., Fagg, J.: Trends in deliberate self-poisoning and self injury in Oxford, 1976-90. BMJ, 1992, 304:1409-1411.

Hawton, K., Houston, K., Shepperd, R.: Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroner's and medical records. Br. J. Psychiatry, 1999;175:271-274.

Hepple, J., Quinton, C.: One hundred cases of attempted suicide in the elderly. Br. J. Psychiatry, 1997, 197:42-46.

Holmes, T.H., Rahe, R.H.: The social readjustment scale. J. Psychosom. Res., 1967, 11:213-218.

Horesh, N., Gothef, D., Ofek, H., Weizman, T., Apter, A.: Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients.. Crisis, 1999:20:8-14.

Horte, L.G., Stensman, R., Sundquist-Stensman, U.B.: Physical disease among 21 suicide cases: interview of relatives and friends. Scand. J. Soc. Med., 1996, 24:253-258.

Huszár, I., Kopp, M.: Az emocionális funkciózavarok és az öngyilkossági veszélyeztetettség összefüggései településszociológiai tényezőkkel Budapest-Józsefváros két orvosi körzete populációjában. Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Bulletin, V., Budapest, 1985, 32-74.o.

Jegesy, A., Harsányi, L., Angyal, M.: Alkoholizmus és öngyilkosság. Szenvedélybetegségek, 1995, 3: 91-96.

Jegesy, A., Kóczán, Gy., Ozsváth, K., Angyal, M., Kantó, A.: Az öngyilkosság következtében meghaltak hozzátartozóival készített mélyinterjúk tapasztalatai a Baranya megyei öngyilkosságkutatás (1984-1988) adatai alapján. Psychiat. Hung., 1995, 5:477-492.

Juarez-Aragon, G., Castanon-Gonzalez, J.A., Perez-Morales, A.J., Montoya Cabrera, M.A.: Clinical and epidemiological characteristics of severe poisoning in an adult population admitted to an intensive care unit. Gac. Med. Mex., 1999, 135:669-675.

Kelemen, G. (szerk): Teledialógus, Pro Pannónia, Pécs, 2000.

Keller, F., Wolfersdorf, M.: Hopelessness and the tendency to commit suicide in the course of depressive disorders. Crisis, 1993, 14:173-177.

Kerkhof, A., Bernasco, W., Bille-Brahe, U., Schmidtke, A.: European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS I). In. Bille-Brahe, U. et al (eds) Fact and Figures, Copenhagen:, 1993, WHO/EUR/ICP/PSF 018, p53-118.

Kézdi, B.: A negatív kód. Pannónia Könyvek, Pécs, 1995.

Kóczán Gy.: Az öngyilkosságok komplex elemzése Baranya megyében, 1984-88, 1991. Kandidátusi értekezés. Pécs, 1994.

Kóczán, Gy., Fekete, S., Varga, J., Ozsváth, K.: Risk factors and sociodemographical variables of suicidal behaviour in the elderly population. In: Böhme, K. et al (eds.): Suicidal behavior. The state of art. S.Roderer Verlag, Regensburg, 1993. p200-203.

Kóczán, Gy., Ozsváth, K., Jegesy, A.: Öngyilkossági események epidemiológiája és az ellátási gyakorlat Baranyában, 1984-88, Társadalmi Beilleszkedési Bulletin, XX, Bp., 1991, 1-70.o.

Koltai, M.: Az öngyilkosság családi narratívái. Psychiat. Hung., 1999, 6:667-673.

Kontaxis, V.P., Christodoulou, G.N., Mavreas, V.G., Havaki-Kontaxaki, B.J.: Attempted suicide in psychiatric outpatients with concurrent physical illness. Psychoter Psychosom, 1988, 50:201-206.

Kopp, M., Szedmák, S.: Az öngyilkossági magatartás pszichoszociális háttértényezői a magyar lakosság körében. Végeken, 1997, 8:4-14.

Kovács, K., Kolozsi, B.: A magyarországi öngyilkosságok a 90-es évtizedben és az öngyilkosságok európai trendjei. In: Elekes Zs. – Spéder Zs. (szerk.): Törések és kötések a magyar társadalomban. Budapest, Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó, Bp., 2000, 170-195.o.

Kraaij, V., Kremers, I., Arensman, E.: The relationship between stressful and traumatic life events and depression in the elderly. Crisis, 1997:18:86-88.

Krarup, G., Nielsen, B., Rask, P., Petersen, P.: Childhood experiences and repeated suicidal behavior. Acta Psych. Scand.., 1991, 83:16-19.

Leenaars, A.A., Fekete, S., Wenckstern, S., Osváth, P.: Magyar és észak-amerikai öngyilkosok búcsúleveleinek összehasonlító vizsgálata. Psychiat. Hung., 1998, 13:146-159.

Magoz-Gurpide, A., Baca-Garcia, E., Diaz-Sarastre, C., Ceverino, A., Guerro, D., Saiz: Attempted suicide and previous contact with health system. Actas Esp. Psiquiatr, 1999, 27: 329-333.

Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L., Malone, K.M.: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am. J. Psychiatry, 1999, 156:181-189.

Merril, J., Owens, J.: Age and attempted suicide. Acta Psych. Scand., 1990, 82.385-388.

Michel, K., Ballinari, P., Bille-Brahe, U., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Hawton, K, Kerkhof, A., Lönnquist, J., Querejeta, I., Salander-Renberg, E.,

Schmidtke, A., Temesvary, B., Wasserman, D.: Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Soc. Psych. Psychiatr. Epidemiol., 2000, 35:156-163.

Michel, K., Runeson, B., Valach, I., Wasserman, D.: Contacts of suicide attempters with GPs prior to the event: a comparison between Stockholm and Bern. Acta Psych. Scand.. 1997; 95:94-99.

Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A.T., Beck, R.: Hopelessness, depression and attempted suicide. Am. J. Psychiatry, 1973, 130:455-459.

Nielsen, B., Wang, A.G., Bille-Brahe, U.: Attempted suicide in Denmark. IV. A five year follow-up. Acta Psych. Scand., 1990, 81:250-254.

Ozsváth, K., Kóczán, Gy., Fekete, S.: Parasuicide care system in general hospitals and psychiatric facilities in county Baranya. In: Suicidal Behavior. The state of the art Ed.:K.Böhme,H.Wedler, Roderer Verlag, Regensburg. 1993, p514-551.

Ozsváth, K., Kóczán, Gy.: Az öngyilkossági ellátás ellentmondásai. Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Bulletin, IV, Bp., 1985, 3-40.o.

Öjehagen, A., Regneli, G., Traskman-Bendz, L.: Deliberate self-poisoning: repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. Acta Psych. Scand., 1991, 84:266-271.

Paykel, E.S., Prusoff, B.A., Myers, J.K.: Suicide attempts and recent life events. Arch. Gen. Psych., 1975, 32:327-333.

Pirkis, J., Burgess, P.: Suicide and recency of health care contacts. Br. J. Psychiatry, 1998, 173:462-474.

Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Lönnquist, J., Michel, K., Philippe, A., Pommereau, X., Querejata, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B, Wasserman, D., Sampaio Faria, J.: Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psych. Scand. 1992, 85: 97-104.

Pokorny, A.D., Kaplan, H.B., Tsai, S.Y.: Hopelessness and attempted suicide: a reconsideration. Am. J. Psychiatry, 1975, 132:954-956.

Rifai, A.H., George, C.J., Stack, J.A., Mann, J.J., Reynolds, C.F.: Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of major depression in late life. Am. J. Psychiatry, 1994, 151:1687-1690.

Rihmer, Z., Rutz, W., Barsi, J.: Suicide rate, prevalence of diagnosed depression and prevalence of working physicians in Hungary. Acta Psych. Scand., 1993, 88:391-394.

Rihmer, Z., Rutz, W.: Depresszió és öngyilkosság férfiaknál. Spinger Orvosi Kiadó Kft., Bp., 2000.

Rihmer, Z.: Relationship between recognized depression and suicide in Hungary. Int J. Meth. Psychiat. Research, 1996, 6:15-20.

Runeson, B., Wasserman, D.: Management of suicide attempters: what are the routines and the cost? Acta Psych. Scand., 1994, 90, 222-228.

Rutz, W., Rihmer, Z.: A Gotland-vizsgálatok tanulságai. Eredmények, hiányosságok és tennivalók. Psychiat. Hung., 1997, 12:35-43.

Salter, D., Platt, S.: Suicidal intent, hopelessness and depression in a parasuicide population: the influence of social desirability and elapsed time. Br. J. Clin. Psychol., 1990, 4:361-371.

Schlebuss, L., Wessels, W.H.: Hopelessness and low-intent in parasuicide. Gen. Hosp. Psych., 1988, 10:209-213.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lönnquist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Philipe, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B., Sampaio-Faria, J.G.: Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters durin the period 1989-92. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psych. Scand., 1996, 93:327-338.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., De Leo, D., Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lönnquist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D., Sampaio-Faria, J.G., Fricke, S.: Sociodemographic characteristics of suicide attempters in Europe. In: Attempted suicide in Europe. Eds.: Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Lönnquist, J.DSWO Press, Leiden University, The Netherlands, 1994, p231-242.

Schmidtke, A., Fricke, S., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., Lönnquist, J., Michel, K., Salander-Renberg, E., Wasserman, D.: Imitation of suicidal behaviour: a cross-cultural study. Presentation, WHO/EURO Meeting, Berne, 1997. Aug.

Scocco, P., Marietta, P., Tonietto, M., Dello Buono, M., De Leo, D.: The role of psychopathology and suicidal intention predicting suicide risk: a longitudinal study. Psychopathology, 2000, 33:143-150.

Sidley, G.L., Calam, R., Wells, A., Hughes, T., Whitaker, K.: The prediction of parasuicide repetition in a high-risk group. Br. J. Clin. Psychol., 1999, 38:375-386.

Spielberger, C.D.: State-Trait Anger Expression Inventory. Research Edition. Odessa, Florida, Psychological Assessement Resources Inc., 1988.

Stanley, B., Gameroff, M.J., Michalsen, V., Mann, J.J.: Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? Am. J. Psychiatry, 2001, 158:427-432.

Statham, D.J., Heath, A.C., Madden, P.A. Bucholz, K.K, Bierut, L., Dinwiddie, S.H., Slutske, W.S., Dunne, M.P., Martin, N.G.: Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. Psychol. Med., 1998, 28:839-855.

Stenager, E.N., Jensen, K.: Atempted suicide and contact with the primary health authorities. Acta Psych. Scand., 1994; 90:109-113.

Stenager, E.N.: Parasuicide, somatic disease and pain. In: Böhme, K. et al (eds.): Suicidal behavior. The state of art. S.Roderer Verlag, Regensburg, 1993, p869-872.

Stensman, R., Sundquist-Stensman, U.B.: Physical disease and disability among 416 suicide cases in Sweden. Scand. J. Soc. Med., 1988, 16:149-153.

Suominen, K., Isometsa, E., Henriksson, M., Ostamo, A., Lönnquist, J.: Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. Acta Psych. Scand., 1997, 96:142-149.

Szádóczky, E., Rihmer, Z., Papp, Zs., Vitrai, J., Füredi, J.: Öngyilkos magatartás a felnőtt lakosság körében strukturált kérdőív adatai alapján. Psych. Hung., 2000, 15:127-133.

Temesváry, B., Szilárd, J.: Az öngyilkosság és az alkoholizmus egyes elméleti összefüggései. Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Bulletin, V., Bp., 1985, 75-118.o.

Temesváry, B.: Beszámoló a Szegedi Orvostudományi Egyetem Ideg-és Elmegyógyászati klinikáján végzett szuicidológiai tudományos és gyógyító-megelőző munkáról (1978-1985). Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Bulletin, VII., Bp., 1986, 155-187.o.

Temesváry, B.: Orvosok/orvostanhallgatók öngyilkossággal szembeni attitűdje. Kandidátusi értekezés. 1994.

Townsend, E., Hawton, K., Harriss, L., Bale, E., Bond, A.: Substances used in deliberate self-poisoning 1985-97: trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol., 2001, 36:228-234.

Uncapher, H., Arean, P.A.: Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. J. Am. Ger. Soc., 2000, 48:188-192.

Vörös, V., Fekete, S., Osváth, P., Trixler, M.: Diagnózis és pszichopathológia szuicid kísérletezők csoportjában. Előadás. MPT. IX. Vándorgyűlése, Miskolc, 2001. Absztrakt kötet, 289.o.

Weismann, M.M.: The epidemiology of suicide attempts, 1960-1971. Arch. Gen. Psych., 1974, 30:737-746.

Welz, R.: Life events, current social stressors, and risk of attempted suicide. In: Möller, H.J., Schmidtke, A., Welz, R.: Current issues of suicidology. Berlin-Heidelberg, Springer-Verlag, 1988.

Whitlock, F.A.: Suicide and physical illness. In: Roy, A. (ed). Suicide. Baltimore, Williams&Wilkins, 1986.

Wolk-Wasserman, D.: Contacts of suicidal neurotic and prepsychotic/psychotic patients and their significant others with public care institutions before the suicid attempts. Acta Psych. Scand., 1987, 75:358-372.

Wunderlich, U., Bronisch, T., Wittchen, H.U.: Comorbidity patterns in adolescent and young adults with suicide attempts. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci., 1998, 248:87-95.

Zonda, T.: A follow-up vizsgálatok jelentősége a szuicidológiában. Psychiat. Hung., 1988, 3:25-33.

Zonda, T.: A magyarországi öngyilkossági ráták csökkenése mögött feltételezhető okok vázlatos elemzése. Szenvedélybetegségek, 2001, 9:26-30.

Zonda, T.: Az öngyilkosság szezonalitása. Történeti áttekintés, nemzetközi adatok, elméleti megközelítés. Szenvedélybetegségek, 2000, 8:164-174.

# Köszönetnyilvánítás

A dolgozat alapjául szolgáló vizsgálat szervezésében és kivitelezésében nyújtott segítségéért munkacsoportunk vezetőjének, dr. Fekete Sándor egyetemi docensnek szeretnék köszönetet mondani. Az elmúlt 10 évben végzett közös kutató és klinikai munka során olyan értékes tapasztalatokat és élményeket gyűjthettem, melyek meghatározó befolyással bírtak pályafutásomra.

Köszönetet szeretnék mondani klinikánk igazgatójának dr. Trixler Mátyásnak professzornak, aki lehetővé tette számomra a kutatómunkában való részvételt. Dr. Ozsváth Károly professzor és dr. Kóczán György egyetemi docens a pécsi szuicidológiai kutatóműhely megszervezésével teremtették meg jelen kutatásunk létrejöttének feltételeit. Az irányításuk mellett végzett munka során ismerhettem meg a tudományos tevékenység alapjait.

Köszönetet szeretnék mondani dr. Kézdi Balázs egyetemi tanárnak, akinek jelentős szerepe volt gondolkodásmódom alakulásában és értékes tanácsaival segítette az öngyilkosság komplex szemléletének elsajátítását.

Szintén köszönet illeti mindazokat, akikkel az elmúlt években együtt dolgozhattam. Közülük kiemelném a pécsi SOS Élet Telefonszolgálat munkatársait, akiktől sok segítséget kaptam pályám indulásakor.

Klinikai munkatársaimnak a közös munka során nyert tapasztalatokért mondok köszönetet.

Köszönöm családomnak és barátaimnak, hogy a munka során mellettem álltak, bíztatásuk és támogatásuk nélkül ez a dolgozat nem készülhetett volna el.

Hálás vagyok a WHO/EURO Multicentrikus Kutatás vezetőinek és résztvevőinek, akik lehetővé tették a kutatásban való részvételünket. Közülük szeretném kiemelni Konrad Michelt, Uni Bille-Brahet, Ad Kerkhofot, Keith Hawtont, Kees van Heeringent és Ella Arensmant, akiktől nagyon sokat tanultam a közös munka során.

Végezetül köszönetet szeretnék mondani a Soros Alapítványnak azért a támogatásért, amelyben a dolgozat elkészítésének ideje alatt részesített.

## 1.4.1.sz.táblázat – A vizsgálatban szereplő minták

*I. MONITOR VIZSGÁLAT (1997. július 1.- 2001. június 30.)*

| JELLEMZŐK | 1158 SZUICID KISÉRLET | |
|---|---|---|
| **Nő-férfi arány** | Eseményre: 1,7 | Személyre: 1,69 |
| | **Nő** | **Férfi** |
| **Nő-férfi arány** | 728 (62,9 %) | 430 (37,1 %) |
| **Esemény / személy arány** | 1,24 | 1,24 |
| **Életkor átlag és szórás (év)** | 37,38 | 34,67 |
| | (14-89 – SD:16,36) | (16-80 – SD: 13,32) |
| **Megelőző szuicid kísérlet** | 52,1 | 53,3 |
| **(egy éven belül)** | (24,9) | (25,8) |
| **Prospektív ismétlődés a vizsgálat ideje (4 év) alatt** | 32 % | 29 % |

*II. EPSIS VIZSGÁLAT*

| JELLEMZŐK | EPSIS I. INTERJÚ - 101 ESET | |
|---|---|---|
| | **Nő** | **Férfi** |
| **Nő/férfi arány** | 63 (62 %) | 38 (38%) |
| **Életkor átlag, szórás (év)** | 36 | 33,42 |
| | (17-73 – SD:13,78) | (17-75 – SD: 12,63) |

*II. KÖVETÉSES VIZSGÁLAT*

| JELLEMZŐK | FOLLOW-UP INTERJÚ – 58 ESET | |
|---|---|---|
| | **Nő** | **Férfi** |
| **Nő/férfi arány** | 39 (67 %) | 19 (33 %) |
| **A résztvevők aránya az EPSIS I. mintához képest** | 62 % | 50 % |
| **Életkor átlag, szórás (év)** | 38,46 | 33,68 |
| | (17-73 – SD:14,9) | (17-75 – SD:13,41) |

**2.1.1.sz.táblázat - Az öngyilkosságot elkövetők demográfiai jellemzői** ($\chi^2$-próba)

| JELLEMZŐK | Férfi (%) | Nő (%) |
|---|---|---|
| **Nem** | 198 (74) | 70 (26) |
| **Korátlag*** ** | 51,29 | 59,63 |
| | (SD:16,65; 15-90) | (SD:17,02; 16-91) |
| **Az öngyilkosság módszerei*** ** | | |
| Gyógyszermérgezés | 30 (15) | 29 (40) |
| Akasztás | 113 (56) | 32 (44) |
| Vágás | 11 (5) | 1 (1) |
| Egyéb kemény módszer | 49 (24) | 11 (15) |
| (néhány esetben több módszer is szerepelt) | | |

***=p<0,001**

## 2.1.2.sz.táblázat – A pszichiátriai anamnézis jellemzői (N=47)

| JELLEMZŐK | Férfi (%) | Nő (%) |
|---|---|---|
| **Pszichiátriai kezelés** | | |
| Nem volt | 163 (82) | 58 (83) |
| Volt | 35 (18) | 12 (17) |
| **Pszichiátriai kezelések száma** | | |
| Egy | 13 (37) | 3 (25) |
| Több | 22 (63) | 9 (75) |
| **A legutóbbi kezelés óta eltelt idő** (hónap) | 10,2 | 10,1 |
| **Korábbi öngyilkossági kísérlet** | | |
| Nem volt | 20 (57) | 5 (42) |
| Egy | 8 (23) | 1 (8) |
| Több | 7 (20) | 6 (50) |
| **A megelőző kísérlet és a befejezett öngyilkosság közötti idő** (hónap) | 14,4 | 19,4 |
| **Pszichiátriai kórisme (BNO-X)** | | |
| Organikus zavar | 6 (10) | 4 (20) |
| Alkoholfüggőség | 17 (29) | 2 (10) |
| Drogfüggőség | 1 (1,7) | 1 (5) |
| Pszichotikus zavar | 10 (17) | 2 (10) |
| Affektív zavar | 9 (15) | 7 (35) |
| Alkalmazkodási zavar | 11 (19) | 2 (10) |
| Személyiségzavar | 5 (8,3) | 2 (10) |
| (a páciensek több mint fele kapott komorbid diagnózist is) | | |

