

# AZ ÖNGYILKOS VISELKEDÉS KOMPLEX STRESSZ-DIATÉZIS SZEMLÉLETE

**AZ INTEGRATÍV MEGKÖZELÍTÉS ALKALMAZÁSA SZUICID  
PÁCIENSEKKEL VÉGZETT EPIDEMIOLÓGIAI ÉS KLINIKAI  
VIZSGÁLATAINK SORÁN**

**Doktori Iskola vezetője: Prof. Dr. Lénárd László, akadémikus, egyetemi tanár  
Programvezető: Prof. Dr. Trixler Mátyás, egyetemi tanár  
Témavezető: Prof. Dr. Fekete Sándor, egyetemi tanár**

*Dr. Vörös Viktor*

**Pécsi Tudományegyetem  
Általános Orvostudományi Kar  
Pécs, 2010**

## Tartalomjegyzék

<b>I. BEVEZETÉS</b>	<b>2</b>
<b>II. A KUTATÁSI TERÜLETEK BEMUTATÁSA</b>	<b>12</b>
<b>1. Epidemiológiai vizsgálatok - a „WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás és a „MONSUE projekt”</b>	<b>12</b>
<b>2. Nemi különbségek a szuicid viselkedésben - a „Gender vizsgálat”</b>	<b>23</b>
<b>3. A „korfüggő” szuicid magatartás vizsgálata</b>	<b>32</b>
3.1. Öndestruktív viselkedés gyermek- és serdülőkorban	33
3.2. Az adolescens öngyilkos viselkedés vizsgálata - a „CASE vizsgálat”	35
3.3. Az életközép időszaka és az időskor krízise	39
3.4. Az időskori szuicid viselkedés vizsgálata - az „Elderly vizsgálat”	41
<b>4. A „kórügő” szuicid magatartás vizsgálata</b>	<b>49</b>
4.1. Mentális zavarok felmérése öngyilkossági kísérletet elkövetőkben - a „MINI-Plusz vizsgálat”	50
4.2. Az affektív zavarok, a bipolaritás és a személyiségtényezők szerepe az öngyilkos viselkedésben - a „HZK vizsgálat”	56
4.3. Az öngyilkos viselkedés gyakorisága és jellegzetességei a családorvosi gyakorlatban - a „Prime-MD vizsgálat”	60
<b>5. Az öngyilkos viselkedés kezelésének és megelőzésének lehetőségei</b>	<b>68</b>
5.1. A szuicid viselkedés terápiás lehetőségei és a prevenció eszközei	69
5.2. A kríziskoncepció szemlélete a szuicidológiában	72
5.3. Az öngyilkos viselkedés felismerésének és kezelésének lehetőségei - egy komplex, regionális, integratív szuicid prevenció modell	74
<b>III. A LEGFONTOSABB EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA</b>	<b>82</b>
<b>IV. IRODALOMJEGYZÉK</b>	<b>87</b>
<b>V. ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK</b>	
<b>VI. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS</b>	

# **I. BEVEZETÉS**

- 1. Értelmezési keret**
- 2. Az etiológiai modellek rövid áttekintése a szuicidológiában**
  - a. Biológiai magyarázatok
  - b. A pszichológiai, lélektani tényezők szerepe
  - c. A szociológiai és szociális modellek
- 3. Epidemiológiai mutatók**
- 4. A hazai szuicid szcena és kutatás**
- 5. A dolgozat célja, szerkezete és áttekintése**
- 6. A folyamatban lévő vizsgálatok és a jövőbeli kutatási tervek**

„A filozófia egyetlen komoly kérdése az öngyilkosság.”

(A. Camus: Sziszüphosz mítosza)

## 1. Értelmezési keret

A *szuicidium* multi- és interdiszciplinárisan értelmezhető jelenség, legtágabban a filozófia nézőpontjából. Az arisztotelészi, klasszikus logikát követve, mivel a filozófia a „tudományoknak a tudománya”, és - Camust idézve – „a filozófia egyetlen kérdése az öngyilkosság” (Camus, 1990); tehát a „tudomány (vagyis az élet, a lét) egyetlen kérdése az öngyilkosság”. A különböző természet-, bölcsészet-, vagy társadalomtudományok e komplex folyamat egy-egy részjelenségét vizsgálják. Az önpusztításról való diskurzus során, amelyben a biokémiától a mélylélektanig számos tudományterület érezheti - legalábbis részben - illetékesnek magát, nagy a veszélye a leegyszerűsített kérdésfeltevéseknek és válaszoknak. A medicina, vagy azon belül a pszichiátria sem sajátíthatja ki a szuicidium jelenségének megértését és kezelését. A krízisbe jutott, vagy szuicid kísérleten átesett emberekkel a mindennapi gyakorlatban azonban leggyakrabban az orvosok találkoznak, ezért a medicina és a pszichiátria kiemelt szereppel bír a szuicidium jelenségvilágának feltárásában és a probléma kezelésében.

A medicinális modellen belül, a szuicidium jelenségét tág szemléletben, a *bio-pszichoszociális* (BPS) (Engel, 1980), a *stressz-diatézis* (Mann, 1999) vagy a *stressz-vulnerabilitás* (Wasserman, 2009) modell alapján értelmezhetjük (**I. ábra**). Fontos az önpusztítás többféle értelmezési keretének megismerése, hiszen nincsen „királyi út” a szuicidium jelenségének megértésében, illetve a szuicid páciensek kezelésében.

A modern szuicidológiában széles körben elfogadott, hogy az öngyilkosság egy olyan komplex emberi jelenség, mely egy dinamikusan változó folyamat végpontjaként értelmezhető, így az különböző szocio-kulturális, lélektani és biológiai tényezők mikro- (individuális) és makro- (társadalmi) szintű interakciójának eredménye. Az önpusztító cselekedet egyfajta „végső közös útként” („*final common pathway*”) értelmezhető, melynek kialakulásában a fenti összetevők - esetről-esetre változó arányban - játszanak szerepet. Az engeli, a 80-as években paradigmaváltást jelentő és azóta sokat idézett, manapság azonban egyre többet kritizált (Ghaemi, 2009) bio-pszichoszociális modellen túl a modern szuicidológiai szemlélet az öröklött, biológiai determinánsok és a környezeti tényezők kölcsönös, komplex, dinamikus cirkuláris egymásra hatását, interakcióját, „összjátékát”

(„*gene-environment interplay*”) feltételezi (Marusic, 2005). Ennek alapján a szuicid viselkedés Mann (1999) által leírt *stressz-diatézis* modellje, vagy a Wasserman (2009) által átdolgozott *stressz-vulnerabilitás* modell tekinthető koherens, kurrens elméleti rendszereknek. A szuicidológiába a Mann (1999) által bevezetett stressz-diatézis modell tág értelmezési keretet nyújt az öngyilkos viselkedés komplex folyamatának megértéséhez. Eszerint az exogén, környezeti tényezők (negatív életesemények, veszteségélmények, krízisállapot) reaktiváló és hosszabb távú „neurobiológiai” hatásai mellett, a biológiai vulnerabilitás (genetikai tényezők, neuroendokrin és neuroanatómiai rendszer) talaján kibontakozó különböző személyiségvonások (például impulzivitás, hosztilitás, illetve affektív temperamentum) és mentális zavarok (főleg affektív kórképek és pszichotikus állapotok) járulnak hozzá ahhoz a bonyolult lelki folyamathoz, mely - gyakran a preszuicidális szindrómán keresztül - a szuicid aktushoz vezethet.

Mіндеzen fentebb vázolt, és a dolgozat során bemutatandó tényezők alapos megismerése és kutatása végső soron az intervenció, a terápia és a prevenció minél hatékonyabbá válását szolgálja, hiszen: *„Egy életet megmenteni olyan, mintha a világot mentenénk meg.”* (Wasserman, 2009)

## **2. Az etiológiai modellek rövid áttekintése a szuicidológiában**

### **2.1. Biológiai magyarázatok**

A *genetikai háttér* felderítésére irányuló korai adoptációs, iker- és családvizsgálatok (Schulsinger, 1979) arra utaltak, hogy a szuicid viselkedés a pszichiátriai zavaroktól függetlenül is genetikailag meghatározott lehet. Az ikervizsgálatok monozigóták esetében 11.3%-os, dizigóták esetében 1.8%-os konkordanciát mutattak a befejezett szuicidium vonatkozásában (Roy, 1991). A nagy áttekintő tanulmányok a szuicid viselkedés 30-50%-os genetikai meghatározottságát emelik ki, mely - legalább is részben - független a pszichiátriai betegségektől (Wasserman, 2009). A *neurobiológiai kutatások* előterében továbbra is a szerotonin rendszer szerepének vizsgálata áll (a triptofán hidroxiláz, a monoamin oxidáz, a szerotonin transzporter, a szerotonin receptor), emellett a tirozin hidroxiláz, a katekol-O-metiltranszferáz (COMT) szerepét vizsgálják kiterjedten. A neurotrop faktorok, ezen belül is a „brain-derived neurotrophic factor” (BDNF) szerepének vizsgálata azonban - részben a neuroplaszticitás kutatása kapcsán - a szuicidium vonatkozásában is egyre inkább előtérbe kerül (Dawood, 2007). Az alacsony koleszterinszint és a violens szuicid magatartás

összefüggése régóta ismert jelenség, mely a szerotonerg aktivitáson keresztül függhet össze. Ugyanakkor a jelenlegi kutatások a *cirkadián reguláció*, illetve a *neuroendokrin szabályozás* köztes szerepét is felvetették. A hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HPA) tengely a stressz válasz és az adaptáció szabályozása mellett szerepet játszik az érzelémszabályozásban (amygdala), továbbá az exekutív- (prefrontális kortex), illetve a kognitív- és memóriefunkciókban (hippocampus) is. A HPA tengely fokozott aktivitáskészsége, illetve diszregulációja figyelhető meg szuicid pácienseknél. Emellett a HPA tengely szabályozásában fontos szerepet betöltő egyes, újabban felismert gének, mint a „corticotropin-releasing hormone receptor” (CRHR1), illetve a t-box (TBX19) is összefüggésbe hozhatók a depresszióval, az alkoholizmussal, valamint a szuicid viselkedéssel (Wasserman, 2006). Fentiek mellett az *egyéb irányú kutatások* a 2. kromoszóma szerepét emelték ki, illetve vizsgálták a kolecisztokinin (CCK), a glutamát (GLU), a gamma-amino-butirát (GABA), az opioid és cannabinoid rendszer szerepét, továbbá az ösztrogén (OE) és angiotenzin konvertáló enzim (ACE) potenciális hatásait, valamint a szignál transzdukciós rendszer szerepét is (Wasserman, 2009). Kiemelendő, hogy a strukturális és funkcionális in-vivo *neuro-imaging vizsgálatok* és kutatások nem hozták meg azt az áttörést, amit a kutatók lelkesedése néhány évvel ezelőtt megjósolt. Bár a prefrontális kortex (PFC), ezen belül is a dorzo-laterális-prefrontális-kortex (DLPFC), valamint a limbikus struktúrák szerepe valószínűsíthető a strukturális, perfúziós, metabolikus eltérések, valamint a szerotonin receptor és transzporter vizsgálatok alapján a szuicid magatartás kifejlődésében, azonban alaposabb beteg- és kontrollcsoport kiválasztás, újabb neuroimaging technikák alkalmazása és adekvátabb statisztikai módszerek szükségesek, hogy a felhalmozódó adatok sokaságából értékelhetőbb, konzisztensebb következtetéseket lehessen levonni.

A jelenlegi genetikai, neurobiológiai, valamint a képalkotó kutatások alapján összességében tehát a *prefrontális kortex-hippokampusz-centrális amygdala-HPA tengely* és a *szerotonin* regulációs szerepe látszik központi jelentőségűnek. Mindezek alapján úgy tűnik, hogy a szuicid vulnerabilitás hátterében egyre inkább olyan genetikai hátterű agyi neurobiológiai eltérések körvonalazódnak, melyek folyamatos interakcióban vannak a különböző környezeti hatásokkal.

## 2.2. A pszichológiai, lélektani tényezők szerepe

A már említett cirkuláris modell alapján a biológiai faktorokkal összhangban a pszichológiai, lélektani tényezők is jelentős szerepet játszanak az öngyilkos viselkedés kialakulásában. A gyermekkorban elszenvedett traumák, a különböző életkorokban megélt negatív életesemények, krízisek indukáló, aktiváló és reaktiváló hatása mára egyértelművé vált (Vörös, 2009). Az öndestruktív magatartásformák hátterében a pszichodinamikus modellek hangsúlyos szerepet tulajdonítanak az identitásfejlődés és az önértékelés problémáinak. Ebben a vonatkozásban elsősorban *Henseler* elméletére, illetve a különböző pszichoanalitikus (többek között *Freud*, *Menninger*, *Fenichel*, *Klein*, *Kohut*, *Dorpat*, *Campbell* munkáira) és pszichológiai (*Baumeister*, *Shneidman*, *Linehan*, *Williams*) teóriákra utalunk (Buda 1997, Gabbard 2008, Wasserman 2009). Továbbra is megválaszolandó kérdés, hogy milyen összefüggések vázolhatók fel a genetikai háttértényezőkkel, vagyis, hogyan jut el a vulnérabilis egyén az önpusztításig. A személyiségfejlődés során, illetve a felnőtt korban a személyt érő különböző traumák, stresszek, negatív életesemények és lélektani krízisek számos módon járulhatnak hozzá az öngyilkos viselkedés kifejlődéséhez. Korábbi vizsgálatainkban (Osváth, 2004) a szuicid kísérletet elkövetők egy csoportjában a negatív életesemények gyakorisága kifejezett pozitív korrelációt mutatott olyan pszichopatológiai tünetekkel, mint a depresszió, a reménytelenség vagy az indulatoság és negatív összefüggésben volt az önértékeléssel. Ezen vizsgálataink a vonatkozó szakirodalmi adatokhoz hasonlóan (Yang, 1996) arra utalnak, hogy a negatív történéseknek szerepe lehet a személyiség diszharmonikus fejlődésében, mely további pszichopatológiai eltérések kialakulásához vezethet és ezen keresztül, vagy ezzel párhuzamosan öndestruktív viselkedésformákat eredményezhet (Dube, 2001). Ez az összefüggés különösen jellemző volt az öndestruktivitás szempontjából kiemelten veszélyeztetettnek tekinthető szuicid kísérleteket ismétlő csoportra. Annak a lehetősége is felmerül, hogy a pszichopatológiai eltérések közvetve bizonyos kognitív diszfunkciók, inadekvát coping mechanizmusok, illetve elégtelen konfliktusmegoldási képességek kialakulását eredményezhetik. Hasonló mechanizmus szerepét emelte ki *Szádóczky* (1995) krónikus depressziós páciensek vizsgálata alapján. Mindezek a későbbi életkorban jelentős mértékben hozzájárulhatnak bizonyos negatív életesemények (például interperszonális konfliktusok, egzisztenciális nehézségek) gyakoribbá válásához is. Ezek a kedvezőtlen tényezők egy olyan önsorsrontó kört („*circulus vitiosus*”) eredményezhetnek, mely jelentősen növelheti az öngyilkossági cselekmény kockázatát.

Mindezek a pszichológiai tényezők biológiai környezetbe ágyazottan, egymást kölcsönösen befolyásolva (*gén-környezet interakció*) járulhatnak hozzá a szuicid folyamat

kialakulásához, mely interakcióban a jelenlegi kutatások a HPA tengely központi és közvetítő szerepét emelik ki.

### 2.3. A szociológiai és szociális modellek

A szuicid viselkedés bio-pszicho-szociális modelljének harmadik összetevője, az öngyilkosság szociológiai, szociális determinánsait és konzekvenciáit vizsgálja. Ez a modell elsősorban *Durkheim* és *Merton* munkássága során bontakozott ki az *anómia* fogalmának bevezetésével (Durkheim, 1967). Tágabb értelemben ide sorolható az a *kulturális, társadalmi közeg*, melyben a szuicid aktus artikulálódik, illetve a *művészetek*, a *zene*, az *irodalom* hatása, valamint a *média*, az *internet* szerepe a szuicidium jelenségvilágára, kulturális beágyazódottságára (Fekete, 1997). A *kultúra*, a *társadalom*, a *nyelv* (B. Erdős, 2006), a *hagyományok*, a *transzgenerációs közvetítés* (Koltai, 2003), a *modell-effektus* szerepe szintén jelentős. A *diszkurzív szuicidológia* részben a fent említett jelenségek és hatások megragadására tesz kísérletet, például a szövegelemzés módszerét felhasználva (Csürke, 2004, B. Erdős, 2006). Munkacsoportunk korábban több eredményt is közölt a fenti témakörökben, azonban ezek részletes bemutatása meghaladják jelen dolgozat terjedelmét. Így csak utalunk a média, a modellhatás szerepét bemutató vizsgálatokra, a *Werther-effektusra*, illetve a *Szárszó-jelenségre*, valamint a zene és az internet, főleg a fiatal korosztályra gyakorolt hatását elemző megfigyelésekre, továbbá a hazai *szuicidogén klímát és kultúrát* bemutató közleményekre (Fekete, 1995, 2001, 2002). Több releváns cikk született például a „*Szomorú vasárnap*” című dal nemzetközi szuicid epidémiát kiváltó hatásáról is (Stack, 2008). Kiemelendő a szuicid viselkedés és a társadalom vonatkozásában a stigmatizáció jelensége, mely a vallási csoportokon túlmenően a társadalom egészében és az orvostársadalomban is megfigyelhető.

### 3. Epidemiológiai mutatók

A szuicidium világszerte jelentős népegészségügyi problémát jelent. A *világon* egy év alatt körülbelül 1 millió ember veszti életét szuicidium következtében, a kísérletek száma pedig ennek majd tízszerese. *Európában* 58000 a befejezett és 1 millió a megkísérelt öngyilkosságok száma évente (Wasserman, 2009). *Hazánk*, - a 80-as évek közepe óta észlelhető fokozatosan csökkenő tendencia mellett is - az elsők között foglal helyet a szuicid statisztikákban, jelenleg az ötödik helyen áll. Míg azonban 1987-ben 46/100.000 fő/év volt a



gyakoriság, ez a szám 20 év alatt, 2006-ra pont a felére csökkent. 2008-ban pedig közel 2500 befejezett szuicidium történt, mely 24,7/100.000 fő (40,1/100.000 férfi; 10,7/100.000 nő) gyakoriságnak felel meg (KSH, 2008). A szuicid kísérletek száma körülbelül 24000 volt. Az elmúlt egy-két évben, az évek óta megfigyelhető csökkenő tendencia után újra kis mértékű növekedés észlelhető mind a befejezett, mind a megkísérelt öngyilkosságok számában.

#### 4. A hazai szuicid szcéna és kutatás

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 antidepresszívumok szerepének felmérésén és az epidemiológiai leírásokon át a társadalmi-gazdasági változások elemzéséig, attitúd- és médiavizsgálatokig, a magyar kultúra sajátos jelentéstulajdonító szerepének megértéséig terjed. Mindezek, illetve a sajátosan magas magyar szuicid ráták alapján felvetődik az átfogó értelmezés szükségessége. Ebből következő kérdés, hogy mi a teendő, és mi lehet az egészségügy, a pszichiátria, a mentálhigiéné feladata hazánkban 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 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, 2000; Zonda, 2001; Rihmer, 2009). A kedvező változások ellenére a nemzetközi szuicidológiai kutatásban emlegetett jellegzetes magyar görbe - a kiugró időskori szuicidium gyakoriság -, illetve az utóbbi egy-két évben megfigyelhető stagnálás, illetve kismértékű emelkedés a szuicid rátákban azonban továbbra is figyelmeztető jelek. Óvatosságra inthet az a megfontolás is, mely szerint az öngyilkossági ráta csökkenése a romló egészségügyi mutatók révén akár a csökkenő élettartammal is összefüggésbe hozható lehet (Buda, 1997). *Rihmer* és munkacsoportja is számos eredményt közölt a szuicid ráta csökkenésével kapcsolatban, melyek közül kiemelt figyelmet érdemel a házi- és szociális gondozás szuicidprevenciók hatékonyságának bemutatása, illetve az antidepresszívumok pozitív szerepének elemzése (Rihmer, 1995; Szántó, 2007).

Az öngyilkosság jelenségét más szempontból megközelítve a szuicidiummal kapcsolatos attitúd vizsgálatok 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 1994, 1998). Az öngyilkossági krízis kommunikációs sajátosságainak vizsgálata, valamint a diszkurzív szuicidológia szintén a kulturális, illetve nyelvi jellegzetességek jelentőségét húzza alá (Kézdi, 1995; Boncz, 2000). Kézdi (1986) szerint például, a lélektani válsághelyzet mindig egyben szuicid krízis is az olyan kultúrákban, ahol a kilátástalan élethelyzet megszüntetésére a szocializáció során a megoldóképlet - az öngyilkosság formájában - adva van. 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, 1993) azonban figyelmeztetőek akkor is, ha például az önkéntes segítő mozgalmak vagy a telefonszolgálatok térhódítása szembevető (Kelemen, 2000). Az öngyilkossági kísérletek vonatkozásában a korábbi epidemiológiai vizsgálatokon túl ma már kiterjedt populációs felmérések is igazolták a szuicid kísérletek jelentős gyakoriságát, illetve a mentális zavarokkal való kapcsolatát (Balázs, 2000; Szádóczky, 2000; Kopp, 2008).

A már említett szociálpszichiátriai és epidemiológiai megközelítéseken túl a szuicidium neurobiológiai korrelátumainak vizsgálatai (Faludi, 2000), valamint a szuicid viselkedés csökkenése és az antidepresszívumok elterjedésének összefüggéseivel kapcsolatos vizsgálatok (Rihmer, 2006), illetve a szuicidium és az affektív temperamentum (Gonda, 2009; Rihmer, 2009) és a bipoláris betegség viszonyát feltáró (Rihmer, 2002) kurrens vizsgálati eredmények kiemelése lényeges.

## **5. A dolgozat célja, szerkezete és áttekintése**

Ahogy az eddigi bevezetőből kitűnik jelen dolgozat a komplexitásra törekszik, de a korlátolt tudás és a korlátozott terjedelem miatt csak a medicinális modellt képes részletesebben megragadni, azt viszont tág kereteken belül teszi. A dolgozat nem egy konkrét vizsgálatot mutat be részletesen, hanem egy kutatási folyamatot ölel fel és abból egy aktuális keresztmetszeti képet tár fel. Az elmúlt tíz évben végzett kutatásaink kerülnek hosszszerszűre egy logikai vonal mentén bemutatásra, s a részeredmények integrálására is kísérletet teszünk. Célunk - az epidemiológiai és a klinikai vizsgálataink eredményei alapján - egy koherens elméleti rendszer felvázolása, mely a mindennapi gyakorlatba is konvertálható, valamint egy pragmatikus szuicid ellátórendszer szerkezetének kialakítása, illetve a későbbiekben annak a gyakorlatban történő megvalósítása és működésének koordinálása.

A dolgozatban nem törekedünk a szuicid viselkedéssel kapcsolatos tudásunk minden részletre kiterjedő bemutatására, hiszen ezeket az elméleteket, adatokat, etiológiai modelleket a bevezetőben részben összefoglaltuk, illetve ezeket a mai korszerű, szuicidiummal kapcsolatos nagy nemzetközi tanulmány- és összefoglaló kötetek tartalmazzák (Hawton, 2005; Wasserman, 2009). Azon témákat mutatjuk be részletesen, melyekhez kapcsolódóan saját kutatásokat végeztünk. Ez határozza meg a dolgozat szerkezetét, tematikai vázát is, mely az alábbiak szerint épül fel.

Szerkezetileg a dolgozat hat részből áll. Jelen *Bevezetést (I.)* követően a második fejezetben az öngyilkos viselkedéssel kapcsolatos saját *Kutatásaink (II.)* részletes bemutatása következik. A harmadik fejezet a legfontosabb eredmények rövid *Összefoglalását (III.)*, a negyedik a *Felhasznált irodalmak jegyzékét (IV.)*, az ötödik az *Ábrákat és táblázatokat (V.)*, a zárófejezet pedig a *Köszönetnyilvánítást (VI.)* tartalmazza.

A második, a dolgozat szempontjából hangsúlyos fejezet három tematikai alegység 5 alfejezetében mutatja be a szuicidium területén végzett kutatásainkat. Először az *epidemiológiai vizsgálataink* bemutatása következik (*1.-3. fejezetek*), mely során a szuicid viselkedés gyakoriságára, legfőbb *demográfiai jellemzőire (1. fejezet)* vonatkozó vizsgálataink mellett az öngyilkos magatartás vizsgálata során észlelt *nemi különbségeket (2. fejezet)*, valamint a *korfüggő szuicid magatartást (3. fejezet)* mutatjuk be. A szuicidium epidemiológiai jellemzőit az európai „*WHO/EURO study*” korábbi és aktuális eredményei alapján ismertetjük, a korfüggő jellegzetességeket a serdülőpopulációban végzett nemzetközi multicentrikus „*CASE study*” vizsgálaton és az időskorú szuicid kísérletezőkkel végzett kutatásainkon keresztül mutatjuk be. Ezen kutatási eredményeink a szuicid viselkedés prediktoraihoz, rizikótényezőihez és protektív faktoraihoz igyekszik közelebb jutni, melyek hozzájárulhatnak az adekvátabb és korszerűbb szuicid prevenciók kialakításához.

A következő nagyobb *klinikai alegységben (4. fejezet)* a különböző *testi, lelki betegségek* és a szuicid viselkedés kapcsolatát tárgyaljuk. Ezirányú vizsgálataink (a *MINI-Plus*, a *Prime-MD* és a *HZK* vizsgálatok) a szomatikus betegségek, a mentális zavarok és a személyiségtényezők gyakoriságát és szerepét elemzik az öngyilkos viselkedés során.

A harmadik nagy alegység (*5. fejezet)* a *terápia és a prevenció témakörét* kutató vizsgálatainkat mutatja be a *medicinális modell*, illetve a *kríziskoncepció* szemszögéből. Ezek, valamint a háziorvosi praxisban zajló vizsgálataink eredményei alapján, - a kutatási eredmények integrációjára törekedve - a mindennapi gyakorlatban is hasznosítható klinikai algoritmusokat készítettünk, melyek alkalmazásával a szuicid kísérletek intervenciójára és prevenciójára is lehetőség nyílik, akár az alapellátásban is.

## 6. A folyamatban lévő vizsgálatok és a jövőbeli kutatási tervek

A dolgozatban ismertető vizsgálatokon kívül jelenleg is számos kutatás van folyamatban, melyek során a szuicid viselkedés etiológiai tényezői közül elsősorban a genetikai és a neurobiológiai korrelátumokat vizsgáljuk. Ebben a vizsgálati fázisban az öngyilkossági kísérletezők több csoportját elemezve a *neuroendokrin* rendszer (stressz indukciós kortizol válasz saliva mintából) és a *genetikai tényezők* (szerotonin transzporter gén polimorfizmus, tirozin hidroxiláz enzim génjének polimorfizmusa, egyéb kandidáns gén polimorfizmusok) összefüggéseit vizsgáljuk a *személyiségfaktorokkal* (TCI), valamint direkt és közvetlen módon a szuicid aktussal. Emellett violens szuicid kísérletező, illetve súlyos, rekurrens major depressziós szuicid kísérleten átesett páciensek *agyi strukturális* (volumetriás mérések) és *funkcionális* eltéréseit (fMRI), valamint a *neurokognitív* funkciók (neurokognitív tesztbattéria) szerepét és változásait értékeljük. Ezen vizsgálataink eredményeit kutatási folyamatunk egy későbbi fázisában összegezzük majd.

## II. A KUTATÁSI TERÜLETEK BEMUTATÁSA

### 1. Epidemiológiai vizsgálatok

- a „*WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás*” és a „*MONSUE Projekt*” -

#### 1.1. A kutatás elméleti kerete és szervezeti háttere

#### 1.2. Az európai centrumok eredményei

#### 1.3. A pécsi vizsgálat bemutatása

1.3.1. A vizsgálat módszertana

1.3.2. A pécsi eredmények és összehasonlítás az európai adatokkal - a

*WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás*

1.3.3. A szuicid viselkedés változásai az elmúlt évtizedben a pécsi régióban - a

*MONSUE Projekt*

#### 1.4. Összefoglalás

## 1.1. A kutatás elméleti kerete és szervezeti háttere

Ez a fejezet, és a benne bemutatott több, mint 10 évvel ezelőtt megkezdett *WHO/EURO multicentrikus szuicidium kutatás* (Platt, 1992; Osváth, 2003) mintegy alapjául szolgált a későbbiekben elvégzett, és a további fejezetekben részletesen is bemutatandó vizsgálatoknak.

Az öngyilkos viselkedés - a befejezett, illetve megkísérelt önpusztítás - az utóbbi évtizedek során megkerülhetetlen népegészségügyi kérdéssé vált. Az öngyilkossági trendek 70'-es és részben a 80'-as években észlelt növekedése - mind a befejezett, mind a megkísérelt szuicidiumok vonatkozásában - számos európai országban indított el a kérdéssel foglalkozó, ugyanakkor nagyrészt eltérő metodikájú kutatásokat. Ezek között kiemelt helyen említendő a 13 európai ország 16 kutatócentruma részvételével a WHO kezdeményezésére 1989-ben indult kutatás (Bille-Brahe, 1997). A 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, illetve az érvényesülő időbeli trendek felismerését. Célja a szuicidalitás szempontjából magas rizikójú populáció jellemzőinek leírása, az ismétlődés előrejelzése, valamint a feltárt kép alapján interventív, preventív programok kialakítása, majd azok hatékonyság-vizsgálata.

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, jellemzőinek leírását, a rizikófaktorok felmérését célozza (*monitoring study*) (Platt, 1992). A vizsgálat ezen részének eddigi fázisaiban ezidáig közel 50 ezer szuicid kísérletet regisztráltak. A vizsgálat másik részében a szuicidiumot megkísérelteknél részletes, strukturált interjúval majd követéses vizsgálattal - az aktuálisan 9 résztvevő centrumban ezidáig mintegy 1700 interjút vettek fel - keresik azokat a jellemzőket, pszichopatológiai tényezőket és mentális betegségeket, melyek e magas rizikójú csoportnál a későbbi öngyilkos viselkedést, ismétlődést előre jelezhetik (*repetition-prediction study*) (Bille-Brahe, 1997; Osváth, 2003).

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; illetve tudatosan a szokásosnál, illetve az előírtnál nagyobb dózisu mérgező anyag bevétele történik. Mindezen cselekmények az aktuális vagy várt fizikai következményeken keresztül a személy környezetének, kapcsolatrendszerének változtatására irányulnak (Kerkhof, 1993). Tehát a definíció tartalmazza mind az intencionalitást, mind a tudatosságot, kizárva például a cselekmény jelentését, illetve

következményeit nem értő demens vagy zavart beteg tettét, vagy az LSD okozta hallucinációt követő ablakon kiugrást, de beleérti például a vonatsínre fekvő, a vonat érkezése előtt onnan eltávolított és megmentett személy kísérletét. A *szuicidium (completed suicide)* definíciójának mai, modern álláspontja szerint ennek két alapvető komponense van, az egyértelmű kimenetel (a halál), és ennek előfeltétele (a halál szándéka és a letális módszer kivitelezése). A paraszuicidium kifejezés helyett ma a *szuicid kísérlet (attempted suicide)* terminológiai alkalmazását ajánlják (Wasserman, 2009).

## 1.2. Az európai centrumok eredményei

A *WHO/EURO öngyilkosság kutatás eredményei* (Schmidtke, 1996) szerint a centrumok többségében a szuicid kísérletek számának folyamatos csökkenését észlelték a vizsgálat első éveitől kezdve, ez a férfiaknál átlagosan 17%-os, a nők között 14%-os volt. A csökkenés - bár a középkorúak közt volt a legmarkánsabb - de a legtöbb korcsoportban megfigyelhető volt, kivéve az idősek (65 év feletti) szuicid kísérleteinek gyakorisága nőtt. A kísérletezők nemi megoszlása nagy változékonyságot mutatott, mégis, a legtöbb centrumban a nők kíséreltek meg több öngyilkosságot, azonban például Helsinkiben a kísérletezők között a férfiak domináltak. A fiatal, illetve az adolescens korosztály szuicid kísérleteinek relatív gyakorisága volt a legmagasabb. A módszerválasztást tekintve a „szoft” (gyógyszer, illetve felületes metszés) módszerek alkalmazása a leggyakoribb a legtöbb korosztályban. A szuicid kísérletezők közel felének (férfiak 42%-a, nők 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, szegényebb, destabilizációt mutató szociális réteghez tartoznak, akiknél a szuicid kísérletet megelőző időszakban az életfeltételek szignifikáns mértékű változása volt tapasztalható (Schmidtke, 1996). Az ismétlők csoportján belül elkülöníthetőnek látszik egy többszörös szuicid kísérletet elkövető alcsoport, akik gyakrabban elváltak, munkanélküliek, szignifikánsan gyakoribb közöttük az addikció, illetve a személyiségzavar diagnózisa. A 90-es évek adatait a 80-as évek arányszámaihoz viszonyítva a szuicid kísérletek ismétlődésének aránya és különösen az egy éven belüli ismétlés gyakorisága diszkrét növekvő tendenciát mutatott (Hawton, 1998).

A WHO kezdeményezésére az eddigi központok mellett 1997-től új európai centrumok is csatlakoztak az európai szuicid viselkedést kutató programhoz, köztük a *PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának pécsi munkacsoportja*. A fejezet további részében a több, mint tíz

éve tartó kutatás legfontosabb eredményeit foglaljuk össze, különös tekintettel az öngyilkossági kísérletek alapvető epidemiológiai jellemzőire.

### **1.3. A pécsi vizsgálat bemutatása**

#### 1.3.1. A vizsgálat módszertana

A WHO/EURO multicentrikus európai kollaboratív kutatás résztvevőjeként vizsgálatunk - a kutatási protokollnak megfelelően - két fő részterületből épült fel (Osváth, 2002). 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-10 klasszifikációs rendszer szerint történt a klinikai vizsgálat, illetve az anamnézis alapján. A vizsgálat jelenlegi szakaszában (2007-2009) felvett kérdőív szintén ezeket a változókat tartalmazza (Futó, 2009).

A vizsgálat másik részében a szuicidiumot megkíséreltek reprezentatív mintájában részletes, strukturált interjúval (EPSIS I. - European Parasuicide Study Interview Schedule), majd követéses vizsgálat (EPSIS II.) kerestük azokat a jellemzőket, pszichopatológiai állapotot és mentális betegségeket, melyek e magas rizikójú csoportnál a későbbi öngyilkos viselkedést, ismétlődést előre jelezhetik (*repetition-prediction study*) (Osváth, 2003). Ennek eredményeiről korábban részletesen beszámoltunk (Osváth, 2003).