## 2.2.1.sz.táblázat – Nemi különbség a mintában (N=1158) ($\chi^2$-próba)

| FÉRFIAK (N=430) | Szign. (P) | NŐK (N=728) |
|---|---|---|
| • Kifejezettebb földrajzi mobilitás (20 %) | - | • Ritkább mobilitás (15 %) |
| • Soha nem volt házas (**36** vs 28 %) elvált, különélő (**20** vs 18 %) | <0,0001 | • Özvegy (**9** vs 2 %) |
| • Szülõkkel (**30** vs 20 %), egyedül él (**17** vs. 8 %) | <0,0001 | • Gyermekkel (**14** vs 2 %) vagy partnerrel és gyermekkel él (**32** vs.25 %) |
| • Alacsonyan iskolázott (**58** vs 53 %) | - | • Magasabban iskolázott (**47** vs 42 %) |
| • Több gazdaságilag aktív (**36** vs. 30 %), több munkanélküli (**33** vs 18 %) | <0,0001 | • Több gazdaságilag inaktív (**52** vs 31 %) (tanuló:**18** vs. 10 %; rokk.nyugd.: **21** vs. 16 %; nyugdíjas: **13** vs. 5 %) |
| • Korcsop.: 20-39 (**62** vs 44 %) | <0,0001 | • Korcsop.: - 15-19 (**14** vs 7 %)<br>- 40-49 (**25** vs 18 %)<br>- 65 év felett (**9** vs 3 %) |
| • Több vágás (**13** vs 7 %), önakasztás (**4** vs 1 %) és alkoholintox. (**22** vs 12 %) | <0,0001 | • Több gyógyszermérgezés (**76** vs 56 %) |
| • Több alkoholfüggõség (**16** vs 6 %) /komorbid diagnózisok aránya (57 %)/ | <0,01 | • Több depressziós (**18** vs 11 %) és alkalmazkodási zavar (**52** vs 48 %) /komorbid diagnózisok aránya (42 %)/ |

**2.2.2.sz. táblázat – Ismétlők (N=229) jellemzői öngyilkosságot először megkísérlőkkel (N=201) való összehasonlítás alapján (férfiak)** ($\chi^2$-próba)

| Legfontosabb különbségek | Szign. (P) |
|---|---|
| • Gyakoribb migráció (región belül) (**22** vs 15 %) | - |
| • Több hospitalizáció (**72** vs 62 %)<br>Kevesebb ambuláns kezelés (**28** vs. 38 %) | - |
| • Gyakrabban nőtlen (**38** vs. 33 %), elvált, külön élő, ill. több korábbi házasság (**27** vs 21 %)<br>Ritkábban él (főleg első) házasságban vagy élettársi kapcsolatban (**35** vs. 43 %)<br>Több egyedül élő (**20** vs. 13 %) | - |
| • Inkább alapfokú képzettség (**62** vs 51 %)<br>Kevesebb közép és felsőfokúan képzett (**38** vs. 49 %) | <0,05 |
| • Kevesebb gazdaságilag aktív (**31** vs. 41 %)<br>Gyakrabb (**39** vs 26 %), és hosszabb (**52** vs. 72 hét) munkanélküliség | <0,01<br><0,001 |
| • Jellemző korcsoport: 20-39 (**70** vs 53 %)<br>Ritkább 15-19 év között (**4** vs. 10 %) és 50 év felett (**10** vs. 18 %) | <0,01 |
| • Gyakoribb altató-nyugtató intoxikáció (**46** vs. 40 %), vágás (**15** vs 11 %) | <0,01 |
| • A gyógyszermérgezésen belül:<br>Gyakoribb antidepresszáns (**14** vs. 7 %), antipszichotikum /különösen atipusos/ (**7** vs. 2 %), karbamazepin (**13** vs. 5 %) bevétel<br>Ritkább benzodiazepin (**52** vs. 67 %) ill. mebrobamat (**12** vs. 17 %) intoxikáció | <0,001 |
| • Gyakoribb személyiségzavar (**18** vs 8 %), pszichotikus zavar (**4** vs 1,6 %), ritkább alkalmazkodási zavar (**43** vs. 55 %)<br>/Komorbid diagnózisok magasabb aránya (**69** vs. 43 %)/ | <0,01 |

**2.2.3.sz. táblázat Ismétlők (N=380) jellemzői öngyilkosságot először megkísérlőkkel (N=348) való összehasonlítás alapján (nők)** ($\chi^2$-próba)

| Legfontosabb különbségek | Szign. (P) |
|---|---|
| • Gyakoribb migráció (**18** vs. 12 %) | - |
| • Gyakoribb hospitalizáció (**75** vs 58 %)<br>Ritkább ambuláns kezelés (**25** vs. 42 %) | <0,0001 |
| • Gyakrabban elvált, különélő (**22** vs 15 %)<br>Kevesebb hajadon (**25** vs. 33 %)<br>Több egyedül élő (**10** vs. 6 %) | <0,05 |
| • Ritkábban gazdaságilag aktív (**27** vs 33 %), több rokkantnyugdíjas (**27** vs. 14 %), gyakoribb (**21** vs 15 %), hosszabb (**66** vs. 62 hét) munkanélküliség | <0,05 |
| • Jellemző korcsoport: 30-49 (**52** vs 37 %)<br>Ritkább 15-19 év között (**10** vs. 18 %) és 50 év felett (**14** vs. 21 %) | <0,0001 |
| • Gyakoribb kemény módszerek (akasztás, vágás, egyéb (**11** vs 7 %),<br>Gyakrabban társult alkoholintoxikációval (**14** vs. 9 %)<br>Ritkább gyógyszerintoxikáció (**73** % vs. 80 %)<br>Gyakoribb több módszer kombinációja (**33** vs. 23 %) | <0,01 |
| • A gyógyszermérgezésen belül:<br>Gyakoribb antidepresszáns /különösen az SSRI/ (**15** vs. 9 %),<br>antipszichotikum (**5** vs. 2 %) és karbamazepin (**11** vs. 2 %) intoxikáció<br>Kevesebb benzodiazepin bevétel (**57** vs. 71 %) | <0,001 |
| • Gyakoribb személyiségzavar (**18** vs 6 %) és alkoholfüggőség (**8** vs 4 %)<br>Kevesebb alkalmazkodási zavar (**48** vs. 58 %)<br>/Komorbid diagnózisok magasabb aránya (**52** vs. 31 %)/ | <0,01 |

## 2.2.4.sz.táblázat - Az ismétlődést befolyásoló tényezők a logisztikus regressziós modell alapján

| Vizsgált jellemző | Referencia kategória | Viszonyított kategória | Ismétlők összesen | | Ismétlők (férfiak) | | Ismétlők (nők) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Esély-hányados* | Szig. | Esély-hányados* | Szig. | Esély-hányados* | Szig. |
| **Diagnózis** | **Alkalmazkodási zavar** | **Dependencia** | **1,7632** | **0,0405** | **2,4782** | **0,0149** | 2,3710 | 0,0868 |
| | | Pszichózis | 1,7983 | 0,1275 | **6,1939** | **0,0119** | 1,0768 | 0,8864 |
| | | **Affektív** | **1,7736** | **0,0008** | **3,8992** | **0,0001** | 1,3389 | 0,1516 |
| | | **Személyiségzavar** | **5,0330** | **0** | **9,8865** | **0** | **3,7793** | **0,0001** |
| | | Organikus zavar | 1,2453 | 0,5508 | 3,3312 | 0,1323 | 0,7266 | 0,4864 |
| **Korcsoport** | **10-24 év** | 25-34 | 1,2419 | 0,3057 | 0,7846 | 0,4762 | 1,3984 | 0,2498 |
| | | 35-44 | 1,5218 | 0,0651 | 0,9685 | 0,9288 | **2,0011** | **0,0254** |
| | | 45-54 | 0,9151 | 0,7432 | 0,6256 | 0,3183 | 1,2357 | 0,5457 |
| | | 55-64 | 0,6795 | 0,2777 | 0,3846 | 0,1035 | 1,0213 | 0,9645 |
| | | 65< | 0,4683 | 0,0662 | **0,0807** | **0,0038** | 0,7605 | 0,6035 |
| **Családi állapot** | **Házas, együttélő** | Nőtlen | 1,5030 | 0,2157 | 0,9026 | 0,8639 | 1,4676 | 0,3643 |
| | | Özvegy | 1,5673 | 0,2963 | 0,4919 | 0,4733 | 1,5696 | 0,4054 |
| | | **Elvált** | **1,8357** | **0,0452** | 0,6556 | 0,4634 | **2,6106** | **0,0143** |
| **Együttélés** | **Teljes család** | Egyedül él | 0,8325 | 0,5866 | 1,6716 | 0,3995 | 0,7375 | 0,5027 |
| | | **Csak gyermekkel** | **0,4600** | **0,0255** | 0,6326 | 0,6051 | **0,3489** | **0,0119** |
| | | **Szülőkkel, más rokonnal** | **0,5421** | **0,0544** | 0,8613 | 0,7985 | 0,5365 | 0,1296 |
| | | Intézetben | 0,5468 | 0,0682 | 0,3540 | 0,1022 | 0,7008 | 0,3828 |
| **Módszer** | **Pszichofarmakon** | **Egyéb gyógyszer** | **0,4983** | **0,0006** | **0,2278** | **0,0005** | 0,6732 | 0,1157 |
| | | **Violens** | **1,4126** | **0,0487** | 1,0173 | 0,9479 | **2,4579** | **0,0011** |
| **Gazdasági helyzet** | **Aktív munkaviszony** | Munkanélküliség | 1,4011 | 0,4024 | 1,5146 | 0,4740 | 1,3240 | 0,6349 |
| | | **Inaktív** | **1,4524** | **0,0231** | 1,2287 | 0,5011 | **1,5066** | **0,0458** |
| **Képzettség** | **Felsőfokú** | **Középfokú** | **2,0665** | **0,0149** | 2,3414 | 0,0967 | **2,1165** | **0,0490** |
| | | **Alacsony** | **2,5370** | **0,0019** | **3,3683** | **0,0189** | **2,3483** | **0,0260** |
| **Mobilitás** | **Nem volt** | Volt | 1,3349 | 0,1127 | 1,3219 | 0,3609 | **1,5877** | **0,0567** |

* Az esélyhányados megmutatja, hogy a referencia kategóriához képest a viszonyított kategória milyen mértékben befolyásolja a kísérlet ismétlődésének esélyét

**2.2.5.sz. táblázat - Az idős öngyilkossági kísérletezők (N=78) jellemzői a 65 évnél fiatalabb populációval (N=1080) való összehasonlítás alapján** ($\chi^2$-próba)

| Legfontosabb különbségek | Szign (p) |
|---|---|
| • Magasabb nő-férfi arány (**4,2:1** vs. 1,7:1) | <0,0001 |
| • Ismételt kísérletek ritkábbak (**37** vs. 54 %) | <0,01 |
| • Gyakoribb pszichiátriai hospitalizáció a kísérletet követően(**87** vs. 66%)<br>Ritkább ambuláns kezelés (**13** vs. 34 %) | <0,0001 |
| • Nagyobb az özvegyek aránya (**62** vs. 2 %)<br>Ritkábban elváltak (**4** vs. 14 %), ill. hajadonok/nőtlenek (**3** vs. 33 %) | <0,0001 |
| • Nagyobb arányban élnek gyermekükkel (**31** vs. 8 %),<br>vagy intézetben (**9** vs, 4 %)<br>Az egyedül élők (**14** vs. 11 %) aránya nem különbözött jelentősen | <0,0001 |
| • Nagyobb az alacsonyabban iskolázottak aránya (**74** vs. 54 %) | <0,001 |
| • Gyakrabban választottak kemény módszereket (akasztás, vágás, vegyszermérgezés) (**42** vs. 14 %) és ritkább volt a gyógyszermérgezés (**54** vs. 69 %) ill. a társuló alkoholfogyasztás (**4** vs. 17 %)<br>Ritkább volt több módszer kombinációja (**15** vs. 35 %) | <0,0001 |
| • A gyógyszermérgezésen belül a kispotenciálú benzodiazepinek (**44** vs. 20 %), a barbiturátok (**8** vs. 0,8 %), ill. egyéb altatók (**8** % vs. 2 % ) nagyobb arányban szerepeltek.<br>Ritkább volt a nagypotenciálú benzodiazepinek (**28** vs. 41 %) és az antidepresszánsok (**3** vs. 12 %) bevétele | <0,0001 |
| • A diagnózisok között gyakrabban fordult elő az organikus zavar /elsősorban a vaszkuláris dementia és az organikus hangulatzavar/ (**41** vs. 2 %), a depressziós zavar (**21** vs. 15 %) kórisméje<br>Ritkábban volt az alkalmazkodási zavar (**29** vs. 52 %) és az alkoholfüggőség (**4** vs. 11 %) | <0,0001 |

## 2.2.6.sz.táblázat - A pécsi centrum eredményeinek összehasonlítása (N=1158) az összeurópai adatokkal (N=22 655)

| Legfontosabb különbségek |
|---|
| • Kísérletek kor-standardizált gyakorisága magasabb mindkét nemben (férfiak: **195** vs. 140; nők: **321** vs. 193 /100 000 lakos) |
| • Közép és időskorúak nagyobb gyakorisággal szerepelnek |
| • Gyakoribb az egyes módszerek kombinációja (férfiak: **43** vs. 26; nők: **28** vs. 24 %), gyakoribb kombináció alkohollal (**22** vs. 15 %**)**<br>A módszerválasztásban a kemény módszerek gyakorisága korral nő |
| • Hajadonok, nőtlenek alacsonyabb aránya (férfiak: **36** vs. 47 %; nők: **29** vs. 39 %); több házas, együttélő (férfiak: **42**, vs. 26 %; nők: **45** vs. 32 %)<br>Alacsonyabb az egyedül élők aránya (férfiak: **17** vs. 27 %; nők: **8** vs. 21 %) |
| • Magasabb a munkanélküliek aránya (férfiak: **33** vs. 20 %; nők: **18** vs. 12 %) |
| • A kísérelt után gyakoribb pszichiátriai hospitalizáció (férfiak: **67** vs. 51 %; nők: **67** vs. 48 %) |
| • Magasabb az alkalmazkodási zavarok (férfiak: **48** vs. 21 %; nők: **52** vs. 21 %) és alacsonyabb az affektív zavarok (férfiak: **11** vs. 24 %; nők: **18** vs. 34 %) ill. a személyiségzavarok (férfiak: **14** vs. 16 %; nők: **13** vs. 22 %) aránya |
| • Magasabb az ismétlők aránya (férfiak: **53** vs. 42 %; nők: **51** vs. 45 %) és gyakoribb az egy éven belüli ismétlés is (férfiak: **26** vs. 16 %; nők: **25** vs. 17 %) |
| • Az ismételt kísérletet elkövetők nagyobb arányban részesültek pszichiátriai ellátásban (**74** vs. 48 %) |

**2.3.1.2.sz.táblázat - A szuicid kísérletezők (N=101) és a kontrollminta (N=102) összehasonlítása (Mann-Whitney-próba)**

| JELLEMZŐK | SZUICID KÍSÉRLETEZŐK | | KONTROLLCSOPORT | |
|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % |
| **Nem** | | | | |
| Férfi | 38 | 37,6 | 34 | 33,3 |
| Nő | 63 | 62,4 | 68 | 66,7 |
| **Korátlag** | 35,06 (SD:13,35; 17-75) | | 33,8 (SD:6,9; 22-51) | |
| Férfi | 33,42 (SD:12,63; 17-75) | | 30,13 (SD:5,2; 22-45) | |
| Nő | 36,06 (SD:13,7; 17-73) | | 34,52 (SD:8,9; 22-51) | |
| **Beck Depressziós Skála*** | 25,75 (SD:11,83; 4-51) | | 5,72 (SD: 6,32; 0-33) | |
| Férfi | 23,76 (SD:11,82; 4-45) | | 5,69 (SD:6,67; 0-33) | |
| Nő | 26,95 (SD:11,78; 5-51) | | 5,81 (SD:6,27; 0-31) | |
| **Önbizalom Skála (Rosenberg)*** | 23,14 (SD:4,63; 12-36) | | 31,95 (SD:5,62; 13-40) | |
| Férfi | 23,53 (SD:4,6; 17-36) | | 31,83 (SD:5,62; 22-40) | |
| Nő | 22,9 (SD:4,66; 12-35) | | 31,88 (SD:5,66; 13-40) | |

***=p<0,0001**

**2.3.1.sz.táblázat - Az EPSIS szubskálák átlagértékei (Mann-Whitney próba)**

| SKÁLÁK | FÉRFI<br>%<br>(SD, min-max) | NŐ<br>%<br>(SD, min-max) | ÖSSZES<br>%<br>(SD, min-max) |
|---|---|---|---|
| **BECK DEPRESSZIÓ SKÁLA** | 23,76<br>(11,82 ; 4-45) | 26,95<br>(11,78; 5-51) | 25,75<br>(11,83; 4-51) |
| **HOPELESSNESS SKÁLA** | 10,32<br>(6,02; 0-19)) | 11,14<br>(4,77; 0-19) | 10,83<br>(5,26; 0-19) |
| **SZUICID INTENCIÓ SKÁLA (SIS)** | 14,03<br>(4,9; 4-23) | 14,86<br>(6,39; 2-27) | 14,54<br>(5,85; 2-27) |
| **STATE – AGRESSZIÓ SKÁLA** | 18,24<br>(7,92; 10-40) | 19,02<br>(8,57; 10-38) | 18,72<br>(8,3; 10-40) |
| **TRAIT – AGRESSZIÓ SKÁLA** | 22,03<br>(6,12; 13-32) | 23,32<br>(5,99; 14-40) | 22,83<br>(6,04; 13-40) |
| **ÖNÉRTÉKELÉS SKÁLA (ROSENBERG)** | 23,53<br>(4,6; 17-36) | 22,9<br>(4,66; 12-35) | 23,14<br>(4,63; 12-36) |

**2.3.3. – Az egyes skálák korrelációjának vizsgálata (Pearsons-korreláció; - *= p<0,05; **=p<0,01)**

| Skálák | Depresszió (Beck) | Hoplessness (Beck) | Önértékelés (Rosenberg) | SIS | Harag (impulzivitás) Trait |
|---|---|---|---|---|---|
| **Depresszió (Beck)** | 1 | | | | |
| **Hoplessness (Beck)** | 0,652** | 1 | | | |
| **Önértékelés (Rosenberg)** | -0,474* | -0,451** | 1 | | |
| **SIS** | 0,126 | 0,131 | -0,106 | 1 | |
| **Harag (impulzivitás)** | | | | | |
| Trait | 0,262** | 0,254** | -0,199* | -0,008 | 1 |
| State | 0,407** | 0,333** | -0,203* | -0,020 | 0,465** |

**2.3.4.sz.táblázat – Az első ill. ismételt kísérletet elkövetők összehasonlítása (Mann-Whitney-próba - *= p<0,05; ***=p<0,001)**

| SKÁLÁK | Első kísérletet elkövetők (SD, min-max) | Ismétlők (SD, min-max) |
|---|---|---|
| **BECK DEPRESSZIÓ SKÁLA*** ** | 20,87 (10,75 ; 5-46) | 28,7 (11,56; 4-51) |
| **HOPELESSNESS SKÁLA*** | 9,58 (10,75; 0-19)) | 11,6 (5,28; 0-19) |
| **SZUICID INTENCIÓ SKÁLA (SIS)** | 14,89 (5,82; 2-24) | 14,33 (5,92; 4-27) |
| **STATE – AGRESSZIÓ SKÁLA** | 17,05 (6,82; 10-39) | 19,73 (8,98; 10-40) |
| **TRAIT – AGRESSZIÓ SKÁLA*** | 21,58 (6,34; 13-40) | 23,59 (5,77; 13-36) |
| **ÖNÉRTÉKELÉS SKÁLA (ROSENBERG) *** ** | 25 (4,13; 15-35) | 22 (4,57; 12-36) |

**2.3.2.sz.táblázat - A szuicid kísérletezők (N=101) és a kontrollminta (N=102) összehasonlítása (Mann-Whitney-próba; . *=p<0,0001)**

| JELLEMZŐK | SZUICID KÍSÉRLETEZŐK | | KONTROLLCSOPORT | |
|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % |
| **Nem** | | | | |
| Férfi | 38 | 37,6 | 34 | 33,3 |
| Nő | 63 | 62,4 | 68 | 66,7 |
| **Korátlag** | 35,06 (SD:13,35; 17-75) | | 33,8 (SD:6,9; 22-51) | |
| Férfi | 33,42 (SD:12,63; 17-75) | | 30,13 (SD:5,2; 22-45) | |
| Nő | 36,06 (SD:13,7; 17-73) | | 34,52 (SD:8,9; 22-51) | |
| **Beck Depressziós Skála*** | 25,75 (SD:11,83; 4-51) | | 5,72 (SD: 6,32; 0-33) | |
| Férfi | 23,76 (SD:11,82; 4-45) | | 5,69 (SD:6,67; 0-33) | |
| Nő | 26,95 (SD:11,78; 5-51) | | 5,81 (SD:6,27; 0-31) | |
| **Önbizalom Skála (Rosenberg)*** | 23,14 (SD:4,63; 12-36) | | 31,95 (SD:5,62; 13-40) | |
| Férfi | 23,53 (SD:4,6; 17-36) | | 31,83 (SD:5,62; 22-40) | |
| Nő | 22,9 (SD:4,66; 12-35) | | 31,88 (SD:5,66; 13-40) | |

**2.3.8.1.sz. táblázat – A Beck Depressziós Skála és a Beck Reménytelenség Skála értékei a testi-lelki problémákkal küzdők csoportjában** (Mann-Whitney-próba)

| Jellemzők | Beck Depressziós Skála átlagértékei | | Beck Reménytelenség Skála átlagértékei | |
|---|---|---|---|---|
| | Volt | Nem volt | Volt | Nem volt |
| **Krónikus testi betegség** | 29,6 | 23,4** | 12,9 | 9,6** |
| **Mindennapi tevékenységet korlátozó testi betegség** | 24,4 | 22,3*** | 14 | 10,5** |
| **Akut testi betegség (2 héten belül)** | 29,1 | 25,1 | 12,4 | 10,5 |
| **Krónikus lelki betegség** | 30,3 | 20,9*** | 12,1 | 9,5* |
| **Akut lelki betegség (2 héten belül)** | 27,6 | 23,6 | 11,1 | 10,5 |
| **Nyugtató-altató medikáció** | 28,6 | 22,7* | 11,9 | 9,7* |
| **Hangulatjavító medikáció** | 31,9 | 23,9** | 12,4 | 10,4 |
| **Antipszichotikus medikáció** | 34,8 | 25,3 | 12,6 | 10,7 |
| **Belgyógyászati medikáció** | 28 | 24,6 | 12,4 | 10,1* |

***=p<0,05; **= p<0,01; ***=p<0,0001**

**2.3.9.1. sz.táblázat – Az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat nemi különbségei ($\chi^2$ próba)**

| Jellemzők | Szig. (p) | FÉRFIAK (n=38) % | NŐK (n=63) % |
|---|---|---|---|
| **Megelőző évben kapcsolatban álltak háziorvosukkal** | Ns. | 76,3 | 87,3 |
| **Megelőző hónapban is kapcsolatban voltak** | Ns. | 36,8 | 47,6 |
| **Megelőző héten találkoztak orvosukkal** | Ns. | 18,4 | 17,4 |
| **Az utolsó találkozás során:** | | | |
| **Testi okok miatt keresték fel** | Ns. | 55,8 | 70 |
| **Lelki okok miatt jelentkeztek** | Ns. | 38,2 | 20 |
| **Szuicid intenciók aránya** | Ns. | 34,4 | 20 |
| **Beszámoltak erről** | Ns. | 40 | 18,1 |
| **Gyógyszert írtak fel számukra** | Ns. | 86,2 | 83,6 |
| **Felhasználták a gyógyszert a kísérletben** | Ns. | 32 | 45,6 |
| **Korábban pszichiátriai osztályos kezelésben részesültek** | Ns. | 47,4 | 47,6 |
| **Megelőző egy évben pszichiátriai osztályon álltak kezelés alatt** | Ns. | 7,9 | 12,7 |
| **Megelőző egy hónapban pszichiátriai osztályon álltak kezelés alatt** | Ns. | 10,5 | 3,2 |
| **Ambuláns pszichiátriai kezelés** | Ns. | 55,3 | 65,1 |
| **Addiktológiai gondozás** | Ns. | 10,5 | 3,2 |
| **Ideggondozói kezelés** | Ns. | 23,7 | 42,9 |
| **Magánrendelő** | Ns. | 5,3 | 11,1 |
| **Kórházi szakambulancia** | Ns. | 5,3 | 12,7 |

**2.3.9.2.sz. táblázat – Első és ismételt kísérletet elkövető férfiak összehasonlítása ($\chi^2$ próba)**

| Jellemzők | Szig. (p) | ELSŐ KÍSÉRLETET ELKÖVETŐK (n=15) % | ISMÉTLŐK (n=23) % |
|---|---|---|---|
| **Megelőző évben kapcsolatban álltak háziorvosukkal** | Ns. | 80 | 91,3 |
| **Megelőző hónapban is kapcsolatban voltak** | Ns. | 46,7 | 65,2 |
| **Az utolsó találkozás során:** | | | |
| **Testi okok miatt keresték fel** | Ns. | 58,3 | 54,5 |
| **Lelki okok miatt jelentkeztek** | Ns. | 33,3 | 41 |
| **Szuicid intenciók aránya** | Ns. | 33 | 28,3 |
| **Beszámoltak erről** | Ns. | 50 | 33 |
| **Gyógyszert írtak fel számukra** | Ns. | 58 | 85,7 |
| **Felhasználták a kísérletben** | Ns. | 28,5 | 33,3 |
| **Korábban pszichiátriai osztályos kezelésben részesültek** | **<0,05** | 26,7 | 60,9 |
| **Ambuláns pszichiátriai kezelés** | **<0,05** | 33,3 | 69,6 |

**2.3.9.3.sz. táblázat – Első és ismételt kísérletet elkövető nők összehasonlítása ($\chi^2$ próba)**

| Jellemzők | Szig. (p) | ELSŐ KÍSÉRLETET ELKÖVETŐK (n=23) % | ISMÉTLŐK (n=40) % |
|---|---|---|---|
| **Megelőző évben kapcsolatban álltak háziorvosukkal** | Ns. | 95,6 | 85 |
| **Megelőző hónapban is kapcsolatban voltak** | Ns. | 47,5 | 47,7 |
| **Az utolsó találkozás során:** | | | |
| **Testi okok miatt keresték fel** | Ns. | 68,2 | 75 |
| **Lelki okok miatt jelentkeztek** | Ns. | 33,3 | 19,4 |
| **Szuicid intenciók aránya** | Ns. | 9 | 25 |
| **Beszámoltak erről** | Ns. | 0 | 22,2 |
| **Gyógyszert írtak fel számukra** | Ns. | 86,3 | 75 |
| **Felhasználták a gyógyszert a kísérletben** | Ns. | 52,6 | 40,7 |
| **Korábban pszichiátriai osztályos kezelésben részesültek** | **<0,0001** | 4,3 | 60 |
| **Ambuláns pszichiátriai kezelés** | Ns. | 52,2 | 72,5 |

**2.3.10.1.sz.táblázat A follow-up (követéses) vizsgálatban résztvevők jellemzői** ($\chi^2$ próba)

| Jellemzők | Szig. (p) | FÉRFIAK N(%) | NŐK N(%) |
|---|---|---|---|
| **Első interjú felvétele (EPSIS I.)** | - | 38 | 63 |
| **Követéses interjú (EPSIS II.) (1 évvel később)** | - | 19 (50) | 39 (62) |
| **Kapcsolatfelvétel történt, de az interjúban nem vett részt** | - | 6 (16) | 14 (22) |
| **Sikertelen kapcsolatfelvétel 1 évvel később** | - | 13 (34) | 10 (16) |

**2.3.10.2.sz.táblázat - A követés időszakának eseményei** ($\chi^2$ próba)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Öngyilkossági kísérlet** | - | 5 (13) | 6 (10) |
| **Befejezett öngyilkosság** | - | 0 | 3 (5) |
| **Szuicid intenciók** | - | 9 (47) | 25 (64) |
| **Az interjút megelőző héten** | - | 4 (21) | 11 (28) |

**2.3.10.3.sz.táblázat – Az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat jellemzői** ($\chi^2$ próba)

| Jellemzők | Szig. (p) | FÉRFIAK (%) | NŐK (%) |
|---|---|---|---|
| **Háziorvossal való kapcsolat** | | | |
| **Gyakorisága** | <0,05 | | |
| **Nem találkozott** | | 11 | 13 |
| **Egyszer** | | 37 | 15 |
| **Többször** | | 52 | 72 |
| **Kapcsolatbalépés ideje a kísérletet követően** | | | |
| **1 hét** | | 41 | 54 |
| **1 hónap** | | 24 | 11 |
| **1-3 hónap** | | 12 | 12 |
| **3 hónap<** | | 23 | 23 |
| **A kapcsolat értékelése** | | | |
| **Rossz** | | 0 | 18 |
| **Jó** | | 52 | 43 |
| **Nem tud dönteni** | | 48 | 39 |

## 2.3.10.4.sz.táblázat – A pszichiátriai ellátás jellemzői ($\chi^2$ próba)

| Jellemzők | Szig. (p) | FÉRFIAK (%) | NŐK (%) |
|---|---|---|---|
| **Osztályos kezelés a kísérlet után** | | 100 | 95 |
| **Időtartama** | | | |
| **1 hét** | | 26 | 51 |
| **2-4 hét** | | 63 | 44 |
| **4 hét<** | | 11 | 5 |
| **A kezelés átlagideje (hét)** | <0,06 | 3 | 2 |
| **Ambuláns kezelés a követéses időszakban** | | 74 | 81 |
| **Időtartama** | | | |
| **1 hónap** | | 22 | 7 |
| **2 hónap** | | 21 | 21 |
| **3-6 hónap** | | 7 | 24 |
| **7-12 hónap** | | 50 | 48 |
| **A kezelés átlagideje (hónap)** | | 6 | 6,4 |
| **A találkozások száma** | | | |
| **1-3** | | 29 | 24 |
| **4-10** | | 14 | 28 |
| **11-20** | | 57 | 41 |
| **21<** | | 0 | 7 |
| **A találkozások átlagos száma** | | 10,2 | 10,2 |
| **A terápiás ülések ideje** | | | |
| **<15 perc** | | 36 | 28 |
| **16-30 perc** | | 21 | 41 |
| **31-60 perc** | | 43 | 31 |
| **A találkozások átlagos ideje (perc)** | | 34 | 29 |
| **A gyógyszeres kezelés megoszlása** | | | |
| **Altató-nyugtatószer** | | 53 | 56 |
| **Hangulatjavító** | <0,05 | 10 | 38 |
| **Antipszichotikum** | <0,01 | 21 | 0 |
| **Szomatikus medikáció** | | 16 | 33 |

**2.3.10.5.sz.táblázat - Az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat jellemzői (ismétlők)** ($\chi^2$ próba)

| Jellemzők | Szig. (p) | KÍSÉRLET NEM VOLT (N=45) % | ISMÉTELT KÍSÉRLET (n=13) % |
|---|---|---|---|
| **Szuicid intenciók** | <0,01 | 49 | 92 |
| **Az interjút megelőző héten** | | 22 | 39 |
| **Háziorvossal való kapcsolat Gyakorisága** | <0,09 | | |
| **Nem találkozott** | | 4 | 23 |
| **Egyszer** | | 29 | 15 |
| **Többször** | | 67 | 62 |
| **Kapcsolatbalépés ideje** | P<0,06 | | |
| **1 hét** | | 42 | 54 |
| **1 hónap** | | 16 | 8 |
| **1-3 hónap** | | 9 | 15 |
| **3 hónap<** | | 29 | 0 |
| **A kapcsolat értékelése** | P<0,05 | | |
| **Rossz** | | 13 | 8 |
| **Jó** | | 40 | 69 |
| **Nem tud dönteni** | | 47 | 23 |

**2.3.10.6.sz.táblázat – A pszichiátriai ellátás jellemzői (ismétlők)** ($\chi^2$ próba)

| Jellemzők | Szig. (p) | KÍSÉRLET NEM VOLT (N=45) % | ISMÉTELT KÍSÉRLET (n=13) % |
|---|---|---|---|
| **Osztályos kezelés az első interjút megelőző kísérlet után** | | 96 | 100 |
| **Időtartama** | | | |
| **1 hét** | | 35 | 54 |
| **2-4 hét** | | 58 | 38 |
| **4 hét<** | | 7 | 8 |
| **A kezelés átlagideje (hét)** | | 2,23 | 2,54 |
| **Ambuláns kezelés a követéses időszakban** | | 80 | 77 |
| **Időtartama** | | | |
| **1 hónap** | | 11 | 10 |
| **2 hónap** | | 21 | 20 |
| **3-6 hónap** | | 18 | 20 |
| **7-12 hónap** | | 50 | 50 |
| **A kezelés átlagideje (hónap)** | | 5,97 | 7,3 |
| **A találkozások száma** | | | |
| **1-3** | | 24 | 30 |
| **4-10** | | 21 | 30 |
| **11-20** | | 49 | 40 |
| **21<** | | 6 | 0 |
| **A találkozások átlagos gyakorisága** | | 10,82 | 7,9 |
| **A terápiás ülések ideje** | | | |
| **<15 perc** | | 21 | 60 |
| **16-30 perc** | | 39 | 20 |
| **31-60 perc** | | 39 | 20 |
| **A találkozások átlagos ideje (perc)** | <0,05 | 34 | 22 |
| **A gyógyszeres kezelés megoszlása** | | | |
| **Altató-nyugtatószer** | | 56 | 54 |
| **Hangulatjavító** | <0,05 | 31 | 23 |
| **Antipszichotikum** | <0,01 | 4 | 15 |
| **Szomatikus medikáció** | | 24 | 38 |

**2.3.1.1. sz.táblázat - Az EPSIS szubskálák átlagértékei (Mann-Whitney próba)**

| SKÁLÁK | FÉRFI<br>%<br>(SD, min-max) | NŐ<br>%<br>(SD, min-max) | ÖSSZES<br>%<br>(SD, min-max) |
|---|---|---|---|
| **BECK DEPRESSZIÓ SKÁLA** | 23,76<br>(11,82 ; 4-45) | 26,95<br>(11,78; 5-51) | 25,75<br>(11,83; 4-51) |
| **REMÉNYTELENSÉG SKÁLA** | 10,32<br>(6,02; 0-19)) | 11,14<br>(4,77; 0-19) | 10,83<br>(5,26; 0-19) |
| **SZUICID INTENCIÓ SKÁLA (SIS)** | 14,03<br>(4,9; 4-23) | 14,86<br>(6,39; 2-27) | 14,54<br>(5,85; 2-27) |
| **STATE – HARAG SKÁLA** | 18,24<br>(7,92; 10-40) | 19,02<br>(8,57; 10-38) | 18,72<br>(8,3; 10-40) |
| **TRAIT – HARAG SKÁLA** | 22,03<br>(6,12; 13-32) | 23,32<br>(5,99; 14-40) | 22,83<br>(6,04; 13-40) |
| **ÖNÉRTÉKELÉS SKÁLA (ROSENBERG)** | 23,53<br>(4,6; 17-36) | 22,9<br>(4,66; 12-35) | 23,14<br>(4,63; 12-36) |

## 2.3.1.3. sz.táblázat – Az egyes skálák korrelációjának vizsgálata (Pearsons-korreláció)

| Skálák | Depresszió (Beck) | Reménytelenség (Beck) | Önértékelés (Rosenberg) | SIS | Harag Trait |
|---|---|---|---|---|---|
| **Depresszió (Beck)** | 1 | | | | |
| **Reménytelenség (Beck)** | 0,652** | 1 | | | |
| **Önértékelés (Rosenberg)** | -0,474* | -0,451** | 1 | | |
| **SIS** | 0,126 | 0,131 | -0,106 | 1 | |
| **Harag** | | | | | |
| Trait | 0,262** | 0,254** | -0,199* | -0,008 | 1 |
| State | 0,407** | 0,333** | -0,203* | -0,020 | 0,465** |

***= p<0,05; **=p<0,01**

## 2.3.1.4.sz.táblázat – Az első ill. ismételt kísérletet elkövetők összehasonlítása (Mann-Whitney-próba)

| SKÁLÁK | Első kísérletet elkövetők (SD, min-max) | Ismétlők (SD, min-max) |
|---|---|---|
| **BECK DEPRESSZIÓ SKÁLA*** ** | 20,87 (10,75 ; 5-46) | 28,7 (11,56; 4-51) |
| **REMÉNYTELENSÉG SKÁLA*** | 9,58 (10,75; 0-19)) | 11,6 (5,28; 0-19) |
| **SZUICID INTENCIÓ SKÁLA (SIS)** | 14,89 (5,82; 2-24) | 14,33 (5,92; 4-27) |
| **STATE – HARAG SKÁLA** | 17,05 (6,82; 10-39) | 19,73 (8,98; 10-40) |
| **TRAIT –HARAG SKÁLA*** | 21,58 (6,34; 13-40) | 23,59 (5,77; 13-36) |
| **ÖNÉRTÉKELÉS SKÁLA (ROSENBERG) *** ** | 25 (4,13; 15-35) | 22 (4,57; 12-36) |

***= p<0,05; ***=p<0,001**

## A legfontosabb életesemények a szuicid kísérletezők csoportjában

**2.3.7.1.sz.táblázat** ($\chi^2$ próba)

| Szülőkkel kapcsolatos események | Férfiak % | Nők % | Szignifi-kancia | ÖSSZ % |
|---|---|---|---|---|
| Krónikus testi betegség | 52,6 | 71,4 | Ns. | 64,4 |
| Házassági probléma | 60,5 | 63,5 | Ns. | 62,4 |
| **Lelki bántalmazás** | **42,1** | **65** | **<0,05** | **56,4** |
| Gyűlölet a szülők iránt | 50 | 52,4 | Ns. | 51,5 |
| Nem szerették | 44,7 | 49 | Ns. | 47,5 |
| Anyagi problémák. | 55,3 | 41,3 | Ns. | 46,5 |
| Apa halála | 42,1 | 47,6 | Ns. | 45,5 |
| Szülők válása | 44,7 | 42,9 | Ns. | 43,6 |
| Fizikai abúzus | 39,5 | 46 | Ns. | 43,6 |
| Addikcióban szenvedtek | 39,5 | 38 | Ns. | 38,6 |
| **Tartós távollét** | **21** | **46** | **<0,01** | **36,6** |
| Gyermekkori szeparáció | 23,7 | 38 | Ns. | 32,7 |
| Anya halála | 23,7 | 22,2 | Ns. | 22,8 |
| Nem a szülők nevelték | 23,7 | 19 | Ns. | 20,8 |
| Nem törődtek vele | 18,4 | 22,2 | Ns. | 20,8 |
| **Pszichiátriai kezelés** | **28,9** | **12,7** | **<0,05** | **18,8** |
| Öngyilkossági kísérlet. | 23,4 | 15,9 | Ns. | 18,8 |
| Bűncselekményért elítélték | 18,4 | 9,5 | Ns. | 12,9 |
| **Szexuális abuzus** | **0** | **11,1** | **<0,05** | **6,9** |

**2.3.7.2. táblázat** ($\chi^2$ próba)

| Testvérekkel kapcsolatos események | Férfiak % | Nők % | Szignifi-kancia | ÖSSZ % |
|---|---|---|---|---|
| Gyűlölte őket | 31,6 | 33,3 | Ns. | 32,7 |
| Krónikus testi betegség. | 26,3 | 31,7 | Ns. | 29,7 |
| Meghalt | 23,7 | 25,4 | Ns. | 24,8 |
| Addikcióban szenvedett | 26,3 | 23,8 | Ns. | 24,8 |
| Pszichiátriai kezelés | 21 | 15,9 | Ns. | 17,8 |
| Öngyilkossági kísérlet | 15,8 | 14,3 | Ns. | 14,9 |
| **Fizikai abuzus** | **2,7** | **14,3** | **<0,05** | **9,9** |
| Szexuális abúzus | 0 | 4,8 | Ns. | 3 |