A vizsgálat területe (catchment area) főként a várost, de részben a városkörnyéki, vidéki régiót is lefedte, ez megközelítőleg 160 000 lakost jelentett. A jelenlegi fázisban, a *MONSUE vizsgálat* során (2007-2009) - a klinika ellátási területének bővülése következtében - már közel 300 000 lakos vonatkozásában gyűjtöttünk adatokat (Nagy, 2010). Pécs és környéke nagyrészt reprezentatívnak tekinthető a fő gazdasági mutatók és szociodemográfiai változók tekintetében a magyar populáció vonatkozásában. A szuicid kísérletekre vonatkozó információk a mentőszolgálaton keresztül és a felvételes kórházakba történt beutalásokon alapultak, az egészségüggyel kapcsolatba nem kerülő páciensekről így az információ természetesen hiányos. A mentőszolgálattól, illetve a különböző ambuláns és kórházi ellátó



rendszerektől származó információk szerint a monitor rendszerünk által elért szuicid kísérletezők az összes kísérletező körülbelül 70%-át teszik ki.

A szuicid kísérletezőkre vonatkozó vizsgálat első fázisában 1997. július 1. és 2004. december 31. között több, mint 1500 szuicid kísérlet adatait gyűjtöttük össze. Ezen eredményeket tekintjük át a következőkben röviden.

### 1.3.2. A pécsi eredmények és összehasonlítás az európai adatokkal - a *WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás*

A szuicid kísérletek előfordulási gyakorisága Magyarországon az eddigi adatok szerint - eltérően a befejezett öngyilkossági adatoktól - úgy tűnik nem tér el döntően az európai centrumok adataitól, vannak azonban figyelmet és interpretációt indokoló különbségek.

Az *epidemiológiai vizsgálat* monitoring mintájában (N=1500) a férfi/nő arány 37/63%, az átlagéletkor 36,4 év volt. A befejezett öngyilkosságok csökkenését (**2. ábra**) fokozatosan követte az öngyilkossági kísérletek számának csökkenése is. Míg a korábbi Baranya megyei vizsgálat (Kóczán, 1994) 100.000 lakosra számítva a férfi/nő arányt is figyelembe véve 1988-ban 260/410 gyakoriságot talált, addig 1998-ban ez az érték 196/321 volt (**3. ábra**). Az adatgyűjtés további időszaka alatt a kísérletek évenkénti megoszlása viszonylagos állandóságot mutatott, a fenti érték 2001-ben 252/315, míg 2004-ben 250/305 volt, és a nemi megoszlás is hasonlóan alakult (**3. ábra**). Hasonlóan a korábbi vizsgálatához a kísérletek inkább fiatalabb korban, a halálozás pedig az idősebb korosztályokban volt relatíve gyakoribb.

Az *európai centrumok* adataival összehasonlítva (Hawton, 1998) a pécsi adatok lényegesen nem különböznek. A férfi-nő arány és a korstruktúra is a többi centrum átlagához közelít, bár a szuicid kísérletek gyakoriságát illetően a kutatóhelyek közt Pécs az első harmadban helyezhető el, és jelentős az ismétlők aránya is. Ugyanakkor, mint tudjuk, a befejezett öngyilkosságokat tekintve hazánk az elsők között található. Mindez arra utal, hogy hazánkban a szuicid kísérletezők gyakrabban belehalnak a kísérletbe, melynek hátterében a letális módszerek relatív gyakorisága, illetve az erősebb halálvágy állhat.

A *korcsoportos gyakoriságot* tekintve a befejezett szuicidiumok relatív gyakorisága a korrallal növekszik (**4. ábra**), a kísérletezők között (elsősorban a nőknél) viszont a fiatal felnőtt korosztály relatív túlsúlya észlelhető (**5. ábra**). Mindezt magyarázhatja, hogy a módszerválasztásban a súlyosabb módszerek aránya a korrallal nőtt, a diagnózisok vonatkozásában pedig az affektív zavarok és az alkoholfüggőség korrallal való szignifikáns növekedése volt megfigyelhető.

Kiemelésre érdemes, hogy az európai centrumok vonatkozásában sokkal inkább jellemző azon klasszikus paradigma, hogy az öngyilkossági kísérlet, döntően a fiatalok között gyakori, Pécsen viszont sajátos módon a középkorú és idős populáció is jelentős arányban szerepelt (5. *ábra*). Az időskori kísérletek gyakorisága, valamint a kísérletekben szereplő kemény módszerek relatíve magas aránya magyar sajátosságot jelent, ez a magyar idősök a világon egyedülállóan magas szuicid rátájának fényében különösen fontos különbségnek tűnik.

Szintén figyelemre méltó eltérés, hogy az európai szuicid kísérletezők között lényegesen nagyobb arányban szerepelt *rizikófaktor*ként a magány és izoláció, míg a pécsi mintában jóval gyakoribb volt a családban, illetve partnerkapcsolatban élők aránya. Úgy tűnik, hogy a magyar populációban nem annyira a magány, mint inkább a konfliktuózus interperszonális viszonyok és a relatív izoláció játszanak jelentős szerepet (Buda, 1997). A pécsi mintában - különösen a férfiak között - a munkanélküliség sokkal nagyobb arányban szerepelt, mint más európai centrumokban. A munka elvesztésének élménye kultúránkban tehát különösen fontos rizikófaktor jelent, ugyanakkor mindez a hazai szociális ellátó rendszerek működési anomáliáira is felhívhatja a figyelmet.

A páciensek *klinikai kórisméi* között a hangulatzavarok, az alkalmazkodási zavarok, a személyiségzavarok és az alkoholfüggőség jelentek meg leggyakrabban (Osváth, 2001). A mentális zavarok és a szuicid viselkedés részletes összefüggéseivel a 4. fejezetben bemutatott vizsgálatainkban foglalkozunk.

Az öngyilkossági kísérletet elkövetők *módszerválasztásában* egyértelműen a "szoft" módszerek - különösen a gyógyszermérgezés - szerepeltek elsősorban. A felhasznált gyógyszerek között a pszichofarmakon bevétele szerepelt legtöbbször, ezen belül pedig a benzodiazepinek, a meprobamát, az antidepresszívumok (leggyakrabban SSRI szerek) és a karbamazepin.

A kísérletezők *nemi különbségeit* vizsgálva kiderült, hogy a diagnosztikai megoszlást tekintve a férfiaknál gyakoribb volt az alkoholfüggőség és a pszichotikus zavar, míg a nőknél a depressziós és szorongásos zavarok fordultak elő gyakrabban. A nőket a gyógyszermérgezés magasabb aránya jellemezte, a férfiaknál azonban gyakrabban szerepeltek a kemény módszerek és a társuló alkoholintoxikáció is. A bevett pszichofarmakonok vonatkozásában férfiaknál gyakoribb volt a meprobamát használata, míg nőknél a benzodiazepinek, a barbiturátok, a modern altatók és az antidepresszívumok fordultak elő nagyobb arányban. A gyógyszerválasztásban meglepőnek tűnik a pszichiátriai gyakorlatból ma már egyre inkább kiszoruló meprobamát magas arányban való jelenléte. Ez egyrészt azzal a sajnálatos jelenséggel függhet össze, hogy a háziorvosi gyakorlatban még az ezredfordulón is igen

elterjedten alkalmazták általános nyugtatóként. A férfiaknál való kiemelkedő gyakoriság pedig az alkoholfüggőség jelentős előfordulására utal.

Az öngyilkosságot megkísérlők több, mint fele *ismétlő kísérletező* volt, tehát már korábban is volt szuicid kísérlete az élete során (férfiak: 53,3%, nők 52,1%), negyedüknél a korábbi tentamen 1 éven belül történt (férfiak: 25,8%, nők: 24,9%) (Osváth, 2002). A mintában szereplő kísérletek harmada olyan (prospektív) ismétlés volt, mely a vizsgált periódusban következett be, vagyis a kísérletezők 15%-a követett el újabb kísérletet a vizsgálati időszakban. A prospektív ismétlők több, mint 50%-a fél, további 15%-uk egy éven belül ismételte meg tettét. Az összes kísérletező közel kétharmada a tettet követően osztályos, míg majd egyharmaduk ambuláns pszichiátriai kezelésben részesült.

Érdekes különbségeket mutatott az ismétlők esetében a mentális zavarok előfordulásának gyakorisága. Lényegesen nagyobb volt a személyiségzavarok aránya, az ismétlő férfiak között gyakoribbak voltak a depressziós és pszichotikus zavarok, míg nőknél az alkoholfüggőség. A pszichiátriai kórismék gyakorisága vonatkozásában észlelt eltérések arra utalnak, hogy súlyosabb pszichopatológiai eltérések állhatnak a megismételt kísérletek hátterében a szociális és interperszonális problémák mellett. Olyannyira, hogy a mentális zavarok bizonyultak az ismétlés legjelentősebb prediktorának. A személyiségzavarok ismétlők közötti magasabb előfordulását és a komorbid mentális zavarok jelentős arányát más vizsgálatok is megerősítették (Hawton, 1998).

A férfi ismétlőknél is a gyógyszerintoxikáció volt gyakoribb, míg a nőknél az ismétlők populációját a „keményebb” módszerek és a társuló alkoholintoxikáció nagyobb aránya jellemezte. A felhasznált pszichofarmakon csoporton belül az ismétlőket az antidepresszívumok, a karbamazepin és a neuroleptikumok bevitelének nagyobb aránya jellemezte, szemben az első kísérletet elkövetőkkel, ahol a benzodiazepinek és a meprobamát (és nőknél a barbiturát) gyakrabban fordultak elő. Az ismétlők gyógyszerválasztása hátterében egyrészt a pszichiátriai diagnózisok nagyobb gyakorisága és súlyossága állhat. Másrészt arra is utalhat, mint ahogy ezt a strukturált interjú vizsgálatunk eredményei is igazolták (Vörös, 2002), hogy ezen populáció jelentős arányban áll kapcsolatban a pszichiátriai ellátó rendszerekkel. Hiszen az ismétlők által nagyobb arányban használt gyógyszerek rendelkezése pszichiátriai szakképesítéshez kötött, míg az első alkalommal öngyilkosságot elkövetők módszerválasztásában megjelenő szereknél ez nem áll fenn, vagyis a háziorvosi gyakorlatban is felírhatóak. Részletes interjú vizsgálatunk eredményeivel egyezően ez mindenképpen a pszichiátriai ellátás hatékonyságának problémáira utalhat, hiszen sok esetben

az alkalmazott pszichofarmakon a gyógyítás helyett az önpusztítás eszközévé válik (Vörös, 2006).

A korábbi magyar adatokkal (*Baranya megyei TBZ vizsgálat*) (Kóczán, 1994) és a *WHO/EURO kutatás európai eredményeivel való összehasonlítás* arra utal, hogy a pécsi mintában jelentősebb volt az ismételt szuicid kísérletet elkövetők aránya, ezen belül is a megelőző egy évben elkövetett kísérlet. Az ismétlők jellemzőit (instabilabb egzisztenciális és interperszonális helyzet, súlyosabb pszichopatológiai eltérések) tekintve viszont a pécsi minta nem különbözött jelentősen. Az európai összehasonlításból az is kiderült, 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. Mindezek felvetik annak a lehetőségét, hogy a magasabb ismétlődési ráta háttérben nem annyira az ismétlők jellegzetességei, mint inkább a mentálhigiénés ellátás anomáliái (gyakori hospitalizáció, elégtelen ambuláns kezelés) állhatnak.

### 1.3.3. A szuicid viselkedés változásai az elmúlt évtizedben a pécsi régióban - a *MONSUE Projekt*

A *WHO/EURO kutatás* újabb fejezeteként a 2007-2009 közötti időszakban a pécsi régió már megnövekedett felvevő területéről történt teljes körű adatgyűjtés az elkövetett szuicid kísérletekre vonatkozóan a *MONSUE projekt* keretében (Futó, 2009). Ahogy a korábbiakban is, az epidemiológiai, a szocio-demográfiai, illetve a módszerválasztásra, a korábbi kísérletekre, a szocio-ökonómiai státuszra, valamint a pszichiátriai diagnózisra vonatkozó változókat rögzítettük. Az SPSS 17.0 program segítségével végeztük a statisztikai elemzést, az eredményeket a tíz évvel ezelőtt kapott értékekkel, valamint a jelenlegi országos adatokkal hasonlítottuk össze.

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai szerint 2008-ban közel 2500 befejezett szuicidium történt (1911 férfi, 566 nő), a szuicid ráta populációs szinten 24,7/100.000 fő (40,1/100.000 férfi; 10,7/100.000 nő) (**2. ábra**). A férfi/nő arány 3,37. A regionálisan a KSH-tól kapott adatok ezzel gyakorlatilag megegyeznek (Baranya megye: 23/100.000; 37/100.000 férfi; 11/100.000 nő).

Az *öngyilkossági kísérletek száma* régióinkban 1988 és 2008 között a befejezett öngyilkosságokhoz képest kisebb mértékben csökkent (2., **3. ábra**). 1988-ban 410/100.000 nő és 260/100.000 férfi kísérelt meg öngyilkosságot. A nők kísérleteinek száma csökkenést, a férfiak kísérleteinek száma enyhe emelkedést mutatott a rendszerváltozás környékén. 1998-ban

ez némileg javult, ekkor 321/100.000 nő és 196/100.000 férfi követett el szuicid kísérletet. Az azóta eltelt évtizedben jelentős változás nem történt az öngyilkossági kísérletek számát illetően, azonban a nő/férfi arány némileg csökkent. Két év alatt a pécsi régióban 993 (414 férfi /41,7%/ és 579 nő /58,3%/) öngyilkossági kísérletet regisztráltunk, ez számadatait és arányait tekintve nem tér el jelentősen a korábbi rátától, ahogyan a nemek aránya, illetve a legnagyobb rizikójú korcsoportok jellemzői sem változtak markánsan. 2008-ban 301/100.000 nő és 237/100.000 férfi kísérelt meg szuicidiumot, az elkövetők korátalaga férfiaknál 38,43 év, nőknél 42,02 év volt. Magas rizikójú csoportoknak a befejezett szuicidium szempontjából a korábbiakkal megegyezően a közép- és időskorú férfiak, a szuicid kísérlet vonatkozásában a fiatal- és középkorú nők számítanak (**4., 5. ábra**).

Az ismételt szuicid kísérletek száma tovább nőtt a korábbi évekhez képest, az összes szuicid kísérlet már 60%-a ismételt szuicid kísérlet volt (**6. ábra**). A nők között gyakoribb a kísérletet ismétlők aránya (63,3 vs. 57,2%). Az átlagos kísérletszám 2,46 volt, az ismétlődésszám 2 és 10 között ingadozott.

A *pszichiátriai kórismék* közül a kísérletezőknél az affektív és az alkalmazkodási zavarok klinikai előfordulása a leggyakoribb. A két év alatt regisztrált 993 esetből 544-en kaptak valamilyen major pszichiátriai diagnózist (főként affektív zavarok), 447 esetben, pedig alkalmazkodási zavar volt megállapítható. Ez adódhat abból, hogy az akut, mindennapi klinikai ellátási körülmények között a páciens első megjelenésekor súlyosabb mentális zavar gyakran nem kerül megállapításra. A pszichiátriai diagnózisok arányát összehasonlítva a két nemben a legjelentősebb különbség, hogy nőknél gyakoribbak az affektív (nők: 26,2% vs. férfiak: 13,8%) és szorongásos (9,2 vs. 7,2%) zavarok. Ezzel szemben a férfiaknál az alkohollal (20,4 vs. 8,0%) és személyiségzavarral (13,4 vs. 8,4%) összefüggésbe hozható kísérletek a gyakoribbak. A komorbid alkalmazkodási zavarok, a pszichotikus zavarok, az organicitás és az addikciók aránya nagyrészt azonos a két nem esetében.

Országos szinten a leggyakrabban alkalmazott *módszer* mindkét nemben a befejezett öngyilkosságok esetén az önakasztás (férfi 69,2%; nő 41%), nőknél a mérgezések aránya magasabb (gyógyszer: 25,1 vs. 6%, egyéb mérgezés: 8,1 vs. 3,2%). A kísérletezők körében mindkét nemben a - gyakran alkoholosan befolyásolt állapotban történő - gyógyszeres önmérgezés a leggyakoribb, nőknél szignifikánsan gyakrabban, mint férfiak esetében (72,29 vs. 54,13%). A vágás - mely első módszerként a második leggyakrabban használt eljárás - a férfiak körében egyre sűrűbben alkalmazott módszer (férfiak 14%, nők 6,28%). Nőknél az akasztások és az egyéb violens szuicid kísérletek száma nőtt kis mértékben az elmúlt évtizedben. Mindkét nemben jelentős az alkohol, mint kísérő módszer szerepe az öngyilkossági

kísérletekben. Férfiaknál gyakoribbá vált, nőknél csökkent a vágás, összességében viszont a nők egyre violensebb, a férfiak egyre kevésbé violens módszereket választanak, mely egyfajta kiegyenlítődési tendenciára utal a módszerválasztás tekintetében a nemek között.

*Összességében* tehát az 1990-es évek végéhez képest a befejezett szuicidiumok száma tovább csökkent (1998-ban 33/100.000, 2008-ban 24.7/100.000 fő), míg ezt a tendenciát a szuicid kísérletek alakulása régióinkban csak részben követte. A letális, violens módszerekhez való limitált hozzáférés, valamint a mentális, főleg az affektív zavarok adekvátabb felismerése és kezelése legalább is részben magyarázhatják a befejezett szuicidiumok számának kedvező csökkenését (Nagy, 2010). A szuicid kísérletek száma azonban nagyrészt változatlan maradt és az alapvető trendek sem változtak meg jelentősen. A módszerválasztás relatív megoszlását tekintve a korábbi adatokkal megegyező eredményeket kaptunk, a befejezett szuicidiumok esetében az önakasztás, míg kísérletek között a gyógyszerbevitel volt a leggyakoribb. A nemek között azonban kiegyenlítődési tendencia mutatkozik a módszerválasztás tekintetében. A mentális zavarok továbbra is jelentős etiológiai szereppel bírnak, elsősorban az affektív (depresszív, bipoláris) zavarok, a lélektani krízisek, valamint a férfiak esetében az alkohollal összefüggő kórállapotok gyakoriak.

#### **1.4. Összefoglalás**

A *WHO/EURO kutatás pécsi centrumának eredményei* alapján a korábbi Baranya megyei vizsgálathoz képest az elmúlt két évtizedben az öngyilkossági kísérletek *gyakorisága* kisebb, míg a halálozás jelentősebb mértékben csökkent. A pécsi adatok nem különböztek lényegesen az egyéb európai centrumok eredményeitől, kivéve az instabil interperszonális és szociális-egzisztenciális viszonyok és a relatív izoláció markánsabb szerepében, valamint az idősek és az ismétlők magasabb arányában volt jelentősebb eltérés.

A *módszerválasztást* tekintve a kísérletezők között az önmérgezésben választott pszichofarmakonok megoszlása igen jellegzetes mintát mutatott, mely összefüggésbe hozható az egyes gyógyszerek elérhetőségével, illetve 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.

Mintánkban a korábbi vizsgálatokhoz képest alacsonyabb volt a súlyosabb *mentális zavarok* aránya, míg a lélektani krízisek, az alkalmazkodási zavarok gyakrabban fordultak elő. A pszichiátriai kórismék megoszlásában jellegzetes nemi különbségeket észleltünk. A

depressziós zavar a nőknél, míg az alkoholfüggőség férfiaknál fordult elő gyakrabban (a nemi különbségek vizsgálatával a 2. fejezetben, a mentális zavarok előfordulásának felmérésével a 4. fejezetben foglalkozunk részletesen).

A *szociális-gazdasági* tényezők szempontjából az öngyilkossági kísérletezőket jelentős arányban jellemezték instabil interperszonális és egzisztenciális tényezők (leginkább a munkanélküliség). Mintánkban a kísérletek háttérében 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 háttérében ezen megbetegedések aluldiagnosztizálása és kezelése, illetve az inadekvát pszichoszociális támogatás és a relatív izoláció is igen jelentős szerepet játszhatott.

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 súlyosabb pszichopatológiai tünetek, valamint a szociális, interperszonális és egzisztenciális destabilizációra utaló jelek. Az ismétlés legjelentősebb prediktorának vizsgálatunkban a mentális zavarok bizonyultak.

Ezen rizikófaktorok mindennapi gyakorlatban való felismerése kiemelt jelentőségű, hiszen az ismétlők számára nyújtott megfelelő segítség elengedhetetlen az öngyilkos viselkedés szekunder *prevenciója* szempontjából. Ebben a megközelítésben az adekvát pszicho- és farmakoterápia (különös tekintettel az inadekvát, pusztán tüneti kezelést célzó gyógyszerrendelés kerülésére) mellett, a gyakran előforduló szociális és egzisztenciális problémák megoldásában nyújtott támogatás is fontos szerephez jut. Eredményeink az ismétlődés háttérében az egészségügyi ellátó rendszerek elégtelen szerepére is utalnak, ennek alapján a prevencióban az egészségügyi szolgálatok és a mentálhigiénés, illetve pszichiátriai ellátó rendszerek fejlesztése és hatékonyságának javítása szükséges. Ezen kívül az egészségügyi ellátásban dolgozók (elsősorban a házi orvosok) a modern szuicidológiai szemléletnek megfelelő továbbképzése is kulcsszereppel bír, különös tekintettel az ismétlődő öngyilkos viselkedés háttértényezőire.

## **2. Nemi különbségek a szuicid viselkedésben** **- a „Gender vizsgálat” -**

### **2.1. Bevezetés**

### **2.2. Módszer**

### **2.3. Eredmények**

### **2.4. Megbeszélés**



## 2.1. Bevezetés

Az utóbbi évek szuicidológiai közleményei gyakran hangsúlyozzák az öngyilkos magatartás vizsgálata során észlelt *nemi különbségeket* (Moscicki, 1994; Canetto, 1998; Hawton, 2000; Qin 2000, 2003; Osváth, 2003). Ezen felmérések eredményei szerint jelentős nemi különbségek észlelhetők az epidemiológiai, szocio-kulturális és gazdasági rizikótényezők vonatkozásában, valamint a mentális betegségeket, a módszerválasztást, a segélykérő magatartást, illetve a protektív, preventív és terápiás tényezőket illetően (Crombie, 1990; Goldney, 2000; Mortensen, 2000; Hawton, 2000; Platt, 2000; Qin, 2000; Rihmer, 2002). A vonatkozó irodalmi adatok áttekintését követően a nemi különbségek feltérképezésére irányuló vizsgálatunk eredményeit mutatjuk be.

Az *epidemiológia* adatok szerint a *befejezett szuicidumok* száma világszerte lényegesen *magasabb a férfiak körében*, a férfi/nő arány átlagosan 2-4/1 (Canetto, 1998). A férfi nem, mint harmadlagos rizikótényező tehát a befejezett szuicidum egyik jelentős prediktora (Rihmer, 2002). Kivételnek számít Kína, ahol a vidéken élő fiatal nők szuicid halálózása rendkívül magas, így a férfi/nő arány csupán 0,8 (Cheng, 2000). Az alacsony képzettségű és szociális státuszú fiatal, vidéki kínai nők körében gyakoriak az impulzív aktusok és a peszticidekkel történő halálos önmérgezés, és sokszor nem társul mentális zavar a szuicid cselekményekhez (Zhang, 2008). Az urbánus kínai populáció szuicid mintázata inkább az európai országokéhoz hasonló (Cheng, 2000).

Az utóbbi évek statisztikai adatai alapján a világszerte csökken a befejezett szuicidumok száma. Egyes országokban, illetve bizonyos korcsoportokban azonban ezzel ellentétes irányú változások is megfigyelhetők, például az Egyesült Királyságban különösen a fiatal férfiak körében nő a befejezett öngyilkosságok száma. Ugyanitt a nők körében a befejezett öngyilkosságok száma nagyrészt stabil, főleg a fiatal nők esetében, vagy inkább csökkenő tendenciát mutat, mely az idősebb korosztályra jellemző (Hawton, 2000).

Közismert, hogy szemben a befejezett szuicidumokkal az *öngyilkossági kísérletek* aránya a *nők között jóval magasabb*, az arány körülbelül 5-6/1. Ezt a jelenséget hívjuk a szuicidológiában „*nemi paradoxonnak*” (Canetto, 1998).

A szuicidum *prediktív és protektív tényezőinek* vizsgálata során Qin, egy Dániában készült longitudinális vizsgálat során azt találta, hogy a befejezett szuicidum legfontosabb rizikótényezője mindkét nemből a *mentális zavar miatti hospitalizáció* az anamnézisben, ezen belül is különösen az emissziót követő időszak veszélyeztető (Qin, 2003). Vizsgálati

eredményei közül továbbá kiemelendő, hogy a válás, vagy a megözvegyülés, illetve az egyedül élés a *férfiak* körében lényegesen jobban emeli a szuicid rizikót, mint a nők esetében (Louma, 2002; Qin, 2003). A férfiaknál tehát a *házasság* önmagában is védőfaktornak bizonyult a szuicidium szempontjából. Érdekes megfigyelés továbbá, hogy *nők* esetében a két éven aluli *gyermek nevelése* volt a leghatékonyabb protektív tényező, olyannyira, hogy kiderült, hogy náluk a házasság protektív szerepét valójában a szülőség hordozza, tehát nem a házastárs, hanem a gyermek a tulajdonképpeni preventív tényező (Qin, 2000, 2003). Más vizsgálatokban a *terhesség* protektív szerepét is kimutatták (Appleby, 1996). Különböző szerzők a *szociális szerepek különbözőségével* magyarázzák a fenti jelenségeket. Ez alapján a nők kulturálisan és szociálisan sokkal inkább beágyazódottabbak, védettebbek, a férfiak azonban, például a család elvesztését követően gyakrabban izolálódnak, elmagányosodnak, hiszen a társ- és szociális kapcsolataik beszűkültebbek (Payne, 2008).

Hawton (1998), egy angol áttekintő tanulmányban - a befejezett és megkísérelt szuicidumokat vizsgálva - a nemek közötti ellentétes irányú statisztikai mozgások (férfiak között nő, nők között csökken a befejezett szuicidumok száma, mindkét nemben főleg a fiatal korosztály mutatói változnak ilyen irányokban) háttérében a *szociális szerepek* változását, a *férfiak segítségkérési nehezítettségét*, valamint a *kezeléssel összefüggő gyengébb compliance-ét* emelte ki. Hawton és mások álláspontja szerint is a férfiak érzékenyebben reagálnak a változó szociális és gazdasági körülményekre, ezekhez kevésbé képesek alkalmazkodni, az instabilitás okozta válságra, önértékelési problémákra fogékonyabbak, hiszen nagyobb mértékben függenek a szociális-gazdasági tényezőktől (Hawton, 1998, 2000; Qin 2000). Ezen szociális, gazdasági szempontokat figyelembe véve a *férfiak* körében a *munkanélküliség*, a *nyugdíjazás*, az elhúzódó *betegségek* miatti munkaképtelenség, valamint az *egyedül élés* voltak kiemelt veszélyeztető faktorok a befejezett szuicidium szempontjából (Crombie, 1990; Hawton, 1998; Canetto, 1998; Platt, 2000; Qin, 2000; Varnik, 2008).

A *kulturálisan meghatározott nemi szerepek* szintén hozzájárulhatnak a szuicid viselkedés során észlelhető nemi különbségekhez. Társadalmilag elfogadott a férfiak domináns, vezető szerepe, vagy akár az impulzívabb viselkedés is, melyekkel nehezen összeegyeztethető a depressziós állapot vagy a lélektani krízishelyzet felvállalása, a segítségkérés, vagy annak elfogadása. A szegény, az önértékelés problémái, a szociális támogatottság és az intim kapcsolatok hiánya (az erőteljesebb autonómia törekvések miatt is) tovább rontja esélyeiket (Houle, 2008). Ezzel szemben a női szerepek magukban hordozzák a törékenységet, az emocionalitást, a problémák megosztási készségét, a segítségkérést, így a

nők legtöbbször hatékonyabban képesek megbirkózni a negatív életeseményekkel, és a szakmai segítségnyújtásból is többet profitálhatnak (Payne, 2008).

A *mentális zavarok* vonatkozásában ismert, hogy a befejezett szuicidiumok fő rizikófaktorainak tekinthetők mindkét nemből (Rihmer, 2002). Qin (2000) adatai szerint a nők esetében ez a rizikó még kifejezettebb. Pszichológiai autopsziás tanulmányok is megerősítik, hogy mindkét nemből az *affektív kórképek* (főleg a rekurrens major depresszió és a bipoláris affektív zavar) hordozzák a legkiemeltebb rizikót, gyakran - mintegy 40%-ban - *személyiségzavarhoz*, vagy egyéb pszichiátriai zavarhoz társulva (Hawton, 2000). *Férfiak* körében továbbá a *szkizofrénia* és az *addiktív* kórképek jelenléte gyakoribb, hazánkban leginkább az alkoholdependencia jelentős (Buda, 1997). *Nőknél az evészavarok*, kiemelten az anorexia nervosa hordoznak magasabb rizikót (Harris, 1997; Mortensen, 2000; Rihmer, 2002; Qin, 2003).

A mentális zavarok és a szuicidium összefüggésének nemi különbségei lehetnek egyrészt primerek, azonban szerepet játszhat a mentális betegség elfogadásának, a *segítségkérés és a kezeléssel való compliance* különbözősége is (Payne, 2008). A férfiak krízishelyzetben vagy depressziós panaszok miatt kevésbé tudnak segítséget kérni, vagy azt elfogadni, akár segítő szakembertől (háziórvostól vagy professzionális segítőtől), akár közvetlen környezetüktől (családtól vagy barátoktól) (Murphy, 1998; Osváth, 2003; Biddle, 2004). Ezen tényezők is szerepet játszhatnak abban, hogy a férfi depresszió sokkal ritkább, vagy legalább is sokkal ritkábban diagnosztizált és kezelt betegség (Rihmer, 2002). Mindezek legalább is részben magyarázhatják azt a paradoxont, hogy bár a depresszió - ami az egyik legfontosabb prediktora a szuicidiumnak - legalább kétszer olyan gyakori nőkben, mégis a férfiak halnak meg gyakrabban szuicidium következtében. A Gotland tanulmányban észlelt szuicid ráta csökkenés is nagyrészt nőkben volt észlelhető, mely szintén az előző mechanizmus szerepére világít rá (Rihmer, 2002). Továbbá, Hawton kimutatta, hogy a férfiak, ha terápiába kerülnek is, sokkal kevésbé profitálnak a kezelésemből, mely egyrészt a compliance problémákra mutat rá, másrészt jelezheti azt is, hogy a férfiak kevésbé képesek a beszélgető terápiák lehetőségeit kiaknázni (Hawton, 1998, 2000).

A *módszerválasztásra* jellemző, hogy a *férfiak* minden korosztálya mind a befejezett, mind a megkísérelt öngyilkosságokhoz általában *violensebb* módszereket használnak (akasztás, vágás, leugrás, lövés) (Varnik, 2008). A lehetséges magyarázatok között szerepel az erősebb meghalási szándék, a fokozottabb agresszív késztetések, a markánsabb impulzivitás, a violensebb módszerek pontosabb ismerete és kivitelezési képessége (Hawton, 2000). Emellett a befejezett szuicidium „maszkulin jelenségnek” számít, és a kísérlet túlélése,

kiváltképp a fiatal férfiak számára a stigmatizáltság erőteljesebb érzését hordozhatja, illetve a „kudarcc” nehezebben elfogadható (Canetto, 1998; Mittendorfer-Rutz, 2006). A nők leggyakrabban *gyógyszeres intoxikációt* alkalmaznak a szuicid kísérletek során, mely kísérletek egy részénél a kommunikatív aspektus szerepe is jelentős (Osváth, 2003).

Jelen vizsgálatunk célja a nemzetközi szakirodalmi adatok alapján a hazai szuicid kísérletezők között észlelhető nemi különbségek feltérképezése volt.

## 2.2. Módszer

A vizsgálat a nemzetközi *WHO/EURO Európai Multicentrikus Szuicidium Kutatás* keretében zajlott (Schmidtke, 1996; Fekete, 2001, 2005), melynek részleteit illetően utalunk a dolgozat 1. fejezetére. A vizsgálat során a kezdeti időszak eredményeit (1997-1999) a vizsgálati periódus során összevetettük a tíz évvel későbbi eredményeinkkel (2007-2009) is, hogy az elmúlt évtizedben tapasztalható esetleges változásokat felmérjük. A szuicid viselkedés nemi különbségeinek vizsgálatához a fenti adatbázisokat használtuk, a statisztikai elemzéseket - chi négyzet próba, valamint logisztikus regresszió alkalmazásával - az SPSS programcsomag segítségével végeztük.

## 2.3. Eredmények

Eredményeinket az *epidemiológiai adatok*, a *mentális zavarok* szerepének, a *módszerválasztás* valamint az *ismétlők* jellegzetességeinek, valamint a *szociokulturális*, *szocioökonómiai prediktív és protektív* tényezők áttekintése alapján mutatjuk be.

A szuicid kísérletezők főbb *demográfiai mutatóit* foglaltuk össze az 1. táblázatban (***I. táblázat***). A 4 év során orvosi ellátásban részesült 1158 kísérletező 63%-a (n=728) nő. A nők átlagéletkora (37.38 év) szignifikánsan (F=8.441, df=1; p=0.004) magasabb, mint a férfiaké (34.67 év). A szuicid kísérletek több mint fele ismételt öngyilkossági kísérlet, mindkét nemből körülbelül azonos arányban (a férfi kísérletek 53.3%-a, a női kísérletek 52.1%-a). Az ismételt kísérletek negyede az index kísérletet megelőző 1 éven belül történt. A prospektív repetíciós ráta a négy év során 30% körüli.

A *pszichiátriai klinikai diagnózisok* (***7. ábra***) közül legnagyobb számban, több, mint az esetek felében - mindkét nemből - az *alkalmazkodási zavarok* (nőkben 52,3%, férfiakban 48,2%) szerepeltek, mely diagnózis lényegében a *lélektani krízisállapotnak* felelhet meg. De mindez utalhat a mindennapi klinikai gyakorlatra is, ahol finánciális, illetve adminisztratív

okokból a szuicid kísérlet utáni rövid osztályos kezelések során nem kerül felismerésre, vagy kódolásra a háttérben álló affektív tünettan, illetve az egyéb mentális zavar. Éppen ezért figyelemre méltó - ahogy ezt egy másik vizsgálatunkban kimutattuk -, hogy ezen páciensek nagy részénél strukturált diagnosztikus interjú (MINI Plusz) használatával major depresszív epizód, illetve szorongásos zavar jelenléte volt verifikálható (Vörös, 2002, 2003).