**2.3.7.3.sz.táblázat** ($\chi^2$ próba)

| **Partnerrel kapcsolatos események** | **Férfiak %** | **Nők %** | **Szignifi-kancia** | **ÖSSZ %** |
|---|---|---|---|---|
| Kapcsolati problémák | 60,5 | 61,9 | Ns. | 61,4 |
| Anyagi problémák | 60,5 | 55,5 | Ns. | 57,4 |
| **Lelki bántalmazás** | **28,9** | **50,8** | **<0,05** | **42,6** |
| **Szexuális problémák** | **23,7** | **47,6** | **<0,05** | **38,6** |
| Válás | 42,1 | 36,5 | Ns. | 38,6 |
| Lakásproblémák | 47,4 | 30,2 | 0,064 | 36,6 |
| **Tartós konfliktusok** | **21,1** | **38,1** | **<0,05** | **31,7** |
| **Fizikai abuzus** | **18,4** | **36,5** | **<0,05** | **29,7** |
| Korlátozta céljaiban | 26,3 | 30,2 | Ns. | 28,7 |
| **Addikcióban szenvedett** | **7,9** | **30,2** | **<0,01** | **21,8** |
| Gyermekvállalási problémák | 15,8 | 23,8 | Ns. | 20,8 |
| Krónikus testi betegség | 13,2 | 17,5 | Ns. | 15,8 |
| **Szexuális abúzus** | **5,3** | **25** | **<0,05** | **14,9** |
| Börtönbüntetés | 10,5 | 11,1 | Ns. | 10,9 |
| Öndestruktivitás | 15 | 12 | Ns. | 13 |
| Pszichiátriai kezelés | 7,9 | 11,1 | Ns. | 9,9 |

**2.3.7.4.sz.táblázat** ($\chi^2$ próba)

| **Gyermekekkel kapcsolatos események** | **Férfiak %** | **Nők %** | **Szignifi-kancia** | **ÖSSZ %** |
|---|---|---|---|---|
| Nevelési problémák | 28,9 | 39,7 | Ns. | 35,6 |
| Örökbeadás | 18,4 | 12,7 | Ns. | 14,9 |
| Kónikus testi betegség | 7,9 | 9,5 | Ns. | 8,9 |
| Pszichiátriai kezelés | 0 | 7,9 | Ns. | 5 |
| Öngyilkossági kísérlet | 0 | 7,9 | Ns. | 5 |
| Gyermek halála | 0 | 4,8 | Ns. | 3 |

**2.3.7.5.sz.táblázat** ($\chi^2$ próba)

| **Más fontos személlyel kapcsolatos események** | **Férfiak %** | **Nők %** | **Szignifi-kancia** | **ÖSSZ %** |
|---|---|---|---|---|
| Más személy halála | 63,2 | 65,1 | Ns. | 64,4 |
| Mások kihasználták | 55,3 | 57,1 | Ns. | 56,4 |
| Lelki bántalmazás | 52,6 | 55,5 | Ns. | 54,5 |
| Barátokkal való konfliktusok | 55,3 | 50,8 | Ns. | 52,5 |
| Rossz kapcsolat | 39,5 | 55,5 | 0,087 | 49,5 |
| Fizikai abuzus | 26,3 | 41,3 | Ns. | 35,6 |
| Társtalálási problémák | 31,6 | 36,5 | Ns. | 34,7 |
| **Problémák a feljebbvalókkal** | **42,1** | **19** | **<0,01** | **27,7** |

**2.3.7.6.sz.táblázat** ($\chi^2$ próba)

| **Saját magával kapcsolatos események** | **Férfiak %** | **Nők %** | **Szignifi-kancia** | **ÖSSZ %** |
|---|---|---|---|---|
| Tartós magányérzés | 68,4 | 79,4 | Ns. | 75,2 |
| Csalódás célok elérésével kapcsolatban | 65,8 | 61,9 | Ns. | 63,4 |
| Kapcsolatteremtési problémák | 47,4 | 55,5 | Ns. | 52,5 |
| Munkahelyi problémák | 55,3 | 49,2 | Ns. | 51,5 |
| Anyagi problémák | 50 | 49,2 | Ns. | 49,5 |
| **Evésproblémák** | **31,6** | **60,3** | **<0,01** | **49,5** |
| Saját vagy partner abortusza | 36,8 | 54 | 0,071 | 47,5 |
| **Szexuális problémák** | **21,** | **57,1** | **<0,0001** | **43,6** |
| Tanulási problémák | 50 | 44,4 | Ns. | 42,6 |
| Barátságkötési problémák | 36,8 | 46 | Ns. | 42,6 |
| Lakásproblémák. | 39,5 | 36,5 | Ns. | 37,6 |
| **Tartós munkanélküliség.** | **50** | **28,6** | **<0,05** | **36,6** |
| Tartós szorongás bizonyos helyzetekben | 26,3 | 38 | Ns. | 33,7 |
| Vallással kapcsolatos problémák | 23,7 | 36,5 | Ns. | 31,7 |
| Távolabbi költözés | 23,7 | 34,9 | Ns. | 30,7 |
| Bűncselekmény tanúja volt | 31,6 | 22,2 | Ns. | 25,8 |
| Tartós kezelés krónikus betegség miatt | 28,9 | 22,2 | Ns. | 24,8 |
| Addikcióban szenvedett | 26,3 | 19 | Ns. | 21,8 |
| **Bűncselekményért elítélték** | **31,6** | **9,5** | **<0,01** | **17,8** |
| Pszichiátriai kezelés | 13,2 | 14,3 | Ns. | 13,9 |

**2.3.7.7.sz.táblázat** ($\chi^2$ próba)

| **Más fontos események** | **Férfiak %** | **Nők %** | **Szignifi-kancia** | **ÖSSZ %** |
|---|---|---|---|---|
| Vészhelyzetet élt át | 47,4 | 36,5 | Ns. | 40,6 |
| Bűncselekmény áldozata volt | 44,7 | 28,6 | 0,076 | 34,7 |
| **Nemi erőszak** | **0** | **15,9** | **<0,01** | **9,9** |
| Prostitúcióra kényszerült | 0 | 7,9 | 0,089 | 5 |

## Az életesemények legfontosabb csoportjai

**2.3.7.8.sz.táblázat** ($\chi^2$ próba)

| **Környezeti-családi események** | **Férfiak %** | **Nők %** | **Szignifi-kancia** | **ÖSSZ %** |
|---|---|---|---|---|
| Kapcsolati problémák-konfliktusok | 92,1 | 95,2 | Ns. | 94,1 |
| Egyéb gyermekkori traumák | 89,5 | 81 | Ns. | 84,2 |
| Halál | 76,3 | 81 | Ns. | 79,2 |
| **Lelki bántalmazás** | **65,8** | **84,1** | **<0,05** | **77,2** |
| **Fizikális abúzus** | **52,6** | **73** | **<0,05** | **65,3** |
| Testi betegség a családban | 57,9 | 65,1 | Ns. | 62,4 |
| Addikció a családban | 55,3 | 65,1 | Ns. | 61,4 |
| Öndestruktív viselkedés | 42,1 | 41,3 | Ns. | 41,6 |
| Pszichiátriai kezelés a családban | 39,5 | 31,7 | Ns. | 34,7 |
| **Szexuális abúzus** | **7,9** | **39,7** | **<0,0001** | **27,7** |

**2.3.7.9.sz.táblázat** ($\chi^2$ próba)

| **Környezeti-családi ese-mények gyermekkorban** | **Férfiak %** | **Nők %** | **Szignifi-kancia** | **ÖSSZ %** |
|---|---|---|---|---|
| Lelki bántalmazás | 44,7 | 52,4 | Ns. | 49,5 |
| Kapcsolati problémák-konfliktusok | 44,7 | 42,9 | Ns. | 43,6 |
| Fizikális abúzus | 42,1 | 42,9 | Ns. | 42,6 |
| Haláleset | 50 | 34,9 | 0,09 | 40,6 |
| Öndestruktív viselkedés | 21,1 | 11,1 | Ns. | 14,9 |
| **Szexuális abúzus** | **0** | **15,9** | **<0,01** | **9,9** |

## 2.3.7.10.sz.táblázat - A múlt évben történt események megoszlása ($\chi^2$ próba)

| Környezeti-családi események a múlt évben | Férfiak % | Nők % | Szignifi-kancia | ÖSSZ % |
|---|---|---|---|---|
| Kapcsolati problémák | 78,9 | 85,7 | Ns. | 83,2 |
| Lelki bántalmazás | 55,3 | 65,1 | Ns. | 61,4 |
| Testi betegség a családban | 50 | 47,6 | Ns. | 48,5 |
| **Addikció a családban** | **21,1** | **42,9** | **<0,05** | **34,7** |
| **Fizikális abuzus** | **10,5** | **31,7** | **<0,01** | **23,8** |
| Halál | 18,4 | 14,3 | Ns. | 15,8 |
| **Pszichiátria kezelés a családban** | **23,7** | **9,5** | **<0,05** | **14,9** |
| Szexuális abuzus | 7,9 | 14,3 | Ns. | 11,9 |
| Öndestruktív cselekmény | 15,8 | 7,9 | Ns. | 10,9 |
| **Partnerrel kapcsolatos problémák** | | | | |
| Anyagi problémák | 44,7 | 36,5 | Ns. | 39,6 |
| **Szexuális problémák** | **18,4** | **41,3** | **<0,01** | **32,7** |
| **Lakásprobléma** | **39,5** | **11,1** | **<0,001** | **21,8** |
| **Tartós konfliktus** | **7,9** | **25,4** | **<0,05** | **18,8** |
| **Addikció** | **2,6** | **17,5** | **<0,05** | **11,9** |
| **Saját személyével kapcsolatos problémák** | | | | |
| **Evésprobléma** | **31,6** | **60,3** | **<0,01** | **49,5** |
| **Szexuális probléma** | **13,2** | **49,2** | **<0,0001** | **35,6** |
| Tartós szorongás | 18,4 | 30,2 | Ns. | 25,7 |
| **Munkanélküliség** | **28,9** | **14,3** | **<0,05** | **19,8** |
| **Költözés** | **2,6** | **17,5** | **<0,05** | **11,9** |

## 2.3.7.11.sz.táblázat - A negatív életesemények átlagának az egyes skálákkal való korrelációja (Pearsons-korreláció)

| Esemény ideje | Depresszió (Beck) | Reménytelenség (Beck) | Önértékelés (Rosenberg) | Harag (impulzivitás) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | State | Trait |
| **Gyermekkor** | 0,299** | 0,166 | -0,318** | 0,081 | 0,351** |
| **Későbbi életkor** | 0,540** | 0,322** | -0,430** | 0,365** | 0,415** |
| **Múlt év** | 0,432** | 0,217* | -0,482** | 0,273** | 0,370** |
| **Összesen** | **0,525**** | **0,291**** | **-0,495**** | **0,315**** | **0,434**** |

***= p<0,05; **=p<0,01**

## Az első alkalommal ill. ismételten öngyilkosságot megkísérlők közötti legfontosabb különbségek

**2.3.7.12.sz.táblázat** ($\chi^2$-próba)

| **Szülőkkel kapcsolatos események** | **Első kísérlet** | **Ismétlők** | **Szignifi-kancia** |
|---|---|---|---|
| Házassági probléma | 52,6 | 68,3 | Ns. |
| **Lelki bántalmazás** | **44,7** | **63,5** | **<0,05** |
| Gyűlölet a szülők iránt | 39,5 | 57,1 | Ns. |
| Anyagi problémák. | 39,5 | 47,6 | Ns. |
| **Szülők válása** | **23,7** | **47,6** | **<0,05** |
| **Fizikai abuzus** | **26,3** | **54** | **<0,01** |
| Addikcióban szenvedtek | 28,9 | 44,4 | Ns. |
| **Tartós távollét** | **23,7** | **44,4** | **<0,05** |
| **Gyermekkori szeparáció** | **18,4** | **41,3** | **<0,05** |
| **Anya halála** | **7,9** | **30,2** | **<0,01** |
| **Nem a szülők nevelték** | **7,9** | **28,6** | **<0,01** |
| Nem törődtek vele | 15,8 | 23,8 | Ns. |
| Öngyilkossági kísérlet. | 10,5 | 23,8 | Ns. |
| **Szexuális abúzus** | **0** | **9,5** | **<0,05** |
| **Testvérekkel kapcsolatos események** | | | |
| **Gyűlölte őket** | **18,4** | **39,7** | **<0,05** |
| Krónikus testi betegség. | 21,1 | 34,9 | Ns. |
| **Partnerrel kapcsolatos események** | | | |
| **Anyagi problémák** | **44,7** | **65,1** | **<0,05** |
| Lelki bántalmazás | 31,6 | 49,2 | 0,063 |
| Szexuális problémák | 31,6 | 42,9 | Ns. |
| Válás | 23,7 | 36,5 | Ns. |
| Fizikai abuzus | 21,1 | 34,9 | Ns. |
| Addikcióban szenvedett | 15,8 | 25,4 | Ns. |
| Szexuális abúzus | 7,9 | 19 | Ns. |
| **Gyermekekkel kapcsolatos események** | | | |
| Nevelési problémák | 26,3 | 41,3 | Ns. |
| **Örökbeadás** | **2,6** | **17,5** | **<0,05** |

**2.3.7.12.sz.táblázat (folytatás)**

| Más fontos személlyel kapcsolatos események | Első kísérlet | Ismétlők | Szignifi-kancia |
|---|---|---|---|
| **Más személy halála** | **52,6** | **71,4** | **<0,05** |
| **Mások kihasználták** | **44,7** | **63,5** | **<0,05** |
| **Barátokkal való konfliktusok** | **28,9** | **66,7** | **<0,0001** |
| Rossz kapcsolat | 42,1 | 54 | Ns. |
| **Fizikai abuzus** | **21,1** | **44,4** | **<0,05** |
| **Társtalálási problémák** | **15,8** | **46** | **<0,01** |
| **Problémák a feljebbvalókkal** | **15,8** | **34,9** | **<0,05** |
| **Saját magával kapcsolatos események** | | | |
| **Tartós magányérzés** | **60,5** | **82,5** | **<0,05** |
| Csalódás célok elérésével kapcsolatban | 52,6 | 66,7 | Ns. |
| **Kapcsolatteremtési problémák** | **34,2** | **61,9** | **<0,05** |
| **Munkahelyi problémák** | **39,5** | **58,7** | **<0,05** |
| **Anyagi problémák** | **31,6** | **60,3** | **<0,01** |
| **Evésproblémák** | **36,8** | **57,1** | **<0,05** |
| Saját vagy partner abortusza | 36,8 | 54 | Ns. |
| **Szexuális problémák** | **31,6** | **50,8** | **<0,05** |
| **Tanulási problémák** | **34,2** | **54** | **<0,05** |
| Barátságkötési problémák | 31,6 | 49,2 | Ns. |
| Lakásproblémák. | 28,9 | 42,9 | Ns. |
| **Tartós munkanélküliség.** | **28,9** | **41,3** | **<0,05** |
| **Tartós szorongás bizonyos helyzetekben** | **15,8** | **44,4** | **<0,01** |
| **Távolabbi költözés** | **18,4** | **38,1** | **<0,05** |
| **Addikcióban szenvedett** | **10,5** | **28,6** | **<0,05** |
| **Bűncselekményért elítélték** | **7,9** | **15,9** | **<0,01** |
| Pszichiátriai kezelés | 5,3 | 17,5 | Ns. |
| **Más fontos események** | | | |
| **Vészhelyzetet élt át** | **26,3** | **49,2** | **<0,05** |
| Bűncselekmény áldozata volt | 28,9 | 38,1 | Ns. |

**2.3.7.13.sz.táblázat – Az egyes események számának időbeni és nemi megoszlása** (Mann-Whitney-próba)

| Esemény ideje | FÉRFIAK | | NŐK | |
|---|---|---|---|---|
| | Első kísérlet | Ismételt kísérlet | Első kísérlet | Ismételt kísérlet |
| **Gyermekkor** | 4,46 | 11,13** | 6,56 | 9,85* |
| **Későbbi életkor** | 10,93 | 21,13** | 15,3 | 22,03** |
| **Múlt év** | 9 | 14,39* | 10,35 | 14,2** |
| **Összesen** | **24,4** | **46**** | **32,22** | **46,08**** |

***= p<0,05; **=p<0,01**

**2.3.7.14.sz.táblázat - Az első alkalommal öngyilkosságot megkísérlők és ismétlők összehasonlítása a negatív életesemények átlagos száma szerint az egyes életkorokban**
(Mann-Whitney-próba)

| Események | Gyermekkor | | Későbbi életkor | | Múlt év | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Első kísérlet | Ismételt kísérlet | Első kísérlet | Ismételt kísérlet | Első kísérlet | Ismételt kísérlet |
| Szülőkkel kapcsolatos események | 3,63 | 6,05** | 3 | 4,22* | 1,58 | 2,03 |
| Más személyekkel kapcsolatos események | 0,5 | 1,25** | 1,84 | 3,29** | 1,55 | 2,38* |
| Saját személlyel kapcsolatos események | 1,1 | 1,98* | 3,87 | 7,05*** | 3,37 | 5,4** |
| Más súlyos stresszorok | 0,13 | 0,36* | 0,42 | 0,81* | 0,18 | 0,29 |
| Partnerrel kapcsolatos események | - | - | 3 | 4,49** | 2,42 | 3,24 |
| Gyermekkel kapcsolatos események | - | - | 0,47 | 0,65 | 0,21 | 0,44* |
| Testvérrel kapcsolatos események | 0,37 | 0,67 | 0,97 | 1,19 | 0,5 | 0,49 |

***= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001**

**2.4.1.sz.táblázat A follow-up (követéses) vizsgálatban résztvevők jellemzői** ($\chi^2$ próba)

| Jellemzők | Szig. (p) | FÉRFIAK N(%) | NŐK N(%) |
|---|---|---|---|
| **Első interjú felvétele (EPSIS I.)** | - | 38 | 63 |
| **Követéses interjú (EPSIS II.) (1 évvel később)** | - | 19 (50) | 39 (62) |
| **Kapcsolatfelvétel történt, de az interjúban nem vett részt** | - | 6 (16) | 14 (22) |
| **Sikertelen kapcsolatfelvétel 1 évvel később** | - | 13 (34) | 10 (16) |

**2.4.2.sz.táblázat - A követés időszakának eseményei** ($\chi^2$ próba)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Öngyilkossági kísérlet** | - | 5 (13) | 6 (10) |
| **Befejezett öngyilkosság** | - | 0 | 3 (5) |
| **Szuicid intenciók** | - | 9 (47) | 25 (64) |
| **Az interjút megelőző héten** | - | 4 (21) | 11 (28) |

**2.4.3.sz.táblázat – Az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat jellemzői** ($\chi^2$ próba)

| Jellemzők | Szig. (p) | FÉRFIAK (%) | NŐK (%) |
|---|---|---|---|
| **Háziorvossal való kapcsolat** | | | |
| **Gyakorisága** | <0,05 | | |
| **Nem találkozott** | | 11 | 13 |
| **Egyszer** | | 37 | 15 |
| **Többször** | | 52 | 72 |
| **Kapcsolatbalépés ideje a kísérletet követően** | | | |
| **1 hét** | | 41 | 54 |
| **1 hónap** | | 24 | 11 |
| **1-3 hónap** | | 12 | 12 |
| **3 hónap<** | | 23 | 23 |
| **A kapcsolat értékelése** | | | |
| **Rossz** | | 0 | 18 |
| **Jó** | | 52 | 43 |
| **Nem tud dönteni** | | 48 | 39 |

**2.4.4.sz.táblázat – A pszichiátriai ellátás jellemzői** ($\chi^2$ próba)

| Jellemzők | Szig. (p) | FÉRFIAK (%) | NŐK (%) |
|---|---|---|---|
| **Osztályos kezelés a kísérlet után** | | 100 | 95 |
| **Időtartama** | | | |
| **1 hét** | | 26 | 51 |
| **2-4 hét** | | 63 | 44 |
| **4 hét<** | | 11 | 5 |
| **A kezelés átlagideje (hét)** | <0,06 | 3 | 2 |
| **Ambuláns kezelés a követéses időszakban** | | 74 | 81 |
| **Időtartama** | | | |
| **1 hónap** | | 22 | 7 |
| **2 hónap** | | 21 | 21 |
| **3-6 hónap** | | 7 | 24 |
| **7-12 hónap** | | 50 | 48 |
| **A kezelés átlagideje (hónap)** | | 6 | 6,4 |
| **A találkozások száma** | | | |
| **1-3** | | 29 | 24 |
| **4-10** | | 14 | 28 |
| **11-20** | | 57 | 41 |
| **21<** | | 0 | 7 |
| **A találkozások átlagos száma** | | 10,2 | 10,2 |
| **A terápiás ülések ideje** | | | |
| **<15 perc** | | 36 | 28 |
| **16-30 perc** | | 21 | 41 |
| **31-60 perc** | | 43 | 31 |
| **A találkozások átlagos ideje (perc)** | | 34 | 29 |
| **A gyógyszeres kezelés megoszlása** | | | |
| **Altató-nyugtatószer** | | 53 | 56 |
| **Hangulatjavító** | <0,05 | 10 | 38 |
| **Antipszichotikum** | <0,01 | 21 | 0 |
| **Szomatikus medikáció** | | 16 | 33 |

**2.4.5.sz.táblázat - Az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat jellemzői (ismétlők)** ($\chi^2$ próba)

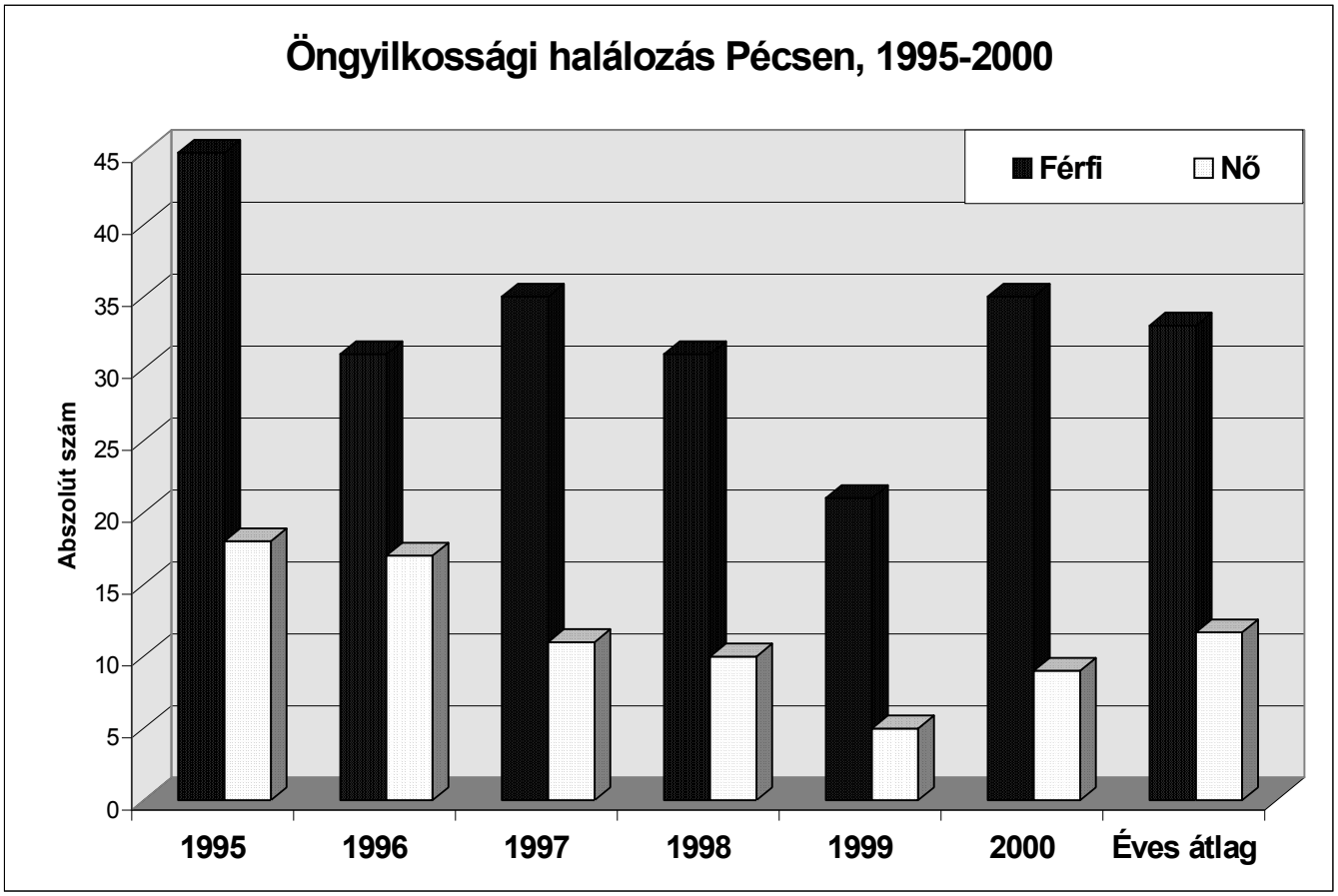
| Jellemzők | Szig. (p) | KÍSÉRLET NEM VOLT (N=45) % | ISMÉTELT KÍSÉRLET (n=13) % |
|---|---|---|---|
| **Szuicid intenciók** | <0,01 | 49 | 92 |
| **Az interjút megelőző héten** | | 22 | 39 |
| **Háziorvossal való kapcsolat** | | | |
| **Gyakorisága** | <0,09 | | |
| **Nem találkozott** | | 4 | 23 |
| **Egyszer** | | 29 | 15 |
| **Többször** | | 67 | 62 |
| **Kapcsolatbalépés ideje** | P<0,06 | | |
| **1 hét** | | 42 | 54 |
| **1 hónap** | | 16 | 8 |
| **1-3 hónap** | | 9 | 15 |
| **3 hónap<** | | 29 | 0 |
| **A kapcsolat értékelése** | P<0,05 | | |
| **Rossz** | | 13 | 8 |
| **Jó** | | 40 | 69 |
| **Nem tud dönteni** | | 47 | 23 |

**2.4.6.sz.táblázat – A pszichiátriai ellátás jellemzői (ismétlők)** ($\chi^2$ próba)

| Jellemzők | Szig. (p) | KÍSÉRLET NEM VOLT (N=45) % | ISMÉTELT KÍSÉRLET (n=13) % |
|---|---|---|---|
| **Osztályos kezelés az első interjút megelőző kísérlet után** | | 96 | 100 |
| **Időtartama** | | | |
| **1 hét** | | 35 | 54 |
| **2-4 hét** | | 58 | 38 |
| **4 hét<** | | 7 | 8 |
| **A kezelés átlagideje (hét)** | | 2,23 | 2,54 |
| **Ambuláns kezelés a követéses időszakban** | | 80 | 77 |
| **Időtartama** | | | |
| **1 hónap** | | 11 | 10 |
| **2 hónap** | | 21 | 20 |
| **3-6 hónap** | | 18 | 20 |
| **7-12 hónap** | | 50 | 50 |
| **A kezelés átlagideje (hónap)** | | 5,97 | 7,3 |
| **A találkozások száma** | | | |
| **1-3** | | 24 | 30 |
| **4-10** | | 21 | 30 |
| **11-20** | | 49 | 40 |
| **21<** | | 6 | 0 |
| **A találkozások átlagos gyakorisága** | | 10,82 | 7,9 |
| **A terápiás ülések ideje** | | | |
| **<15 perc** | | 21 | 60 |
| **16-30 perc** | | 39 | 20 |
| **31-60 perc** | | 39 | 20 |
| **A találkozások átlagos ideje (perc)** | <0,05 | 34 | 22 |
| **A gyógyszeres kezelés megoszlása** | | | |
| **Altató-nyugtatószer** | | 56 | 54 |
| **Hangulatjavító** | <0,05 | 31 | 23 |
| **Antipszichotikum** | <0,01 | 4 | 15 |
| **Szomatikus medikáció** | | 24 | 38 |

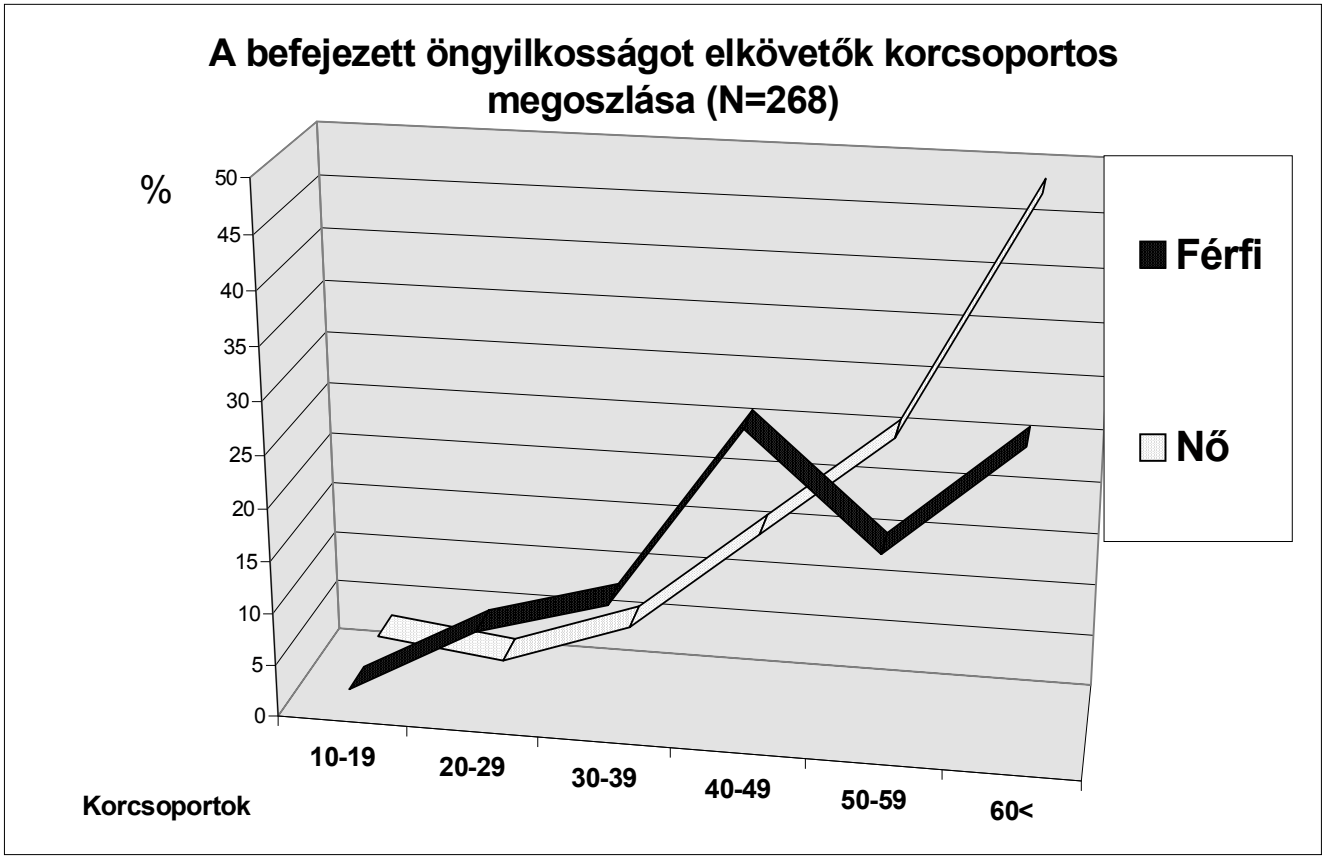
Öngyilkossági kísérletek korcsoportos megoszlása mintánkban és a pécsi mentőszolgálat adatbázisában (1997)
%
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
0-4
5-9
10-14
15-19
20-24
25-29
30-34
35-39
40-44
45-49
50-54
55-59
60-64
65-69
70-74
75-79
80-84
85-90
90-
Korcsoportok
Mentő
Monitor