Az affektív zavarok és az addiktológiai megbetegedésekben volt észlelhető szignifikáns eltérés a két nem között (**7. ábra**). *Nők esetében a depresszív* kórképek (nők: 18.78%, férfiak: 11.14%,  $p < 0.005$ ), *férfiaknál pedig az alkohol* abúzus vagy dependencia (férfiak: 17.5%, nők: 7.16%;  $p < 0.005$ ) száma kimagasló. Nagy a *személyiségzavarok* aránya mindkét nemben (nők: 12.9%, férfiak: 14.1%;  $p < 0.05$ ), *női* dominancia jellemzi viszont a *szorongásos zavarokat* (4% vs. 2%;  $p < 0.05$ ), de több *férfi* kísérletező szenved *pszichotikus zavarban* (3.1% vs. 1.8%;  $p < 0.05$ ), vagy nem alkoholos eredetű *addiktív betegségben* (3% vs. 1%;  $p < 0.005$ ). Az organikus eredetű kórképek gyakoriságában nem volt lényeges különbség a két nemből (férfiak: 3.95%, nők: 3.97%;  $p = 0.542$ ).

A *módszerválasztás* tekintetében mintánkban a *szedatohipnotikumok* által elkövetett szuicid kísérletek voltak a leggyakoribbak, nőknél kifejezettebben (58% vs. 42%;  $p < 0.005$ ) (**8. ábra**). Az *alkoholos intoxikáció* szintén mindkét nemből - de főleg a férfiak között - gyakori volt (férfiak: 22%, nők: 12%;  $p < 0.005$ ), ez leginkább, mint kísérő módszer szerepelt gyógyszerbevitelhez vagy vágáshoz társultan. A női kísérletezők 1%-ában, a férfi kísérletezők majd 2%-ában a súlyos, extrém mértékű alkoholintoxikáció volt a szuicid kísérlet egyetlen módszere. *Nők a gyógyszeres intoxikációkban* „vezetnek” (74% vs. 54%;  $p < 0.005$ ), míg a *férfiak a violens* módszereket - mint a vágás (13% vs. 7%;  $p < 0.005$ ), az akasztás (4% vs. 1%;  $p < 0.005$ ) és a lövés, illetve magasból leugrás (utóbbi kettő együttesen 3% vs. 2%,  $p = 0.157$ ) - „uralják”, bár abszolút értékben náluk is a gyógyszerbevitel a leggyakoribb.

A 2. táblázatban a szuicid kísérletet elkövetett páciensek adatainak *logisztikus regressziós elemzése* során kapott eredmények összefoglalása látható (**2. táblázat**). E modell a klinikai gyakorlati tapasztalatokat alátámasztva szemléletesen elkülönítette egymástól a típusos férfi és női szuicid kísérletezőket (**3. táblázat**). A modell alkalmazásával az alábbiak szerint írható le egy „ideáltipikus *férfi* szuicid kísérletező”: munkanélküli, egyedül él, soha nem volt házas, alkoholproblémákkal küzd, inkább violens módszert alkalmaz, ha mégis gyógyszert vesz be, akkor az leginkább meprobamát, vagy karbamazepin. *Nők* esetében a válás, vagy özvegyülés, a rokkantnyugdíjazás, a depresszió megjelenése az élet során, az ismételt szuicid kísérlet, mely leggyakrabban gyógyszerintoxikáció és a benzodiazepin bevétele volt jellemző.

## 2.4. Megbeszélés

Az eredmények értelmezéséhez érdemes megvizsgálni a *kor és nemek szerinti szuicid halálozási görbe* alakulását Magyarországon a 2001-es évben a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján (**9. ábra**). A *férfi* dominancia minden korosztályban egyértelmű. Az idős korcsoport magas halálozási aránya mindkét nemben megfigyelhető, mely részben azzal is magyarázható, hogy ugyanaz a noxa idősebb szervezetekben gyakrabban okoz halált, mint a fiatalabbakéban. Férfiak esetében az időskori szuicid halálozás igen magas arányú, a görbe maximumát adja, emellett a középkorú férfiak magas halálozása jelentős. A *nők* görbéje praktikusán lineáris emelkedést mutat a kor előrehaladtával, tehát minél idősebb egy nő, annál valószínűbb, hogy belehal a szuicid kísérletbe.

A 10. ábra a pécsi *öngyilkossági kísérletek kor és nemek szerinti megoszlását* mutatja vizsgálati mintánk adatai alapján, szintén a 2001-es évben (**10. ábra**). A *nők* szinte minden korosztályban többször próbálnak öngyilkosságot elkövetni. A legmagasabb relatív szuicid kísérleti szám a fiatal korosztályt, valamint a középkorúakat jellemzi. Érdemes kiemelni, hogy a görbe nem lineárisan csökkenő lefutású, ahogy azt korábban többen feltételezték, hanem mindkét nemben három jól elkülöníthető helyi maximummal bír. Az első, a fiatal korosztály csúcsa, mely megfelelhet az *adoleszcens krízis* időszakának, a második a középkorúak csúcsa a 45 év körüli helyi maximummal az *életközépi krízis* („mid-life crisis”) éveire utalhat, végül az idős populációban jelentkezik még magas kísérleti szám, mely az életvégi időszakot, az *időskori krízis* időszakát jelentheti. Mindez megfelel az eriksoni pszichoszociális identitásfejlődés kritikus időszakainak (Erikson, 1965, 1968).

Ez utóbbi két ábrát összevetve felmerülhet a kérdés, mi történik a halálozás szempontjából a fiatal férfiakkal, valamint a fiatal és középkorú nőkkel, hiszen a halálozási görbék itt elsimultak, szemben a kísérleteket mutató görbe csúcsaival. Ez alapján az sejthető, hogy ezen kísérletek kommunikatív aspektusa jelentős, illetve, hogy e populáció „módszerismerete hiányos”, esetleg szervezetük ellenállóbb.

A mentális zavarok megoszlása esetében érdekes megfigyelés, hogy - az affektív és az addiktív zavarokon kívül - nagyrészt megegyező volt a két nemben, azonban e két oszlop (a depresszió és az alkohol diagnózisai) szinte reciprokai, tükörképei egymásnak (**7. ábra**). Ez megerősíti azt a teóriát, mely szerint a férfi alkoholproblémák jelentős része affektív zavarba ágyazottak, és valójában látens, maszkolt depresszió húzódik a háttérben. Vagy másik megközelítésből a nők az alkohol helyett inkább a depresszióhoz „nyúlnak”.

Érdeemes áttekinteni az önmérgezések jellegzetességeit is, hiszen jelentős különbségek észlelhetők a kor, a nemek és az ismétlők tekintetében. A gyógyszermérgezés során elsősorban a *benzodiazepinek* (inkább *nők*re jellemző), illetve a *meprobamát* és a *karbamazepin* (utóbbiakat főleg *férfiak* használták) voltak a leggyakrabban használt molekulák. Ez kapcsolatban állhat, főleg férfiak esetében az alkoholdependencia gyakoriságával, hiszen hazánkban ezen gyógyszereket kiterjedten alkalmazták az alkoholbetegek körében (Osváth, 2003).

Az *ismétlő szuicid kísérletezőkre* mindkét nemben jellemző az antidepresszívumok, a karbamazepin és az antipszichotikumok bevitelének nagyobb aránya, mely a pszichiátriai kórállapotok gyakoribb fennállását, az egészségügyi szervekkel való gyakoribb kapcsolatfelvételt jelentheti, ugyanakkor a kezelés sikertelenségére is utalhat. A *nyugtató-eltávolítók* gyakoribb bevétele az antidepresszívumokkal szemben - főleg az először kísérletezőknél és az idősebb populációban - a nem adekvát gyógyszerválasztásra hívja fel a figyelmet. Fentiek alapján felmerül, hogy sok kísérletező csak tüneti kezelésben részesül, a szorongásos és alvási problémák hátterében álló depressziós kórállapotok pedig nem kerülnek felismerésre, kezelésre. Tehát eredményeink alapján a szedato-hipnotikumok felírása fokozottabb figyelmet igényelne, különösen az idős, valamint a szuicid kísérletet már elkövetett betegek esetében. Prevenációs szempontból emellett a gyógyszerhasználat szigorúbb követése és ellenőrzése szükséges, valamint a veszélyes, idejüket múlt gyógyszerek alkalmazásának korlátozása látszik előremutatónak (Fekete, 2000; Osváth, 2000, 2003).

Ez utóbbi az elmúlt időszakban - legalább is részben - megvalósulni látszik, hiszen a 10 éves utánkövetéses vizsgálat során kiderült, hogy a karbamazepinnel és főleg a meprobamáttal elkövetett szuicid kísérletek száma jelentősen csökkent. További rendkívül érdekes változás az elmúlt tíz évben, hogy a férfiaknál nőtt, a nőknél csökkent a szkarifikációk aránya, továbbá a nők is gyakrabban használnak alkoholt kísérő módszerként, illetve, hogy a nők összességében egyre violensebb (kevesebb a szkarifikáció, viszont több az akasztás és az egyéb violens módszer, mint a leugrás vagy súlyos önmérgezés), míg a férfiak kevésbé violens módszereket alkalmaznak. Kevesebb volt a férfiak körében a kísérő alkoholfogyasztás is. Mindez egyfajta nemi kiegyenlítődés irányába mutat a szuicid viselkedést illetően, mely a társadalomban betöltött nemi és szociális szerepek változásának (feminista törekvések, az emancipáció folyamata, az uniformizálódás és „uniszexizálódás” jelenségei) leképeződéseként is értelmezhető.

Eredményeink a pszichiátriai kórállapotok, különösen a *férfi depresszió* adekvát felismerésének és kezelésének fontosságára hívják fel a figyelmet. Vizsgálataink, illetve a

korábbi közlemények a nemek közti segélykérő és a segítséghez viszonyuló általános attitűdbeli különbségekre mutatnak rá, ezért kiemelt jelentőséggel bír a férfiak adekvátabb segélykérő magatartásának és a kezeléssel kapcsolatos compliance-ének előmozdítása, hiszen a klinikai tapasztalok, Hawton (2000) megállapítása, valamint egyéb kontrollált vizsgálatok (Rihmer, 2002) szerint a *férfiak gyengébb compliance-e* tovább rontja azok túlélési esélyeit. Mindemellett fontos a *szociális, gazdasági, kulturális háttértényezők* alapos feltérképezése, kiváltképp a férfiak esetében (férfi szerep speciális nehézségei, szociális-gazdasági hatások, nemi szerep sztereotípiák hatása, stb.).

Vizsgálatunkban jelentős *nemi különbségeket* észleltünk a szuicid kísérletet elkövetők populációjában. A szakirodalmi adatok (Payne, 2008), valamint jelen vizsgálatunk alapján is úgy tűnik, hogy a nem inter-dependens változónak tekinthető a szuicid viselkedés vonatkozásában. Egyrészt primeren, közvetlenül, másrészt pedig más, közbülső változók hatásán keresztül, indirekten is befolyásolja a szuicid viselkedést.



### **3. A „korfüggő” szuicid magatartás vizsgálata**

#### **3.1. Öndestruktív viselkedés gyermek- és serdülőkorban**

#### **3.2. Az adolescens öngyilkos viselkedés vizsgálata - a „CASE vizsgálat”**

3.2.1. Bevezetés

3.2.2. Módszer

3.2.3. Eredmények

3.2.4. Megbeszélés

#### **3.3. Az életközép időszaka és az időskor krízise**

#### **3.4. Az időskori szuicid viselkedés vizsgálata – az „Elderly vizsgálat”**

3.4.1. Bevezetés

3.4.2. Módszer

3.4.3. Eredmények

3.4.4. Megbeszélés

### 3.1. Öndestruktív viselkedés gyermek- és serdülőkorban

Ebben a fejezetben azon kutatásainkat mutatjuk be, melyekben *a szuicid viselkedés korfüggő jellegzetességeit* vizsgáltuk. Ahogy azt az epidemiológiai részben már tárgyaltuk, a hosszú, longitudinális vizsgálatunk során a szuicid kísérletezők korszerinti eloszlása során három kimagasló értéket észleltünk a görbe lefutásában. Ezen csúcsok megfeleltek a serdülőkor, a középkor és az időskor időszakainak, melyek az eriksoni fejlődéselméletet (1965) alapul véve, az *adoleszcens*, az *életközépi*, és az *életvégi krízis* időszakára utalnak. Az életváltozásokkal való megküzdés általános emberi feladat, az életciklus-váltások elengedhetetlen feltétele, hogy a korspecifikus jelenségekkel, problémákkal szembenézzünk. A fázisok közötti átmenet sérülékeny időszak a különböző akcidentális stresszorokkal szemben. A továbbiakban a fent említett időszakokban, az érintett korcsoportokban végzett vizsgálatainkat mutatjuk be.

A gyermek- és serdülőkor pszichés problémái, a serdülők befejezett öngyilkosságai, öngyilkossági kísérletei - gyakoriságuknál és felhívó jellegüknél fogva - speciális megközelítést igényelnek. A fejlődő személyiségű gyermeknek, serdülőnek amellet, hogy fokozottan érzékeny és sérülékeny, fokozott a kompenzációs hajlama is, így a károsító környezeti hatásokhoz sokszor gyorsan és adaptívan alkalmazkodni képes. Így azok nem feltétlenül okoznak súlyos pszichés zavart, mégis befolyásolják a személyiség fejlődését.

Erikson személyiségfejlődési modelljében a serdülőkort kritikus életszakasznak, fejlődési krízisnek tartja, mely kiemelkedő jelentőségű az identitás kialakítása szempontjából. A fejlődési krízis fő kérdése az „identitás vagy szerepkonfúzió”. A serdülőkor folyamán az identitás alakulása a diffúz identitás felől az elért identitás irányába halad, tehát az identitásképzés egy folyamat, amely belenyúlik a felnőttkorba (Cole, 1997). A serdülőkorban gyakran egybeesik az *Erikson-féle fejlődési krízis* és a *Caplan által leírt akcidentális krízis*, így a *Jakobson által bevezetett krízismátrixról* beszélhetünk, mely különösen veszélyeztető állapot a szuicidium szempontjából (ld. részletesen az 5. fejezetben).

A *befejezett öngyilkosságok* száma gyermekkorban viszonylag alacsony, serdülőkorban emelkedik, 14 éves kor alatt 1/100.000, 14-19 éves kor között 8-10/100.000 körül van. A halálos végű öngyilkosságok gyakoribbak fiúknál. Serdülőkorban a halálokok között a második-harmadik helyen említhető az öngyilkosság következtében bekövetkezett halálozás.

Az *öngyilkossági kísérletek*, szándékos önsértések számát a serdülő korosztályban a befejezett öngyilkosságok 50-100-szorosára becsülik. Öngyilkossági kísérletet lányok

gyakrabban követnek el. Világszerte észlelhető tendencia a gyermekek és fiatalok körében az öngyilkosságok, öngyilkossági kísérletek számának növekedése, annak ellenére, hogy összességében a befejezett öngyilkosságok száma az összes korosztályt figyelembe véve csökkenő tendenciát mutat. Ez a jelenség - legalább is részben - Magyarországon is megfigyelhető. Újabban több kérdőíves vizsgálat próbálta felmérni az öngyilkossági kísérletek és az öngyilkossági gondolatok gyakoriságát egy-egy speciális serdülő populációban. Ezekben - a módszertől és a populáció jellegétől, életkorától függően - különböző értékeket találtak. Korábbi vizsgálatok az öngyilkossági kísérletekre vonatkozóan 3-4%-os, a szuicid ideációkra vonatkozóan 6-26%-os gyakoriságot említenek (Fekete, 2004). A későbbiekben részletesen is bemutatandó felmérésünkben a serdülők 7,8%-a számolt be korábbi szuicid kísérletről (Fekete, 2004).

Az adolescens szuicid kísérletekre nézve pontos hivatalos statisztikai adatok nincsenek és a lokális, regionális, intézményi adatokon alapuló leírások sokszor alábecsülik a szuicid kísérletek gyakoriságát (Hawton, 1996). Kevés anonim, közösségi, önkitöltő kérdőíveken alapuló vizsgálat található az irodalomban, mely pontosabban körvonalazná a problémát, emellett a kutatási minták nagysága is számos esetben kérdéses. Nem elhanyagolható szempont továbbá az „indirekt” önpusztításként is felfogható drog és alkoholabúzus, illetve intoxikáció előfordulásának kérdésköre, az „addiktológiai komorbiditás” kockázatnövelő hatása, egyben problémajelző szerepe. Ezt igazolta az egyik legújabb amerikai adolescens populációs vizsgálat (Hallfors, 2004) is, melynek eredményei szerint a kábítószeres használata mutatta a legerősebb összefüggést a különböző mentális problémák (mint például a depresszió, szuicid ideáció, illetve szuicid kísérletek) kialakulásának kockázatával. Más adatok (Rossow, 2007) arra utalnak, hogy főleg a skandináv országokban az alkoholfogyasztás mellett a súlyos intoxikációk gyakorisága, „explozív” volta jelentős összekapcsoló-mediáló tényező a direkt önpusztító viselkedéssel.

Jellegzetes serdülőkori öndestruktív viselkedésforma továbbá, a leggyakrabban a csukló, alkar karcólása, megvágása, a „*falcolás*”, vagy „*szkarifikáció*”. Háttérben több tényező is feltételezhető, és vitatott, hogy öngyilkossági kísérletnek, szándékos önártalomnak, vagy segélykérésnek tekinthető-e. Egy hazánkban, a közelmúltban történt kérdőíves vizsgálat bizonyította a depresszió, az önsértő gondolatok és az öngyilkos magatartás együttjárását (Csorba, 2005). Klinikai tapasztalatok alapján sok esetben egyértelmű, hogy krízishelyzetben történik az önkárosító viselkedés, amely aktuálisan lehet feszültségcsökkentő, impulzív cselekvés, a helyzet inadekvát megoldási módja kortárs minták hatására (Gyenge, 2000). Hangsúlyos az öngyilkos viselkedés kommunikatív aspektusa is, serdülő fiatalokra különösen

jellemző, hogy „az öngyilkos nem meghalni szeretne, hanem máshogyan élni”. Serdülőkorban is gyakran megelőzi a kísérletet valamilyen segélykérés, „*cry for help*”, amely speciális formában jelentkezik (Gyenge, 2000).

Serdülőkorban kiemelt szerepe van a *modellhatásoknak*, a tapasztalt mintáknak a krízisek megoldási kísérleteiben. Az öngyilkosság, mint problémamegoldó lehetőség „megtanulása” elsősorban a közvetlen környezetben élők, a családtagok viselkedésének megfigyelése, utánzása alapján történhet akár már gyermekkorban és ez a minta hat a serdülőknél a krízis regressziót kiváltó feszült pszichés állapotában. A modellhatások közül a régóta ismert „*Werther effektus*”, az eredetileg irodalmi művek által közvetített minták szerepét napjainkban a tömegkommunikációs eszközök, a média - televízió, internet - vették át. Ezek gyakran sugallhatják a krízisbe került fiatalnak az öngyilkos viselkedést, mint megoldási módot. A hasonló korú, hasonló élethelyzetben lévő médiaszemélyiségek, a fiatalok által kedvelt zenészek, sztárok mintanyújtó szerepe különösen jelentős lehet, s ez gyakran a módszerek választására is hatással van (Fekete, 1997, 2004)

Fázisspecifikus jellemző a kortársak, a kortárs csoport jelentős szerepe a mintanyújtás szempontjából is, erre utalnak az ebben a korban gyakran észlelt „*páros*” *öngyilkosságok*. Bizonyos serdülő csoportokban, iskolai osztályokban halmozottan jelentkeznek szuicid események, „*öngyilkossági járványok*”. Egyes ifjúsági szubkulturális csoportosulások ideológiájukban kiemelten foglalkoznak a halállal, öngyilkossággal. E csoportok tagjai és a velük kapcsolatba lépő más fiatalok esetében is fokozott a szuicidalitás kockázata.

### **3.2. Az adolezcens öngyilkos viselkedés vizsgálata – a „CASE vizsgálat”**

#### **3.2.1. Bevezetés**

Közismert, hogy több nyugati országban a befejezett öngyilkosságok számának csökkenése mellett az *adoleszcens populációban* növekedés tapasztalható az önpusztító viselkedést illetően, főként a fiúk közt. Sajátos módon vetődik fel a befejezett szuicidiumnál nagyságrenddel gyakoribb öngyilkossági kísérletek kérdésköre, ez ugyanis a későbbi önpusztítás egyik legjelentősebb rizikófaktora és elsősorban a fiatal, illetve serdülő populációban, főként a lányok közt igen gyakori.

Ebben az alfejezetben a serdülőkori öngyilkos viselkedés felmérésére irányuló vizsgálatunkat mutatjuk be. Ez a multicentrikus európai kutatás („*Child and Adolescent Self harm in Europe*”- CASE) a serdülőkori öndesztuktív viselkedés reális prevalenciájának és

háttértényezőinek felmérésére irányult (Hawton, 2002). A nemzetközi kutatás során anonim adatszolgáltatással és egységes módszertan használatával nagy mintán mértük fel a 15-16 éves korosztály önkárosító magatartásának jellegzetességeit. Az adolescens *szuicid viselkedés* (ideáció, kísérlet) pontos gyakoriságának felmérése mellett félig strukturált interjú segítségével vizsgáltuk az egyéb *öndestruktív viselkedésmódok* és *addiktív magatartás* (drog, alkohol, nikotin), a *pszichopatológiai tényezők* (szorongás, depresszió, impulzivitás, agresszió), illetve az *attitűdök, megküzdő mechanizmusok* és az *életesemények*, valamint az egyéb *rizikótényezők* szerepét. A *segélykérés* formáit, továbbá a segítségnyújtás különböző lehetőségeit, azok eredményességét szintén vizsgáltuk.

A korábbi adatok alapján előzetes hipotézisként vetődött fel, hogy az öngyilkosságot megkísérlő serdülők egy olyan sajátos csoportot képeznek, melyre kifejezettebb pszichopatológiai tünetek (különös tekintettel a depresszióra) jellemzőek. Feltételeztük, hogy körükben magasabb arányban jelentkeznek egyéb deviáns viselkedésformák (különösen az addikciók) is.

### 3.2.2. Módszer

A „CASE” kollaboratív európai közösségi mintájú kutatásban hét centrum vesz részt: *Oxford, Leiden, Gent, Oslo, Cork*, az ausztráliai *Brisbane* és *Pécs*. A felmérés egy - a multicentrikus vizsgálat résztvevői által kidolgozott - 96 tételt tartalmazó, részben strukturált kérdőív anonim felvételével történt. Ebben az egyes tételeknél az igen-nem választás mellett Likert-típusú skálákat is alkalmaztunk, valamint néhány kérdésnél a szabad szöveges leírás lehetősége is adott volt. A kérdőívet a multicentrikus kutatás centruma angol nyelven dolgozta ki, így hazai alkalmazására ennek magyarra fordítását és visszafordítását, majd egy „*pilot-study*” elvégzését követően kerülhetett sor. A kérdőívben az alapvető demográfiai adatok és a korábbi öngyilkossági kísérlet előfordulása és körülményei (módszer, próbált-e segítséget kérni, illetve kapott-e, sor került-e orvosi ellátásra) mellett számos kérdés szerepel a drog, illetve az alkoholfogyasztás és a dohányzás vonatkozásában is. A vizsgálatban a serdülők aktuális pszichés állapotának, önértékelésének (*Robson-féle Self Concept Scale*), valamint az esetleges pszichopatológiai tünetek (depresszió, szorongás /*Hospital Anxiety Depression Scale*/, impulzivitás /*Plutchik skála*/), illetve a problémákkal való megbirkózás stratégiáinak feltérképezése is szerepelt (Fekete, 2004; Madge, 2008). Az adatgyűjtés további módszertanának részleteit illetően korábbi közleményünkre utalunk (Fekete, 2004).

A szuicid kísérletezők szociodemográfiai és addiktológiai jellemzőinek feltérképezésében keresztábrás elemzést és  $\chi^2$ -próbát alkalmaztunk. A pszichopatológiai skálák átlagpontjainak összehasonlítása a Mann-Whitney non-parametrikus próba felhasználásával történt. A szuicid csoportra jellemző faktorok esélyhányadosainak (OR) kiszámítását logisztikus regressziós modell segítségével végeztük. A statisztikai elemzésben az SPSS for Windows 10. számítógépes programot alkalmaztuk.

### 3.2.3. Eredmények

A magyar mintában összesen 4408 serdülő szerepelt (2388 fiú és 2020 lány). A vizsgálatban 9 középiskola 140 osztálya vett részt, a szakmunkásképzőtől a gimnáziumig számos iskolatípus előfordult, így mintánk reprezentatívnak tekinthető a pécsi középiskolás populáció vonatkozásában.

Mintánkban *a serdülők 7,8%-a számolt be korábbi szuicid viselkedésről* (fiú/lány: 4,6/11,6%), a fiúk 1,6%-a, míg a lányok 3,6%-a több korábbi kísérletet is említett. Öngyilkossági gondolatokról közel egynegyedük számolt be, és 10%-uk a megelőző hónapban is gondolt erre. A felmérés során 426-an (266 fiú és 160 lány) nem válaszoltak a korábbi szuicid kísérletre vonatkozó kérdésre, így az összehasonlító elemzésben ezek a kérdőívek nem szerepeltek. Az öngyilkossági kísérletek módszerválasztását tekintve a gyógyszermérgezés volt a leggyakoribb (55%), ezt követte az alkalmatlanítás (25%), 14%-uk többféle módszert is alkalmazott egyszerre. A lányoknál valamivel gyakoribb volt az alkalmatlanítás (28 vs. 19%), míg a keményebb módszerek a fiúknál voltak jellemzőbbek (20 vs. 11%). Az intoxikációk (gyógyszer, alkohol, drog) valamivel gyakoribbak voltak a fiúk között, de nem volt szignifikáns a különbség (fiú/lány: 61%).

A szuicid kísérletezők csoportja (N=250) a legtöbb változó tekintetében jelentős eltérést mutatott az öngyilkosságot meg nem kísérők csoportjához (kontrollcsoport, N=3982) képest. A kérdőívben szereplő *pszichopatológiai skálák* elemzése során kiderült, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövetők szignifikánsan magasabb értékeket értek el a szorongás, a depresszió, az impulzivitás vonatkozásában, míg önértékelésük jóval alacsonyabb volt (**4. táblázat**). Lényegesen gyakoribb volt a szuicid kísérletet tett serdülők közt a nagyobb mennyiségű és rendszeres *alkoholfogyasztás* (**11., 12. ábra**) és a *dohányzás* (**13., 14. ábra**). A szuicid populációban jelentősen nagyobb arányban szerepelt a megelőző hónapban *drogabúzus*: a fiúk majdnem fele (45,6 vs. 12,2%;  $\chi^2=63,559$ ;  $df=1$ ;  $p<0,0001$ ), míg a lányoknak valamivel több, mint egynegyede (26,4 vs. 5,5%;  $\chi^2=101,669$ ;  $df=1$ ;  $p<0,0001$ )

használt az elmúlt hónapban illegális szereket. Így a drogabúzus az öngyilkosságot megkísérlő fiúknál közel négyszer, míg a lányoknál ötször gyakoribb volt, mint a többiekénél. A fiúk közel harmada, míg a lányok 13%-a többféle szert is használt. A kísérletezők és a kontrollcsoport között - mindkét nemnél - az ecstasy és a nyugtató fogyasztásban volt különösen nagy eltérés (**15., 16. ábra**). A szuicid kísérletet elkövető fiúk több, mint harmada fogyasztott az elmúlt hónapban cannabist, 30-30%-uknál szerepelt ecstasy, illetve nyugtatók fogyasztása is. A lányok között a droghasználat összességében kevésbé volt gyakori, közel 20%-uk cannabist, több, mint egytizedük nyugtatókat használt (**17. ábra**).

A fenti változók a szuicid kísérlettel való kapcsolatának erősségét vizsgáló *logisztikus regressziós elemzés* során kiderült, hogy a kísérletezők csoportjára kifejezetten jellemző volt, hogy nem a szülőkkel éltek (más családtag neveli /OR - fiú:5,6; lány:3,3/), a rendszeres és nagy mennyiségű alkoholfogyasztás (OR – fiú:2,1; lány:2,5), a dohányzás (OR - fiú:6,87; lány:5,1), a droghasználat (OR - fiú:2,91; lány:2,61), valamint a szexuális abúzus elszenvedése (OR - fiú:1,21; lány:3,65). A környezeti (és különösen a családi /OR – fiú:8,83; lány:6,5/) öndestruktív cselekmények előfordulásával való összefüggés igen erősnek bizonyult.

#### 3.2.4. Megbeszélés

A reprezentatív középiskolás mintában a *serdülők 7,8%-a* számolt be korábbi szuicid viselkedésről és néhányuk több korábbi kísérletet is említett. A magyar serdülőkben a korábbi szuicid viselkedés tehát számottevő gyakoriságot ért el és jelentős arányban szerepeltek azok, akiknél rendszeresen jelentkeznek szuicid gondolatok. Az összehasonlító elemzés adatai arra utalnak, hogy a *szuicid kísérletet elkövetők* egy olyan sajátos populációt jelentenek, melyet markáns *pszichopatológiai tünetek* (kifejezett szorongás, markánsabb depresszió, impulzivitás), önértékelési problémák és *ineffektív problémamegoldás* jellemezzék. A szuicid viselkedés gyakran társult *addiktív viselkedésformákkal* (alkoholfogyasztás, dohányzás, droghasználat, gyógyszerabúzus) is, ez különösen érvényes volt az *ismételt kísérletet* elkövetőkre. A kísérletezőknél észlelt magas szorongásszint és a jelentős depressziós tünetek felvetik annak lehetőségét, hogy a nyugtató, illetve stimuláló szerek gyakori fogyasztása sajátos öngyógyító mechanizmusként is értelmezhető (különös tekintettel arra, hogy ezek a serdülők igen csekély arányban vesznek igénybe szakmai segítséget, sokkal inkább bíznak a kortársaikban). A jelentős arányú nyugtatóhasználat ezen szerek elérhetőségének és

fogyasztásának anomáliái (Osváth, 2003) mellett kapcsolatba hozható a nyugtatófogyasztás inadekvát családi mintáival is.

Eredményeink számos vonatkozásban jelentős hasonlóságot mutattak a multicentrikus kutatás *angliai központjának adataival* (Hawton, 2002; Rodham, 2004), ugyanakkor a magyar adolescens szuicid kísérleti ráta a 15-16 éves reprezentatív mintában az európai centrumok szuicid arányszámai átlagánál valamivel kisebb volt. E csoportnál azonban a pszichopatológia relatíve súlyosabb, a coping mechanizmusok gyengébbek, az alkalmazott módszerek „keményebbek”, ennek következtében gyakoribb a kórházba kerülés. Érdekes módon az angliai serdülők módszerválasztásában - szemben a magyar mintával - jóval gyakoribb volt az alkalmatlan, mint a gyógyszermérgezés (64,6 vs. 30,7%), talán ebben is a gyógyszerekhez való könnyebb hazai hozzáférhetőség érhető tetten. Az angliai adatokhoz hasonlóan mintánkban is hangsúlyos szerephez jutott a drogabúzus. Adataink számos - a szakirodalomból jól ismert - rizikófaktor (szexuális és fizikális abúzus elszenvedése, veszteségélmények, interperszonális konfliktusok, az öndesztuktivitás családi mintái /Osváth, 2002; Csorba, 2003; Osváth, 2004; Fekete, 2004/) mellett az addiktív viselkedésformák szerepét (Hallfors, 2004) is igazolták a serdülőkorú öngyilkos viselkedés vonatkozásában, melyek különösen jelentősnek bizonyultak a szuicid viselkedés rizikójának növelésében.

Vizsgálatunk alapján úgy tűnik, hogy a serdülő populáció esetében kiemelt szerephez kell jutnia a pszichopatológiai eltérések és az addiktív viselkedésformák kiszűrésének és kezelésének. Eredményeink segítséget nyújthatnak olyan iskolai *suzuicid prevenciók programok* tervezésében, melyek a serdülőkorú öngyilkos viselkedés gyakoriságának csökkentése mellett, a fiatalok mentális egészségének megőrzésében, illetve helyreállításában és életminőségük javításában is eredményesen alkalmazhatók.

### **3.3. Az életközépi időszaka és az időskor krízise**

A serdülőkorú krízis és az életközépi válság közé esik időben az újonnan leírt „*quarterlife crisis*” (Robbins, 2001), mely a „*kapunyitási pánik*” konstrukcióra épül és a legutóbbi évtizedek gyors társadalmi változásaira reflektál.

Az *életközépi válság (midlife crisis)* azonban már régebb óta ismert „humán jelenség”, amely a fejlődésbe mélyen beágyazott életkor-specifikus szükségszerűség, összefügg a személy pszichikai érettségével, önmagához és a világhoz való viszonyának megélésével (Bagdy, 2005, Csürke 2009; Vörös, 2009). Az élet középső szakaszához kapcsolódó krízis során tulajdonképpen az élet nagy, súlyos és megoldhatatlan alapproblémáival való



találkozást éli át az ember, először tekint vissza és értékeli addigi életét. Az *Elliottól* származó (Bagdy, 2005) életközepi krízisfogalom szerint a halálfenyegetés belépésétől számítható a „*midlife crisis*”, melyben a személy ereje teljében az érett felnőtt létezés minden addigi eredményét élet- és önismeretbe ágyazottan szemlélheti és élheti át. Ekkor kirajzolódnak a távlatok és lehetőségek azok korlátaival és határaival egyaránt. Egyre közelebb kerül az élet végességének érzése, és az „én sem élek örökké” érzése akár gyöttrő halálfélelemig fokozódhat („*kapuzárasi pánik*”). A testi problémák és a külső átalakulás következtében a szexuális funkciókban, a férfi és női identitásban, valamint a nemi szerepekben is alapvető változások jelennek meg. Ráadásul a családi rendszerben is számos változás következik be, a gyermekek felnőnek, önálló családot alapítanak, megszületik az első unoka, a házastársak pedig magukra maradnak („*üres fészek*” jelenség, „*empty nest syndrome*”) és egyre jobban egymásra vannak utalva (Bagdy, 2000). A feleslegesség, a jövőtlenség, a reménytelenség, a céltalanság óhatatlanul jelentkező érzése nagyon gyakran pszichopatológiai tünetek (depresszió, szorongás, alkoholabúzus, öndestruktív gondolatok) kialakulását eredményezi, melyek szintén hozzájárulhatnak ezen időszak rendkívül magas szuicid veszélyeztetettségéhez. A személyiség az érett felnőttkor fejlődési szakaszát sikeresen megoldva, vagy azt éppen csak át- és túlélve jut el az időskorba, mely, mint az életpálya utolsó fejlődési szakasza újabb speciális nehézségekkel szembesít.