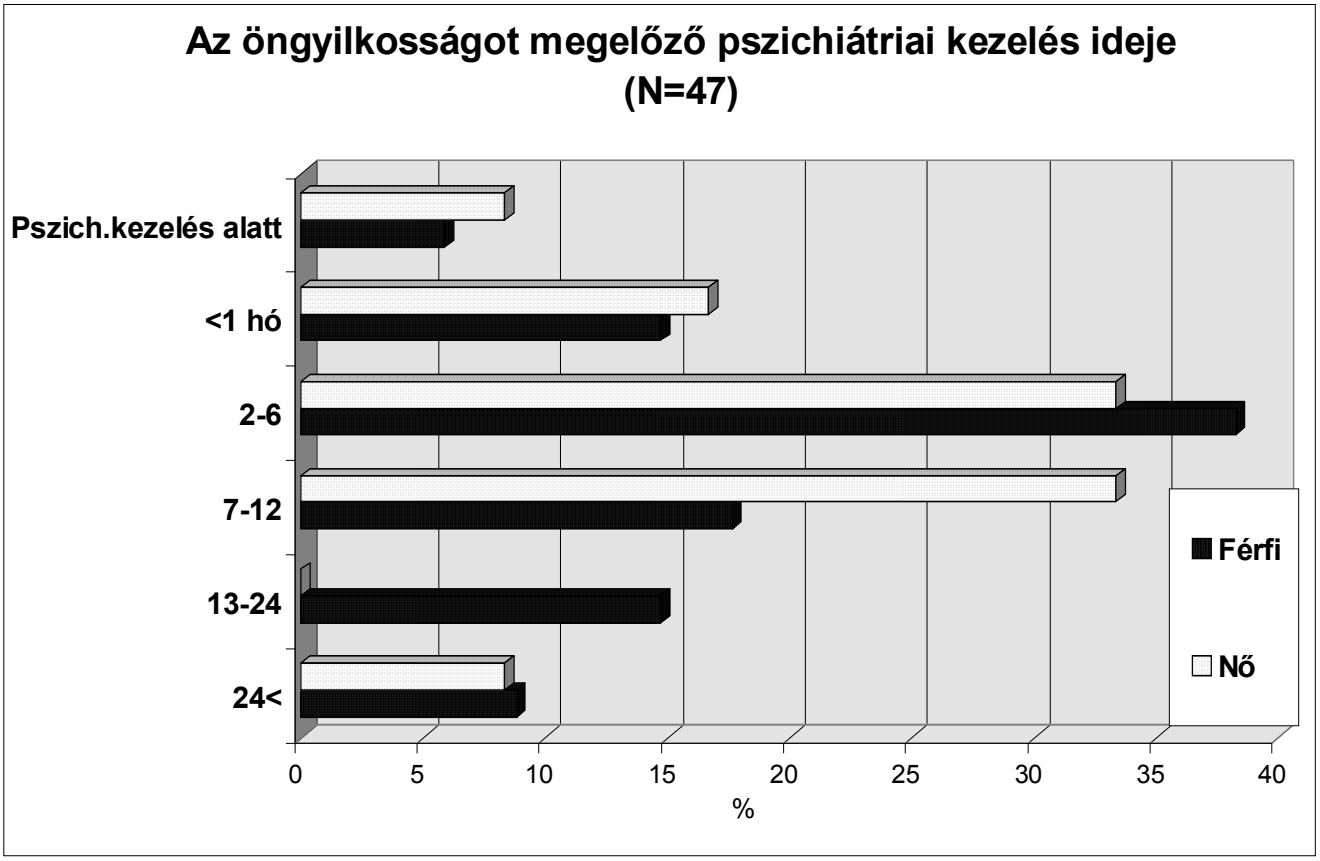
**1.4.1.sz.ábra**




## 2.1.1.ábra

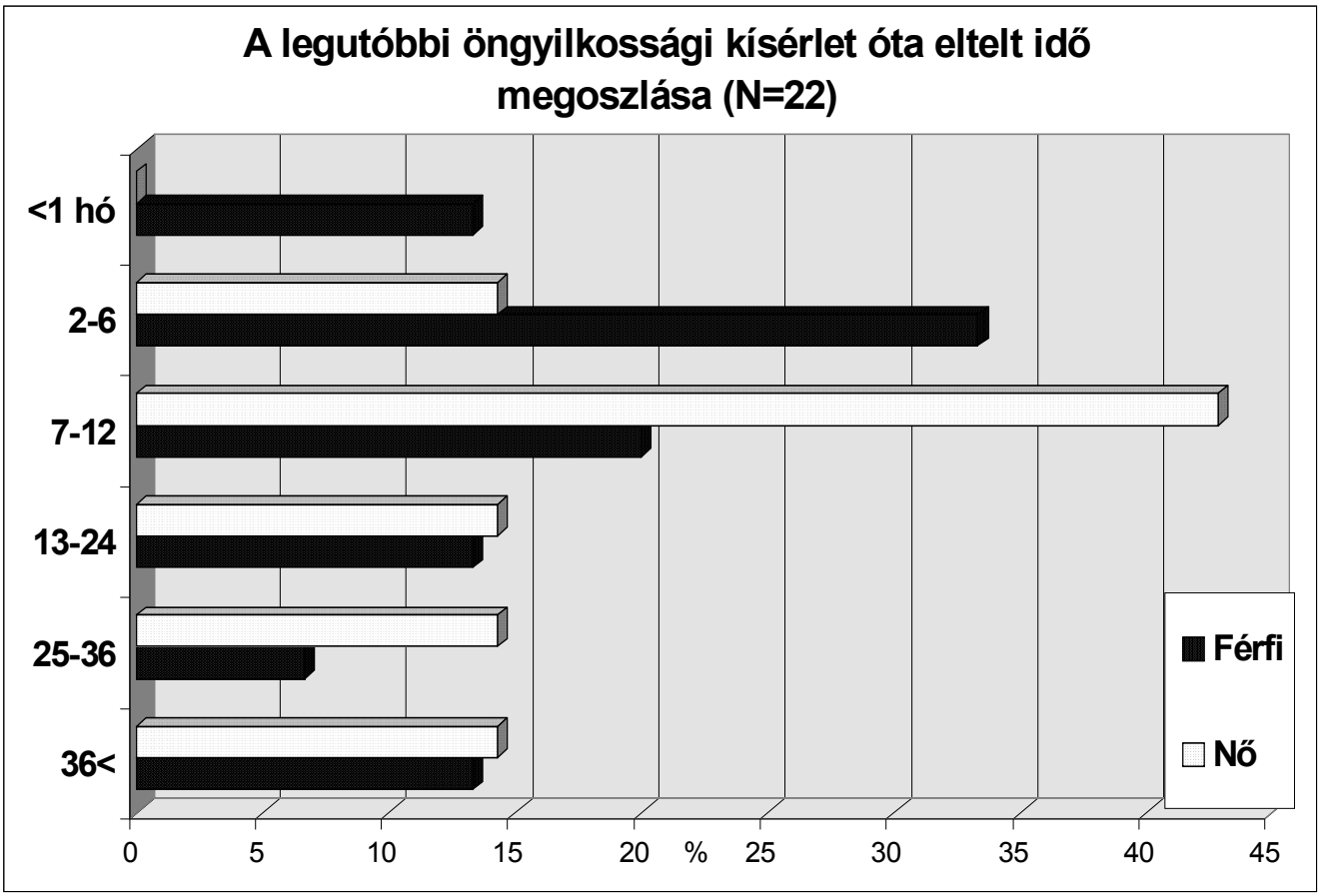
## 2.1.2.ábra

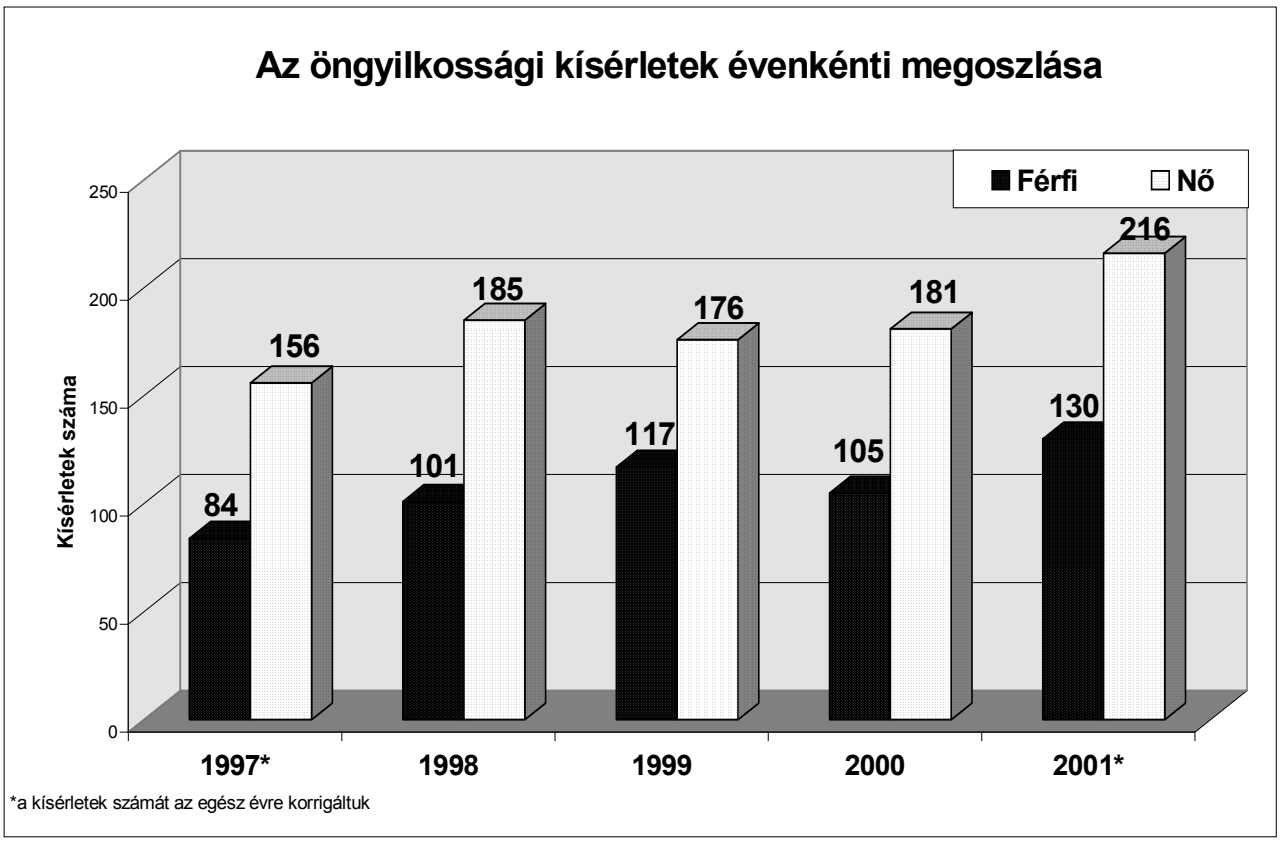





## 2.1.3.ábra

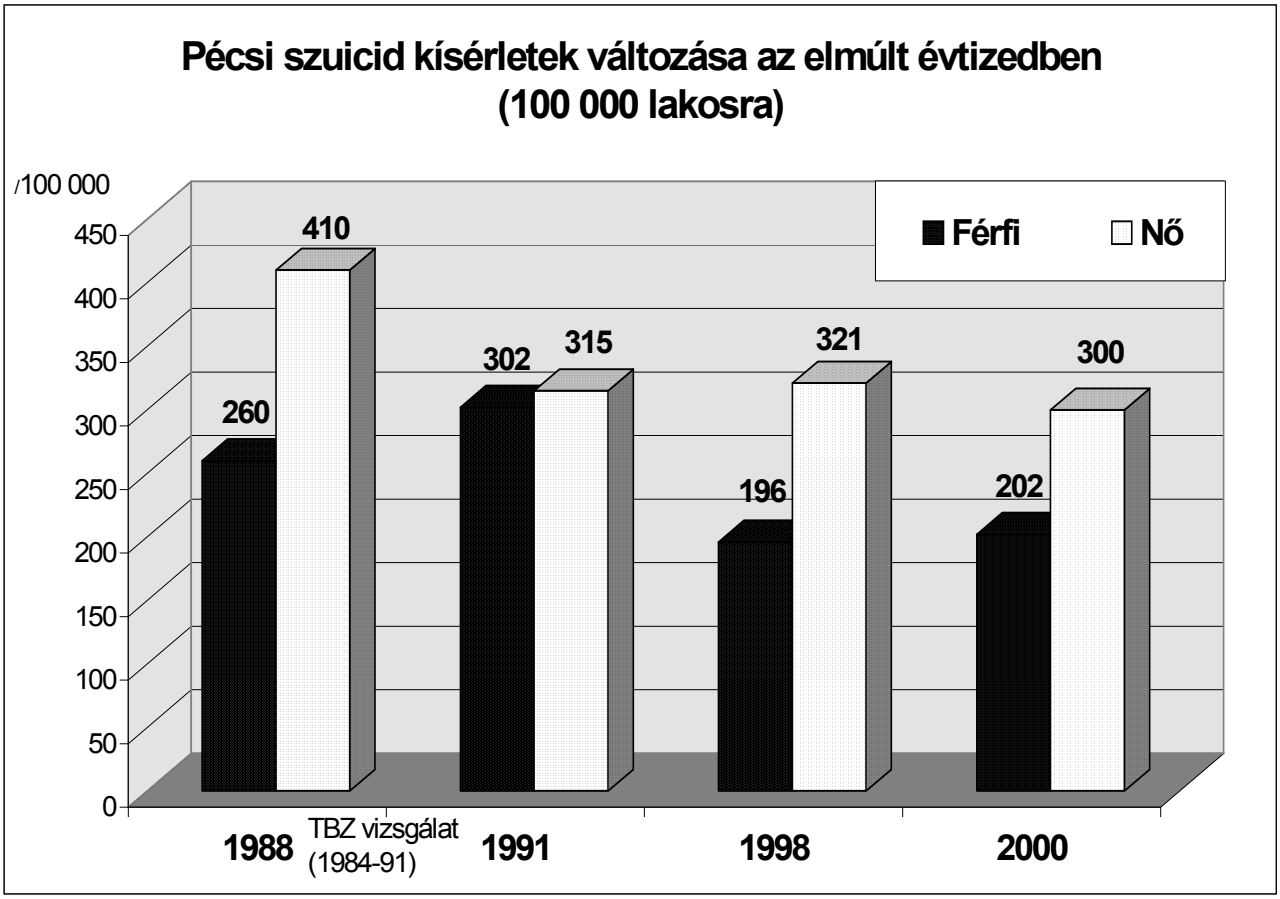
## 2.1.4.ábra

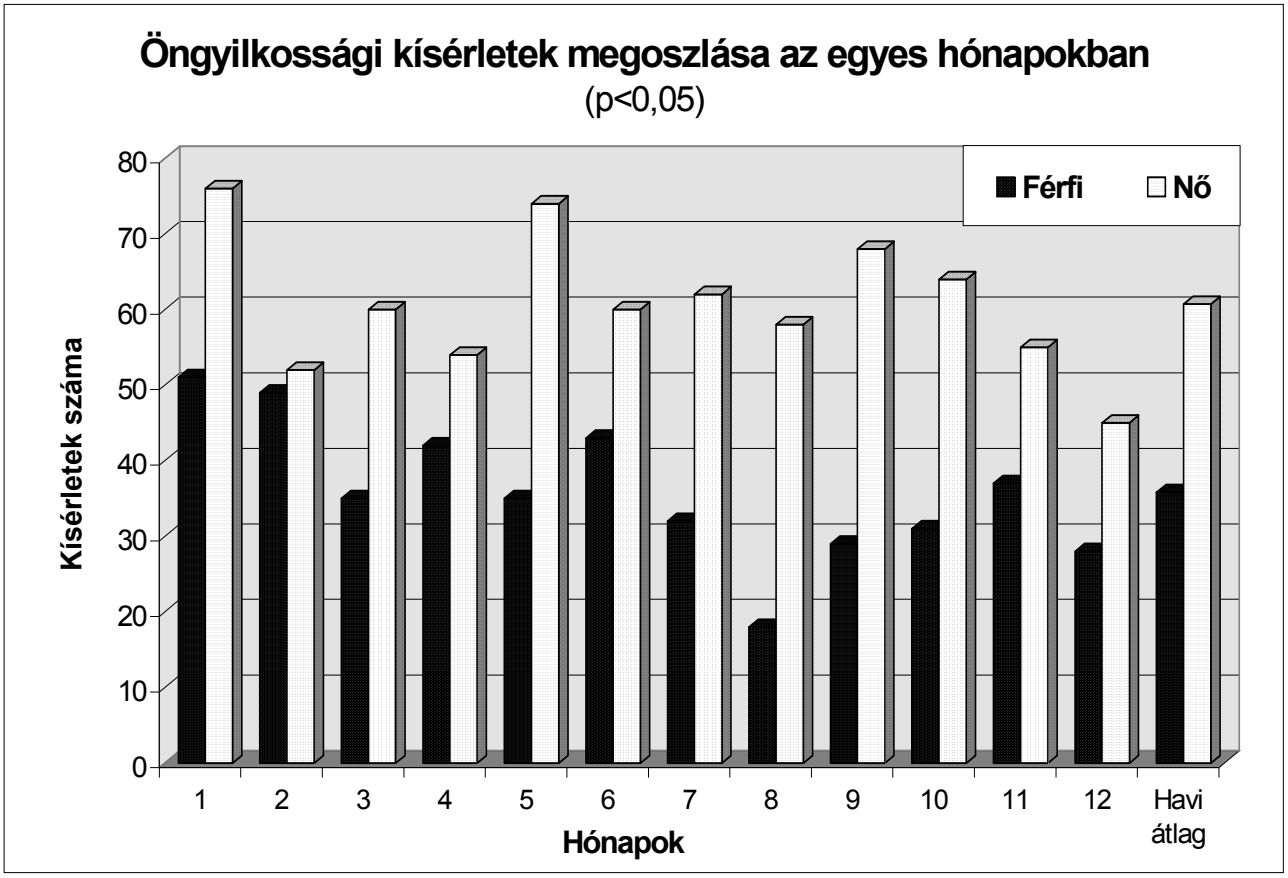




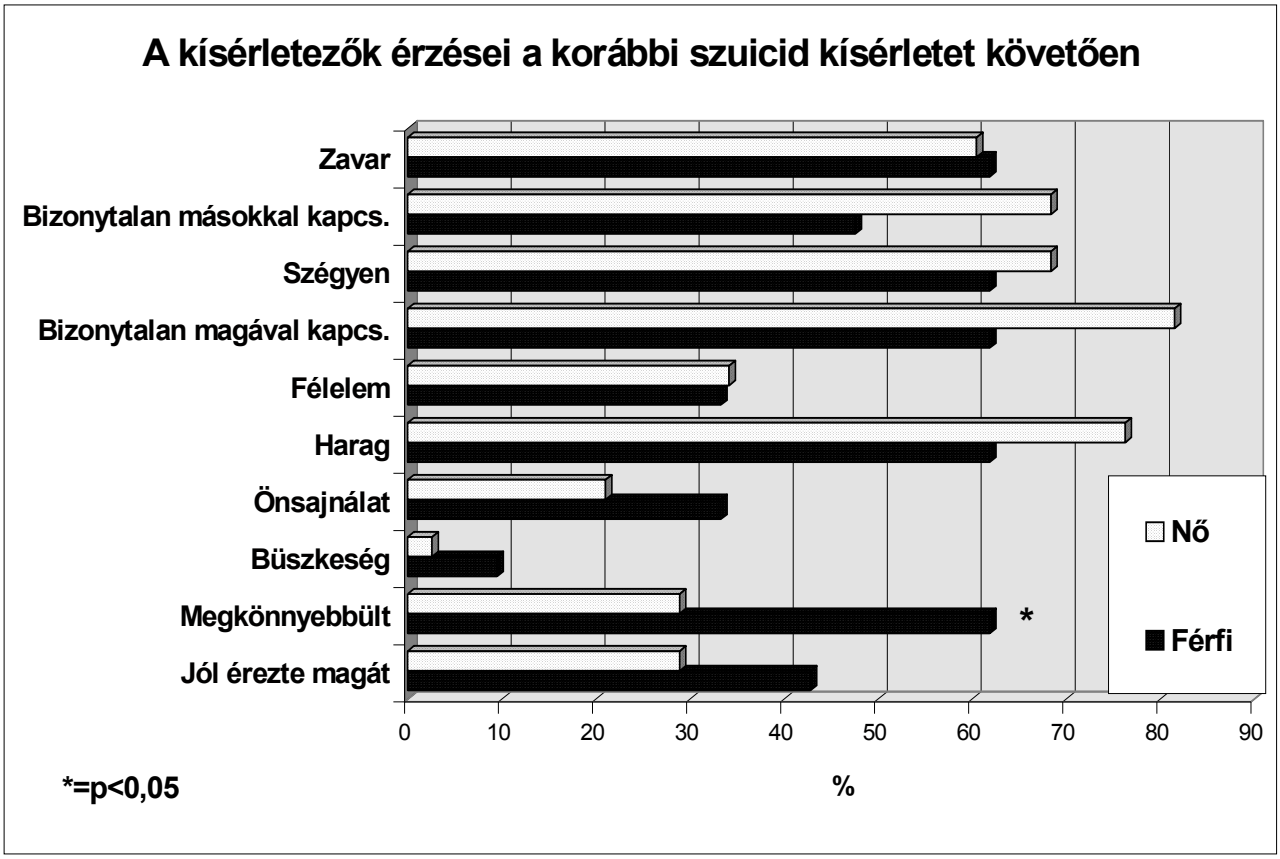

## 2.2.1.ábra

## 2.2.2.ábra



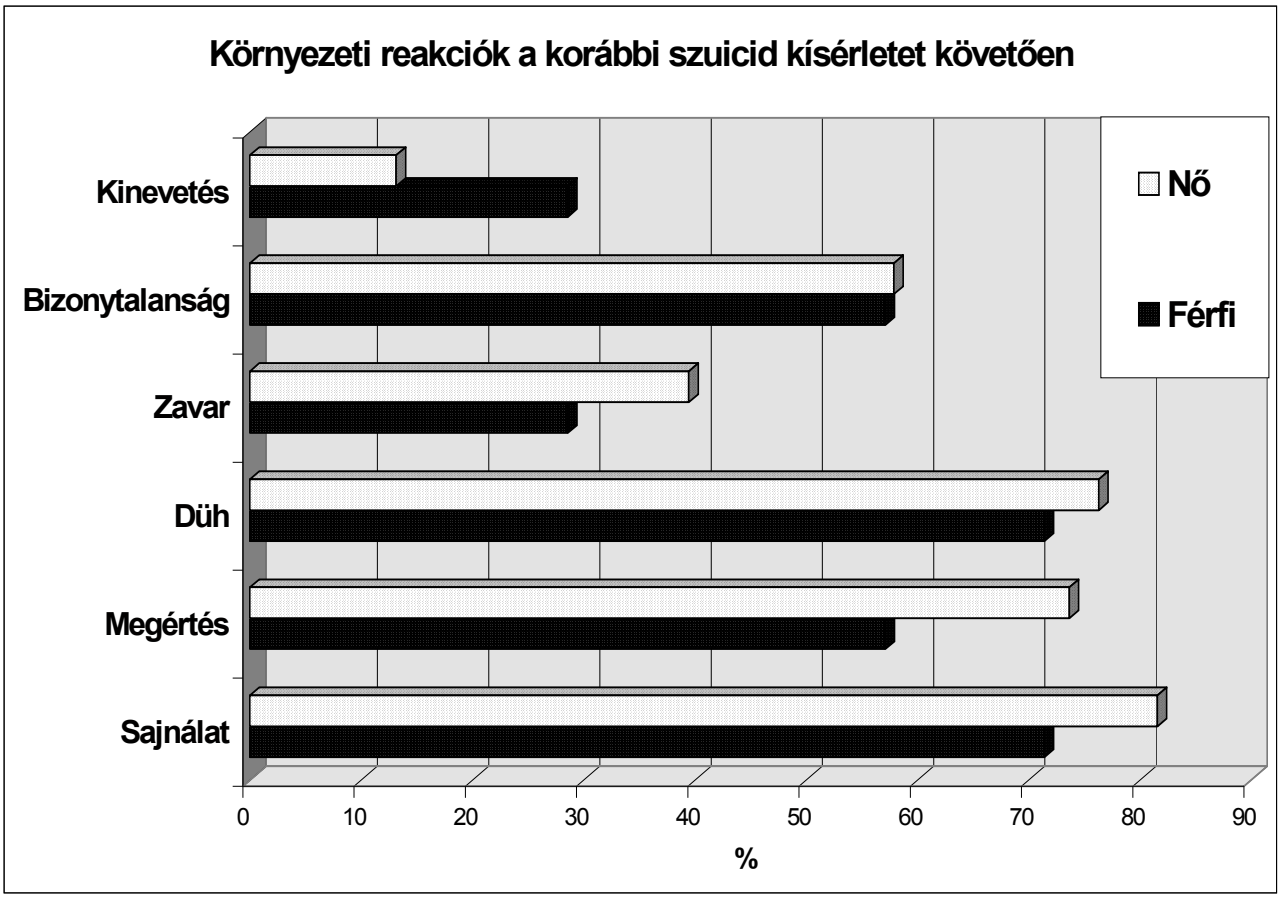

Öngyilkossági kísérletek megoszlása az egyes hónapokban
(p<0,05)
Férfi
Nő
Kísérletek száma
0
10
20
30
40
50
60
70
80
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
Havi átlag
Hónapok

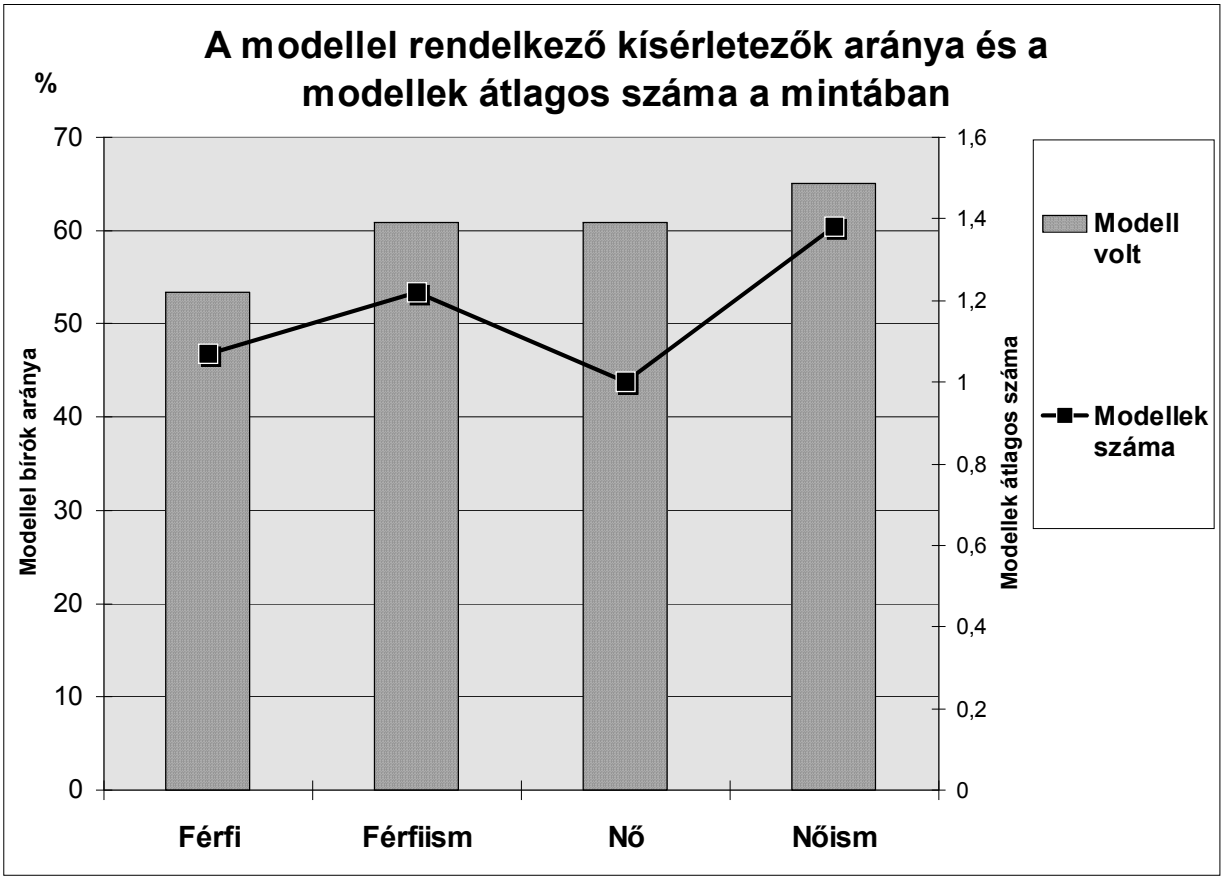
**2.2.3.ábra**




## 2.3.3.1.ábra

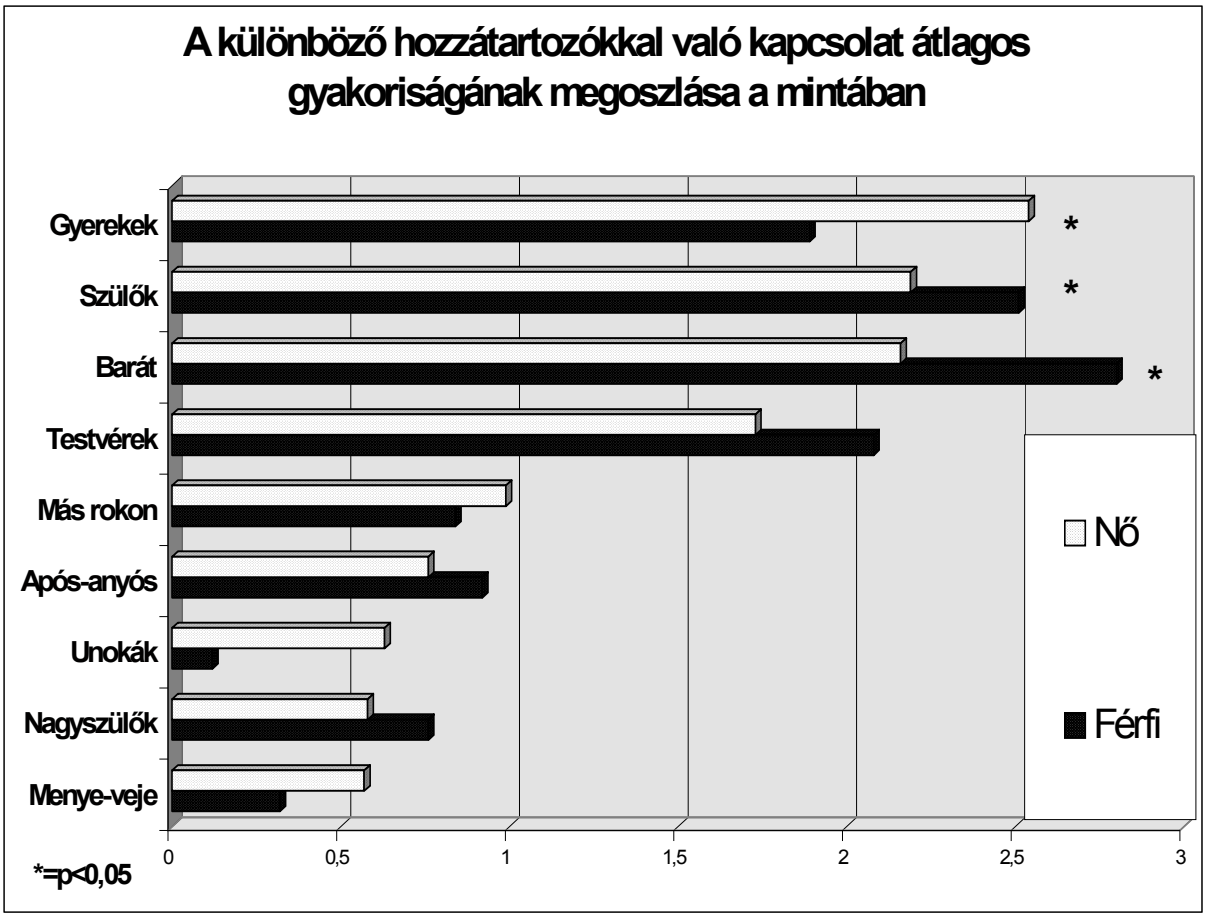
## 2.3.3.2.ábra

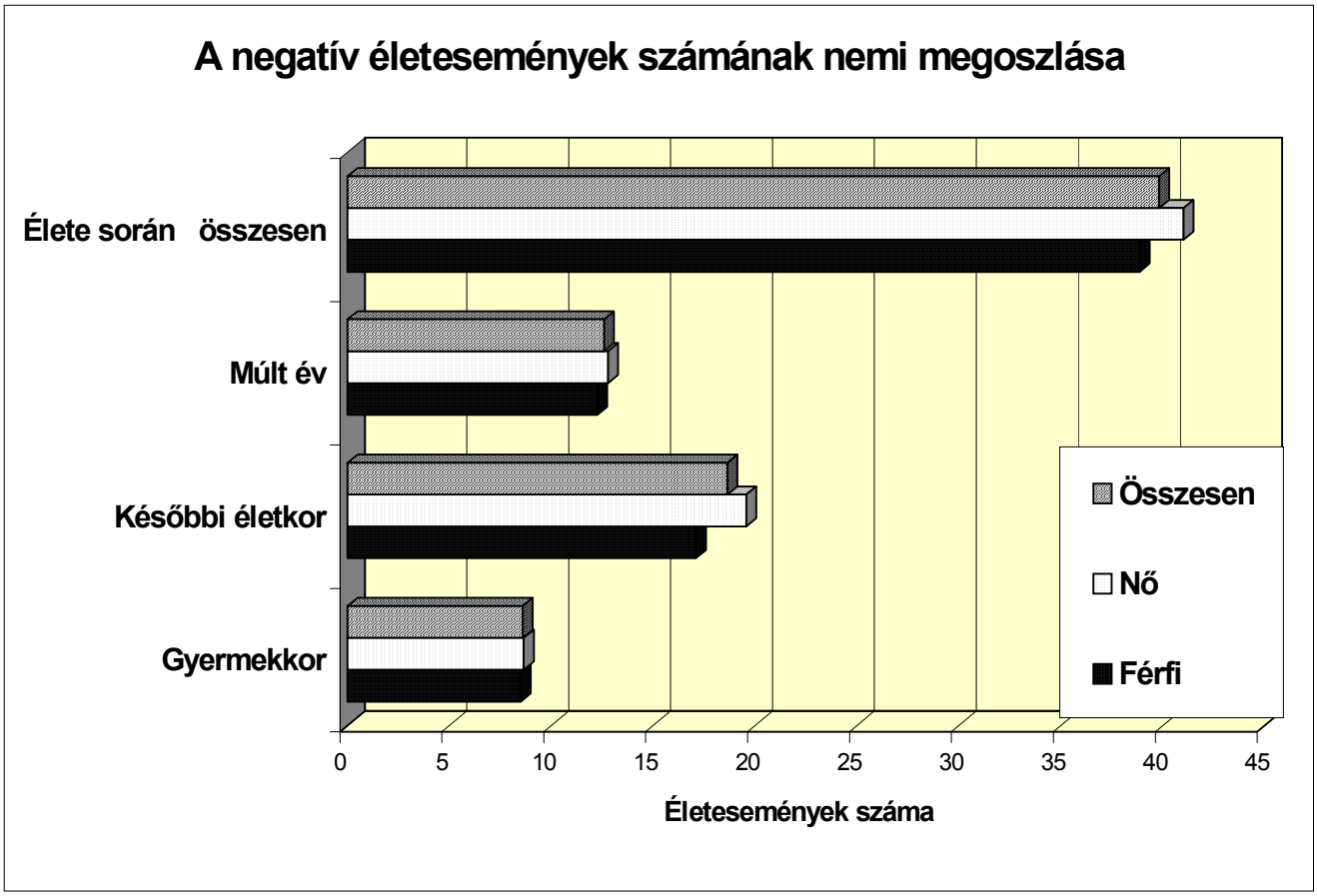





**2.3.5.1. ábra**

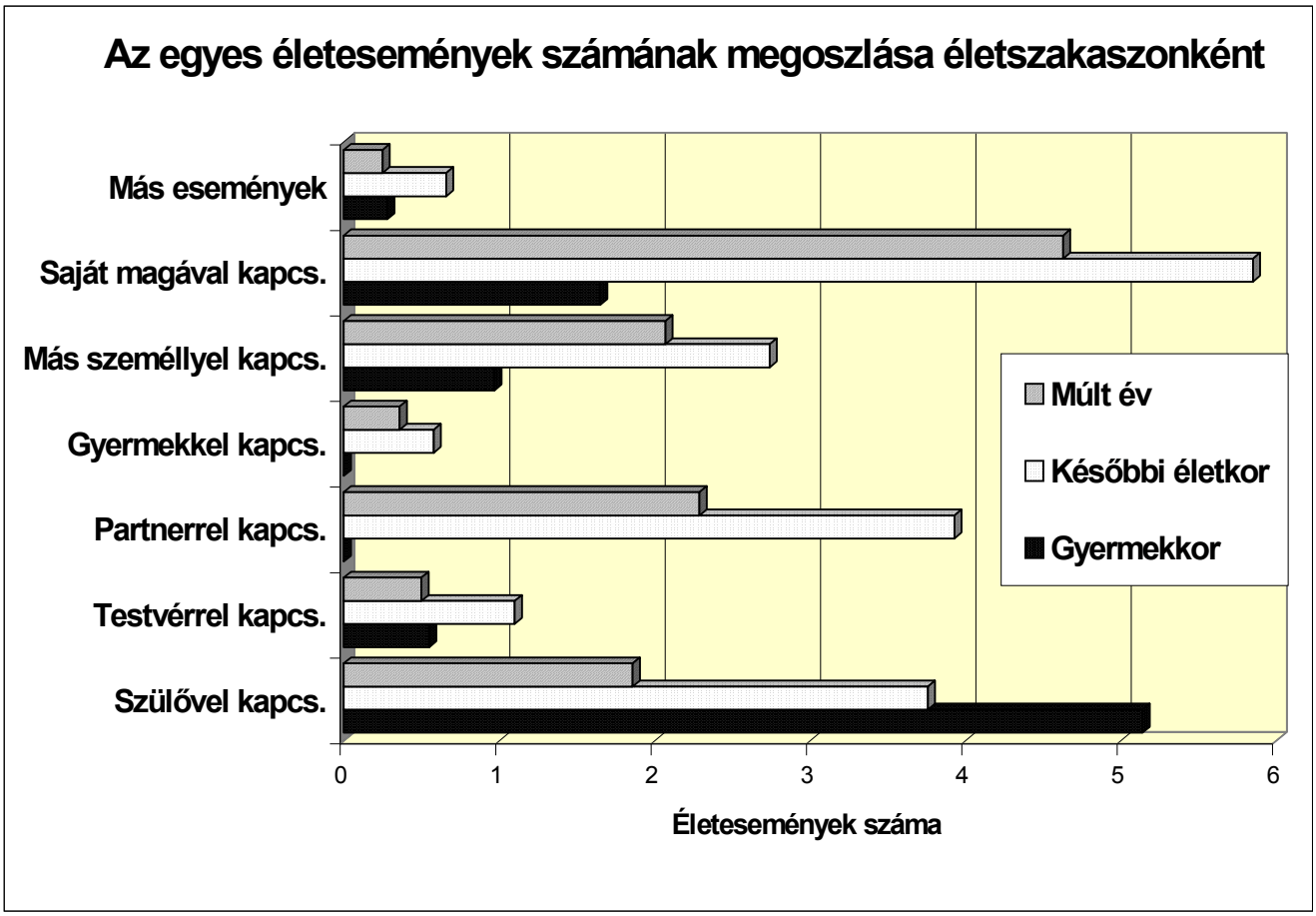
**2.3.6.1. ábra**

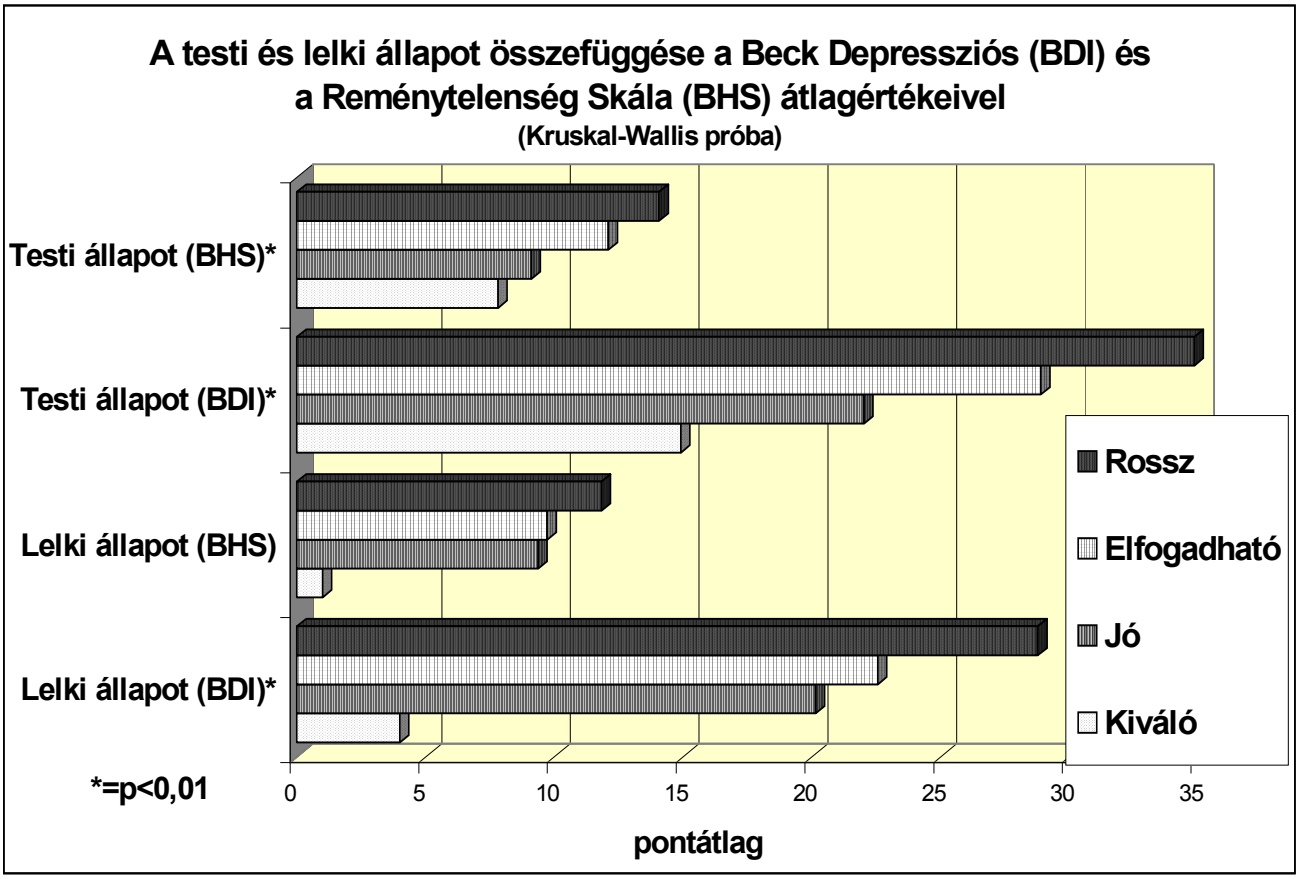





## 2.3.7.1.ábra

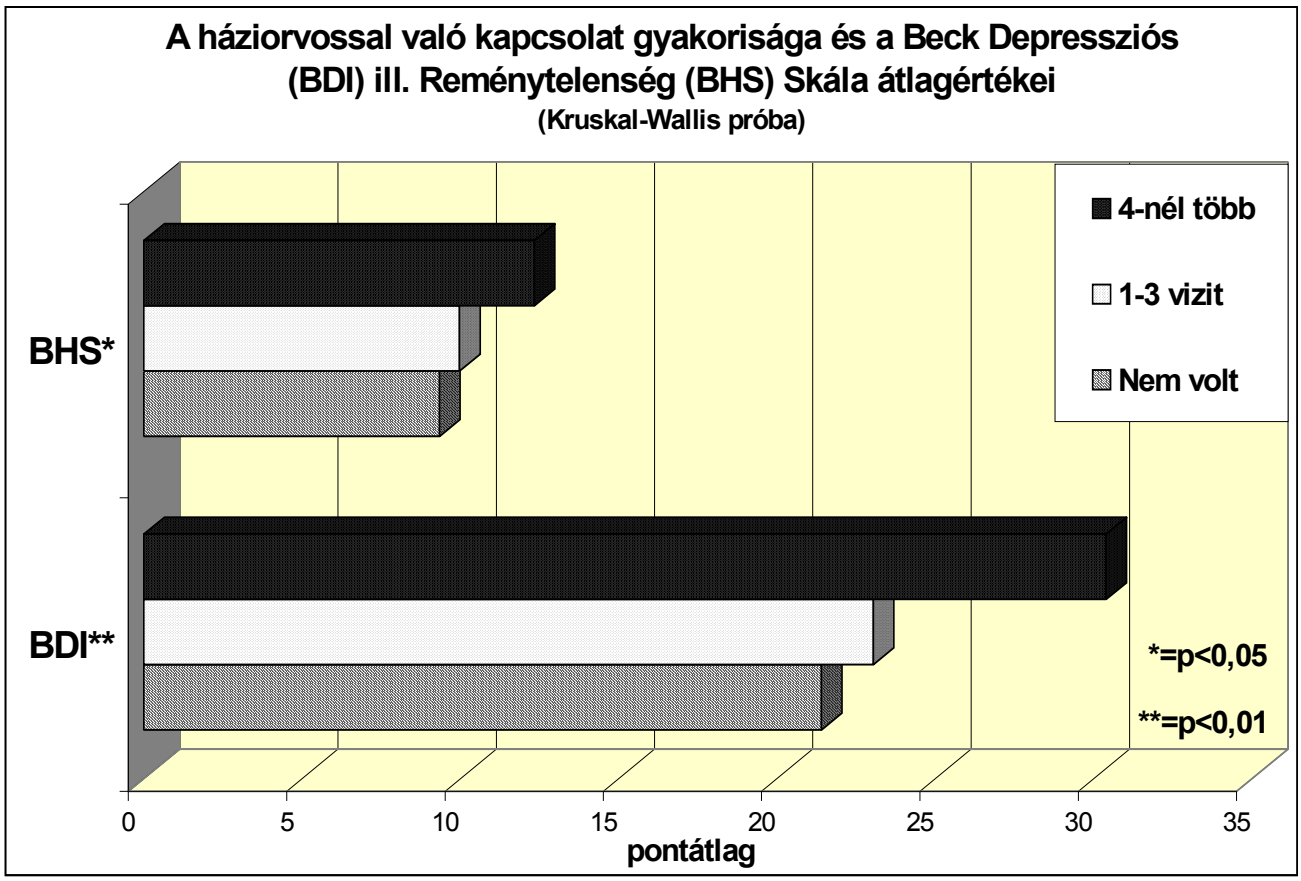