Az *időskor*, különösen hazánkban kiemelten veszélyeztetett a szuicid halálozás szempontjából. Alapvető időskori jellemző a személyiségfejlődés idődimenziójának gyökeres megváltozása, mely során megindul az „*időnyíl visszafordulása*”. Fiatalabb életszakaszokban a jövő nyitott és a lehetőségek végtelen tárházaként jelenik meg, és így paradox módon nehezítheti, vagy késleltetheti a jelen problémák megoldását, hiszen „*még van rá idő, mert előttem az élet*”. Időskorban a személyiség idődimenzióját már egyértelműen a régmúlt felé fordulás uralja. Az időskori identitáskrízis alapját sokszor éppen a visszatekintés okozta kétségbeesés adja, amikor az emlékezés nem örömet és teljességet, hanem éppen annak az érzésnek az előtérbe kerülését eredményezi, hogy az élet értelmetlen, elhibázott és hiábavaló volt és már nem maradt idő a változtatásra. Az időélmény egy másik összetevője is említést érdemel, hiszen miközben az öregedés következtében kialakuló életritmus-változások fizikailag egyre több időt hagynak, addig az élet végességének tudata éppen, hogy a „*napról-napra fogy az időm*” szorongató érzését hívja elő. Ennek a paradoxonnak a feloldása és a felgyorsult idő (Draaisma, 2004) értelmes tartalommal és örömteli élményekkel való megtöltése fontos szerepet játszik az én-integritás elérésében és a halálfélelem oldásában egyaránt. Az időskorra való felkészülésben fontos szerephez jut, hogy le tudjunk számolni a

„boldog öregkor” illúziójával. Az időskori érett identitást *Erikson* az „*én-integritás*” fogalmával jellemzi. Az időskori identitáskrizis inadekvát megoldása az *én-integritás* hiányához vezet, mely különböző pszichés tünetekben jelenhet meg (reménytelenség, kétségbeesés, halálfélelem, depresszió, szorongás, öngyilkosság), hiszen, aki életét rosszul irányította, kétségbe esik, ha úgy érzi, az ideje már túlságosan rövid ahhoz, hogy kísérletet tegyen az újrakezdésre, integritásának egy másik úton való megközelítésére. Az életunt, depressziós idős ember érzéseinek hátterében mindig ott lappang az elemi egzisztenciális kétségbeesés (Erikson, 1991). Az időskori identitáskrizis megoldását a fejlődést és a stabil identitás kialakulását elősegítő pszichoszociális támogatás, vagy a krízisterápia jelentheti.

Több kutatás is igazolta, hogy például az időskori öngyilkos viselkedés vonatkozásában nem annyira a teljes, hanem inkább a viszonylagos izoláció szerepe lehet fontosabb, vagyis, hogy az idősek interperszonális viszonyait a néhány szignifikáns kapcsolatra való beszűkülés és az azoktól való extrém függőség jellemzi (Buda, 1997; Fekete, 2004). Emellett, az időskor során észlelhető kezdődő kognitív funkcióromlás szerepe kiemelkedő a depressziós tünetek, valamint a szuicid viselkedés vonatkozásában, hiszen ilyenkor az idősek megélik a veszteségeiket, de azokat adaptívan megoldani, kezelni már nem képesek. Az előrehaladott demenciákban - a kognitív folyamatok súlyos leépülése kapcsán - ez már kevésbé jellemző folyamat.

### **3.4. Az időskori szuicid viselkedés vizsgálata - az „*Elderly vizsgálat*”**

#### **3.4.1. Bevezetés**

A szuicidológiában évtizedek óta ismert, hogy a befejezett öngyilkosságok gyakorisága az életkorral párhuzamosan növekedő tendenciát mutat. A fiatalabb korcsoportokhoz képest igen magas időskori szuicid halálozást az elmúlt évek statisztikai adatai a világ számos országában igazolták. Az időskori öngyilkosság tényleges előfordulása valószínűleg még magasabb lehet, hiszen időskorban különösen jelentős a gyakoriság alulbecslése a tett átminősítése révén (De Leo, 1996).

Számos felmérés ismert abban a vonatkozásban is, hogy a befejezett öngyilkosságot elkövető idős emberek többségénél *hangulatzavar* áll fenn, az 55-74 év közöttiek közel kétharmada, míg a 75 év felettiak közel háromnegyede szenved valamilyen affektív zavarban (Conwell, 1995, 1996). A hangulatzavaroknak az időskori szuicidumokkal való szoros

kapcsolata alapján felmerül, hogy a depresszió aluldiagnosztizálása és a nem, vagy inadekvát módon történő kezelése sok esetben állhat az öngyilkosság háttérében (Clark, 1993). Más vizsgálatok azonban ezt nem erősítették meg (Waern, 1996). Sok esetben talán éppen az idősekkel kapcsolatos orvosi beállítódás, illetve szkepticizmus nehezíti az idős depressziós páciensek kezelését (Uncapher, 2000). A *rizikófaktorok* között a *depresszió* mellett a mindennapi életet korlátozó *testi betegségek* (mint például a különböző daganatos, illetve az életminőséget rontó krónikus betegségek) is jelentős szereppel bírnak (Quan, 2002). A felismerést tovább nehezíti, hogy a súlyos testi betegség fennállása esetén az orvosok különösen gyakran mulasztják el az öngyilkossági gondolatok felderítését (Waern, 1999). A hangulatzavarokon kívül a különböző *organikus agyi zavarokban* szenvedők között szintén magasabb öngyilkossági gyakoriságot észleltek, különösen *Alzheimer-kórban* szenvedők esetében (Rubio, 2001) és *stroke*-t követően is (Stenager, 1998). Egy eset-kontrollos post-mortem vizsgálat során az öngyilkosság következtében meghalt idős emberek mintájában lényegesen gyakoribbnak találták az Alzheimer-kórra utaló neuropatológiai eltéréseket (Rubio, 2001).

Egy hazai vizsgálat eredményei szerint az öngyilkossági veszély kialakulása szempontjából nem annyira maga a súlyos szomatikus betegség, hanem inkább az ettől való félelem, valamint a funkcióromlás, illetve a fizikális fájdalom jelentkezéséhez kapcsolódó *anticipációs szorongás* szerepe látszik különösen jelentősnek (Szántó, 2003).

Az időskori öngyilkos viselkedés vizsgálata során a befejezett szuicidiumok mellett az öngyilkossági kísérletek, illetve a gyakran megjelenő *szuicid ideációk* értékelése is rendkívül fontos. Egy svéd vizsgálatban az idős emberek körében igen magasnak találták az öngyilkossági gondolatok arányát, ez mentális zavar, különösen depresszió fennállása esetén pedig többszöröse volt a mentálisan egészségesnek tekinthetők körében észlelt gyakoriságnál (Skoog, 1996).

Bár az időskori öngyilkossági kísérletek vonatkozásában kevés epidemiológiai felmérés áll rendelkezésre, az időskorra specifikus jellemzőnek tekinthető, hogy a befejezett öngyilkosságot és a kísérletet elkövetők csoportja nem különbözik jelentősen egymástól (erre utalhat a tett és kísérlet alig különböző gyakorisága is) (Merril, 1990). Az *izoláció, a depressziós hangulatzavar és a súlyos testi betegségek, valamint az altatók és fájdalomcsillapítók szedése* mindkét csoportban fontos *rizikófaktoroknak* bizonyultak (Hepple, 1997; Beautrais, 2002). Ide tartozik továbbá a szociális támogató rendszerek meggyengülése (Beautrais, 2002), illetve az életminőséget rontó és az élettér beszűküléséhez vezető *testi funkcióromlás*, melyek az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolattartást is megnehezítik (De Leo, 1998).

Az epidemiológiai kutatásokon túl napjainkban egyre népszerűbbek azok a felmérések, melyben a különböző jellemzők alapján a szuicidiumot elkövető vagy megkísérlő időseket illesztett kontrollcsoportokkal hasonlítják össze. Waern és munkacsoportjának (2002) vizsgálatában a *rekurrens major depresszió* mellett a *függőségek* és a *komorbid szorongásos zavarok* kapcsolatát találták legerősebbnek az időskori szuicidiummal, míg a demenciák és más organikus zavarok szerepét kevésbé ítélték jelentősnek. Eredményeik alapján hangsúlyozták, hogy az időskori öngyilkosságok hátterében a *mentális zavarok heterogén csoportja* állhat, ez pedig eltérő prevenciók stratégiák kidolgozását teszi szükségessé (Waern, 2002). Egy másik vizsgálatukban a *súlyos szomatikus betegségek* szuicid rizikót növelő hatását igazolták, ezek között kiemelt jelentőségűnek találták a látásromlást, a neurológiai és a malignus betegségeket (Waern, 2002).

A nemzetközi *statisztikai adatok* összehasonlításából kiderül, hogy az elmúlt évtized csökkenő szuicid halálozásának ellenére hazánk időskori öngyilkossági gyakorisága még mindig az egyik legmagasabb. Az említett csökkenés az idős populációban is megjelent, de a 65 évnél idősebb férfiak körében még így is közel kétszeres, nők esetében pedig közel háromszoros a 100.000 lakosra számított szuicid ráta a fiatalabbakhoz viszonyítva. A hazai adatok szerint a közelmúltban évente több mint 500 idős férfi és több mint 300 idős nő vetett véget életének. Mivel feltételezhető, hogy hazánkban is előfordul az öngyilkos cselekmény fel nem ismerése vagy véletlen, illetve „tudatos” átminősítése, valószínűleg ezen adatok még magasabbak is lehetnek.

Az öngyilkossági kísérleteket vizsgáló *Baranya megyei TBZ kutatás* során azt találták, hogy a kor előrehaladtával a szuicid kísérletek aránya csökkent, míg a befejezett cselekmények aránya nőtt. A szerzők kiemelik, hogy időskorban a szociális problémák, az izoláció és az idős szervezet fokozott biológiai vulnerabilitása mind hozzájárulhatnak a fatális kimenetel gyakoribbá válásához (Kóczán, 1993).

A fentiek alapján egyértelmű, hogy az időskori szuicid viselkedés fontos egészségügyi probléma, melynek kialakulásában számos rizikófaktor játszik szerepet. A korábbi vizsgálatokban számos ellentmondásos eredmény született az egyes rizikófaktoroknak az öndestruktív viselkedésformák kialakulásában játszott pontos szerepét illetően. Különösen keveset tudunk az időskorban gyakran megjelenő kognitív funkcióromlás és a szuicid viselkedés kapcsolatáról. Jelen *vizsgálatunk célja* a szociodemográfiai faktorok és a mentális zavarok mellett a kognitív funkcióromlás szerepének meghatározása és értékelése az időskori szuicid viselkedés kialakulásában. *Hipotézisünk* szerint az időskorban gyakran megjelenő mentális hanyatlás az öngyilkos viselkedés kialakulásában is szerepet játszhat, így

jelentőségének pontos körvonalazása hatékony prevenciós stratégiák kidolgozásához segíthet hozzá.

### 3.4.2. Módszer

Eset-kontrollos felmérésünket a klinikánkon hospitalizált 65 éves, illetve idősebb betegek körében végeztük. Az egyes rizikófaktorok szerepének meghatározása céljából a szuicidiumot megkísérlők, illetve az egyéb mentális zavar miatt kezelték csoportját hasonlítottuk össze.

Felmérésünket a *WHO monitoring vizsgálatának keretében* végeztük (Fekete, 2004), és 62 szuicidiumot megkísérlő 65 évnél idősebb pácienszt vontunk be a vizsgálatba (n=62). Az általános szociodemográfiai, illetve a szomatikus megbetegedésre és a mentális zavarokra (DSM-IV kritériumok alapján) vonatkozó adatok mellett a kognitív funkciókat jellemző paramétereket hasonlítottuk össze, az ugyanebben az időszakban más pszichiátriai problémák miatt hospitalizált idősök (n=152) adataival.

Az általános szociodemográfiai jellemzőkre, a szomatikus megbetegedésekre, illetve a korábbi pszichiátriai kezelésekre, valamint a bekerülést megelőző eseményekre, pszichés stresszorokra vonatkozó adatokat egy strukturált kérdőív segítségével gyűjtöttük össze. A felvétel indokául szolgáló mentális zavarok diagnosztizálását a DSM-IV (1994) kritériumok alapján végeztük. A kognitív funkciókat a magyar nyelvre lefordított és adaptált, 30 kérdéses *Mini Mental Teszt (MMSE - Mini Mental State Examination)* segítségével mértük fel (Janka, 1988).

A statisztikai elemzésben a keresztábrás elemzés, illetve a Fisher exact teszt és a Mann-Whitney non-parametrikus próba mellett egyváltozós és többváltozós logisztikus regressziós modellt alkalmaztunk a szuicid kísérletezők csoportját jellemző esélyhányadosok kiszámítása érdekében. Az adatok feldolgozása és statisztikai elemzése az Excel táblázatkezelő, illetve az SPSS Windows 10.0 számítógépes statisztikai program segítségével történt (SPSS Inc., 1990).

### 3.4.3. Eredmények

A *szuicid kísérletezők* (n=62), illetve a *kontrollcsoport* (n=152) között az alapvető demográfiai mutatókat illetően nem volt jelentős eltérés (**5. táblázat**). Nem találtunk szignifikáns különbséget a családi állapot, a krónikus betegségek vagy a korábbi pszichiátriai kezelések előfordulásának arányában sem (például a szuicid kísérletet elkövetők 53%-a, míg a

kontrollcsoport közel 60%-a részesült korábban pszichiátriai kezelésben). A krónikus *szomatikus betegségek* között a leggyakoribb volt a hipertónia (a szuicid csoportban 70%-ban, míg a kontroll pácienseknél 66%-ban fordult elő) és a kardiovaszkuláris betegségek (72,6 vs. 66,4%), míg a neurológiai zavarok (22,6 vs. 14,5%) és a mozgásszervi problémák (19,4 vs. 11,8%) kisebb arányban fordultak elő. Habár minden szomatikus betegség gyakrabban fordult elő a szuicid páciensek között, de ez a különbség statisztikailag nem volt szignifikáns. A szuicid csoportban többen éltek házastársukkal (35,5 vs. 21,1%) és kevesebben gyermekükkel (19,4 vs. 26,3%) vagy szociális otthonban (9,7 vs. 18,4%), míg az egyedül élők arányában nem volt különbség (24,2 vs. 23,7%).

A *diagnosztikai kategóriákat* illetően a szuicid csoportban az affektív (szuicid: 53,2%, kontroll: 15,8%) és az alkalmazkodási zavarok (szuicid: 35,5%, kontroll: 5,9%), míg a nem-szuicid csoportban a demenciák (elsősorban vaszkuláris) (kontroll: 67,1%, szuicid: 35,5%) és a delíriumok (kontroll: 59%, szuicid: 12,9%) voltak a leggyakoribb *klinikai diagnózisok* a hospitalizált idős páciensek körében (**6. táblázat**).

A *MMSE teszttel mért kognitív funkciók* szintjét tekintve a két csoport között jelentős különbség mutatkozott. Az MMSE pontátlaga a szuicid kísérletezőknél 22,15 pont, míg a kontroll csoportban 18,6 pont volt ( $p < 0,01$ ). A szuicid csoportban lényegesen kisebb volt azok aránya, akiknél kognitív hanyatlás volt megállapítható (**7. táblázat**). A szuicid csoport több mint harmadában nem volt kognitív károsodás, közel 60%-uknál enyhe kognitív hanyatlás, illetve demencia volt észlelhető. A nem-szuicid csoport kognitív teljesítménye szignifikánsan gyengébb volt: a csoport közel felében enyhe fokú, míg egyharmaduknál közepes vagy súlyos demencia szerepelt ( $\chi^2: 28,377$ ,  $df: 1$ ,  $p < 0,0001$ ) (**7. táblázat**).

A *szuicid csoportban* lényegesen gyakoribb volt a megelőző szuicid kísérlet előfordulása (43,5 vs. 10%;  $\chi^2: 31,668$ ,  $df: 1$ ,  $p < 0,0001$ ) és nagyobb arányban számoltak be a bekerülést megelőzően elszenvedett negatív életeseményről vagy pszichés stresszorról (81% vs. 44%;  $\chi^2: 23,760$ ,  $df: 1$ ,  $p < 0,0001$ ). A kísérletezők között lényegesen gyakoribb volt a szomatikus állapotromlás (55 vs. 28%), az interperszonális konfliktusok (32,3 vs. 13,8%) és a környezetben bekövetkező halálesetek (9,7 vs. 3,3%) előfordulása. Kiemelésre érdemes, hogy a szuicid kísérletezők jóval nagyobb arányban szedtek rendszeresen anxiolitikumokat (63 vs. 37%), és antidepresszívumokat (42 vs. 18%), míg a kontrollcsoport tagjai közül sokkal többen részesültek antipszichotikus medikációban (18 vs. 54%).

A *szuicid viselkedéssel összefüggő tényezők* szerepének pontosabb értékelése céljából elvégzett *logisztikus regressziós elemzés* szerint a szuicid kísérlet előfordulásának valószínűségét jelentősen növelte a korábbi szuicid kísérlet (OR:7), a depressziós

hangulatzavar (OR:6,1) és az alkalmazkodási zavar (OR:8,7). Ezzel szemben a kognitív hanyatlás növekedésével párhuzamosan csökkent az öngyilkossági kísérlet elkövetésének valószínűsége (enyhe demencia - OR:0,52; közepes - OR:0,18; súlyos - OR:0,14) (**7. táblázat**). A megelőző szuicid kísérlet, a kognitív hanyatlás és az alkalmazkodási zavar (pszichés stresszor), illetve a depresszió fennállása akkor is hasonló eséllyel befolyásolta a szuicid kísérlet elkövetésének valószínűségét, amikor ezeket a faktorokat egy többváltozós logisztikus regressziós modellben vizsgáltuk (**8. táblázat**).

#### 3.4.4. Megbeszélés

Felmérésünk alátámasztotta számos korábbi kutatás eredményét az időskori szuicid kísérletek *rizikófaktora*it illetően (például a *korábbi szuicid kísérlet*, illetve a *hangulatzavarok szerepe*). Kiemelendő azonban, hogy a kísérletezők között a közepes, illetve súlyos demenciák ritkán fordultak elő, az enyhébb súlyosságú kognitív hanyatlás és enyhe demencia viszont gyakran jellemezte őket.

Bár a *szomatikus betegségek* gyakoriságában a szuicid kísérletezők nem különböztek szignifikánsan a kontrollcsoporttól, mégis gyakoribb volt köztük a testi betegségek előfordulása és aktuális szomatikus állapotromlás is gyakrabban jelentkezett. Mindez kifejezett emocionális megterhelést okozott számukra, így ez közvetve szerepet játszhatott a szuicid kísérletben, ahogy erre korábbi adatok is utalnak (Szántó, 2003). Ugyan igen gyakori volt a kísérletezők között a hangulatzavarok aránya és jelentős arányban anxiolitikus és antidepresszív farmakoterápiában is részesültek, ez sok esetben mégsem volt eredményes a szuicid viselkedés megelőzése szempontjából. Mindazonáltal nagy arányban szerepelt valamilyen megelőző konfliktushelyzet az anamnézisben, mely az alkalmazkodási zavarok diagnózisának gyakori előfordulásával együtt a szuicid kísérlet hátterében, a hangulatzavar mellett az *aktuális pszichoszociális tényezők* (negatív életesemények, illetve pszichés stresszorok) jelentőségére utalhat. Eredményeink alapján is úgy tűnik, hogy a külföldi adatoktól némileg eltérően a magyar idős populációban az öngyilkos viselkedés kialakulásában nem annyira a magány, mint inkább az *interperszonális konfliktusok és a relatív izoláció* jutnak hangsúlyos szerephez.

Az idős szuicid kísérletezőket a depressziós hangulatzavarok magas aránya jellemezte, ezen belül az organikus affektív zavarok szerepe is kiemelkedőnek bizonyult. Eredményeink ugyanakkor arra is utalnak, hogy az időskori szuicid viselkedés hátterében a hangulatzavarok mellett számos egyéb rizikófaktor is kulcsszereppel bír. Adataink szerint időskorban az *affektív*

*zavar és az enyhe kognitív hanyatlás együttes fennállása* különösen magas rizikót jelent az öngyilkossági kísérlet szempontjából. Ezen eredményünk megerősíti azokat a korábbi adatokat, mely szerint az elsősorban érzelmi-hangulati tünetekkel és enyhébb kognitív romlással járó preklinikus mentális hanyatlás hozzájárulhat az öngyilkossági rizikó növekedéséhez, már jóval azelőtt, hogy például a demencia jellegzetes klinikai tünetei megjelenjenek (Rubio, 2001). Ezek a kezdődő tünetek azonban gyakran nem kerülnek felismerésre. Adataink tehát a fel nem ismert vagy figyelmen kívül hagyott, illetve nem kezelt hangulatzavaroknak és kognitív zavaroknak az időskori szuicid viselkedés kialakulásában játszott szerepének jelentőségére hívják fel a figyelmet.

Vizsgálatunk értékelésében nem lehet figyelmen kívül hagyni annak *korlátait* sem. Ezek között a szuicid kísérletezők mintájának viszonylag kis számát kell említeni, valamint azt hogy felmérésünkben csak a pszichiátriai ellátásban részesülők szerepeltek, így a szuicid kísérletezők csoportját nem tudtuk összehasonlítani az egészséges, normál kontrollnak számító idősökével. Mindazonáltal a vizsgálati időszakban klinikánkon kezelt összes 65 éves vagy idősebb páciensünket bevontuk a vizsgálatba, akik szerteágazó pszichés zavarok (szuicid kísérlet, hangulatzavar, pszichózis, demencia, delírium, stb.) miatt kerültek ellátásra. A fentiek mellett kiemelésre érdemes, hogy ezidáig az idős szuicid kísérletezők kognitív állapotára vonatkozóan alig végeztek megbízható felméréseket. Az eset-kontrollos elemzésben az öngyilkosságot megkísérlők más pszichiátriai problémák miatt kezelt idősökkel való összehasonlítása pedig lehetőséget nyújtott azon jellegzetességek pontos feltérképezésére, melyek különösen fontosak az időskori szuicid viselkedés szempontjából.

A fentiek alapján az öngyilkosságot megkísérlő idősök *terápiájában* a depresszió felismerésén és gyógyításán túl kiemelt figyelmet kell fordítani a kognitív funkciók felmérésére és az esetleges kognitív hanyatlás kezelésére, valamint az aktuális pszichés stresszorok feltérképezésére is, különös tekintettel az esetleges szomatikus állapot, illetve funkcióromlás okozta emocionális megterhelésre. Az időskori szuicid viselkedés megelőzésében is elengedhetetlennek látszik a komplex szemlélet alkalmazása, melyben az adekvát gyógyszeres kezelés mellett a pszichoszociális terápiák, valamint a kognitív funkciókat javító eljárások szerepe is kiemelkedő fontosságú.

A *harmadik fejezetben* a szuicid viselkedés korspecifikus jellemzőit vizsgáló kutatásainkat mutattuk be. Ezek az eredmények egybecsengenek az eriksoni személyiségfejlődés során leírt állomások jellegzetességeivel, miszerint a különböző „kitüntetett” életkorok sajátos jellemzőket, kihívásokat, eltérő kríziseket, más-más öndestrukzív tendenciákat és viselkedési mintákat hordoznak. Vizsgálataink alapján a szuicid kísérletet



elkövető serdülőkben a szorongás, impulzivitás mellett önértékelési zavarok és ineffektív problémamegoldás jellemzők. Náluk a szuicid viselkedés gyakran társul addiktív viselkedésformákkal (alkoholfogyasztás, dohányzás, droghasználat, gyógyszerabúzus) is, ez különösen érvényes az ismételt kísérletet elkövetőkre. A középkorú szuicid kísérletezőket gyakran az életközépi krízis időszak, az üres fészek szindróma jellemzi. Időskorban az affektív zavar és az enyhe kognitív hanyatlás együttes fennállása jelent különösen magas rizikót az öngyilkosság szempontjából. Ezen eltérő szempontok természetesen eltérő intervenciós és terápiás beavatkozásokat igényelnek a különböző korcsoportokban. Fiatalkorban a személyiség érését elősegítő terápiás beavatkozások, középkorban a „midlife crisis” sikeres megoldása, illetve csakúgy, mint időskorban, az affektív zavarok kezelése elsődleges. Időskorban továbbá, a kezdődő kognitív zavar időbeli felismerése, a progresszió lassítása és a krónikus betegségben szenvedő, izolálódott populáció követése, pszichoszociális támogatása és kezelése szükséges.

## **4. A „kórfüggő” szuicid magatartás vizsgálata**

### **4.1. Mentális zavarok felmérése öngyilkossági kísérletet elkövetőkben - a „*MINI-Plusz vizsgálat*”**

4.1.1. Bevezetés

4.1.2. Módszer

4.1.3. Eredmények

4.1.4. Megbeszélés

### **4.2. Az affektív zavarok, a bipolaritás és a személyiségtényezők szerepe az öngyilkos viselkedésben - a „*HZK vizsgálat*”**

4.2.1. Bevezetés

4.2.2. Módszer

4.3.3. Eredmények

4.4.4. Megbeszélés

### **4.3. Az öngyilkos viselkedés gyakorisága és jellegzetességei a családorvosi gyakorlatban – a „*Prime-MD vizsgálat*”**

4.3.1. Bevezetés

4.3.2. Módszer

4.3.3. Eredmények

4.3.4. Megbeszélés

Ismert tény, hogy a befejezett szuicidium két legfontosabb rizikófaktora a *korábbi szuicid kísérlet* és *mentális zavarok* jelenléte. Számos vizsgálat és a klinikai gyakorlat továbbá azt is mutatja, hogy befejezett, vagy megkísérelt szuicidium gyakrabban fordul elő addiktológiai betegeknél és krónikus szomatikus betegségekhez társultan is. A negyedik fejezetben azon kutatásainkat mutatjuk be, melyek a szuicid viselkedés és a különböző *testi, lelki és addiktológiai betegségek* kapcsolatának vizsgálatára irányultak.

A mentális zavarok közül elsősorban a depresszív zavarok, illetve a bipoláris affektív zavar játszanak jelentős szerepet a szuicid viselkedés kialakulásában (Rihmer, 2007), ezért ezekkel részletesen is foglalkozunk. A mentális zavarok és a szuicid viselkedés összefüggéseit először a *MINI-Plusz* diagnosztikus interjút, majd *Hangulatzavar kérdőívet (HZK)*, végül a *Prime-MD szűrőeszközt* alkalmazó vizsgálatainkon keresztül mutatjuk be. Az első vizsgálatban szuicid kísérletet elkövetett páciensek között mértük fel a pszichiátriai zavarok gyakoriságát klinikai körülmények között a *MINI-Plusz* interjúval, a másodikban a bipoláris zavar gyakoriságát és jelentőségét vizsgáltuk a *HZK* alkalmazásával, a harmadik vizsgálatban pedig a háziorvosnál megjelenő betegek szűrését végeztük el a szuicid viselkedésre és a leggyakoribb mentális zavarokra vonatkozóan a *Prime-MD* segítségével.

#### **4.1. Mentális zavarok felmérése öngyilkossági kísérletet elkövetőkben - a „*MINI-Plusz vizsgálat*”**

##### 4.1.1. Bevezetés

A szuicidológia egyik legtöbbet vizsgált és vitatott alapkérdését jelenti az *öngyilkos viselkedésformák és a mentális zavarok kapcsolata*. Az önpusztítás betegségkonceptiója az esquirolai pillanatnyi elmezavar terminus bevezetésétől kezdve mind a mai napig igen széles körben elterjedt. E problémakör részletes elemzését és a vonatkozó vitákat illetően utalunk Buda (1997), Kézdi (1986, 1995), illetve Rihmer (2009) munkáira.

A problematika összetettségét jelzi, hogy a szuicid kísérletet elkövetett páciensek *diagnosztikus megoszlására* nézve számos, részben eltérő vizsgálati eredmény található a szakirodalomban, melyek háttérben azonban elsősorban a vizsgálóeljárások módszertani különbségei állhatnak (Weissman, 1999). Mindazonáltal a szakirodalmi adatok összességében arra utalnak, hogy - hasonlóan a befejezett öngyilkosságot elkövetőkhöz (Barraclough, 1974) - a szuicidiumot megkísérlő páciensek legnagyobb részénél (megközelítőleg 80-90%-uknál) mentális zavar fennállása állapítható meg. Leggyakrabban a depressziós zavarok észlelhetők (33-

80%), de jelentős arányban szerepelnek szorongásos zavarok (10-20%), addikciók (22-36%) és az alkalmazkodási zavar (10-31%) is, továbbá a személyiségzavarok (26-58%) - különösen a borderline személyiségzavar - előfordulása jelentős szuicid kísérletezők között (Ennis, 1989; Öjehagen, 1991; Ferreira, 1998). Emellett gyakori a mentális zavarok komorbid megjelenése (Beautrais, 1996), illetve megfigyelhető, hogy ismételt szuicid kísérletet elkövetők között gyakoribb a személyiségzavar és az addikciók fennállása. A részletes szakirodalmi adatokat illetően utalunk korábbi összefoglalásunkra (Fekete, 2001).

A *WHO/EURO multicentrikus szuicidium kutatás* eredményeit (Kerkhof, 1993; Schmidtke, 1996) áttekintve a szuicid kísérletet elkövetőknél a *klinikai diagnózisokat* figyelembe véve a férfiak között leggyakoribb volt az affektív zavar (24%) és az alkalmazkodási zavar (21%), a különböző addikciók 18%-uknál, míg a személyiségzavar 16%-uknál szerepelt. Nőknél az alkalmazkodási zavar 21%-ban, míg a személyiségzavar 22%-ban, a hangulatzavar 34%-ban állt fenn. A szuicid kísérletet ismétlők között az egyszeri kísérletezőkhöz képest lényegesen gyakoribb volt férfiaknál a függőség (23 vs. 14%), a személyiségzavar (17 vs. 8%), valamint a pszichotikus zavar (14 vs. 4,5%) kórisméje, míg az alkalmazkodási zavar ritkábban szerepelt (17,7 vs. 43,7%). A személyiségzavar az ismétlő nők között is gyakoribb volt (23 vs. 18%), míg az alkalmazkodási zavar szintén ritkábban jelent meg (17 vs. 34%).

*Strukturált diagnosztikus interjú*t használó munkacsoportok a fenti, klinikai diagnózisokat alkalmazó vizsgálatok eredményeihez képest a mentális zavarok, különösen az affektív kórképek lényegesen magasabb arányát találták szuicid kísérletezők között (Suominen, 1996).

A hazai vizsgálatok közül az 1980-as években végzett öngyilkossági magatartást is vizsgáló *Baranya megyei TBZ (Társadalmi Beilleszkedési Zavarok)* vizsgálat emelendő ki (Ozsváth, 1993). Teljes körű, részletes adatfelvételre törekedve 348 páciens mélyinterjúját végezték el, melyek során a személyiségzavarok igen magas arányát észlelték (férfiak: 50%; nők: 40%), míg a „neurotikus kórképek” férfiaknál 10, nőknél 20%-ban fordultak elő, a pszichotikus zavarok aránya pedig mindössze 1-2%-ot tett ki. A kísérletezők 20%-a nem kapott pszichiátriai diagnózist az alkalmazott metodológia mellett (Ozsváth, 1993).

Egy *DIS (Diagnostic Interview Schedule) interjúval* végzett populációs vizsgálatban Szádóczky és munkatársai azt találták, hogy a disztímia, valamint a bipoláris zavar fennállása jelentősen növelte az öngyilkossági kísérletek gyakoriságát, emellett a mentális zavarok kronicitása és komorbiditása voltak fontos prediktorai a szuicid kísérletnek (Szádóczky, 2000).

Balázs és munkatársai (1998, 2001) a *MINI diagnosztikus interjú* alkalmazásával szuicid kísérletezők között 88%-ban észleltek egy vagy több mentális zavart. Leggyakoribbnak a major depresszió kórisméje bizonyult (69%), feltűnően magas volt a szorongásos zavarok aránya

(62%), valamint gyakori volt az addikciók (53%) előfordulása. A depressziósoknál 60%-ban a jelenlegi volt az első epizód, míg 35%-ban korábbi mániás vagy hipomániás epizód volt feltárható. A páciensek 70%-a két vagy több Axis I. diagnózist kapott. Az ismételt kísérletezők között a major depresszió, illetve a komorbid Axis I. zavarok fennállása szignifikánsan gyakoribb volt.

Kiemelendő, hogy mind a befejezett öngyilkosságot, mind a szuicid kísérletet elkövetők körében végzett vizsgálatok értékelését és a kapott eredmények értelmezését jelentősen nehezítik a - sok esetben igen markáns - módszertani különbségek. Ezen nehézségek miatt napjainkban mind gyakrabban olyan klinikai diagnosztikai interjúkat (SCID, MINI, DIS, CIDI) alkalmaznak, melyek segítségével a páciensek kórisméje a korábbiaknál lényegesen nagyobb pontossággal állapítható meg.

A korábbiakban említett dilemmák miatt jelen *vizsgálatunk céljával* tűztük ki, hogy a klinikai diagnózisok mellett egy hazánkban is adaptált klinikai interjú (MINI) segítségével mérjük fel a szuicid kísérletet elkövetők populációjában a mentális zavarok előfordulását. Emellett a klinikai (BNO-10) diagnózisok és az interjúval nyert kórismék összehasonlításával a vizsgálóeszközök érzékenységét is vizsgálni kívántuk, a korábbi felmérések nyomán mintegy tesztelve az interjú szuicid kísérletet elkövetők csoportjában való alkalmazhatóságát.

#### 4.1.2. Módszer

Egyrészt a *WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás* (Platt, 1992; Fekete, 2000) keretében mértük fel a mentális zavarok gyakoriságát szuicid kísérletezők csoportjában. Másrészt a kutatás pécsi centrumának adatait felhasználva a klinikai (*BNO-10*) és a strukturális diagnosztikus interjú (*MINI Plusz*) által felállított diagnózisokat hasonlítottuk össze, célul tűzve ki az esetleges eltérések lehetséges interpretációit az irodalmi adatok tükrében (Fekete, 2001).

A WHO/EURO multicentrikus szuicidológiai kutatás monitoring részében 1997. július 1.- 2001. június 30. között összesen 1158 szuicid kísérletet elkövető páciens adatait gyűjtöttük össze. Ez a minta feleleli ezen időszakban Pécs felvevőközterében az egészségügyi intézményekkel kapcsolatba került összes szuicid kísérletet elkövetőt. Ebben a mintában pszichiáter szakorvosok végezték a pszichiátriai kórisme megállapítását klinikai keretek között a BNO-10 diagnosztikus rendszer szerint. A teljes monitorizált mintából random módon kiválasztott 100 pácienssel a MINI Plusz interjú (n=100) felvétele is megtörtént.

A *MINI Plusz*, vagyis a Mini International Neuropsychiatric Interview (Plus) egy strukturált diagnosztikus kérdőív, mely a DSM-IV (1994) diagnosztikus rendszer kritériumain

alapul és melyben a kórképek algoritmikus döntéspontok mentén diagnosztikus szekciókat alkotnak és diagnózisokat adnak meg. A MINI Plusz - a MINI kibővített, részletesebb, módosított változata - 325 kérdéssel összesen 26 DSM-IV (valamint BNO-10) szerinti diagnózist vizsgál. Más diagnosztikai kérdőívekhez képest, mint például a SCID, a CIDI, vagy a DIS a MINI lényegesen rövidebb idő alatt felvehető. E diagnosztikus eszköz magyar nyelven is elérhető, hazai adaptálása, validitásvizsgálata megtörtént (Balázs, 1998). Kiemelendő, hogy a MINI kérdőív magas szenzitivitással (komorbiditás, szuicid rizikó esetén) és alacsony specificitással diagnosztizál. Vizsgálatunkban a MINI diagnosztikus interjú magyar nyelvű változatát az adaptálást végző munkacsoport (Balázs, 1998) hozzájárulásával alkalmaztuk.

#### 4.1.3. Eredmények

A vizsgált populáció legfontosabb *demográfiai jellemzőit* a 9. táblázatban ábrázoltuk (**9. táblázat**). A mintánkban szereplő összes öngyilkossági kísérletező (n=1158) 63%-a nő, átlagéletkoruk 36 év és több mint 50%-uk ismételt szuicid kísérletező. A MINI interjú minta reprezentatív volt a teljes, monitorizált szuicid kísérletet elkövetők csoportjára nézve átlagéletkor, nemi megoszlás, a szuicid kísérlet módszere, valamint iskolai végzettség tekintetében és hasonló megoszlást mutatott az öngyilkossági kísérletet ismétlők aránya is (**9., 10. táblázat**).

A teljes mintában (n=1158) a *klinikai pszichiátriai diagnózisok* vonatkozásában a kísérletezők valamivel több, mint felében az alkalmazkodási zavar kórisme volt megállapítható (férfiak: 48%, nők: 52%), ezen kívül az affektív zavar (15,1%), a társuló személyiségzavar (13,1%, férfi/nő arány: 13,8/12,6) és alkohol- vagy drogfüggőség (12%, férfi/nő arány: 18,7/7,5) volt a leggyakoribb (**11. táblázat**). Szorongásos, organikus, illetve pszichotikus zavar relatíve ritkábban fordult elő a szuicid kísérletezők között. Férfiak között gyakoribb volt az alkoholfüggőség (16,5 vs. 6,3%) és a pszichotikus zavar (3 vs. 1,8%), míg nőknél a depressziós (18,1 vs. 10,8%) és szorongásos zavarok (3,3 vs. 1,6%) fordultak elő nagyobb arányban.

A MINI interjú (n=100) szerint a páciensek 89%-ánál állt fenn jelenleg is mentális zavar, ez élettartam prevalenciát figyelembe véve 92%-ot ért el. Ugyanezen 100 páciens esetében a klinikai kép alapján „csak” 73%-uknál diagnosztizáltak mentális zavart a BNO-10 diagnosztikus rendszer szerint (az alkalmazkodási zavart, illetve a személyiségzavarokat nem számítva). A MINI interjú alapján a páciensek sok diagnózist (200 diagnózis/100 páciens) kaptak és a betegek fele több diagnózist is kapott, szemben a klinikai diagnózisokkal, melyek kisebb számban szerepeltek (101 diagnózis/100 páciens). A klinikai kórismékben legnagyobb arányban az

alkalmazkodási zavarok szerepeltek (31,5%), míg addikciók 23,3%-uknál, affektív zavar 21,2%-uknál, szorongásos zavar (elsősorban kevert szorongásos-depressziós zavar) 4,9%-uknál, személyiségzavar (elsősorban érzelmileg labilis típus) pedig 14,7%-uknál került megállapításra. A MINI diagnózisok között az affektív zavarok (38,2% - elsősorban major depresszió első epizódja, valamint 7%-ban bipoláris affektív zavar), a szorongásos zavarok (23,1% - főleg generalizált szorongás) és az addikciók (18,9% - leginkább alkohol) fordultak elő leggyakrabban.

Érdekes eredményeket hozott azon kísérletezők (n=27) kórisméinek elemzése, ahol a klinikai diagnózisban csak alkalmazkodási zavar és/vagy személyiségzavar szerepelt, egyéb Axis I. mentális zavar a BNO-10 kritériumai alapján klinikailag nem volt igazolható. Közöttük 8 esetben a MINI interjú során sem került sor Axis I. kórisme megállapításra. A többi 19 kísérletező azonban összesen 44 diagnózist kapott a MINI interjú során. Ezek között 32%-ban major depresszió, 25%-ban generalizált szorongás, 20%-ban addikció (főleg drogfüggőség), 14%-ban pedig antiszociális személyiségzavar volt igazolható (**18. ábra**).

#### 4.1.4. Megbeszélés

Vizsgálatunkban - a szakirodalmi adatokhoz hasonlóan - *a szuicid kísérletezők mintájában jelentős gyakorisággal szerepeltek a mentális zavarok*. A MINI (n=100) diagnosztikus interjúval az affektív és szorongásos zavarok relatíve magasabb aránya volt észlelhető a klinikai diagnózisokhoz (n=1158) képest, míg az alkalmazkodási zavarok és a személyiségzavarok jóval gyakrabban szerepeltek a klinikai diagnózisokban. A *MINI interjú* segítségével tehát magas szenzitivitással voltak diagnosztizálhatók a mentális zavarok és nagy arányban derítette fel a *komorbid mentális zavarokat* is, főleg az addikciók és személyiségzavarok vonatkozásában, mely a duáldiagnózisok jelentőségére hívja fel a figyelmet. A BNO-10 által *alkalmazkodási zavarnak*, illetve *személyiségzavarnak* diagnosztizált esetek nagy részében a MINI Axis I. zavar fennállását igazolta, elsősorban *affektív és szorongásos zavarok, valamint addikciók* jelenlétét.

Eredményeink alapján *több kérdés* is felvetődik. Felmerül, hogy az affektív és szorongásos zavarok nagy aránya a MINI magas szenzitivitásából és alacsony specificitásából ered. Továbbá, az újabban mindinkább előtérbe kerülő „küszöb alatti”, szubklinikai, úgynevezett „subthreshold” diagnózisok is szerepet játszhatnak e kórképek magas előfordulási arányában (Balázs, 2001). A magas szenzitivitás és alacsony specificitás okán azonban ezek a klinikailag „subthreshold” tünetek is diagnózisokként jelentek meg a MINI interjúban. Másik lehetséges magyarázat, hogy a magas szenzitivitás miatt a MINI - a kríziskoncepció alapján - a

preszucidális szindróma, az öngyilkossági krízis, az alkalmazkodási zavar tüneteit is affektív-szorongásos kórképként értékeli.

Ezt a feltételezést támogatja, hogy a korábbi vizsgálatainkban alkalmazott pszichológiai skálák (BDI – Beck Depresszió Kérdőív, BHS – Beck Reménytelenség Skála) átlagértékei elkülönítették a krónikus lelki problémákkal küzdők csoportját, a klinikai diagnózisokkal azonban a Beck Depresszió Kérdőív pontértékei csak részben mutattak összefüggést. A szakirodalmi adatokhoz (Beautrais, 1996) hasonlóan a depressziós skála specificitása vizsgálatunkban is alacsonyabbnak bizonyult. Tehát úgy tűnik, hogy ezen pszichológiai skálák nem annyira a hangulatzavar klinikai diagnózisával korrelálnak, hanem sokkal inkább egy általánosabb emocionális krízisállapot fennállására utalhatnak (Osváth, 2000).

Bár a MINI Plusz a MINI-hez képest szélesíti a felmérhető diagnózisok körét, a fenti interjúk, illetve a vizsgálat *hiányosságaként* értékelhető, hogy a személyiségzavarok pontos azonosítása a MINI interjúkban továbbra is elmarad. Így a borderline személyiségzavarnál az affektív tünetek, valamint az addikciók állhatnak előtérben az öndestruktív magatartás mellett. Mivel kontrollesoport nem szerepelt vizsgálatunkban nem volt mód eredményeinket összevetni nem szuicidium miatt kezelt pszichiátriai betegcsoport adataival.

Vizsgálatunk fenti korlátait is figyelembe véve megállapítható, hogy a szuicid kísérletet elkövető páciensek körében nagy arányban szerepeltek mentális zavarok (89%), így a korrekt diagnózis felállítása kiemelt jelentőséggel bír, különösen a hatékony kezelés és az adekvát szekunder prevenció szempontjából. Ugyanakkor nem szabad túlbecsülni ezen diagnosztikus besorolások szerepét, hiszen az aktuális kórismén túl nem hagyhatjuk figyelmen kívül a személyiség mélyebb patológiáját és az aktuális lélektani állapotát („psychological pain” – Shneidman (1985)) sem. Ennek felismerésére a megfelelő orvos-beteg kapcsolaton túl lehetőséget nyújtanak a már említett pszichológiai mérőskálák, például az impulzivitás, önértékelés, reménytelenség, harag, szorongás, depresszió, szuicid intenciók vonatkozásában, vagy a személyiséget egészében értékelő személyiségtesztek. Hiszen ma már egyre több adat utal arra, hogy bizonyos temperamentumtípusok (például az affektív temperamentum), biológiai predisponáló tényezők - akár definitív pszichiátria betegség jelenléte nélkül is - szerepet játszhatnak a szuicid magatartás kialakulásában.

Mindezek alapján a terápiás és prevenciók megközelítésben is elengedhetetlen a *komplex* bio-pszicho-szociális szemlélet alkalmazása, mely a stressz-diatézis elmélet értelmében a negatív életesemények mellett figyelembe veszi az egyén biológiai és pszichológia vulnerabilitását, aktuális pszichopatológiai állapotát, valamint esetleges pszichiátriai kórállapotok jelenlétét (Mann, 1999; van Heringen, 2001). Ezt a hipotézist támogatják egy korábbi, az öngyilkosságot



ismételten megkísérőkkel kapcsolatos vizsgálatunk eredményei is, melyek az aktuális pszichiátriai diagnózison túl, a háttérben álló pszichológiai és biológiai vulnerabilitás szerepét is hangsúlyozták (Osváth, 2003). Az önpusztítás jelenségvilágának megértésére irányuló vizsgálataink során tehát olyan komplex modell alkalmazását tartjuk fontosnak, melyben az emocionális krízis elméletének, a pszichiátria betegségek, mentális zavarok koncepciójának, valamint a temperamentumkutatások és szociokulturális vonatkozások („*social brain*”) (van Herringen, 2001) integratív szemlélete valósul meg.

## **4.2. Az affektív zavarok, a bipolaritás és a személyiségtényezők szerepe az öngyilkos viselkedésben - a „*HZK vizsgálat*”**

### 4.2.1. Bevezetés - A bipolaritás szerepe a szuicid viselkedés háttérében

Közismert, hogy a *hangulatzavarok* kiemelkedően magas öngyilkossági halálozással járnak és az öngyilkosságot elkövetők vagy megkísérők jelentős többsége valamilyen hangulatzavarban szenved. Így az elmúlt években mind inkább a szuicidológiai kutatások előterébe került a hangulatzavarok szerepének részletes vizsgálata az öngyilkos viselkedés kialakulásában. Napjainkban már nem csak a *depressziós zavarok* szerepe látszik kulcsfontosságúnak, hanem egyre több adat utal arra, hogy a *bipoláris zavarok* bizonyos típusaiban is kiemelkedően gyakori lehet az önpusztító viselkedés előfordulása és a *bipoláris zavar I. és II. típusában* szenvedő kísérletezők is jelentős populációt alkotnak (Angst, 2005; Rihmer, 2002; Valtonen, 2005.)

A bipoláris I. zavar élettartam *prevalenciája* megközelítőleg egy százalék, a bipoláris spektrumba tartozó egyéb kórképek (bipoláris II. zavar, ciklotímia, máshova nem osztályozott bipoláris zavar, stb.) előfordulása jóval magasabb lehet, akár a 2,6-6,5%-ot is elérheti, mely arány a bipoláris zavarokat a leggyakoribb mentális zavarok sorába emeli (Angst, 1998). A probléma pontos felmérését nehezíti, hogy gyakoriságuk ellenére a hangulatzavarok háttérében sokszor nem kerül felismerésre ezek bipoláris lefolyása, így az adekvát kezelésre és a prevencióra sem nyílik lehetőség. Ez pedig, a kórkép kedvezőtlenebb lefolyásán keresztül mind a páciens, mind környezete számára számos negatív következménnyel, gyötrellemmel és jelentős életminőség romlással jár.

A bipoláris zavarban szenvedők 80%-ában előfordul valamilyen *öndestruktív viselkedés* az életük során és 51%-uk kísérel meg öngyilkosságot (Valtonen, 2005). Bipoláris betegeknél a szuicid viselkedés kialakulásában olyan jól ismert *rizikófaktorok* játszanak szerepet, mint

például a depresszió súlyossága, a korábbi szuicid kísérlet, a komorbid szorongásos zavar, a szerfüggőség, illetve a személyiségzavar (Oquendo, 2006). Ma már azt is tudjuk, hogy a hangulatzavarban szenvedőknél az öngyilkos viselkedés kialakulása jelentős mértékben függ az adott fázistól, így ez elsősorban a depressziós és a kevert fázisban fordul elő (Rihmer, 2007). A reménytelenség és a depresszió szubjektív súlyossága szintén kiemelt fontosságú prediktornak bizonyult (Oquendo, 2006; Valtonen, 2005, 2007). A szuicid viselkedés előfordulásának aránya akkor is megnövekszik, ha a bipoláris zavar depressziós fázissal indul (Chaudhury, 2007). Ennek az adatnak a háttérében felmerül annak lehetősége, hogy a mániával induló bipoláris zavar előbb kerül felismerésre és ilyenkor az időben beállított lítium, vagy egyéb hangulatstabilizáló profilaxis szuicidprevenziós hatása eredményezheti a fenti eltérést.

A szuicid kísérletezők körében a magas gyakoriságú depressziós hangulatzavarokon belül igen gyakori (71%) volt a *kevert tünetekkel* (irritabilitás, disztraktibilitás, pszichomotoros agitáció) járó depresszió is, különösen azoknál, akik bipoláris alapbetegségben szenvedtek (Balázs, 2006). Mivel a kevert tünettan sokkal gyakoribb a bipoláris zavar II. típusában, ezért ez is hozzájárulhat a szuicid viselkedés a bipoláris zavarok ezen típusában észlelt magas gyakoriságához (Rihmer, 2007). Ezen vizsgálat eredményei tehát arra utalnak, hogy a kevert tünettannal bíró depresszió jelentős mértékben növeli az öngyilkossági rizikót, és ezt a hatást az irritabilitás és a pszichomotoros agitáció közvetítheti (Balázs, 2006).

Emellett az *affektív temperamentum* szerepét is számos közlemény hangsúlyozza (Rihmer, 2009; Gonda, 2009; Rihmer, 2010). Ezek szerint a premorbid, specifikus affektív temperamentum típusok (depresszív, ciklotím, hipertím, irritábilis és anxiózus) jelentős szerepet játszanak a minor, illetve major hangulati epizódok kialakulásában, meghatározhatják azok polaritását, valamint az akut epizód tünetképződését is. Továbbá, befolyásolják a betegség hosszabb távú lefolyását, prognózisát, beleértve a szuicid viselkedés, az addikciók vagy az evészavarok kialakulását (Rihmer, 2010). Mindezt genetikai vizsgálatok is megerősítették, miszerint a TEMPS-A skálával mért ciklotím temperamentum kötődött leginkább a szerotonin transzporter gén s-alléljának polimorfizmusához (Gonda, 2009).

A *hangulatzavar bipoláris természetének felderítése* azért is nagyon fontos, mert az aktuálisan észlelt depressziós tünetek kezelése érdekében alkalmazott antidepresszív monoterápia, a fel nem ismert bipoláris páciensek esetében ronthatja az állapotot és agitációt, agresszív vagy öndestruktív viselkedést indukálhat. A hangulatzavar bipoláris természetének felismerése teszi lehetővé az adekvát hangulatstabilizáló medikáció beállítását, mely így a szuicid viselkedés megelőzése szempontjából is kiemelt jelentőségű (Rihmer, 2006).

A fentiek miatt számos kutatás indult a bipoláris hangulatzavarok előfordulásának pontos feltárására és a felismerés esélyét növelő módszerek kidolgozására. Ezek közül kiemelkedő jelentőségű Hirschfeld és munkatársainak vizsgálata (2000), akik multicentrikus vizsgálatukban egy könnyen használható rövid szűrőtesztet dolgoztak ki a bipoláris spektrumba tartozó megbetegedések adekvát felismerése érdekében. A *Hangulatzavar Kérdőív (HZK)* egyoldalas, önkitöltő tünetlistának tekinthető, mely rövid idő alatt is könnyen kitölthető és egyszerűen értékelhető. A teszt a DSM-IV (1994) diagnosztikus rendszer kritériumain és a klinikai tapasztalatokon alapuló kérdéseket (szám szerint tizenhárom) tartalmaz, melyek az élettartam során esetlegesen előforduló mániás vagy hipomán tünetekre vonatkoznak. A vizsgált személy az igen vagy a nem válasz megjelölésével jelzi, hogy vajon élete során előfordult-e ilyen tünet vagy sem, illetve, hogy életének ugyanabban az időszakában jelentkeztek-e vagy sem. Ezen tételeken kívül az adott tünetek következtében kialakuló funkcionális romlás szintje is felmérésre kerül egy négy fokozatú skálán (a „nem okoz problémát”-tól a „súlyos problémát okoz”-ig). Az amerikai kutatócsoport vizsgálata során a SCID teszt segítségével végezte el a kérdőív validálását és a bipoláris zavar gyanúját jelző pontértékek megállapítását. Ennek során kiderült, hogy a teszt megfelelő szenzitivitással (tíz bipoláris páciens közül hetet felismer) és specificitással bír (tíz egészséges közül kilenc esetben ki tudja zárni a bipoláris zavar gyanúját). A teszt bipoláris és depressziós páciensek körében való alkalmazhatóságát spanyol szerzők is igazolták, a 32 tételes Hipománia Skála validálása során (Vieta, 2007). Kiderült, hogy a rövidebb és egyszerűbb Hangulatzavar Kérdőív valamivel kisebb szenzitivitással, de nagyobb specificitással bír, mint a Hipománia Skála. A magyar változatot klinikánk munkacsoportja fordította le és a megfelelő kontrollt (fordítás és visszafordítás) követően kerül sor alkalmazására.

*Vizsgálatunk céljai:* 1. A Hangulatzavar Kérdőív magyar változatának adaptálása és a hazai depressziós populációban való alkalmazhatóságának felmérése; 2. A bipoláris spektrumba tartozó kórképek felmérése a depressziós páciensek körében. 3. Szuicid kísérletezők körében felmérni a rejtett bipolaritás arányát és szerepét a szuicid viselkedés kialakulásának hátterében.

*Hipotézisünk* az volt, hogy a szűrőteszt (HZK) segítségével a depressziós páciensek és a szuicid kísérletezők jelentős részében felderíthető a hangulatzavar ciklikus természete, mely támpontot nyújthat a hangulatjavító kezelésen túl az adekvát hangulatstabilizáló terápia beállításához is.

#### 4.2.2. Módszer

Jelen vizsgálatunkban a klinikánkon egy év alatt jelentkező összes *major depressziós* (DSM-IV diagnosztikus rendszer kritériumai szerint) és *szuicid kísérletet elkövetett* páciens szerepelt (52 férfi és 152 nő), akik beleegyeztek a vizsgálatba. A szociodemográfiai jellemzők és a pszichiátriai anamnézis adatainak összegyűjtése mellett, a *Hangulatzavar Kérdőív (HZK)*, a *Beck Depressziós Leltár (BDI)* és *Barrat Impulzivitás Skála (BIS)* felvételére is sor került.

#### 4.2.3. Eredmények

A Hangulatzavar Kérdőív alapján a 204 aktuálisan szuicid kísérleten átesett és jelenlegi major depresszív epizódban szenvedő páciens közül 77 (37,7%; ebből ffi: 46,1%; nő: 34,9%) esetben igazolódott a bipoláris zavar fennállása. Ezen páciensek korátlaga valamivel alacsonyabb volt, mint az unipoláris hangulatzavarban szenvedőké (40,35 vs. 44,96 év;  $p < 0,01$ ). A szociodemográfiai adatok tekintetében a bipoláris hangulatzavarban szenvedők esetében több olyan eltérésre is fény derült, melyek egyfajta szociális instabilitásra utaltak. Ilyen jellegzetességek a házások (44 vs. 52%) és partnerkapcsolatban élők (42,9 vs. 52%) alacsonyabb, a hajadonok és a nőtlenek magasabb aránya (22,6 vs. 13,4%), valamint a gyakoribb munkanélküliség (27,3 vs. 15,4%) és a földrajzi mobilitás (17,3 vs. 10,2%). A bipoláris páciensek között valamivel nagyobb volt a kórházba kerülést megelőző szuicid kísérlet aránya (32,8 vs. 28,9%), az ismételt (36,8 vs. 26,2%) és az élet során elkövetett öngyilkossági kísérlet (55,2 vs. 44,9%) is - közel szignifikáns mértékben - gyakoribb volt. Az aktuális depresszió súlyosságát illetően nem volt jelentős különbség (BDI átlagpontszám a bipoláris csoportban 30,95; a kontrollcsoportban 29,02). A Barrat Impulzivitás Skála átlagpontszáma (80,84 vs. 75,80) és az egyes alskálák (tervezés, kognitív, motoros) pontátlaga szignifikánsan magasabb volt a bipoláris páciensekben. A többváltozós logisztikus regressziós elemzésből kiderült, hogy a bipolaritás valószínűségét leginkább növelő faktorok között a közepes, illetve a magas impulzivitás (OR: 3,679, illetve 3,568) játszott a főszerepet (**12. táblázat**).

#### 4.2.4. Megbeszélés

Felmérésünk adatai arra utalnak, hogy a *Hangulatzavar Kérdőív* magyar változata eredményesen alkalmazható a hazai depressziós páciensek körében is. Eredményeink megerősítették a szakirodalmi adatokat abban a vonatkozásban, hogy a depressziós és szuicid

kísérletet elkövetők populációjában jelentős arányban szerepel - a legtöbb esetben fel sem ismert - *bipolaritás*. A bipolaritás gyakrabban társult impulzivitással, szociális instabilitással, valamint pozitívan korrelált az ismételt szuicid kísérletekkel. A bipolaritás szoros kapcsolatban áll a korábbi szuicid viselkedéssel, adataink szerint ebben az *impulzivitás faktora* játszhatja a közvetítő szerepet. Eredményeink gyakorlati jelentőségét az hangsúlyozza, hogy a hangulatzavar bipoláris természetének felismerése teszi lehetővé az adekvát hangulatstabilizáló medikáció beállítását, melynek a *szuicid viselkedés megelőzése* szempontjából is kiemelt szerepe lehet.

### **4.3. Az öngyilkos viselkedés gyakorisága és jellegzetességei a családorvosi gyakorlatban – a „Prime-MD vizsgálat”**

#### 4.3.1. Bevezetés

A megkísérelt és befejezett szuicidium fontos rizikótényezői a *korábbi öngyilkossági kísérlet* és a *mentális zavarok*, elsősorban az affektív kórképek jelenléte (Barraclough, 1974; Beautrais, 1996; Balázs, 2000, 2002). A depressziós epizód az esetek nagy részében azonban nem kerül felismerésre, ugyanakkor a felismert depressziós zavarokban is csak az esetek felében alkalmaznak adekvát terápiát.

Az irodalmi adatok szerint a *populáció* egyharmadának élete során jelentkeznek szuicid gondolatai, s ezek megközelítőleg 3%-ban vannak jelen a megelőző évben (Kessler, 2005). Észak-amerikai vizsgálatok a *házi orvosnál jelentkezők* között jóval magasabb gyakoriságot találtak, a páciensek 2-9%-a számolt be szuicid gondolatokról a megelőző hetekben (Goodwin, 2003; Olfson, 1996). Azonban annak ellenére, hogy a szuicid cselekmény előtt az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolatfelvétel általánosnak tekinthető (Pirkis, 1998), a pácienssel való találkozás szükséges, de nem elégséges feltétele a megfelelő beavatkozásnak. Ugyanis, például banális szomatikus panasz, vagy gyógyszer felíratási szándék háttérben rejtve maradhat a veszélyeztető lelkiállapot felismerése és a felírt gyógyszer nem ritkán a szuicidium eszközévé válik (Osváth, 2003). További probléma, hogy bár a páciensek környezetükben gyakran utalnak öngyilkossági gondolataikra, orvosokkal azonban alig osztják meg ezeket, emiatt az orvosok sem tudják megfelelően megítélni az öngyilkossági kockázatot (Wolk-Wasserman, 1987).

A *szuicid magatartás és kockázati faktorainak házi orvosi gyakorlatban történő felismerése és kiszűrése* kiemelt szuicidium-prevenációs jelentőséggel bír, emiatt adatokat

kívántunk nyerni ezek előfordulási gyakoriságáról és jellemzőiről. Hazai vizsgálatok populációs mintán, illetve háziiorvosi praxisban tanulmányozták a depressziós és szorongásos állapotok előfordulását (Kopp, 1997; Szádóczy, 2000; Füredi, 2002), illetve a szuicid kísérletek előfordulási gyakoriságát. Utóbbi vizsgálatok a szuicid kísérletek gyakoriságát a 18-65 éves populációban 3.2%-nak (Szádóczy, 2000), a 16 év felettek között 4%-nak (Kopp, 1997) találták. A szuicid viselkedés, illetve kísérletek célzott, szisztematikus felmérésére a háziiorvosnál megjelenő populációban eddig nem került sor.

*Célkitűzés:* Mindezek alapján olyan vizsgálatot terveztünk, amiben az öngyilkosság két fő kockázati faktorának - az *öndestruktív viselkedésformák* (szuicid gondolat, terv, szándék, kísérlet) és a *mentális zavarok* - előfordulását mértük fel az alapellátásban jelentkező páciensek körében. A szakirodalmi adatok alapján *hipotézisünk* az volt, hogy a szuicid gondolatokkal küzdő páciensek számos vonatkozásában elkülönülnek a háziiorvosi rendelésen megjelenő átlagpopulációtól; így feltételeztük, hogy körükben gyakrabban fordulnak elő bizonyos mentális zavarok, emiatt gyakrabban részesülnek altató, nyugtató, esetleg hangulatjavító gyógyszerelésben. Feltételeztük továbbá, hogy a szuicid gondolatokkal küzdő csoport nagyrészt átfedést mutat a depressziós betegek csoportjával, hiszen az irodalmi adatok szerint az öngyilkosságot elkövető páciensek jelentős hányada major depressziós zavarban szenved. Adatokat kívántunk nyerni arra vonatkozóan is, vajon az aktuális szuicid veszélyeztetettség háttérben szerepet játszik-e a fel nem ismert és így kezeletlen hangulatzavar. Továbbá vizsgálni kívántuk a szuicid gondolatoknak az általános egészségi állapottal, a korábban diagnosztizált mentális zavarral, a korábbi pszichiátriai kezeléssel, valamint a jelenlegi pszichofarmakoterápiával való összefüggéseit is.

#### 4.3.2. Módszer

Pécs város egy háziiorvosi körzetében (melyhez 1248 lakos tartozik) a *MINI-Plus* (Mini International Neuropsychiatric Interview Plus) diagnosztikus kérdőív (Lecrubier, 1997; Balázs, 1998) öngyilkossági kockázatot felmérő 6 kérdésével vizsgáltuk a *szuicid magatartásformák* gyakoriságát és jellemzőit a megelőző hónapra vonatkozóan. Az első kérdés a halálvágyra vonatkozott (kívánta, hogy bárcsak meghalna), a következő kérdéscsoport (2-4 kérdések) az öndestruktív gondolatokra (gondolt-e arra, hogy kárt tegyen magában; gondolt-e az öngyilkosságra; illetve eltervezte-e azt) irányult, míg az utolsó két kérdésben a tényleges szuicid kísérlet ténye szerepelt (az elmúlt hónapban, illetve az élet során valaha előfordult-e).

A mentális zavarok előfordulását a *Prime-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)* kérdőív (Spitzer, 1994, 1999) segítségével vizsgáltuk. A kérdőívet 1994-ben Spitzer és munkatársai fejlesztették ki az Egyesült Államokban a Pfizer Inc. támogatásával; a magyar fordítást munkacsoportunk készítette, így vizsgálatunk a magyar adaptáció validitásának és használhatóságának felmérésére irányuló kutatómunka részét is képezi egyben.

A Prime-MD speciálisan az alapellátásban gyakrabban előforduló mentális zavarok szűrésére szolgáló kérdőív, mely egy *önkitöltő tünetlistából (Tünetek Kérdőíve)* és egy ehhez társuló rövid *strukturált diagnosztikus interjúból (Orvosi Diagnosztikus Útmutató)* áll. Előnye, hogy rövid idő alatt felvehető és nem igényel orvosi, vagy pszichiátriai végzettséget, hiszen a teszt a DSM (1994) kategóriáknak megfelelően a tünetek jelenlétéből és azok időbeli fennállásának algoritmusából alkot pszichiátriai diagnózisokat, így használata speciális képzés során könnyen elsajátítható. Ötvözi továbbá az önértékelő tesztek, illetve a strukturált diagnosztikus kérdőívek előnyeit. Első része egy önértékelő tünetlista (Tünetek Kérdőíve), mely 25 - a szomatizációs és szorongásos tünetekre, valamint a hangulati élet eltéréseire, az étkezési zavarra, illetve a problémás alkoholfogyasztásra vonatkozó - kérdésből áll. Amennyiben az egyes tételekre adott pozitív válaszok pszichés probléma fennállásának lehetőségét jelzik, akkor a további, részletesebb strukturált diagnosztikus kérdőív (Orvosi Diagnosztikus Útmutató) felvételére kerül sor. Utóbbi a DSM-IV (1994) diagnosztikus rendszer kategóriái szerint 5 fő modulban diagnosztizálja a gyakoribb mentális zavarokat az alábbiak szerint: hangulatzavarok (major depresszív zavar, disztímia, bipoláris zavar, minor depresszív zavar, fizikális betegség vagy gyógyszer okozta), szorongásos zavarok (pánikzavar, generalizált szorongás, egyéb szorongásos zavarok), szomatiform zavarok, evészavarok (bulimia nervosa, falásroham), alkoholproblémák (abúzus, dependencia).

A fenti kérdőívek mellett részletes adatokat gyűjtöttünk a páciensek általános *egészségügyi állapotát* illetően (5 fokozatú Likert skálával, kitűnő és rossz végpontokkal), valamint az aktuális nyugtató, altató és hangulatjavító *gyógyszerek szedésére*, a korábbi *pszichiátriai kezelésre* és a *háziórvossal való kapcsolat rendszerességére* vonatkozóan is.

Fenti vizsgálatokat *háziórvosi rendelőben* a háziórvos, valamint orvostanhallgatók és asszisztensek bevonásával végeztük egy egyhónapos (2004. áprilisában) időszakban 10 véletlenszerűen kiválasztott napon. A vizsgálatba minden, az említett időszakban a háziórvosnál bármilyen okból megjelent 18 és 65 év közötti személyt beválasztottunk. Ebben a periódusban összesen 382 páciens jelent meg különböző okokból a háziórvosnál, közülük 277-en vállalták a kérdőív kitöltését. A vizsgált körzet lakosságának szociodemográfiai mutatói nem különböznek lényegesen Pécs város egyéb családorvosi körzeteinek adataitól.

A vizsgálat a *Regionális Kutatásetikai Bizottság* engedélyével és hozzájárulásával zajlott. Az adatok *statisztikai feldolgozását* az SPSS for Windows 10.0 programcsomag segítségével végeztük, a kapott eredmények elemzésében a keresztábrás (Pearson's chi) elemzés mellett egy- illetve többváltozós logisztikus regressziós modellt alkalmaztunk.

#### 4.3.3. Eredmények

Az 1248 főből álló körzetben az adott időszakban a háziorvosnál megjelenő 382 18 és 65 év közötti páciensből *277-en egyeztek bele* a vizsgálatban való részvételbe. Az a 105 páciens, aki nem kívánt részt venni a felmérésben nem különbözött jelentős mértékben a vizsgált populációtól a *demográfiai jellemzők* vonatkozásában. Az összmintában (N=277) a páciensek 55.6%-a volt nő, a korátlag 46.57 év volt, a nők átlagos életkora két évvel magasabb volt (férfiak: 45.49 év, nők: 47.42 év) (**13. táblázat**).

Összesen 28 páciens (10.1%) jelezte, hogy az elmúlt hónapban vagy halálvágya jelentkezett (25 páciens - 9%), vagy öndesztuktív gondolatai voltak (16 páciens - 5,8%), vagy öngyilkosságot kísérelt meg valaha az élete során (8 páciens - 2,9%). 5 páciens az elmúlt hónapban is öngyilkossági gondolatoktól szenvedett. A vizsgált „*sziucid csoportba*” az aktuálisan is sziucid veszélyeztetettséggel bíró betegeket (25 páciens - 9%) választottuk, akiknél a megelőző hónapban is jelentkeztek az alábbiak: halálvágy, öndesztuktív gondolatok, illetve sziucid fantáziák, vagy öngyilkossági kísérletek, illetve volt már sziucid kísérletük.

Az 13. táblázatban foglaltuk össze a sziucid csoportban és a nem-sziucid csoportba (kontroll csoport) tartozó páciensek főbb adatainak összehasonlítását (**13. táblázat**). A sziucid csoport (N=25) korátlaga 45.75 év volt, mely nem tért el szignifikánsan a kontrollcsoportétól (nem-sziucid páciensek), a nők aránya azonban a sziucid csoportban magasabb volt (72 vs. 54%, OR=2.193, p=0.09).

A sziucid csoportba tartozók lényegesen rosszabbnak ítélték az *általános egészségi állapotukat*, mint a kontrollcsoport tagjai. Kitűnő, vagy nagyon jó értékelést egyikük sem adott (szemben a kontrollcsoport 8.3%-ával), csupán 20%-uk ítélte jónak egészségi állapotát, míg a kontrollcsoport tagjainak több mint fele nyilatkozott így. A sziucid csoport döntő többsége (80%) csak tűrhetőnek, vagy rossznak értékelte egészségi állapotát, míg a kontrollcsoportban ez az arány alig 40% volt.

A sziucid csoport tagjai gyakrabban szedtek *pszichotrop gyógyszereket*, mint a nem-sziucid páciensek (altató /4 vs. 2%, OR=2.058, p=0.518/, anxiolitikum /60 vs. 19.8%,



OR=6.06,  $p<0.0001$ ), hangulatjavító /32 vs. 2.8%, OR=16.47,  $p<0.0001$ )/ és nagyon gyakori volt, hogy egyidejűleg többféle pszichofarmakont is használtak.