## 2.3.7.2.ábra

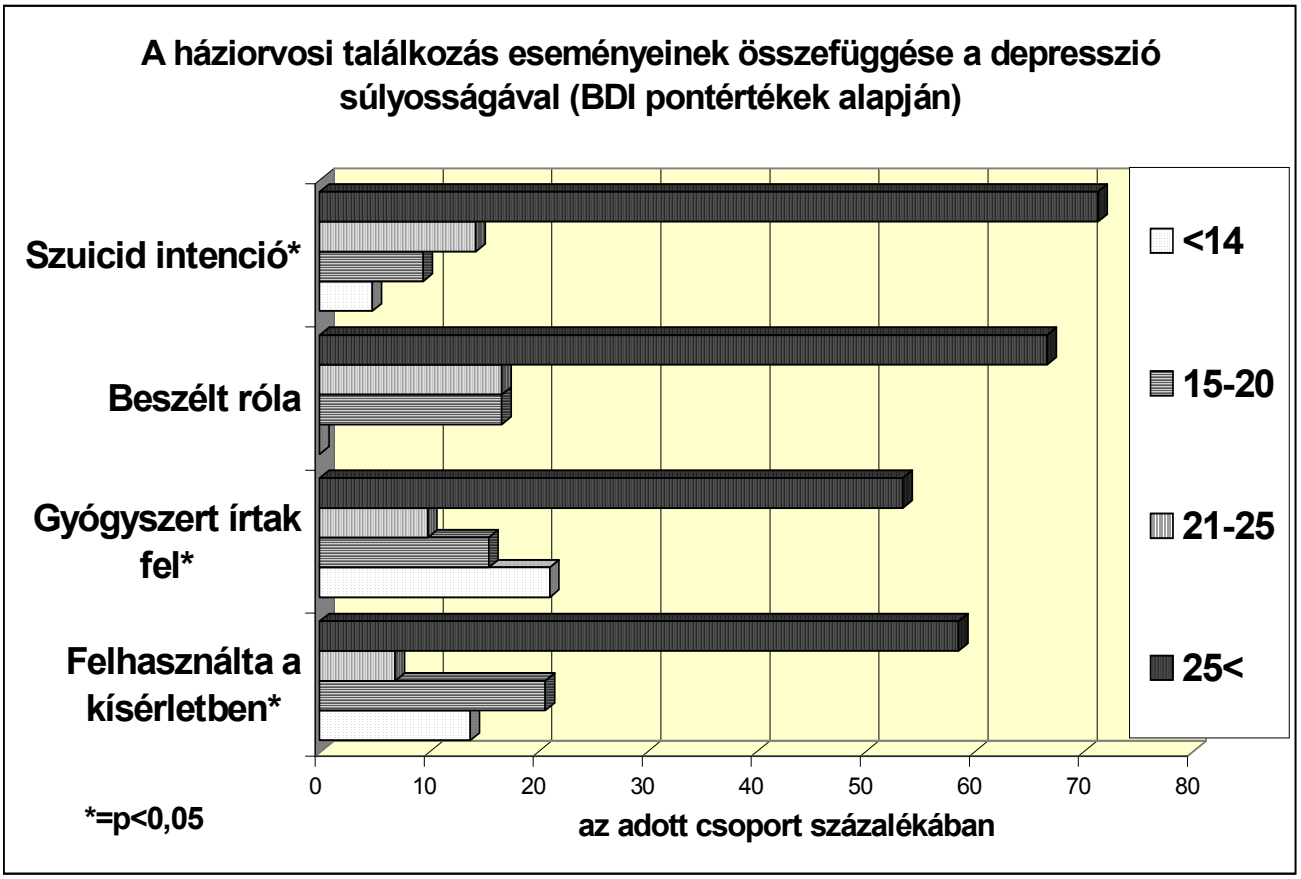





## 2.3.8.1.ábra

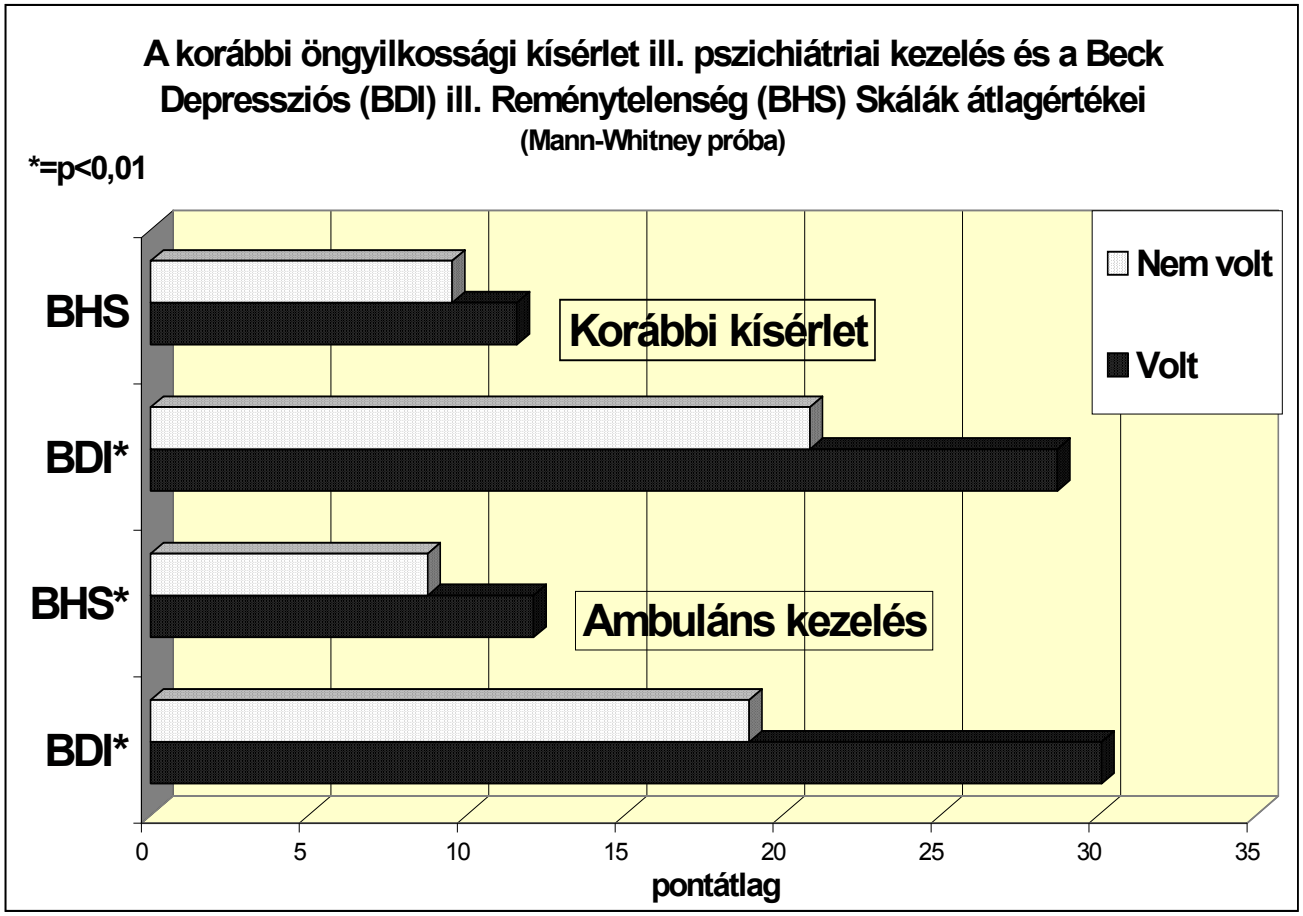
## 2.3.8.2. ábra

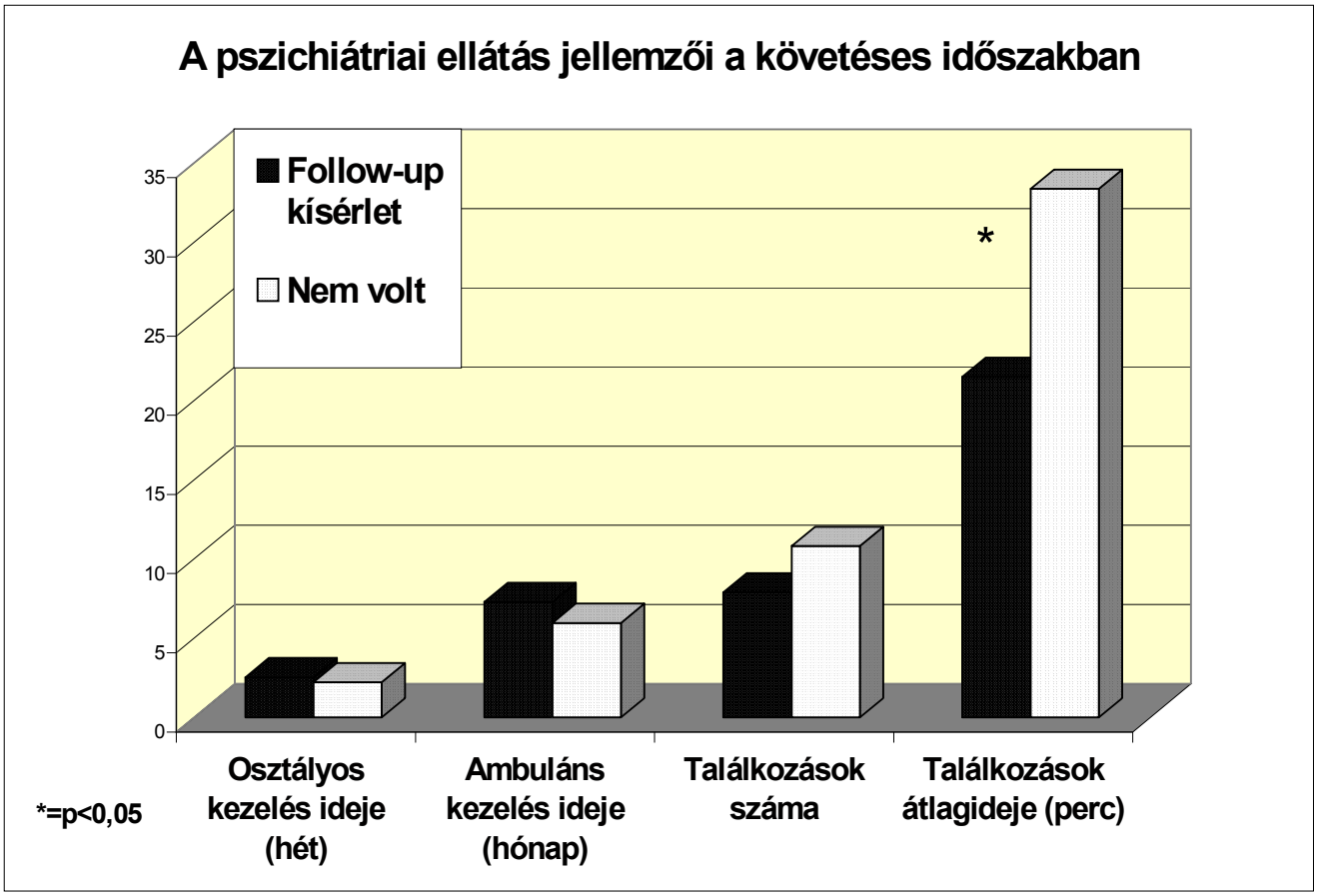





2.3.8.3.ábra

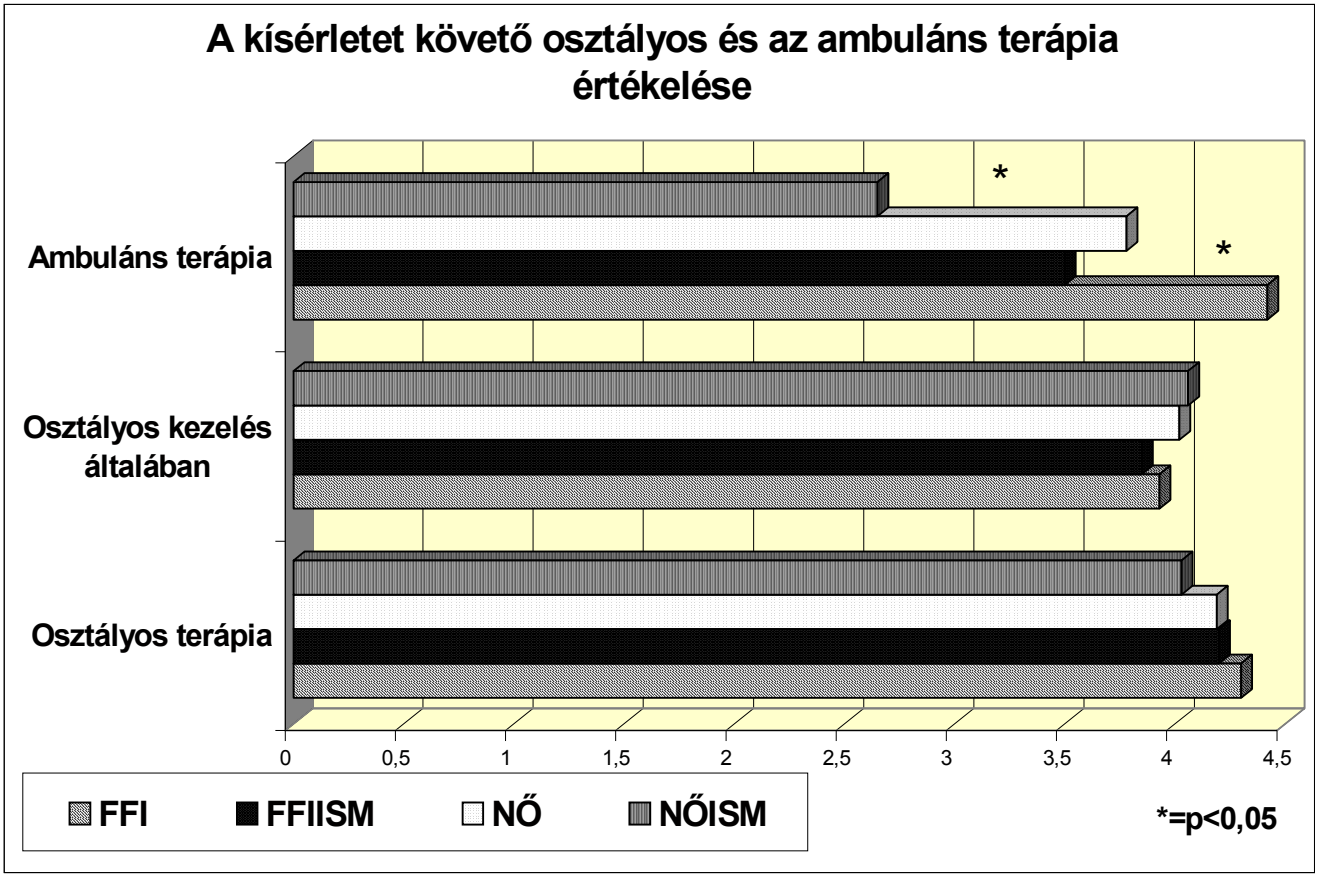
2.3.8.4.ábra

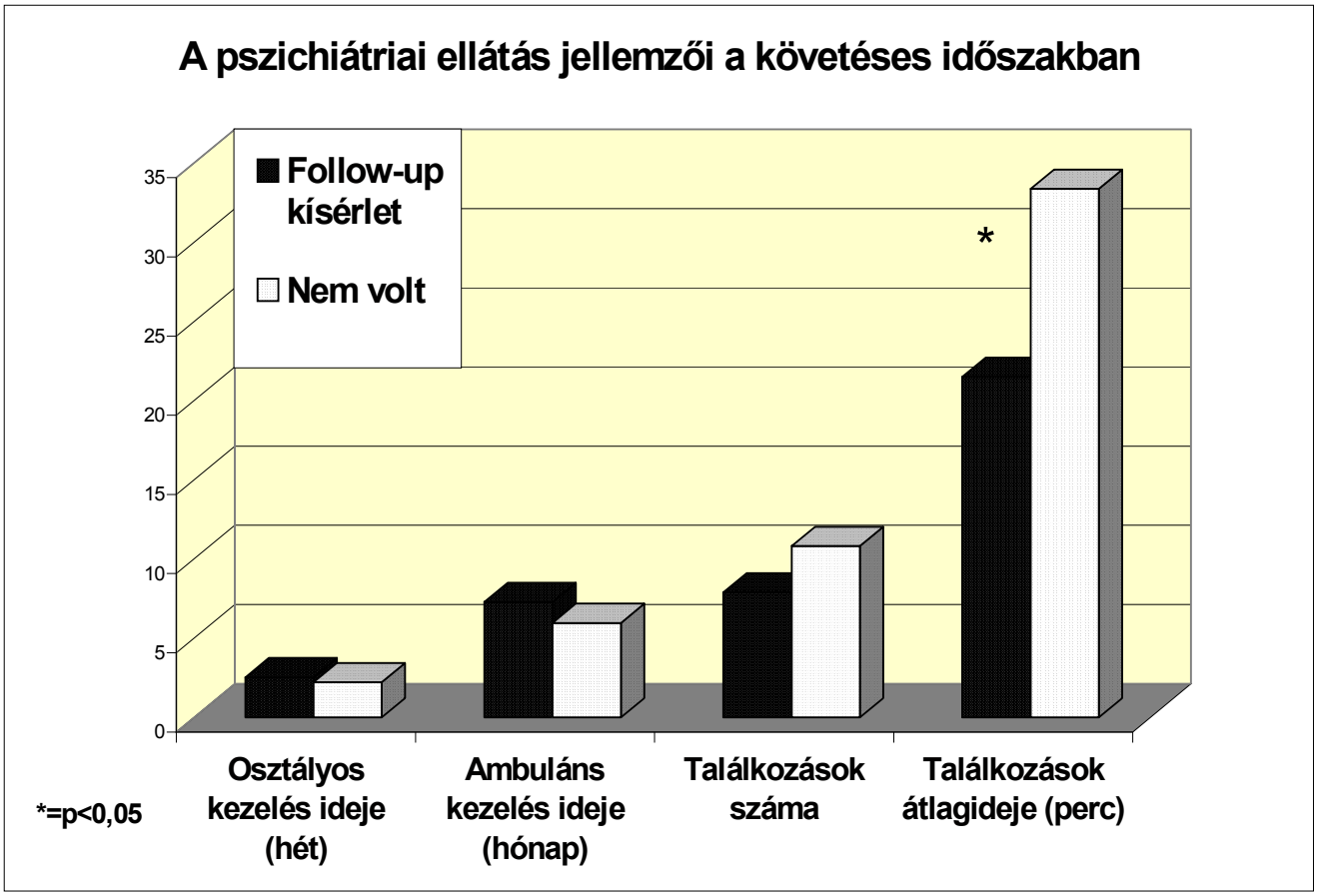


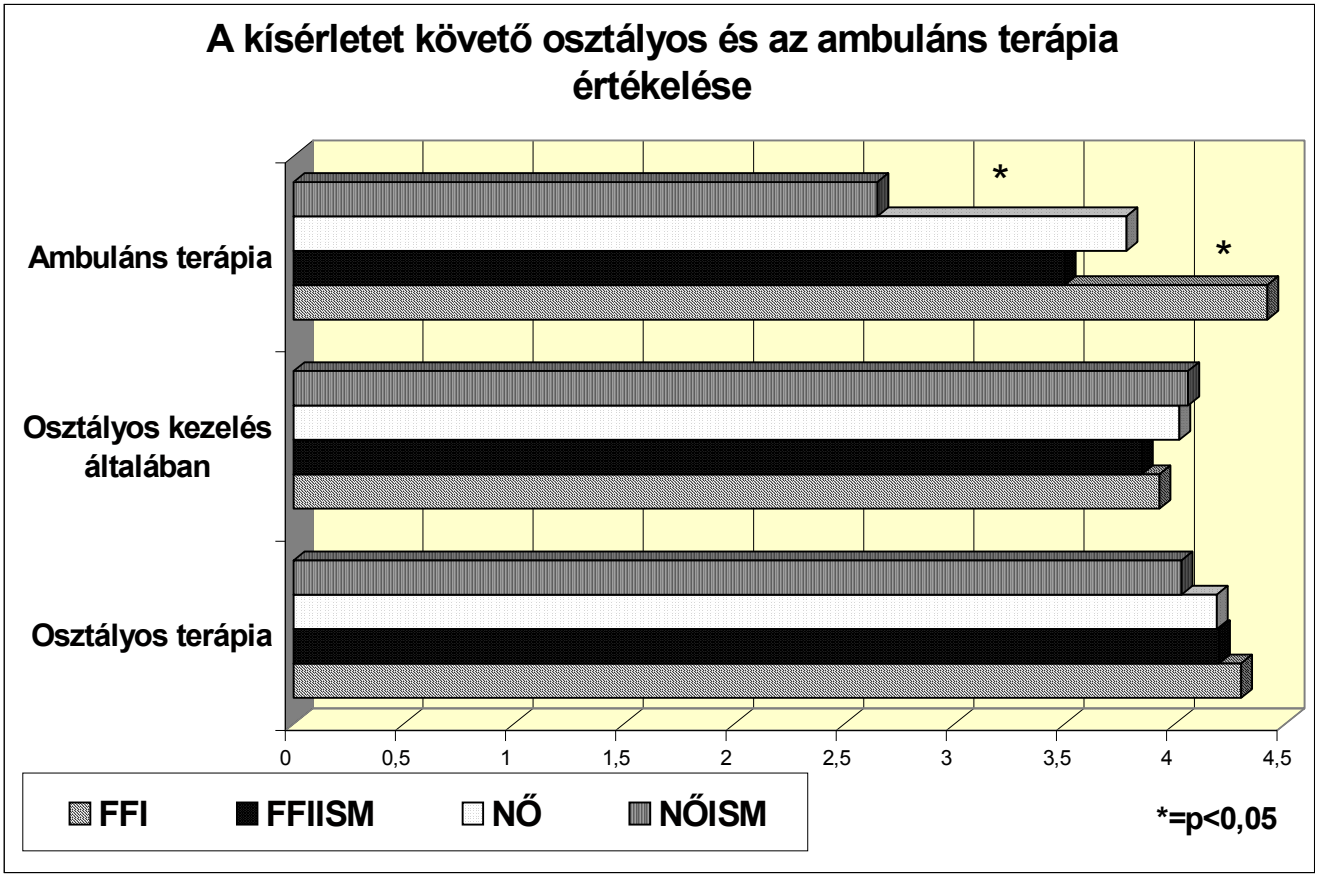



## 2.3.10.1.ábra

## 2.3.10.2.ábra






## 2.4.1.ábra

## 2.4.2.ábra