A szuicid csoport tagjai az önkítöltő tünetkérdőívben lényegesen gyakrabban számoltak be *lelki tünetekről*. Szignifikánsan gyakoribbak voltak a hangulati élet zavarára (80 vs. 27.4%, OR=10.61,  $p<0.0001$ ), a szorongásos tünetekre (88 vs. 56.7%, OR=6.48,  $p=0.006$ ), a szomatizációra (92 vs. 60.3%, OR=7.57,  $p=0.007$ ), valamint az evési zavarra /evési kényszer/ (20 vs. 7.9%, OR=2.9,  $p=0.054$ ) utaló panaszok és a problémás alkoholfogyasztás is magasabb arányban fordult elő (24 vs. 15.9%, OR=1.674,  $p=0.302$ ).

A szuicid csoportból 15 betegnél (60%) *depressziós epizód* volt feltárható, közülük csak 6 esetben volt korábban ismert a depresszió. A szuicid csoport betegeinek 36%-ában a Prime-MD kérdőív segítségével került felismerésre a depressziós hangulatzavar. Ezzel szemben a nem-szuicid csoportban 6.8%-ban fordult elő depressziós epizód. Vizsgálatunkban a depressziós zavar pont-prevalenciáját a családorvosnál megjelentek körében 11.6%-nak (32 beteg, melyből 15 szuicid, 17 nem-szuicid) találtuk. Közülük csak 14 esetben (a depressziós betegek 43%-a, az összes beteg 5.1%-a) volt ismert és kezelt a betegség, a fennmaradó 56%-ban (az összes beteg 6.5%-a, vagyis 18 beteg, melyből 9 szuicid, 9 nem szuicid beteg) a depresszió első alkalommal a vizsgálat során került felismerésre. A depressziós zavarokhoz (60 vs. 6.8%, OR=18,  $p<0.0001$ ) hasonlóan a szorongásos zavarok (28 vs. 3.2%, OR=8.22,  $p<0.0001$ ) és az alkoholfüggőség (12 vs. 2.8%, OR=4.86,  $p=0.032$ ) is szignifikánsan gyakoribbak voltak a szuicid csoportban (**13. táblázat**).

A *korábbi pszichiátriai kezelések* aránya szintén lényegesen magasabb volt a szuicid csoportban, szemben a nem-szuicid páciensekkel (32 vs. 4%, OR=11.38,  $p<0.0001$ ). Kiderült az is, hogy a szuicid csoport tagjai ritkábban keresik fel házi orvosukat, mint a nem-szuicid betegek (12 vs. 20.6, OR=0.524,  $p=0.309$ ).

A fenti változók egymással való összefüggését *többváltozós regressziós modell* alkalmazásával elemeztük (**14. táblázat**). Eszerint legmarkánsabban a hangulatjavító szedése jellemezte a szuicid csoport tagjait (OR=27.6,  $p<0.0001$ ), a jelenlegi, vagyis az aktuálisan, újonnan felismert hangulatzavar (OR=18.32,  $p<0.001$ ) és a korábbi szuicid kísérlet (OR=18.19,  $p<0.01$ ) vonatkozásában is erős szignifikáns kapcsolatot észleltünk. A szuicid csoportot a kontrollcsoporttól továbbá szignifikánsan elkülönítette a korábbi pszichiátriai kezelés (OR=7.27,  $p<0.05$ ) és a háziorvossal való rendszeres kapcsolat hiánya (OR=0.09,  $p<0.05$ ) is (**14. táblázat**).

#### 4.3.4. Megbeszélés

Eredményeink alapján megállapítható, hogy a háziorvosnál megjelenő összes beteg 2.9%-ának már volt *öngyilkossági kísérlete* élete során, 9%-uk pedig az aktuális orvos-beteg találkozást megelőző időszakban is a halállal, *önpusztítással kapcsolatos gondolatoktól* szenvedett. Ezek az adatok jelentős hasonlóságot mutatnak a korábbi felmérések eredményeivel, melyek szerint a szuicid kísérlet élettartam prevalenciája 3-4% (Szádóczky, 2000). A háziorvosnál megjelent populációban jelentős arányban fordultak elő *mentális zavarok*, amelyek közül leggyakoribb a *depresszió* (11.5%) volt. Az öngyilkossági gondolatokról beszámoló csoportban a depresszió szignifikánsan gyakrabban jelent meg. Ez a depresszióban szenvedő páciensek többségénél (több, mint az esetek felében) azonban korábban nem került felismerésre és így az adekvát kezelés sem volt lehetséges. Ez annak ellenére volt így, hogy ez a csoport a hangulatzavar mellett számos más pszichés és szomatikus panasztól is szenvedett (a szorongásos és a szomatizációs panaszok tekintetében szignifikánsan magasabb volt a tünetpozitívok aránya), és az általános egészségi állapotukat is jelentősen rosszabbnak ítélték, mint a kontrollcsoport tagjai. Emiatt nem meglepő, hogy feltűnően nagyobb arányban szedtek nyugtatókat, mint a nem-szuicid csoport tagjai. Míg a korábban diagnosztizált depressziós betegeknek is csupán a fele részesült hangulatjavító farmakoterápiában, addig az eddig fel nem ismert, azonban jelenleg depressziósnak észlelt páciensek kezelése kizárólag az anxiolitikumok alkalmazására korlátozódott, mely gyógyszerek nagy részét a családorvosok írták fel. Ezekben az esetekben az anxiolitikumok inkább a tünettalan elfedéséhez vezettek, ezáltal akadályozták a felismerést és a megfelelő gyógyítást.

Kiemelésre érdemes, hogy a korábban már diagnosztizált és *antidepresszívummal kezelt depressziós páciensek* többségében is jelen voltak szuicid gondolatok (7-ből 5 esetben, 71%), mely arra utal, hogy - hipotézisünkkel ellentétben - nem kizárólag a kezeletlen depresszió játszik szerepet a szuicid veszély kialakulásában. A szakirodalmi adatokra támaszkodva megítélésünk szerint ez nem az antidepresszívumok és a szuicid viselkedés közti direkt kapcsolatra utal, hanem sokkal inkább felhívja a figyelmet a hangulatjavítók alkalmazása mellett a pszichoterápiás kapcsolat és támogatás jelentőségére.

A fentiek alapján, ahogy ezt a többváltozós logisztikus regressziós elemzés eredményei kimutatták, a *szuicid gondolatokkal küzdők* jelentős arányban szenvedtek mentális zavarban (68%), ezen páciensek közel kétharmadában volt igazolható depresszió, melyek nagy része korábban nem került felismerésre (9 páciens, 36%), így adekvát kezelésben sem részesülhettek. A betegek másik jelentős alcsoportját a korábban pszichiátriai kezelésben részesült és jelenleg is hangulatjavítót szedő betegek (8 fő, 32%) képezik, akiknél a farmakoterápia mellett sem

szűnt meg a hangulatzavar, sőt a halálvágy és az öngyilkossági gondolatok is fennálltak. A szuicid betegek harmadik alcsoportjában (8 páciens, 32%) mentális zavar fennállása nem volt igazolható, ebben az esetben a szuicid gondolatok kialakulása leginkább egy aktuális lélektani, illetve pszichoszociális krízishelyzet részeként értelmezhető.

Vizsgálatunk *korlátai* között hangsúlyoznunk kell a relatíve alacsony esetszámot (277 páciens vett részt a vizsgálatban) és a nem-beleegyezők nagy arányát, ugyanis a 382 páciensből 105 beteg nem vállalta a tesztek kitöltését, illetve az interjú elvégzését. Ennek oka nagyrészt a házi orvos felkeresését motiváló, aktuálisan fennálló szomatikus betegség miatti rosszabb általános állapot, valamint a páciensek részéről tapasztalható időhiány volt, de számolnunk kell azzal is, hogy néhány páciens éppen a mentális problémái, esetleg rejtőzködése, illetve disszimulatív attitűdje miatt nem vállalta a vizsgálatban való részvételt. További hátránya a vizsgálatnak a rövid szűrési időszak, ami csupán 1 hónapot ölelt fel (10 házi orvosi rendelési nap), így e keresztmetszeti vizsgálattal a szezonalitással járó, vagy a betegségek lefolyásából, a betegcsoportok fluktuációjából adódó egyenlőtlenségek korrigálására nem volt lehetőség. Kiemeljük továbbá, hogy eredményeink nem az átlagpopuláció jellemzőit tükrözik, hanem a házi orvosukat valamilyen okból felkereső betegek állapotát mutatják. Ez utóbbi ugyanakkor előnye is vizsgálatunknak, hiszen így a szuicidium szempontjából egy veszélyeztetett populáció egyszerű eszközökkel, korán elvégezhető szűrésére nyílt lehetőség.

A bemutatott vizsgálati módszer eredményesen alkalmazható az alapellátásban megjelenő páciensek pszichés megbetegedéseinek kiszűrésére. Igazoltuk, hogy a *Prime-MD* teszt érzékenységet és hasznosíthatóságot jelentősen növeli a kérdőív *szuicid gondolatokra és kísérletekre vonatkozó tételekkel való kiegészítése*, hiszen így mentális zavarok felismerésén túl az aktuális szuicid veszély értékelését illetően is hasznos információk nyerhetők. A vizsgálatban alkalmazott módszer jelentősége abból fakad, hogy a *mentálhigiénés rendszer* jelenleg nem képes elérni e betegek többségét, akik ráadásul házi orvosukat is ritkán, többnyire szerteágazó szomatikus problémáik miatt keresik fel. Így rejtve maradnak a tünetek háttérben álló pszichés zavarok, és az akut szuicid veszélyeztetettség sem kerül felismerésre. Mindezek fényében a bemutatott módszer fontos prevenciós és intervenciós lehetőség is egyben.

A *negyedik fejezetben* összegzett eredményeink a mentális zavarok jelentőségére hívják fel a figyelmet, melyek szűrése a szuicidium szempontjából veszélyeztetett populációban fontos prevenciós eszköz lehet. A MINI-Plusz, a Prime-MD, vagy a HZK strukturált diagnosztikus kérdőívek a gyakorlatban is jól alkalmazható módszerek akár pszichiátriai betegek körében, akár a családorvosi gyakorlatban. Ezen kérdőívek is megerősítették azon korábbi adatokat, melyek szerint szuicid kísérletezőkben nagy gyakorisággal diagnosztizálható

major depresszív, illetve bipoláris affektív zavar, illetve az addiktológiai komorbiditás is gyakori. Mindez azért jelentős, mert ezek a tényezők a befejezett szuicidium fontos rizikó és prediktív faktorai. A mentális zavarok felismerése és kezelése pedig a szuicidium prevenció és terápia fontos eszközei, mely utóbbiak lehetőségeiről és részleteiről a következő fejezetben számolunk be.

## **5. Az öngyilkos viselkedés kezelésének és megelőzésének lehetőségei**

### **5.1. A szuicid viselkedés terápiás lehetőségei és a prevenció eszközei**

5.1.1. Terápiás megfontolások

5.1.2. A prevenció szintjei és módszerei

### **5.2. A kríziskoncepció szemlélete a szuicidológiában**

### **5.3. Az öngyilkos viselkedés felismerésének és kezelésének lehetőségei - egy komplex, regionális, integratív szuicid prevenció modell**

5.3.1. Bevezetés

5.3.2. Módszer

5.3.3. Eredmények

5.3.4. Megbeszélés

## 5.1. A szuicid viselkedés terápiás lehetőségei és a prevenció eszközei

### 5.1.1. Terápiás megfontolások

Ebben a fejezetben a szuicid viselkedés terápiás és prevenciósi lehetőségeivel, valamint az ezzel kapcsolatos vizsgálataink bemutatásával foglalkozunk. Mivel a szuicidium multikauzális jelenség, ezért *a terápiás és prevenciósi eljárásokat* is komplex szemlélet mentén kell kialakítani. Ahogy a szuicid viselkedés „etiológiáját” a bio-pszicho-szociális modell keretében értelmezzük, úgy az effektív terápiás repertoár is ugyanezen paradigma mentén valósulhat meg, s ennek a szemléletnek az alkalmazása nyújthat lehetőséget pácienseink életminőségének helyreállítására és a későbbi öndestruktív viselkedés megelőzésére. A szuicidium prevenció szempontjából - ahogy számos korábbi adat is igazolta - az egyik legfontosabb tényező a mentális zavarok, különös tekintettel a hangulatzavarok felismerése és adekvát kezelése (Rihmer, 2004). A farmakoterápia mellett elengedhetetlen a különböző pszichoterápiás módszerek alkalmazása is. Szintén erre hívják fel a figyelmet azok a legújabb eredmények, melyek a hangulatjavítók megfelelő pszichés támogatás, illetve betegvezetés nélküli alkalmazásának veszélyeire utalnak (Hershel, 2004; Fergusson, 2005; Gunnel, 2005). A pszichológiai intervenciók és a szocioterápiás módszerek főleg azon betegek kezelésében nélkülözhetetlenek, akik esetében nem egy meghatározott mentális zavar, hanem valamilyen akut lélektani krízishelyzet, vagy szociális krízis áll a szuicid veszélyeztetettség háttérében.

A *biológiai terápiák* közül elsősorban a mentális zavarok adekvát kezelését hangsúlyozzuk. Kiemelt jelentőségű a szuicid cselekmények nagy részének háttérében álló affektív zavarok korszerű gyógyszeres kezelése. Mindenek előtt a hangulatstabilizálók, ezen belül is a lítium szerepét fontos kiemelni, hiszen a releváns meta-analízisek szerint 80%-os öngyilkossági kockázatcsökkenés észlelhető affektív betegekben lítium szedése mellett (Baldessarini, 2003). Továbbá, úgy tűnik, hogy a lítium „anti-szuicidogén” hatása - szemben például a valproáttal (Goodwin, 2003) - a fázisprofilaktikus hatástól függetlenül is jelen van, hiszen a szuicid kísérletek számának csökkenése az affektív tünetekre non-reszponder páciensekben is megfigyelhető volt. A pszichotikus betegek megfelelő antipszichotikus kezelése a klinikai tapasztalatok szerint jelentősen csökkenti a szuicid aktusok előfordulását, továbbá kiemelendő a klopazin szerepe, melynek hatékonyságát több vizsgálat is egyértelműen igazolta a szuicid prevenció szempontjából pszichotikus páciensekben (Meltzer, 2003). Az elmúlt évek pszichiátriai irodalma kiterjedten foglalkozott az antidepresszívumok és a

szuicidalitás kérdéskörével. Egymással ellentmondó vélemények születtek a témában, azonban mára a nagy meta-analízisek alapján is kijelenthető, hogy az antidepresszívumok megfelelő alkalmazása elősegíti egyéni és populációs szinten is a szuicid ráták csökkenését (Hall, 2003; Rihmer, 2006). Az SSRI típusú antidepresszívumok „szuicidogén” hatása nem igazolódott, azonban kiemelt figyelmet kell szentelni a farmakoterápia mellett a megfelelő pszichés támogatásnak, különösen az adolescens populációban (Olfson, 2003; Henriksson, 2006). Ebben a korcsoportban az antidepresszívumok használata, főleg a kezdeti időszakban fokozott figyelmet igényel a szuicid magatartás vonatkozásában.

A *pszichológiai beavatkozások*, a lege artis pszichoterápiák, továbbá a szupportív betegvezetés alkalmazása alapvető tényező a szuicid páciensek kezelésében. Néhány pszichoterápiás módszer különösen effektívnek bizonyult, ezek közül elsősorban a Linehan-féle dialektikus terápia, Stevenson szelf-pszichológián alapuló módszere, Bateman és Fónagy analitikusan orientált technikái, valamint a Williams nevével jelzett belátásorientált kognitív terápia (MBCT) emelendők ki (Goldney, 2005). Lélektani krízishelyzetben a krízisparadigma és ennek megfelelően a krízisintervenció alkalmazása szükséges (Vörös, 2009; Csürke, 2009). A különböző telefonszolgálatok (lelkisegély és egyéb telefonos szolgáltatások) egyes korosztályokban (adolescens, idős populáció) észlelhető pozitív, szuicidprevenációs szerepére több vizsgálat is utal (Lester, 1997; De Leo, 2002).

A *szociális segítségnyújtás* - mint a modell harmadik tényezője - szintén szükséges a szuicid viselkedést mutató páciensek ellátásában. A különböző szocioterápiák, a rehabilitációs lehetőségek, illetve a napjainkban egyre inkább elterjedőben lévő közösségi pszichiátriai szolgáltatás, illetve az internet és a különböző médiumok kínálta lehetőségek nyújthatnak megfelelő segítséget pácienseinknek.

### 5.1.2. A prevenció szintjei és módszerei

Mint a medicina számos területén, a szuicidológiában különösen igaz, hogy *„a prevenció hatékonyabb, mint a terápia”*. A prevenció egyrészt társadalmi, másrészt egyéni szinten értelmezhető a szuicidium esetében. A jelenleg adatok alapján két prevenciós módszerről igazolódott egyértelműen, hogy képes csökkenteni egy adott populációban a befejezett szuicidiumok számát. A letális módszerek elérhetőségének korlátozása, valamint az alapellátók speciális képzése voltak „evidence based” kritériumok szerint is hatékonyak a szuicidium prevencióban (Mann, 2005). Az egyéb módszerek, mint a médiakampányok, a különböző

szűrési eljárások, szociális beavatkozások hatékonysága ma még nem egyértelműen bizonyított (Mann, 2005).

A *szuicidium prevenciója* nem csupán az egészségügy feladata és kompetenciája, egyéb szférák, szervezetek, szakemberek bevonására is szükség van. Nemzetközi tanulmányok kimutatták, hogy olyan intézkedések, mint a különböző mérgező anyagok toxicitásának csökkentése, ezek, illetve az egyéb potenciálisan veszélyes gyógyszerek elérhetőségének korlátozása, a fegyverviselés szigorúbb kontrollja, következetesebb drog- és alkoholpolitika is csökkenthetik egyes területek szuicid mortalitását (Rihmer, 2002; Osváth, 2003). A hazai gyakorlat is igazolja, hogy a magyarországi gyógyszerrendelési szokások megváltoztatása (szedatohipnotikumok körültekintőbb alkalmazása), illetve a ma már korszerűtlennek tekinthető gyógyszerek (például a meprobamát vagy a barbiturátok) visszaszorulása, illetve kereskedelmi forgalomból való kivonása hozzájárulhat a szuicid ráták csökkenéséhez (Osváth, 2003). Ugyanakkor más adatok arra utalnak, hogy valamely módszer elérhetőségének korlátozása egy másik előtérbe kerülését eredményezheti (Ohberg, 1995).

Az egyén szintjén elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenciót különböztethetünk meg. A *primer prevenció* hatékonyságának pontos igazolása még további vizsgálatokat igényel. A *szekunder prevenció*, vagyis a veszélyeztetett csoportok szűrése, fokozott figyelemmel követése azonban már effektívebb stratégiának bizonyulhat és ezt fontos beépíteni a mindennapi klinikai gyakorlatba is. A rizikó és protektív faktorok áttekintése, valamint a magas kockázatú csoportok (mint az ismétlők, az idősek, a krónikus testi betegséggel élők, vagy lelki betegségekben szenvedők, az addiktológiai betegek) követése elengedhetetlen (Rihmer, 2002; Osváth, 2003). A rizikótényezők hierarchikus osztályozását illetően a *Rihmer-féle piramismodellre* (2009) utalunk, mely alapján elsődleges (pszichiátriai betegség, megelőző szuicid kísérlet, alacsony szerotoninaktivitás, stb.), másodlagos (korai traumák, negatív életesemények, dohányzás, stb.) és harmadlagos (férfi nem, fejlődési krízisek időszaka, vulnérabilis periódusok, stb.) rizikótényezők különíthetők el, melyek meghatározzák a beavatkozás lehetséges módszereit, esélyeit. Tágabb értelemben a szekunder prevenció része az úgynevezett „survivor group”-ok szerveződése és működése is, mely önszerveződő csoportok a szuicidiumban elhunytak családtagjai számára nyújtanak támogató, terápiás, prevenciók közeget (Wasserman, 2009). A *tercier prevencióhoz*, vagyis a posztvencióhoz tartozik a szuicid kísérleten átesett személyek adekvát kezelése, gondozásba vétele, pszichés követése.

Mivel az öngyilkosságot megkísérlők a tett előtt gyakran keresik fel orvosukat, kiemelt jelentőségűnek tekinthető a *házi orvosok* (mint „gatekeeper” funkciót ellátó szakemberek)



modern szuicidológiai szemléletű továbbképzése is (Osváth, 2000, Rihmer, 2004). Az *alapellátás és a mentálhigiénés rendszerek* elérhetősége fontos szerephez jut ezen szolgálatok szuicidprevenációs hatékonyságának vonatkozásában. Továbbá, a kor követelményeihez igazodva *egyéb kommunikációs csatornák* bevonására is szükség van, így az internet nyújtotta lehetőségek - például on-line krízisintervenciós oldalak, információs bázisok, levelezőcsoportok - kiaknázása is eredményes lehet.

A továbbiakban röviden foglalkozunk a lélektani krízis elméletével és a krízisintervenció gyakorlatával, majd bemutatunk egy regionális krízisintervenciós modellt, melynek alkalmazása hatékony lehet egy-egy régió szuicid mutatóinak csökkentésében.

## **5.2. A kríziskoncepció szemlélete a szuicidológiában**

A *szuicid cselekmények* egy jelentős hányada - melyek háttérében nem mentális zavar, hanem valamilyen pszichoszociális stresszortényező áll - nem a klasszikus medicinális modellben, hanem a *krízisparadigmában* értelmezhető. Napjainkban a krízisintervenció azonban elsősorban az egészségügy keretei között történik, ez viszont számos - sokszor nehezen átlátható és megoldható - problémával jár együtt. A *krízis* akut, sürgős beavatkozást igénylő lélektani állapotként a „*tranzitív diagnózisok*” (Johnson, 2000) közé sorolható. Olyan átmeneti léthelyzetnek tekinthető, amely spontán, vagy a megfelelő beavatkozás következtében behatárolt időn belül (meg)oldódik. A tranzitivitás az időbeliségen túl arra is utal, hogy a krízis olyan mélyreható változásokat indukálhat, mely a státusz- és identitásváltáson való átmenet rítusa is egyben (B. Erdős, 2006). Kedvezőtlen esetben viszont gyakran ismétlődve krónikussá válhat, esetleg következményesen különböző lelki zavarok alakulhatnak ki, például depresszió, pszichózis, szerfüggőségek vagy akár önpusztító magatartás. A krízis tehát önmagában nem tekinthető definitív pszichiátriai betegségnek, a krízisek gyakori jelentkezése vagy krónikussá válása azonban egyrészt a háttérben lappangó lelki betegségekre vagy személyiségzavarra világíthat rá, másrészt az ismétlődő krízisek talaján pszichiátriai zavarok bontakozhatnak ki. Így a lélektani krízis és a pszichiátriai betegségek komplex kapcsolata a lineáris oksági gondolkodás helyett a cirkuláris modell alkalmazásával érthető meg. A lélektani krízis pszichés jellemzői sajátos kommunikációs változásokban artikulálódnak, hiszen a krízis kommunikációjában mindig tetten érhető a kommunikáció krízise is. A krízisben az érzelmi ambivalencia mellett a fokozott befolyásolhatóság is jelen van, ez egyben megnövekedett fogékonyságot is jelent a külső segítség keresésére és igénybevételre. Ennek hatékony

felhasználása a segítő kapcsolat kialakítása és megerősítése érdekében nagy jelentőségű, mert az eredményes segítség a krízis kreatív megoldódását és a kedvező változások esélyét adja, a személyiség erősödésével és magasabb szinten való újraszerveződésével.

A szűkebb értelemben vett lélektani kríziseknek is több formája létezik. *Erikson* (1968) alapján megkülönböztetünk úgynevezett *fejlődési* (*pszicho-szociális, epigenetikus*) kríziseket, melyek az emberi pszicho-szociális érési folyamat természetes velejárói. A kiemelten hangsúlyos fejlődési krízisek időszakaival, a serdülőkori krízissel, az életközép válságával, valamint az időskor kríziseivel a korábbi fejezetekben már részletesen foglalkoztunk. *Caplan* (1964) vezette be az *akcidentális krízis* fogalmát, amely valamilyen külső stressz, trauma, veszteség vagy negatív, kritikus életesemény hatására akutan alakul ki. A *Jacobson* (1965) nevéhez kötődő *krízismátrix* jelensége e kétfajta krízis egymásra vetülését jelenti, s így különösen veszélyeztető időszak a szuicid viselkedés kialakulása szempontjából.

A szuicid krízisben megjelenő speciális kommunikációs és pszichopatológiai sajátosságokat csak felsorolásszerűen említjük. A *Shneidman és Farberow* (1961) által leírt „*cry for help*” és a „*cry of pain*” jelenségek a segítségkérés direkt és indirekt formáit is magában foglalhatják. Az *Austin-féle* (1989) *beszédaktus-elmélet* szerint a verbális kommunikáció nem csupán a cselekvés irányítója, hanem maga ez a megnyilvánulás is cselekvés. *Ringel* (1976) alkotta meg a „*preszuicidális szindróma*” vagyis az öngyilkosságot megelőző lelkiállapot jellemzőinek triászát (*Ringel triász*), mely a beszűkülésből, a gátolt és a saját személyiség ellen fordított agresszióból és az öngyilkossági fantáziákból tevődik össze. A *Kézdi* (1995) által megfogalmazott *negatív-kód* szintén a szuicid krízis speciális kommunikációs és rejtett segélykérő aspektusait emeli ki. Az egyéb *pszichopatológiai jellegzetességekkel* kapcsolatban csupán utalunk a krízisregresszió (*Bakó, 1996*), a beszűkültség, a szuggesztibilitás jelenségeire, valamint a különböző szomatikus-vegetatív kíséretűtünetekre.

A szuicid cselekmény előtti fejlődési stádiumokat mutatja be a 19. ábra, mely *lélektani krízis dinamikáját és lehetséges kimeneteleit*, továbbá az azt befolyásoló rizikó- és protektív tényezőket is megjeleníti (*Wedler, 1992; Wasserman, 2009*) (**19. ábra**). A krízis dinamikája tehát folyamatjellegű, melynek során számos lehetőség nyílik a segítségnyújtásra.

Ezen krízismodell alapján a szuicid krízisállapot terápiájában a *krízisintervenció* jelentheti az effektív megoldást, mely tulajdonképpen lelki elsősegélynyújtás, sürgősségi, életmentő beavatkozás. Definíciószerűen a krízisintervenció a krízisállapot oldására irányuló olyan segítő, pszichoterápiás jellegű és szemléletű, időben behatárolt, sürgősségi pszichológiai

beavatkozás, mely a pszichoterápia elemeit korlátozott módon és mértékben, ehhez a speciális helyzethez adaptált módon alkalmazza (Vörös, 2009). A krízisintervenció részleteire nem térünk ki jelenleg, azonban a következőkben bemutatunk egy olyan integratív, komplex szuicidprevenációs modellt, melyben a krizeológiai megközelítés mellett a medicinális modell, valamint a szociális segítségnyújtás is szerepet kap.

### **5.3. Az öngyilkos viselkedés felismerésének és kezelésének lehetőségei - egy komplex, regionális, integratív szuicid prevenációs modell**

#### 5.3.1. Bevezetés

Az öngyilkossági mutatók elmúlt évtizedben világszerte, illetve hazánkban is észlelt csökkenése ellenére az öngyilkos viselkedés - a befejezett, illetve megkísérelt önpusztítás - továbbra is jelentős *népegészségügyi problémát* jelent, mely újabb és újabb *prevenációs erőfeszítések* tárgyát képezi (Hawton, 2009; Wasserman, 2009). Számos vizsgálat szerint a depresszió hatékony kezelése játszhatott jelentős szerepet az öngyilkossági halálozások számának csökkenésében (Rihmer, 1997, 2009). Ugyanakkor sem a különböző szűrési eljárások, sem a szakmapolitikai változások, sem a felvilágosító programok, vagy a médiakampányok nem tudták önmagukban jelentősen csökkenteni a továbbra is magas öngyilkossági mutatókat. Egy amerikai áttekintő tanulmány (Gaynes, 2004) szerint nincs elegendő bizonyíték arra, hogy ajánlják, vagy elvessek a szuicid rizikó rutinszerű szűrését az átlagpopuláció elsődleges ellátásában. Nem találták bizonyítottnak azt sem, hogy a szuicid rizikó szűrése, vagy a magas rizikójú csoport kezelése csökkentené a szuicid kísérletek számát, vagy a mortalitást (USPSTF, 2004). Más ajánlások szerint azonban az orvosoknak kiemelt figyelmet kell fordítani a szuicidium lehetőségére, különösen a magas rizikójú csoportokban, kiváltképp, ha pszichiátriai betegség (főleg depresszió, vagy kevert affektív állapot) áll fenn, ha komorbid addikció van jelen, ha irritabilitás, reménytelenség észlelhető, vagy, ha a páciens családjában már történt szuicidium, illetve, ha a páciens kísérelt már meg öngyilkosságot (Rutz, 1992; Runeson, 1994; Rihmer, 1994). Az 15. táblázatban a szuicid gondolatokkal küzdő, vagy szuicid kísérletet elkövető páciensek ideális kezelési módjának (a kezelés jellege, helyszíne, ideje) megválasztásához hozzásegítő útmutató látható (**15. táblázat**).

Egy jelentős tanulmány (Mann, 2005), mely a különböző *prevenációs és intervenciók lehetőségeinek hatékonyságát* vizsgálta, arra a következtetésre jutott, hogy az orvosok képzése és a letális módszerek elérhetőségének visszaszorítása tudta bizonyíthatóan csökkenteni a szuicid

mutatókat. Négy klasszikus tanulmány - a *Gotland* vizsgálat (Rihmer, 1995; Rutz, 1997), a *Nürnberg* Depresszió Ellenes Szövetség (Hegerl, 2006, 2008), a *Jamtland* tanulmány (Henriksson, 2006), valamint a hazai *Kiskunhalas* Szuicid Prevenációs Projekt (Szántó, 2007) - egyértelműen bizonyította, hogy az orvosok, különösképpen az alapellátásban dolgozók, illetve a családorvosok képzése a szuicid mortalitás jelentős csökkenését vonták maguk után a kiképzett orvosok által ellátott régiókban. A többi, eddig ismert intervenciós és preventiós beavatkozás hatékonyságának felmérésére és bizonyítására további kiterjedt vizsgálatok szükségesek (Mann, 2005).

Számos adat egyértelműen bizonyítja, hogy az öngyilkosságot elkövetők, vagy megkísérlők többsége rendszeres kapcsolatban áll *házi* orvosával, vagy más egészségügyi szakemberrel, akiket sok esetben felkeresnek a szuicid cselekményt megelőzően (Stenager 1994; Pirkis, 1998; Magoz-Gurpide, 1999; Osváth, 2001; Suominen, 2002; Goodwin, 2003). A szuicid kísérletezők körülbelül fele, vagy egyharmada a kísérlet előtti egyhetes időszakban felkeres valamilyen egészségügyi ellátót (Suominen, 2002; Osváth, 2003). Appleby tanulmánya szerint a befejezett öngyilkosságot elkövetők több, mint negyede kapcsolatba került valamilyen lelki egészségügyi ellátórendszerrel az öngyilkosságot megelőző egy évben (Appleby, 1999). A szakirodalom alapos áttekintése továbbá azt mutatja, hogy a szuicidumban meghaltak körülbelül 80-90%-a kapcsolatba került az egészségügyi ellátórendszer valamely szektorával (járó- vagy fekvőbeteg intézmények, pszichiáterek, vagy egyéb szakorvosok) egy éven belül (Luoma, 2002). Továbbá ismert, hogy az öngyilkosság miatt elhunytak nagy része, majd 80%-a rendszeres kapcsolatban állt házi orvosával, vagy egyéb szakorvosi ellátóval, 34-66%-uk a tettüket megelőző egy hónapon belül jártak házi orvosuknál, 18%-uk pedig a haláluk napján kerestek fel valamilyen egészségügyi ellátót (Michel, 1997; Pirkis, 1998; Andersen, 2000). Az öngyilkosság kérdése azonban csak mintegy 22%-ban került felszínre, és ezekben az esetekben sem sikerült azt megelőzni (Isometsä, 1995; Owens, 2005). A fenti adatok értékelését nehezzé teheti az a tény, hogy nem ismerhetjük pontosan a megelőzött szuicid cselekmények számát.

Sok esetben tehát nem könnyű a *szuicid veszély felismerése és megelőzése*, hiszen ilyenkor a páciens által elmondottak (például banális szomatikus panasz, vagy gyógyszer felíratási szándék) háttérben rejtve maradhat a veszélyeztető lelkiállapot, és a felírt gyógyszer gyakran válhat a szuicidium eszközévé (Wolk-Wasserman, 1987; Osváth, 2003; Vörös, 2006). Kiderült tehát, hogy sem a szuicid kísérletezők, sem a befejezett öngyilkosságot elkövetők nagy részét nem minősítették aktuálisan magas szuicid rizikójú betegeknek az utolsó

egészségügyi rendszerrel való kapcsolatuk alkalmával. Mindezek alapján úgy tűnik, hogy az orvos-beteg találkozás szükséges, de nem elégséges feltétele a hatékony szuicid prevenciónak.

Mivel az öngyilkossági veszélyben lévő páciensek nemcsak a pszichiáterek, hanem sok esetben elsőként a házi orvosok, vagy egyéb egészségügyi, illetve szociális ellátók gyakorlatában jelennek meg, így számukra is nélkülözhetetlen a szuicid viselkedés háttérben álló pszichológiai, pszichopatológiai sajátosságok és kommunikációs jellemzők ismerete, melyek lehetővé teszik az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerését, és az adekvát segítségnyújtás megtervezését (**19., 20. ábra**).

A fenti problémák miatt véleményünk szerint egy olyan *komplex, integratív szuicid prevenció*s modellre van szükség, mely nagyrészt a meglévő regionális ellátórendszerekre épül, és a veszélyeztetett populáció szűrését és az öngyilkossági rizikó pontos felmérését tűzi ki célul (Vörös, 2006; Kutcher, 2007). Ez nyújthat alapot a hatékonyabb intervenció és terápiás lehetőségek megteremtésére, melyek az ideális, progresszív betegellátási szisztéma kiépítéséhez szükségesek.

### 5.3.2. Módszer

A vonatkozó szakirodalmi adatok részletes áttekintése és saját kutatási eredményeink (Osváth, 2003; Vörös, 2006, 2009) alapján egy olyan *komplex, regionális, integratív szuicid prevenció*s útmutatót dolgoztunk ki, mely a komplex bio-pszicho-szociális és a korszerű stressz-diatézis megközelítésen alapulva reális esélyt és segítséget adhat a házi orvosoknak, illetve az alapellátásban dolgozóknak a szuicid rizikó felismerésére és háttérének, valamint súlyosságának pontos felmérésére, illetve ezek alapján az intervenció megtervezésére és kivitelezésére. Modellünk a pszichiátriai szakellátás mellett leginkább az alapellátásban dolgozók számára hasznosítható. Az utóbbi csoportba tág értelemben a családorvosok, az általános vagy szakosodott egészségügyi ellátók, a közösségi pszichiátriai vagy közösségi addiktológiai ellátók, a mentálhigiénés szakemberek, a pszichológusok, a gyógypedagógusok, a szociális szférában, illetve az oktatásban dolgozók tartozhatnak.

Az 20. ábrán röviden összegezve, algoritmusos döntéspontokba rendezve ábrázoltuk modellünk fő tényezőit (Vörös, 2009) (**20. ábra**). Az ábra felső felében a felismerés lehetőségei, technikái, az alsó felében az intervenció szintjei és módszerei láthatók. A középső részben az öngyilkossági veszélyeztetettség mértékét ábrázoltuk, mely alapján enyhe, közepes, és súlyos szuicid rizikó határozható meg.

A sötét (piros) nyilak a felismerés részben az „igen” válaszokat, az ellátás részben a betegek állapotának stagnálását, vagy romlását jelzik. A világos (zöld) nyilak az ábra felső részében a „nem” válaszokat, az alsó részében pedig a páciensek állapotának javulását mutatják. Az intervenciós szintek és lehetőségek ábrázolása során az ábra alsó részében a jobbra és a lefelé haladó irány a krízisállapot, illetve az öngyilkossági rizikó súlyosságára, valamint az ellátás sürgősségi jellegére is utal (Vörös, 2009).

### 5.3.3. Eredmények

Modellünk az alábbi 6 fő összetevőből áll (**20. ábra**):

1. A figyelmeztető jelek felismerése (kommunikációs, vagy viselkedési jegyek);
2. A mentális zavarok, a pszichopatológiai tünetek és a krízisjegyek felismerése;
3. Az esetlegesen fennálló rizikó- és protektív tényezők feltérképezése;
4. Fentiek alapján az aktuális szuicid veszély és rizikó felmérése, megbecsülése;
5. Az intervenciós lehetőségek felmérése, a beavatkozás megtervezése;
6. A páciens menedzselése az intervenció különböző szintjein.

#### *1. A figyelmeztető jelek felismerése*

Amennyiben a páciens viselkedése, vagy kommunikációja öngyilkossági veszélyre utal, úgy a következő kulcsfontosságú lépés a direkt vagy indirekt öngyilkossági gondolatok, ideációk, késztetések és tervek felmérése. Az ábrán részletezett, a MINI-Plus strukturális diagnosztikus interjú (Lecrubier, 1997; Balázs, 1998) alapján kidolgozott algoritmusos kérdések ezek súlyosságának pontos értékelését szolgálják.

#### *2. A mentális zavarok, a pszichopatológiai tünetek és a krízisjegyek felismerése*

A páciensek állapotának felmérésekor és értékelésekor kiemelt jelentőséggel bírnak az akut szuicid veszélyeztetettséget jelző pszichopatológiai tünetek. Ide sorolandó a deprimált hangulat, a szorongásos tünettán, az alvászavar, a reménytelenségérzés, impulzivitás, az agitáció, a büntudat, az önvád, a mikromán tematika, a pszichotikus tünettán, stb. Fontos a depressziós állapotokban, a Beck által leírt kognitív triász (a páciens negatív koncepciója önmagáról, a világról, a jövőről) felismerése (Beck, 1979). Továbbá a lélektani krízisállapotra jellemző tünetegyüttes, az úgynevezett preszuicidális szindróma Ringel által leírt triászának (beszűkültség, gátolt és befelé forduló agresszió, szuicid fantáziák) ismerete és felismerése is fontos tényező (Ringel, 1976; Lonqvist, 1998). A krízisszituációkban megfigyelhető sajátos kommunikációs jellegzetességek, úgymint a „cry for help”, a „cry of pain” jelenségei

(Farberow, 1961), az ambivalencia, a tagadás (Kézdi, 1988), az indirekt kifejezések a halálra, megszűnésre vonatkozóan, a negatív kognitív sémák, a „negatív kód” (Kézdi, 1995) felismerése szintén jelentős segítséget nyújthat a szuicid veszélyeztetettség felmérésében. A pszichoszociális stresszorok, a traumák, a negatív életesemények értékelésekor szem előtt kell tartani az eriksoni pszichoszociális, fejlődési kríziseket (Erikson, 1968), és a Caplan által leírt akcidentális kríziseket (Caplan, 1964), valamint a Jacobson-féle krízismátrix (Jacobson, 1965) jelenségét, ezek lefolyását és dinamikáját.

A fentiekben részletezett pszichopatológiai, kommunikációs és krizeológiai sajátosságok ismerete és felismerése az öngyilkos magatartás alaposabb megértését, pontosabb diagnosztizálását, felmérését és specifikusabb szuicid intervenciós és prevenciós technikák, terápiák alkalmazását teszik lehetővé (Lonnqvist, 1998). Ugyanígy, a depressziós állapotok felismerése és adekvát kezelésének mielőbbi - még a szuicid kísérlet előtti - megkezdése is kiemelt jelentőségű a szuicidium megelőzésének szempontjából (Rihmer, 2007). A major depresszió kezelése (gyógyszeres, vagy pszichoterápiás, vagy kombinált) természetesen minden esetben - a nem-szuicid pácienseknél is - szükséges.

Mivel ellentmondásos adatok is olvashatók az irodalomban, és mivel az antidepresszívumok alkalmazása elterjedőben van a háziiorvosi praxisban és az alapellátásban is, ki kell emelnünk, hogy az utóbbi évek átfogó közleményei és speciális vizsgálataira utalnak, hogy az antidepresszívumok, főleg az SSRI-k használata jelentős szerepet játszhatott a szuicid mortalitás csökkenésében, főleg az eredendően is magas szuicid rátával bíró európai országokban. Hasonló, nagy mintán végzett meta-analízisek az Egyesült Államokból is az antidepresszívumok pozitív hatását emelték ki a szuicidium prevenciójának vonatkozásában (Rihmer, 2006).

### *3. A fennálló rizikó- és protektív tényezők feltérképezése*

A befejezett öngyilkosság két legfontosabb rizikótényezője, ahogy azt már említettük, a korábbi öngyilkossági kísérlet és a mentális zavarok, elsősorban az affektív kórképek (leginkább a hosszabb ideje fennálló, visszatérő és gyakran kezeletlen major depresszió) jelenléte (Rihmer, 2007). Ugyanakkor az a tény, hogy befejezett szuicidiumot elkövetők egyharmadának volt szuicid kísérlet az anamnézisében egyben azt is jelenti, hogy kétharmaduknál nem volt megelőző kísérlet, tehát az első próbálkozás letális volt (Rihmer, 2007). Nemcsak az öngyilkosságot befejezők, de a megkísérlők között is nagy arányban (kb. 80-90%) fordulnak elő mentális zavarok, melyek közül szintén a depressziós betegségek a leggyakoribbak (Rihmer, 2004, 2007; Vourilehto, 2006). Emellett azonban számos más szociodemográfiai (férfi nem, idős kor, munkanélküliség, elvált vagy özvegy, egyedülélő, stb.)

rizikófaktort és klinikai jellemzőt (gyermekkori negatív életesemény, aktuális pszichoszociális stresszor, szuicidium a családban, krónikus testi betegség, stb.) is figyelembe kell venni a szuicid rizikó felmérésénél (Rihmer, 2002). A Gotland vizsgálat alapján major depresszió jelenléte esetén a férfi nem különösen nagy kockázattal bír a szuicid magatartás szempontjából (Rihmer, 1995; Rutz, 1995; Vuorilehto, 2006) Az utóbbi időszak kutatásai szerint a szuicidium legerősebb klinikai prediktora a kevert affektív tünetek, vagy az agitált depresszió jelenléte (Balázs, 2006; Valtonen, 2008; Pompili, 2009). Az inszomnia szintén jelentős és könnyen felismerhető azonnali indikátora a szuicid rizikónak (McGirr, 2007).

Egyes kutatások szerint a védőfaktorok szerepe összességében döntőbb, mint a kockázati tényezőké, előbbiekről azonban lényegesen kevesebbet tudunk (Kalafat, 2003). A stabil érzelmi, családi és szociális háttér, a várandósság, a gyermeknevelés, a jó egészségi állapotot, valamint a gyakorló vallásosság protektív szerepe mindazonáltal jól ismert (Rihmer, 2009).

#### *4. Az aktuális szuicid veszély és rizikó felmérése*

A fenti szempontok segítségével már az első találkozás során lehetővé válik a páciens aktuális lélektani állapotának felmérése, valamint a rizikófaktorok és protektív tényezők átfogó értékelése. Így megbízhatóan fel tudjuk ismerni az öngyilkossági rizikót és ennek súlyosságát is meg tudjuk állapítani. Már a rákérdezési algoritmus alapján is megbecsülhetjük a szuicid veszélyeztetettség mértékét, azonban a fenti figyelmeztető jelek, krízistünetek, pszichopatológiai tünetek, valamint a rizikó- és protektív faktorok további felmérésével a szuicid rizikó mértéke tovább pontosítható és biztonságosabban felállítható.

Fentiek alapján tehát enyhe, közepes, vagy súlyos szuicid rizikó jelenlétét állapíthatjuk meg. Enyhének értékelhetjük a szuicid veszélyeztetettséget, ha a páciens halállal, esetleg önkárosítással kapcsolatos gondolatok foglalkoztatják, azonban nem észlelhetők direkt szuicid intenciók, vagy a krízisre jellemző tünetek, illetve, ha nincsenek jelen jelentős ismert rizikófaktorok, a protektív tényezők ugyanakkor fellelhetők. Közepes mértékűnek ítéljük a szuicid veszélyeztetettséget, ha páciens foglalkoztatják öngyilkossági gondolatok, azonban nincsenek konkrét tervei. Amennyiben a rákérdezési algoritmus alapján enyhe rizikót állapítanánk meg, de emellett fellelhetők a lélektani krízis tünetei, vagy esetleg jelentősebb depressziós tünettann, továbbá, ha nincsenek megfelelő protektív tényezők, a rizikófaktorok pedig jelen vannak, ez esetben közepes, vagy akár súlyos mértékűnek is értékelhetjük a szuicid veszélyt. Ha páciens direkt szuicid intenciókat hangoztat, ha szuicid terveket készített, előkészületeket tett, netán már kísérelt is meg korábban, vagy a közelmúltban öngyilkosságot,



akkor ezt súlyos öngyilkossági veszélyeztetettségként minősítjük, és a későbbiekben, illetve az ábrán részletezett módon járunk el.

#### *5. Az intervenciós lehetőségek felmérése, a beavatkozás megtervezése*

A szuicid veszélyeztetettség fentiek alapján történő megítélése kulcsszereppel bír az adekvát segítségnyújtás lehetőségeinek átgondolásában és a páciens ellátásának megtervezésében egyaránt. Az ábra alsó régiójában a szuicid veszélyben lévő páciens ellátásának lehetőségeit foglaltuk össze a családorvosi gyakorlat, valamint az alapellátás szempontjából. A szuicid rizikó súlyosságának mértéke alapvetően meghatározza az intervenció helyét, idejét, módját, jellegét és minőségét (**15. táblázat**).

Tehát az első találkozás során alapvető cél a figyelmeztető jelek felismerése, a szuicid rizikó megbecslése a páciens kommunikációja, viselkedése, pszichopatológiai tünetei alapján, figyelembe véve az ismert rizikó- és védőfaktorokat, végül az intervenció megtervezése és gyakorlati kivitelezése szükséges.

#### *6. A páciens menedzselése az intervenció különböző szintjein*

Enyhe vagy közepes szuicid rizikó esetén a krízisintervenció a háziorvosi, vagy alapellátás keretében is történhet. Az esetleges további kezelés megtervezésében ilyenkor segítséget nyújthat az ellátónak pszichiáterrel történő konzultációja, vagy a páciensnek egyéb krízisintervenciós lehetőség biztosítása (például krízistelefon szolgálat). Komolyabb öngyilkossági veszély fennállásakor, vagy ha a krízisállapot nem oldódik az elsődleges ellátás során, akut pszichiátriai vizsgálat és segítségnyújtás válhat szükségessé. Ez történhet ambuláns vagy osztályos formában, vagy ideálisabb esetben krízisambulancia, vagy krízisközpont keretein belül. Az akut veszélyeztető állapot megszűnését követően a háziorvos, vagy az alapellátó (adott esetben a pszichiáterrel együttműködve) folytathatja a páciens szupportív terápiáját, illetve a rendszeres kapcsolattartás során követheti pszichés állapotának alakulását. A háziorvosi ellátás és a pszichiátriai kezelés mellett az akut szuicid veszély oldásában, ahogy már említettük, mindvégig jelentős szereppel bírhatnak a krízisellátó telefonszolgálatok és a krízisambulanciák is, míg ezt követően sok esetben a szociális támogató rendszerek igénybevétele is szükségessé válhat.

#### 5.3.4. Megbeszélés

A szuicidológiai kutatások szerint az adekvát ellátásban részesülő páciensek csak a jéghegy csúcsát jelentik az öndestruktív magatartásformák szempontjából veszélyeztetett populáción belül. Annak ellenére, hogy sokan kapcsolatban állnak az *egészségügyi ellátó rendszerekkel*,

vagy éppen családdorvosukkal, a legtöbb esetben elmarad a szuicid rizikó vagy a mentális zavar felismerése, így az adekvát segítségnyújtásra sem nyílik lehetőség. *Prevenációs modellünkben* ezért kiemelt figyelmet fordítottunk a felismerés (konkrét rákérdézési algoritmus) és szűrés lehetőségeire; a tünettan, az anamnézis és a betegség történet valamint a rizikó- és protektív tényezők együttes figyelembevételére és értékelésére. Ennek alapján mutattuk be a regionális ellátórendszerek (alapellátás, családdorvosok, lelki segély szolgálatok, krízisambulancia, pszichiátriai szakrendelők, fekvőbeteg intézmények) hierarchikusan egymásra épülő rendszerét. Reményeink szerint az öngyilkos viselkedés integratív megközelítésén alapuló szuicidprevenációs modell segítséget nyújt az alapellátásban, valamint a mindennapi családdorvosi és pszichiátriai gyakorlatban az öngyilkossági rizikó felismerésében, és iránymutatást ad a páciens számára leginkább megfelelő ellátási forma kiválasztásában, így hatékony eszközt jelenthet az *öndestruktív viselkedés megelőzésében*.

### III. A LEGFONTOSABB EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA

1. Az öngyilkosság egy olyan komplex emberi jelenség, mely különböző szocio-kulturális, lélektani és biológiai tényezők mikro- (individuális) és makro- (társadalmi) szintű interakciójának eredménye. Az önpusztító cselekedet így egyfajta „végső közös útként” (*„final common pathway”*) értelmezhető, melynek kialakulásában a fenti összetevők - esetről-esetre változó arányban - játszanak szerepet. Mindebből adódóan a korábbi *bio-pszicho-szociális*, illetve az újabb *stressz-diatézis modell (1. ábra)*, valamint véleményünk szerint ezek integratív ötvözete nyújtanak koherens alapot a modern tudományos paradigma és a mindennapi klinikai gyakorlat számára. Hiszen, mind a különböző aktuális kiváltó tényezők, mind a számos ismert vulnerabilitási faktor eredhet egyrészt biológiai, másrészt pszichológiai, valamint szociális környezetből (*16. táblázat*).
2. Az 1980-as évekhez képest mára a *befejezett szuicidiumok* száma hazánkban megközelítőleg a felére csökkent (*2. ábra*), azonban ezt a tendenciát a *szuicid kísérletek* alakulása régióinkban csak részben követte (*3. ábra*). A *módszerválasztást* tekintve a korábbi adatokkal nagyrészt megegyező eredményeket kaptunk, a befejezett szuicidiumok esetében az önakasztás, míg a kísérletek között a gyógyszerbevitel volt a leggyakoribb (*8. ábra*). A *nemek* között azonban fokozatos kiegyenlítődési tendencia mutatkozik a módszerválasztás tekintetében. Rendkívül gyakori a szuicid kísérletet elkövetők között az *ismétlők* aránya (*1. táblázat*). A *mentális zavarok* továbbra is jelentős etiológiai szereppel bírnak, elsősorban az affektív (depresszív, bipoláris) zavarok, a lélektani krízisek, valamint a férfiak esetében az alkohollal összefüggő kórállapotok gyakoriak (*7. ábra*). *Kormegoszlás* alapján három veszélyeztetett („*high-risk*”) életkorcsoport azonosítható a kísérletezők között: a fiatal felnőttek (*adoleszcens krízis*), a középkorúak (*életközépi krízis*) és az idősek (*időskori krízis*), az eriksoni pszicho-szociális fejlődési modellnek megfelelően (*10. ábra*).
3. Vizsgálataink során jelentős *nemi különbségeket* észleltünk a szuicid kísérletet elkövetők populációjában (*3. táblázat*). Az alábbiak szerint írható le egy „típusos” *férfi* szuicid kísérletező: munkanélküli, egyedül él, nem volt házasság, alkoholproblémákkal küzd, inkább violencebb módszert alkalmaz, ha gyógyszert vesz be, akkor az gyakran meprobamát, vagy karbamazepin. *Nők* esetében a válás, vagy megözvegyülés, a rokkantnyugdíjazás, a depresszió megjelenése az élet során, az ismételt szuicid kísérlet - mely leggyakrabban gyógyszerintoxikáció - és ezen belül a benzodiazepin bevétele a jellemző. Eredményeink

a pszichiátriai kórállapotok, különösen a *férfi depresszió* adekvát felismerésének és kezelésének fontosságára hívják fel a figyelmet. Vizsgálataink, illetve a korábbi közlemények a nemek közti segélykérő és a segítséghez viszonyuló általános attitűdbeli különbségekre mutatnak rá, ezért kiemelt jelentőséggel bír a férfiak adekvátabb segélykérő magatartásának és a kezeléssel kapcsolatos compliance-ének előmozdítása, hiszen a férfiak gyengébb compliance-e tovább rontja azok túlélési esélyeit. Emellett fontos a szociális, gazdasági, kulturális háttértényezők alapos feltérképezése.

4. A *magyar serdülők* mintájában az önkárosító magatartás és a szuicid viselkedés számottevő gyakoriságot ért el (7,8%) és jelentős arányban szerepeltek azok, akiknél rendszeresen jelentkeznek szuicid gondolatok. A *szuicid kísérletet elkövetők* egy olyan sajátos populációt jelentenek, melyet markáns *pszichopatológiai tünetek* (kifejezett szorongás, depresszió, impulzivitás), önértékelési problémák és ineffektív problémamegoldás jellemezik (**4. táblázat**). A szuicid viselkedés gyakran társult *addiktív viselkedésformákkal* (alkoholfogyasztás, dohányzás, droghasználat, gyógyszerabúzus) is, ez különösen érvényes volt az ismételt kísérletet elkövetőkre. Bár a magyar adolezcens szuicid kísérleti ráta a 15-16 éves reprezentatív mintában az európai centrumok szuicid arányszámainak átlagánál valamivel kisebb volt, azonban a pszichopatológia relatíve súlyosabb, a coping mechanizmusok gyengébbek, az alkalmazott módszerek pedig „keményebbek” voltak, ennek következtében hazánkban gyakoribb volt a kórházba kerülés.
5. Az *életközépi krízishez* társuló, valamint az *időskori szuicid viselkedés* szintén jelentős gyakoriságot mutat hazánkban. Adataink szerint időskorban az *affektív zavar* és az *enyhe kognitív hanyatlás* együttes fennállása különösen magas rizikót jelent az öngyilkossági kísérlet szempontjából (**7. táblázat**). Ezen eredményünk megerősíti azokat a korábbi adatokat, mely szerint az elsősorban érzelmi-hangulati tünetekkel és enyhébb kognitív romlással járó preklinikus mentális hanyatlás jelentősen hozzájárulhat az öngyilkossági rizikó növekedéséhez. Az affektív és kognitív zavarok mellett az aktuális *pszicho-szociális stresszortényezők* jelentőségére is utalnak adataink (**8. táblázat**), ugyanakkor a külföldi adatoktól némileg eltérően a magyar idős populációban az öngyilkos viselkedés kialakulásában nem annyira a magány, mint inkább az interperszonális konfliktusok és a relatív izoláció jutnak hangsúlyos szerephez.
6. Vizsgálatainkban - a szakirodalmi adatokhoz hasonlóan - a szuicid kísérletezők mintájában jelentős gyakorisággal szerepeltek *mentális zavarok* (**11. táblázat**). Igazoltuk, hogy a *MINI interjú* segítségével magas szenzitivitással diagnosztizálhatók ezen

pszichiátriai kórképek. A MINI interjú nagy arányban derítette fel a komorbid mentális zavarokat is, főleg a személyiségzavarok és addikciók vonatkozásában, mely utóbbi a duáldiagnózisok jelentőségére hívja fel a figyelmet. A BNO-10 által alkalmazkodási zavarnak, illetve személyiségzavarnak diagnosztizált esetek nagy részében a MINI Axis I. zavar fennállását igazolta, elsősorban affektív és szorongásos zavarok, valamint addikciók jelenlétét (**18. ábra**). Ugyanakkor nem szabad túlbecsülni ezen diagnosztikus besorolások szerepét, hiszen az aktuális kórismén túl nem hagyhatjuk figyelmen kívül a személyiség mélyebb patológiáját és az aktuális lélektani állapotát sem. Ennek felismerésére a megfelelő orvos-beteg kapcsolaton túl lehetőséget nyújtanak a pszichológiai mérőskálák (például az impulzivitás, önértékelés, reménytelenség, harag, szorongás, depresszió, szuicid intenciók vonatkozásában), vagy a személyiséget egészében értékelő személyiségtesztek. Hiszen vannak arra utaló adatok is, hogy bizonyos karaktervonások, temperamentumtípusok (például az affektív temperamentum), biológiai predisponáló tényezők (például a szerotonerg diszfunkció) - definitív pszichiátria betegség jelenléte nélkül is - szerepet játszhatnak a szuicid magatartás kialakulásában. Az önpusztítás jelenségvilágának megértésére irányuló vizsgálataink során tehát olyan *komplex modell* alkalmazását tartjuk fontosnak, melyben az emocionális krízis elméletének, a pszichiátria betegségek, mentális zavarok koncepciójának, valamint a temperamentumkutatások és szociokulturális vonatkozások integratív szemlélete valósul meg.

7. Eredményeink megerősítették a szakirodalmi adatokat abban a vonatkozásban is, hogy a depressziós és szuicid kísérletet elkövetők populációjában jelentős arányban szerepel - a legtöbb esetben fel sem ismert - *bipolaritás*. A bipolaritás gyakrabban társult impulzivitással, szociális instabilitással, valamint pozitívan korrelált az ismételt szuicid kísérletekkel (**12. táblázat**). A bipolaritás és a szuicid viselkedés kapcsolatában adataink szerint *az impulzivitás faktora* - mint „endofenotípus” - játszhatja a közvetítő szerepet. A depressziós és szuicid kísérleten átesett páciensek körében végzett felmérésünk arra utal, hogy a *Hangulatzavar Kérdőív* magyar változata eredményesen alkalmazható a hazai depressziós páciensek körében, kiváltképp a rejtett bipolaritás felismerésében. Mindezek jelentőségét az adja, hogy csak a hangulatzavar bipoláris természetének felismerése teszi lehetővé az adekvát hangulatstabilizáló medikáció beállítását, melynek a szuicid viselkedés megelőzése szempontjából is kiemelt szerepe lehet.
8. A *házi orvosnál megjelenő* betegekkel végzett szűrési vizsgálataink alapján megállapítható, hogy az ott megjelenő páciensek 2.9%-ának már volt öngyilkossági kísérlete élete során, 9%-uk pedig az aktuális orvos-beteg találkozást megelőző

időszakban is a halállal, vagy az önpusztítással kapcsolatos gondolatoktól szenvedett, és körükben a depresszió szignifikánsan gyakrabban jelent meg (**13. táblázat**). Ez azonban korábban gyakran nem került felismerésre és így az adekvát kezelés sem volt lehetséges. Igazoltuk, hogy a szuicid gondolatokra és kísérletekre vonatkozó tételekkel kiegészített *Prime-MD* kérdőív érzékenysége és hasznosíthatósága jelentősen növekedett, hiszen így mentális zavarok felismerésén túl az aktuális szuicid veszélyeztetettség is kiszűrhetővé vált. Mindezek fényében a bemutatott módszer fontos prevenciós és intervenciós lehetőség is egyben.

9. Ahogy a szuicid viselkedés kialakulását az integratív bio-pszicho-szociális és stresszdiatézis modell keretében értelmezzük, úgy az effektív *terápiás repertoár* is ugyanezen paradigma mentén valósulhat meg. A *gyógyszeres kezelés*, a különböző *pszichoterápiás eljárások*, illetve a krízisparadigma és ennek megfelelően a *krízisintervenció* alkalmazása, valamint a *szociális segítségnyújtás* lehetőségeinek kombinált, adekvát alkalmazása elengedhetetlen a szuicid viselkedés *terápiájában és prevenciójában* egyaránt.
10. A kutatási eredmények alapján egy olyan *komplex, integratív szuicid intervenciós és prevenciós modellt* dolgoztunk ki, mely a meglévő regionális ellátórendszerekre épül, és a veszélyeztetett populáció szűrését és az öngyilkossági rizikó pontos felmérését tűzi ki célul és segítséget nyújt a háziorvosoknak, illetve az alapellátásban dolgozóknak a szuicid rizikó felismerésében és a páciensek adekvát kezelésében, irányításában is (**20. ábra**).  
Prevenciós modellünkben kiemelt figyelmet fordítottunk a felismerés (konkrét rákérdezési algoritmus) és szűrés lehetőségeire; a tünettan, az anamnézis és a betegségtörténet valamint a rizikó- és protektív tényezők együttes figyelembevételére és értékelésére. Modellünk az alábbi 6 fő összetevőből áll: a figyelmeztető jelek felismerése (kommunikációs, vagy viselkedési jegyek); a krízisjegyek és az egyéb pszichopatológiai tünetek felismerése; az esetlegesen fennálló rizikó- és protektív tényezők feltérképezése; fentiek alapján az aktuális szuicid veszély és rizikó felmérése, megbecslése; az intervenciós lehetőségek felmérése, a beavatkozás megtervezése; a páciens menedzselése az intervenció különböző szintjein. Ennek alapján mutattuk be a regionális ellátórendszerek (alapellátás, családorvosok, lelkisegély szolgálatok, krízisambulancia, pszichiátriai szakrendelők, fekvőbeteg intézmények) hierarchikusan egymásra épülő rendszerét. Reményeink szerint az öngyilkos viselkedés integratív megközelítésén alapuló szuicidprevenciós modell segítséget nyújt az alapellátásban, valamint a mindennapi családorvosi gyakorlatban az öngyilkossági rizikó felismerésében, és iránymutatást ad a

páciens számára leginkább megfelelő ellátási forma kiválasztásában, így hatékony eszközt jelenthet az öndestruktív viselkedés megelőzésében.

- 11.** A dolgozatban ismertetett főleg epidemiológiai és klinikai vizsgálatokon kívül jelenleg is számos kutatás van folyamatban, melyek során a szuicid viselkedés etiológiai tényezői közül elsősorban a *genetikai és a neurobiológiai* korrelátumait vizsgáljuk. Ebben a vizsgálati fázisban az öngyilkossági kísérletezők több csoportját elemezve a neuroendokrin rendszer (stressz indukciós kortizol válasz saliva mintából) és a genetikai tényezők (szerotonin transzporter gén polimorfizmus, tirozin hidroxiláz enzim génjének polimorfizmusa, egyéb kandidáns gén polimorfizmusok) összefüggéseit vizsgáljuk a személyiségfaktorokkal (TCI), valamint direkt és közvetlen módon a szuicid aktussal. Emellett violens szuicid kísérletező, illetve súlyos, rekurrens major depressziós szuicid kísérleten átesett páciensek agyi strukturális (volumetriás mérések) és funkcionális eltéréseit (fMRI), valamint a neurokognitív funkciók (neurokognitív tesztbattéria) szerepét és változásait értékeljük.
- 12.** Az elvégzett és a jelen dolgozatban bemutatott, valamint a folyamatban lévő vizsgálataink eredményeit felhasználva kívánunk a jövőben is minél pontosabb és koherens képet alkotni a szuicidium komplex jelenségvilágáról. Eredményeink integratív értelmezése és a bemutatott modell segítséget nyújthat a szuicid veszély felismerésében és adekvát *kezelésében*, valamint a szuicidium *megelőzésében* is hatékonyan alkalmazható.

#### IV. IRODALOMJEGYZÉK

1. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, et al: Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:126-34.
2. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, et al: The HCL-32: progress towards a self-assessment European tool for hypomanic symptoms in clinical populations in Italy and Sweden. *JAD* 2005;88:217-33.
3. Angst J: The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *JAD* 1998;50:143-51.
4. Appleby L, Shaw J, Amos T, et al: Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ* 1999;318:1235-9.
5. Appleby L: Suicidal behaviour in childbearing women. *International Review of Psychiatry* 1996;8:107-15.
6. Austin J: Hogyan cselekedjünk a szavakkal? In: Pléh Cs, Terestényi T. (szerk.) *Beszédaktus - kommunikáció - interakció. Tömegkommunikációs Kutatóközpont, Budapest, 1989.*
7. B. Erdős M: *A nyelvben élő kapcsolat. Typotex, Budapest, 2006.*
8. Bagdy E: „Az emberélet útjának felén” - Az életközépi krízis: átélések, tévutak, kiutak. In: Pető Katalin (szerk.): *Életciklusok. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület évkönyvei. Budapest, Animula Kiadó, 2005.*
9. Bagdy E: Fejlődéslélektan egy életfolyamaton át. *Pszichoterápia* 2000;9:263-96.
10. Bakó T: *Verem mélyén - Könyv a krízisről. Cserépfalvi, Budapest, 1996.*
11. Balazs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal K, Akiskal HS: The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implications for suicide prevention. *JAD* 2006;91:133-8.
12. Balázs J, Bitter I, Lecrubier Y, Csiszér N, Koszták J: Első és ismételt öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek összehasonlítása. *Neuropsychopharmacol Hung* 2001;3:63-7.
13. Balázs J, Bitter I, Lecrubier Y, et al: Prevalence of subthreshold forms of psychiatric disorders in persons making suicide attempts in Hungary. *Eur Psychiatry* 2000;15:354-61.
14. Balázs J, Bitter I: A MINI és a MINI PLUSZ kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatr Hung* 1998;13:160-8.
15. Balázs J, Lecrubier Y, Csiszér N: Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II. *JAD* 2002;1.
16. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J: Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. *J Clin Psychiatry* 2003;64:44-52.
17. Barraclough B, Bunch J, Nelson B: A hundred cases of suicide: clinical aspects. *BJP* 1974;125:355-73.
18. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT: Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *AJP* 1996;153:1009-14.
19. Beautrais AL: A case-control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suic Life-Threat Behav* 2002;32:1-9.
20. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: *Cognitive therapy of depression. New York, Guilford, 1979.*
21. Biddle L, Gunnell D, Sharp D, Donovan JL: Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross sectional survey. *British Journal General Practice* 2004;54:248-53.



22. Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lönnquist J, Michel K, Salander-Renberg E, Stiles TC, 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 Parasuicide in co-operation with the EC concerted action on attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:81-6.
23. Boncz I, Boda K, Fábri K, Pallag L, Galsi G, Szabó K, Kovács Z: A tudatállapot-módosulás néhány jellemzője az öngyilkosságot megkísérelt személyeknél. *Szenvedélybetegségek* 2000;8:175-94.
24. Buda B: A magyar öngyilkossági helyzet okai. In: *Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok.* Animula, Budapest, 1997:199-206.
25. Buda B: Az öngyilkosság pszichiátriai vonatkozásai. In: *Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok.* Animula, Budapest, 1997.
26. Buda B: Öngyilkossággal kapcsolatos kutatások Magyarországon. In: *Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok.* Animula, Budapest, 1997:119-140.
27. Camus A: Sziszüphosz mítosza - válogatott esszék, tanulmányok. Magvető Kiadó, Budapest, 1990.
28. Canetto SS, Sakinofsky L: The gender paradox in suicide. *Suic Life-Threat Behav* 1998;28:1-23.
29. Caplan G: *Principles of preventive psychiatry.* New York, Basic Books, 1964.
30. Chaudhury SR, Grunebaum MF, Galfalvy HC, et al: Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder? *JAD* 2007;104(1-3):245-50.
31. Cheng ATA, Lee CS: Suicide in Asia and the Far East. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (eds K. Hawton, K. Van Heeringen), Chichester, John Wiley and Sons, 2000.
32. Clark DC, Clark SH: Suicide among the elderly. In: Böhme K. et al (eds.): *Suicidal behavior. The state of art.* S. Roderer Verlag, Regensburg, 1993.
33. Cole M: *Fejlődéslélektan.* Budapest, Osiris, 1997.
34. Conwell Y, Brent D: Suicide and aging: patterns of psychiatric diagnosis. *Int Psychogeriatr* 1995;7:149-64.
35. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, et al: Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *AJP* 1996;153:1001-8.
36. Crombie IK: Can changes in the unemployment rates explain the recent changes in suicide rates in developed countries? *Int J Epidemiology* 1990;19:412-6.
37. Csorba J, et al: Önsértő magatartású serdülők tüneti jellegzetességei. *Psychiatr Hung* 2005;20:456-62.
38. Csorba J, Rozsa S, Gadoros J, Vetro A, Kaczvinszky E, Sarungi E, et al: Suicidal depressed vs. non-suicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology. *JAD* 2003;74:229-36.
39. Csürke J, Erdős M: A diskurzustól a dialógusig. *Addiktológia* 2004;1:114-131.
40. Csürke J, Vörös V, Osváth P, Árkovits A: A lélektani krízis elméleti háttere. In: Csürke J, Vörös V, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve.* Lélekben Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.

41. Dawood T, Anderson J, Barton D, et al: Reduced overflow of BDNF from the brain is linked with suicide risk in depressive illness. *Molecular Psychiatry* 2007;12:981-83.
42. De Leo D, Carollo G: Relationship between suicide and undetermined causes of death among the elderly: analysis of Italian data from 1951 to 1988. *Omega J Death Dying* 1996;33:205-13.
43. De Leo D, Marirosa DB, Dwyer J: Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *BJP* 2002;181:226-9.
44. De Leo D: Is suicide prediction in old age really easier? *Crisis* 1998;19(2):60-1.
45. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994.
46. Draaisma D: Miért futnak egyre gyorsabban az évek. Budapest, Typotex, 2004.
47. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH: Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286(24):3089-96.
48. Durkheim E: Az öngyilkosság: Szociológiai tanulmány. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1967.
49. Engel GL: Clinical application of the biopsychosocial model. *AJP* 1980;137:535.
50. Ennis J, et al: Depression in self-harm patients. *BJP* 1989;154:41-7.
51. Erikson E: A fiatal Luther és más írások. Budapest, Gondolat Kiadó, 1991.
52. Erikson E: Childhood and society. Penguin Books. New York, WW Norton, 1965.
53. Erikson E: Identity: youth and crisis. New York: WW Norton, 1968.
54. Faludi G, Du L, Palkovits M, Antal B, Sótónyi P, Hrdina PD: Serotonin transporter, serotonin-2A receptor and tryptophan hydroxylase gene polymorphisms in depressed suicide victims. *Neurobiology* 2000;8:269-71.
55. Farberow NL, Shneidman ES. The cry for help. New York, McGraw-Hill Book Company, 1961.
56. Fekete S, et al: Media and cultural attitudes toward Suicide - results of an international collaborative study. *Crisis* 2001;22(4):170-173.
57. Fekete S, Hewitt A, Vörös V, Osváth P: A serdülőkorú öngyilkos viselkedés jellemzői egy európai multicentrikus kutatás (CASE study) pécsi centrumának eredményei alapján. *Psychiat Hung* 2004;19:337-45
58. Fekete S, Osváth P, Ábrahám I: Ismétlődés és prediktív tényezők a szuicid viselkedésben a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidológiai Kutatás pécsi centrumának 2 éves anyagában. *Psychiatr Hung* 2000;15:566-74.
59. Fekete S, Osváth P, Domino G: Szuicídiummal kapcsolatos attitűdök összehasonlító vizsgálata magyar, észak-amerikai és japán mintában. *Szenvedélybetegségek* 1998;6:189-93.
60. Fekete S, Osváth P: A szuicid kísérletek diagnosztikus és prevenció háttéré - áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidológiai Kutatás pécsi centrumának 2 éves adatai alapján. *Orvosi Hetilap* 2000;141:2427-31.
61. Fekete S, Osváth P: Az Internet mint az információk új forrása az öngyilkossággal, depresszióval és a szorongással kapcsolatban. *Psychiatr Hung* 1997;12:209-16.

62. Fekete S, Osváth P: Az öngyilkosság - Az örökléstől a kultúráig. Pécs, Pro Pannónia Kiadó, 2004.
63. Fekete S, Schmidtke A, Marton K, Kóczán Gy, Osváth P: Az öngyilkossággal kapcsolatos eltérő szociokulturális attitűdök tükröződése, közvetítése és változásai különböző országok tömegkommunikációjában. *Szenvedélybetegségek* 1994;2:434-46.
64. Fekete S, Schmidtke A: Szuicidium – modellkövetés – család. *Transzkulturális összehasonlító vizsgálat. Psychiatr Hung* 1995;2:131-45.
65. Fekete S, Temesvary B, Osvath P: Suicidal behavior in Hungary In: *Suicide and Suicide attempts in Europe. - results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behavior*. Schmidtke, et al. (eds.) Hogrefe/Huber, Göttingen, 2004.
66. Fekete S, Temesvary B, Osvath P: Suicidal behaviour in Pecs and Szeged – results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: *Suicide and suicide attempts in Europe*. Schmidtke, et al. (eds.) Kluwer, Boston, 2001.
67. Fekete S, Vörös V, Osváth P: Diagnózis és pszichopatológia öngyilkossági kísérletet elkövetők csoportjában – előzetes közlemény. *Neuropsychopharmacol Hung* 2001;3(4):166-71.
68. Fekete S, Voros V, Osvath P: Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croatian Medical Journal* 2005;46(2):288-93.
69. Fekete S: The Internet - a new source of data on suicide, depression and anxiety. A preliminary study *Archives of Suicide Research* 2002;6(4):351-361.
70. Fergusson D, Doucette S, Cranley G, et al: Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005;3330:396-402.
71. Ferreira de Castro, et al: Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:25-31.
72. Füredi J, Szádóczky E, Zámboi J: Pszichés zavarok felismerése az alapellátásban. *Lege Artis Med* 2002;12(4):240-246.
73. Futó K, Nagy Á, Vörös V, Osváth P, Fekete S: 10 éves a WHO/EURO multicentrikus szuicidium kutatás. *Trendek és tanulságok az epidemiológiai adatok tükrében. Psychiatr Hung* 2009;23(suppl):50.
74. Gabbard GO: *A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve*, Lélekben Otthon Kiadó, Budapest, 2008.
75. Gaynes BN, West SL, Ford C A, et al: Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:822-35.
76. Ghaemi SN: The rise and fall of the biopsychosocial model. *BJP* 2009;195:3-4.
77. Goldney RD: Prediction of suicide and attempted suicide. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Hawton K, Van Heeringen K (eds.), Chicester, John Wiley and Sons, 2000.
78. Goldney RD: Risk factors for suicidal behaviour: translating knowledge into practice. In Hawton K (ed.): *Prevention and treatment of suicidal behaviour – from science to practice*. Oxford University Press, 2005.
79. Gonda X, Fountoulakis KN, Rihmer Z, et al: Towards a genetically validated new affective temperament scale: a delineation of the temperament phenotype of 5-HTTLPR using the TEMPS-A. *JAD* 2009;112:19-29
80. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, et al: Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA* 2003;290:1467-73.

81. Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, et al: Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med* 2003;65(4):501-5.
82. Gunnell D, Saperia J, Ashby D: Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI's) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. 2005;330:385-89.
83. Gyenge E: Öngyilkossági krízisek kommunikációs sajátosságai serdülőkorban. In: Kelemen G. (szerk.) *Teledialógus. Pannonia Könyvek*, 2000:133-40.
84. Hall WD, Mant A, Mitchell PB, et al: Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000. *BMJ* 2003;326:1008-11.
85. Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B: Adolescent depression and suicide risk. *Am J Prev Med* 2004;27:224-31.
86. Harris EC, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders. A metaanalysis. *BJP* 1997;170:205-28
87. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, Gunnell D, Hazell P, van Heeringen K, House A, Owens D, Sakinofsky I, Traskman-Bendz L: Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998;317:441-7.
88. Hawton K, Fagg J, Simkin S: Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. *BJP* 1996;169:202-8.
89. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R: Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002;325:1207-11.
90. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;373:1372-81.
91. Hawton K. (ed.) *Prevention and treatment of suicidal behaviour – From science to practice*. Oxford University Press, Oxford, 2005.
92. Hawton K: Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *BJP* 2000;177:484-5.
93. Hawton K: Why has suicide increased in young males? *Crisis* 1998;19:119-24.
94. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G: The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med* 2006;36:1225-33.
95. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C, Gusmao R, et al: The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry* 2008;9(1):51-8.
96. Henriksson S, Isacson G: Increased antidepressant use and fewer suicides in Jamtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:159-67.
97. Hepple J, Quinton C: One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *BJP* 1997;197:42-46.
98. Hershel J, Kayne JA, Jick SS: Antidepressants and the suicidal behaviors. *JAMA*. 2004;292:338-43.
99. Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, et al: Development and validation of screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *AJP* 2000;157:1873-5.
100. Houle J, Mishara BL, Chagnon F: An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *JAD* 2008;107:37-43.

101. Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, et al: The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *AJP* 1995;152:919-29.
102. Jacobson G. Time-limited crisis therapy. *AJP* 1965;121:1176-82.
103. Janka Z, et al: Dementia szűrővizsgálat kognitív gyorsteszt segítségével. *Orv Hetil* 1988;129:2797-800.
104. Johnson TJ, Pfenninger DT, Klion RE: Constructing and Deconstructing Transitive Diagnosis. In: Neimeyer RA, Raskin JD (eds.): *Constructions of Disorder*. Washington, APA, 2000:145-73.
105. Kalafat J: School approaches to youth suicid prevention. *American Behavioral Scientist* 2003;46:1211-23
106. Kelemen G. (szerk.): *Teledialógus*. Pro Pannónia, Pécs, 2000.
107. 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, 1993:53-118.
108. Kessler RC, Berglund P, Borges G, et al: Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005;293:2487-95.
109. Kézdi B: *A negatív kód*. Pannónia Könyvek, Pécs, 1995.
110. Kézdi B: Pszichológiai és pszichopatológiai szabályszerűségek az öngyilkossági folyamatban. In: Buda B, Fűredi J (eds.): *Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából*. Budapest, Animula, 1986:99-113.
111. Kézdi B: Tagadás és öngyilkosság. *Psychiatr Hung* 1988;3:15-23.
112. Kóczán G, Fekete S, Varga J, et al: 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, 1993:200-203.
113. Kóczán Gy: *Az öngyilkosságok komplex elemzése Baranya megyében, 1984-88*. Kandidátusi értekezés, Pécs, 1994.
114. Koltai M: Transzgenerációs hatások a családban - szuicidium - gyász - megbékélés. In: Koltai M. (szerk.) *Család - pszichiátria - terápia*. Medicina, Budapest, 2003.
115. Kopp M, Szedmák S, Lőke J, et al: A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Med* 1997;3:136-44.
116. Kopp M, Szedmák S: Az öngyilkos magatartás pszichoszociális háttértényezői a magyar lakosság körében. *Végeken* 1997;8(4):4-14.
117. Kopp M. (szerk.): *Magyar lelkiállapot*. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest, 2008.
118. 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, 2000:170-95.
119. KSH: *Öngyilkosságok*. Statisztikai tükör 2008;2(10).
120. Kutcher S, Chehil S: *Suicide risk management: a manual for health professionals*. Blackwell Publishing, Oxford, 2007.
121. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller P, et al: The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiat* 1997;12:224-31.
122. Lester D: The effectiveness of suicide prevention centers: a review. *SLTB* 1997;27:304-10.

123. Lonnqvist J: The Ervin Ringel memorial lecture - On suicide and mental illness: How right was Ringel? In: De Leo D, Schmidtke A, Diekstra RFW (eds.) *Suicide prevention - a holistic approach*. Kluwer Academic Publisher, 1998.
124. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL: Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *AJP* 2002;159:909-916.
125. Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, van Heeringen K, De Leo D, Ystgaard M: Deliberate self-harm within an international community sample of young people: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatr* 2008;49(6):667-77.
126. Magoz-Gurpide A, Baca-Garcia E, Diaz-Sarastre C, et al: Attempted suicide and previous contact with health system. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:329-33.
127. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al : Suicide prevention strategies. A systematic review. *JAMA* 2005;294(16):2064-74.
128. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Mallone KM: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *AJP* 1999;156:181-9.
129. Marusic A, McGuffin P: Interplay of genes and environment as contributory factors in suicidal behaviour. In Hawton K. (ed.) *Prevention and treatment of suicidal behaviour – From science to practice*. Oxford University Press, Oxford, 2005:107-20.
130. McGirr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, Benkelfat C, Lesage A, Turecki G: An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *JAD* 2007;97:203-09.
131. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, et al: Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia. International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82-91.
132. Merrill J, Owens J: Age and attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:385-8.
133. Michel K, Runeson B, Valach I, et al: Contacts of suicide attempters with GPs prior to the venet: a comparison between Stockholm and Bern. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:94-9.
134. Mittendorfer-Rutz E: Trends of youth suicide in Europe during the 1980s and 1990s – gender differences and implications for prevention. *J Mental Health* 2006;3:250-7.
135. Mortensen PB, Agerbo E, Eriksson T, et al: Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2000;355:9-12.
136. Moscicki EK: Gender differences in completed and attempted suicides. *Ann Epidemiology* 1994;4:152-8.
137. Murphy GE: Why women are less likely than men to commit suicide. *Compreh Psychiatr* 1998;9:165-75.
138. Nagy A, Futo K, Voros V, Osvath P, Fekete S: Changes of patterns in suicidal behaviour in Hungary in the last decade - results of Pecs center. *European Psychiatry, Abstracts on CD-Rom*, 2010.
139. Ohberg A, Lönnquist J, Sarna S: Trends and availability of suicide methods in Finland: proposals for restrictive measures. *BJP* 1995;166:35-43.
140. Öjehagen A, et al: Deliberate self-poisoning: repeaters and non-repeaters admitted to an intensive care unit. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:266-71.

141. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T: Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatr* 2003;60:978-982.
142. Olfson M, Weimann M, Leoan A, et al: Suicidal ideation in primary care. *J Gen Int Med* 1996;11:447-53.
143. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ: Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:151-58.
144. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, et al: Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *AJP* 2004;161(8):1433-41.
145. Osváth P, Fekete S, Ábrahám I, et al: Az egészségügyi ellátással való kapcsolat az öngyilkossági kísérlet megelőzően. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Psychiatr Hung* 2001;16:279-89.
146. Osváth P, Fekete S, Ábrahám I: Testi betegségek, lelki állapot és szuicidalitás. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Szenvedélybetegségek* 2000;8:425-32.
147. Osváth P, Fekete S, Jegesy A, Vörös V, Mészáros H: Pszichiátriai zavarok befejezett öngyilkosságot elkövetők mintájában - adatok a WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás pécsi centrumának vizsgálatából. *Szenvedélybetegségek* 2001;9:439-43.
148. Osváth P, Fekete S, Michel K: Az egészségügyi ellátással való kapcsolat az öngyilkossági kísérlet előtt. Összehasonlító vizsgálat a WHO/EURO Multicentrikus Szuicidiumkutatás pécsi és berni centrumának adatai alapján. *Szenvedélybetegségek* 2000;8:252-258.
149. Osváth P, Fekete S, Vörös V, Ábrahám I: Az ismételt öngyilkossági kísérlet elkövetők jellemzői – a szociodemográfiai és pszichopatológiai tényezők szerepe. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidológiai Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Psychiatr Hung* 2002;(17)3:234-44.
150. Osváth P, Fekete S: A pszichofarmakonválasztás jellemzői öngyilkossági kísérletekben. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Orvosi Hetilap* 2003;144:121-24.
151. Osváth P, Fekete S: Életesemények szerepe a szuicid viselkedés kialakulásában. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Psychiatr Hung* 2002;17:409-20.
152. Osváth P, Fekete S: Időskor és öngyilkosság. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Orv Hetil* 2001;142:1161-4.
153. Osváth P, Kelemen G, Erdős BM, Vörös V, Fekete S: The main factors of repetition. Review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on suicidal behaviour. *Crisis* 2003;24(4):151-4.
154. Osvath P, Michel K, Fekete S: Contacts od suicide attempters with healthcare services in Pecs and Bern in the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Int J Psychiatr Clinical Practice* 2003;7(1):3-8.
155. Osvath P, Voros V, Fekete S: Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology* 2004;37(1):36-40.

156. Owens C, Lambert H, Donovan J, et al: A qualitative study of help seeking and primary care consultation prior to suicide. *Brit J Gen Pract* 2005;516:503-9.
157. 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.* Böhme K, Wedler H. (eds.) Roderer Verlag, Regensburg, 1993:514-51.
158. Payne S, Swami V, Stanistreet DL: The social construction of gender and its influence on suicide. A review of the literature. *J Mental Health* 2008;1:23-35.
159. Pirkis J, Burgess P: Suicide and recency of health care contacts-a systematic review. *BJP* 1998;173:462-74.
160. 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, Querejeta 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 Psychiatr Scand* 1992;85:97-104.
161. Platt S, Hawton K: Suicidal behaviour and the labour market. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide.* Hawton K, Van Heeringen K (eds.), Chicester, John Wiley and Sons, 2000.
162. Pompili M, Rihmer Z, Innamorati M, Lester D, Girardi P, Tatarelli R: Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders. *Expert Rev Neurother* 2009;9(1):109-136.
163. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB: Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *AJP* 2003;160:765-72.
164. Qin P, Mortensen PB, Agerbo E, Westgard-Nielsen N, Eriksson T: Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *BJP* 2000;177:546-50.
165. Quan H, Arboleda-Flórez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ: Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:190-7.
166. Rihmer A, Rozsa S, Rihmer Z, et al: Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *JAD* 2009;116:18-22.
167. Rihmer Z, Akiskal H: Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *JAD* 2006;94:3-13.
168. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS: Current research on affective temperaments. *Curr Opin Psychiatr* 2010;23:12-8.
169. Rihmer Z, Belső N, Kiss K: Strategies for suicide prevention. *Curr Opin Psychiatr* 2002;15:83-7.
170. Rihmer Z, Kantor Z, Rihmer A, Seregi K: Suicide prevention strategies - a brief review. *Neuropsychopharmacol Hung* 2004;6(4):195-9.
171. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H: Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *JAD* 1995;35:147-52.
172. Rihmer Z: A bipoláris affektív betegségek korszerű diagnosztikája és ennek gyakorlati konzekvenciái, különös tekintettel a szuicidium predikciójára és prevenciójára. Akadémiai doktori disszertáció, Bp, 2002.
173. Rihmer Z, Fekete S: Öngyilkosság. In: Füredi J, Németh A, Tariska P: *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Medicina Kiadó, Budapest, 2009.



174. Rihmer Z: Prediction and prevention of suicide in mood disorders. *Int J Psych Clin Pract* 2007;11:296-7.
175. Rihmer Z: Recognition of depression and prevention of suicide: the role of general practitioners and general physicians. *Int J Psych Clin Pract* 1997;1:131-4.
176. Rihmer Z: Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatr* 2007;20:17-22.
177. Ringel E: The presuicidal syndrome. *Suicide Life Threat Behav* 1976;6(3):131-49.
178. Robbins A, Wilner A: *Quarterlife crisis: the unique challenges of life in your twenties*. Tarcher, 2001.
179. Rodham K, Hawton K, Evans E: Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1-8.
180. Rossow I, Ystgaard M, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, de Wilde EJ, DeLeo D, Fekete S, Morey C: Cross-national comparisons of the association between alcohol consumption and deliberate self-harm in adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37(6):605-15.
181. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, et al: Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry* 1991;8:29-32.
182. Rubio A, Vestner AL, Stewart JM, Forbes NT, Conwell Y, Cox C: Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biol Psychiatry* 2001;9:137-45.
183. Runeson B, Wasserman D: Management of suicide attempters: what are the routines and the cost? *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:222-8.
184. Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Walinder J: Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet* 1995;345(8948):524.
185. Rutz W, von Knorring L, Walinder J: Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:83-8.
186. Rutz W, Walinder J, von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *Int J Psych Clin Pract* 1997;1:39-46.
187. 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 JG: Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-92. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:327-38.
188. Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, et al: A family study of suicide. In Schou M, Stromgren E. (eds.) *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. Academic Press, New York, 1979:277-87.
189. Shneidman ES: *Definition of suicide*. Northvale, Aronson, 1985.
190. Skoog I, Aevansson O, Beskow J, et al: Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *AJP* 1996;153:1015-20.
191. Spitzer RL, Kroenke K, Williams J: Validation and utility of a self-report version of the PRIME-MD. The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999;282:1737-44.
192. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al: Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1994;272:1749-56.

193. SPSS Base System User's Guide, SPSS Inc., USA, 1990.
194. Stack S, Krysinska K, Lester D: Gloomy Sunday: Did the „Hungarian suicide song” really create a suicide epidemic? *Omega J Death Dying* 2008;56(4):349-58.
195. Stenager EN, Jensen K: Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:109-13.
196. Stenager EN, Madsen C, Stenager E: Suicide in patients with stroke: epidemiological study. *BMJ* 1998; 316:1266.
197. Suominen K, et al: Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:234-40.
198. Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, et al: Health care contacts before and after attempted suicide. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2002;37:89-94.
199. Szadóczky E, et al: Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSMIII R affective and anxiety disorders. *Eur Psychiatr* 2000;15:343-7.
200. Szádóczky E, Fazekas I: Az életesemények szerepe krónikus depresszióban. *Psychiatr Hung* 1995;10:5-9.
201. Szádóczky E, Papp Zs, Vitrai J, et al: A hangulat- és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orv Hetil* 2000;141(1):17-22.
202. Szádóczky E, Rihmer Z, Papp Zs, Vitrai J, Füredi J: Öngyilkos magatartás a felnőtt lakosság körében strukturált kérdőív adatai alapján. *Psychiatr Hung* 2000;15:127-33.
203. Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. A suicide prevention program in a region with very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(8):914-20.
204. Szántó K: Suicidal behavior in elderly. *Psych Times*, 2003 dec.vol XX.13.
205. Temesváry B: Orvosok/orvostanhallgatók öngyilkossággal szembeni attitűdje.Kandidátusi értekezés,1994.
206. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk: Recommendation and Rationale. *Ann Intern Med* 2004;140:820-1.
207. Uncapher, H., Arean, P.A.: Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(2):188-92.
208. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppamäki O, Arvilommi P, Isometsa E: Suicidal behaviour during different phases of bipolar disorder. *JAD* 2007;97:101-7.
209. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä ET: Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66(11):1456-62.
210. Valtonen HM, Suominen K, Haukka J, Mantere O, Leppamäki S, Arvilommi P, et al: Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and II disorders. *Bipol Disord* 2008;10:588-96.
211. van Heringen K: Understanding suicidal behaviour. Wiley, 2001.
212. Varnik A, Kolves K, Allik J, Arensman E Aromaa E, van Audenhove C, Bouleau JH, et al: Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 European countries. *JAD*, doi: 10.1016/j.jad.2008.06.04.

213. Vieta E, Sánchez-Moreno, Bulbena A, et al: Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: The 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *JAD* 2007;101:43-55.
214. Voros V, Fekete S, Osvath P: Suicidal behaviour among patients visiting general practitioner. *Psychiatr Danub* 2006;18:155.
215. Vörös V, Osváth P, Ambrus N, Csürke J: Trauma és krízis. In: Csürke J, Vörös V, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélektan Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.
216. Voros V, Osvath P, Fekete S: Assessing and managing suicidal behavior in primary care setting - A model for an integrated regional suicide prevention strategy. *Int J Psychiatr Clin Pract* 2009;13(4):307-11.
217. Vörös V, Osváth P, Fekete S: Gender specific suicide treatment/prevention strategies on the basis of the hungarian WHO/EURO Study on suicidal behaviour. World Health Organization, Regions for Health Network, Workshop on Gender-Specific Suicide Prevention and Treatment Services at the Regional Level, Győr, Hungary, 2003.
218. Vörös V, Osváth P, Fekete S: Mentális zavarok felmérése öngyilkossági kísérletet elkövetők csoportjában. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicídium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Psychiatr Hung* 2002;(17)4:398-408.
219. Voros V, Osvath P, Kovacs L, Varga J, Fekete S, Kovacs A: Screening for suicidal behaviour and mental disorders with Prime-MD Questionnaire in general practice. *Primary Care and Community Psychiatry* 2006;11(4):193-6.
220. Vörös V, Osváth P, Ruzsics I, et al: Az öngyilkos viselkedés gyakorisága és jellegzetességei a családorvosi gyakorlatban. *Orv Hetil* 2006;6:263-8.
221. Vörös V, Osváth P: Az öngyilkossági krízis felismerésének és kezelésének lehetőségei – egy komplex, regionális, integratív krízisintervenció és szuicid-prevenációs modell. In: Csürke J, Vörös V, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélektan Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.
222. Vuorilehto MS, Melartin TK, Isometsä ET: Suicidal behaviour among primary-care patients with depressive disorder. *Psychol Med* 2006;36:203-10.
223. Waern M, Beskow J, Runeson B, et al: High rate of antidepressant treatment in elderly people who commit suicide. *BMJ* 1996;313:1118.
224. Waern M, Beskow J, Runeson B, Skoog I: Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet* 1999;354:917-8.
225. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmsson K, Allebeck P: Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ* 2002;324:1555-7.
226. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, Wilhelmsson K: Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *AJP* 2002;159:450-5.
227. Wasserman D, Geijer T, Solokowski M, et al: Genetic variation in the HPA axis regulatory factor, T-box19, and the angry/hostility personality trait. *Genes Brain and Behavior* 2006;6:321-8.

228. Wasserman D, Wasserman C (eds.): Oxford textbook of suicidology and suicide prevention – a global perspective. Oxford University Press, 2009.
229. Wedler H: Az öngyilkosság veszélyeztetett páciens. Stuttgart, Hypokrates Kiadó. Kézirat fordítás, 1992.
230. Weissman M, et al: Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psycholog Med* 1999;29:9-17.
231. Wolk-Wasserman D: Contacts of suicidal neurotic and prepsychotic/psychotic patients and their significant others with public care institutions before the suicidal attempts. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:358-72.
232. Yang B, Clum GA: Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: a review. *Clin Psychol Rev* 1996;16:177-95.
233. Zhang X, Li HS, Zhu QH, Zhou J, Zhang S, Zhang L, Sun CY: Trends in suicide by poisoning in China 2000-2006: Age, gender, method, and geography. *Biomed Environment Sci* 2008;21:253-6.
234. Zonda T: A magyarországi öngyilkossági ráták csökkenése mögött feltételezhető okok vázlatos elemzése. *Szenvedélybetegségek* 2001;9:26-30.

## V. ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK

1. táblázat. A vizsgált szuicid kísérletezők fontosabb demográfiai mutatói

	<b>Nők</b>	<b>Férfiak</b>
<b>Kísérletek száma</b>	728 (62,9 %)	430 (37,1 %)
Esemény/személy	1,24	1,24
<b>Átlagéletkor (év)</b>	37,38	34,67
Életkori határok	14 – 89	16 – 80
SD	16,36	13,32
<b>Ismételt kísérlet (%)</b>	52,1	53,3
Egy éven belül	24,9	25,8
Prospektív ismétlők	32	29

2. táblázat. A szuicid kísérletezők csoportjában észlelhető nemi különbségek a szocio-ökonomiai változók szempontjából a pécsi régióban (többváltozós logisztikus regressziós modell, n=1158)

<b>Kategóriák</b>		<b>Esélyhányados (nők a férfiakhoz képest)</b>		
		<b>OR</b>	<b>CI (95 %)</b>	<b>Sig.</b>
<b>Mentális zavarok</b>	Alkalmazkodási zavar	1		
	Addikciók	0,285	0,157-0,520	0,002
	Pszichotikus zavarok	0,598	0,272-1,312	0,200
	Affektív zavarok	1,269	0,869-1,853	0,217
	Személyiségzavarok	0,918	0,569-1,482	0,726
	Organikus zavarok	0,721	0,313-1,660	0,442
<b>Korcsoportok (évek)</b>	10-24	1		
	25-34	0,604	0,391-0,932	0,023
	35-44	0,577	0,359-0,928	0,023
	45-54	0,733	0,409-1,315	0,298
	55-64	0,338	0,157-0,727	0,005
	65<	0,811	0,309-2,127	0,670
<b>Családi állapot</b>	Házass	1		
	Egyedülálló	1,901	0,916-3,944	0,085
	Özvegy	6,549	2,246-19,097	0,001
	Elvált	1,644	0,841-3,213	0,146
<b>Kivel él</b>	Családdal	1		
	Egyedül	0,213	0,102-0,444	0,001
	Gyermekekkel	2,448	0,973-6,159	0,057
	Más hozzátartozóval	0,274	0,135-0,554	0,001

	Intézményben	0,581	0,278-1,214	0,149
<b>Gazdasági helyzet</b>	Aktív, dolgozó	1		
	Munkanélküli	0,598	0,262-1,368	0,223
	Inaktív, nyugdíjas	2,381	1,668-3,400	0,001
<b>Iskolázottság, képzettség</b>	Felsőfokú	1		
	Középfokú	1,071	0,570-2,013	0,830
	Alapfokú	0,754	0,400-1,420-	0,382

**3. táblázat.** A nemi különbségek jellegzetességei szuicid kísérletezőkben (a chi négyzet próbák és a logisztikus regressziós modell alapján)

	<b>Férfiak</b>	<b>Nők</b>
<b>Gazdasági státusz</b>	Inaktív (munkanélküli)	Inaktív (rokkantnyugdíjas)
<b>Családi állapot</b>	Egyedül él	Elvált, vagy özvegy
<b>Mentális zavar</b>	Alkoholproblémák	Depresszív zavarok
<b>Módszer</b>	Violens (vágás, akasztás)	Gyógyszerbevétel
<b>Bevett gyógyszer</b>	Meprobamát, karbamazepin	Benzodiazepinek
<b>Egyéb</b>	Segélykérés hiánya	Ismételt kísérletek

**4. táblázat.** A pszichopatológiai skálák átlagértékeinek megoszlása a serdülő szuicid kísérletezőkben (Mann-Whitney próba; \*\*\*= $p < 0,001$ )

	<b>ÖSSZESEN</b>		<b>FIÚK</b>		<b>LÁNYOK</b>	
	<b>(N=3982)</b>		<b>(N=2122)</b>		<b>(N=1860)</b>	
	<b>Kontroll</b>	<b>Kísérlet</b>	<b>Kontroll</b>	<b>Kísérlet</b>	<b>Kontroll</b>	<b>Kísérlet</b>
		<b>(N=250)</b>		<b>(N=68)</b>		<b>(N=182)</b>
<b>Önértékelés</b>	21,8	19,56***	22,21	20,26***	21,3	19,45***
<b>Impulzivitás</b>	14,64	16,83***	14,43	16,06***	14,92	17,1***
<b>Szorongás</b>	6,29	9***	5,84	8,23***	6,85	9,23***
<b>Depresszió</b>	6,23	9,05***	6,3	8,68***	6,14	9,18***

**5. táblázat.** Az időskori szuicid kísérletezők főbb demográfiai jellemzői

	Szuicid kísérlet (N=62) (%)	Kontroll (N=152) (%)
<b>Férfi</b>	17 (26,6)	47 (30)
<b>Nő</b>	45 (73,4)	105 (70)
<b>Korátlag (év)</b>	74,4	76,4
<b>Min-max</b>	65-90	65-95
<b>Standard deviáció</b>	5,94	6,88

**6. táblázat.** A pszichiátriai diagnosztikus kategóriák megoszlása az időskori szuicid kísérletezőkben (egy beteg több diagnózist is kapott)

	Szuicid kísérlet (N=62)		Kontroll (N=152)		Egyváltozós logisztikus regressziós elemzés		
	N	%	N	%	OR	CI (95%)	Sig.
<b>Demencia</b>	22	35,5	102	67,1	0,27	0,145-0,50	<0,0001
<b>Egyéb organikus zavar (leginkább delírium)</b>	8	12,9	90	59,2	0,10	0,045-0,22	<0,0001
<b>Alkohol/drog függőség</b>	5	8,1	9	7,2	1,12	0,374-3,38	Ns.
<b>Pszichotikus zavarok</b>	1	1,6	11	5,9	0,26	0,032-2,10	Ns.
<b>Depresszív hangulat zavarok</b>	33	53,2	24	15,8	6,1	3,129-11,7	<0,0001
<b>Alkalmazkodási zavarok</b>	22	35,5	9	5,9	8,7	3,731-20,4	<0,0001

**7. táblázat.** A kognitív hanyatlás mértékének eloszlása az idős szuicid kísérletezőkben

A kognitív hanyatlás mértéke	MMSE értéke	Szuicid kísérlet (N=62)		Kontroll (N=152)		Univariate logisztikus regressziós elemzés		
		pont	N	%	N	%	OR	CI (95%)
Nem volt	29-30	19	37,3	1	1,8	32	4-251	<0,0001
Enyhe kognitív zavar	25-28	12	23,5	10	18,2	1,4	0,54-3,55	Ns.
Enyhe fokú demencia	15-24	17	33,3	27	49,1	0,52	0,236-1,13	Ns.
Közepes fokú demencia	11-14	2	3,9	10	18,2	0,18	0,038-0,88	<0,05
Súlyos fokú demencia	<10	1	2	7	12,7	0,14	0,016-1,15	<0,05

**8. táblázat.** A szuicid kísérlettel összefüggő jellemzők idős szuicid kísérletezőkben (többváltozós logisztikus regressziós modell \*)

Kategoróriák	A szuicid kísérletezőket (N=62) jellemző esélyhányadosok		
	OR	CI (95 %)	Szig.
<b>Mentális zavarok</b>			
Demencia	0,88	0,153-3,316	Ns.
Egyéb organikus z. (leginkább delirium)	0,26	0,052-1,082	<0,05
Alkohol/drog függőség	0,35	0,090-5,164	Ns.
Pszichotikus zavarok	0,99	0,052-62,25	Ns.
Depresszív hangulatzavarok	4,17	0,614-18,42	0,06
Alkalmazkodási zavarok	12,14	1-41,158	<0,01
<b>Kognitív romlás mértéke</b>			
Nem volt	1		



<b>Enyhe kognitív zavar</b>	0,053	0,003-0,597	<0,05
<b>Enyhe fokú demencia</b>	0,065	0,005-0,781	<0,05
<b>Közepes fokú demencia</b>	0,031	0,001-0,991	<0,05
<b>Súlyos fokú demencia</b>	0,01	0,001-1,233	<0,05.
<hr/>			
<b>Korábbi szuicid kísérlet</b>	4,623	1,406-22,78	<0,01
<hr/>			
<b>Pszichés stresszor</b>	1,275	0,337-4,827	Ns.
<hr/>			

\*A logisztikus regressziós elemzésben szereplő további változók: családi állapot, együttélés, korábbi pszichiátriai kezelés, illetve rendszeres orvosi ellenőrzés

**9. táblázat.** A monitorizált és a MINI interjúval vizsgált szuicid páciensek főbb demográfiai jellemzői

DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐK	MONITOR vizsgálat (N=1158)	M.I.N.I. interjú (N=100)
<b>NEMI MEGOSZLÁS</b>		
Férfiak	430 (37 %)	44 (44 %)
Nők	728 (63 %)	56 (56%)
<b>ÁTLAGÉLETKOR</b>	36,37	38,22
Min.-max.	14-89	15-80
SD	15,23	14,3
<b>KORÁBBI KÍSÉRLET</b>	52,5 %	55 %

**10. táblázat.** Az öngyilkossági kísérlet módszereinek megoszlása a monitorizált és a MINI interjúval vizsgált betegek csoportjában

KÍSÉRLET MÓDSZEREI (%-ban)	MONITOR vizsgálat (N=1158)	M.I.N.I. interjú (N=100)
Gyógyszermérgezés	70,6	67,4
Vágás	9,7	11,6
Akasztás	2,2	2,2
Egyéb violens	1,7	0,7
Alkohol intoxikáció	16	18,1

**11. táblázat.** A mentális zavarok megoszlási aránya a monitorizált és a MINI interjúval vizsgált betegek csoportjában

MENTÁLIS ZAVAROK (%-ban)	MONITOR vizsgálat (N=1158)	M.I.N.I. interjú (N=100)	
		Klinikai diagnózis	M.I.N.I. diagnózis
Diagnosztikus eszköz (BNO-10 szerint)	Klinikai diagnózis	Klinikai diagnózis	M.I.N.I. diagnózis
Alkalmazkodási zavar	50,4	31,5	7
Affektív zavarok	15,1	21,2	38,2
Szorongásos zavarok	2,6	4,9	23,1
Személyiségzavarok	13,1	14,7	3,3
Addikciók	12	23,3	18,9
Pszichotikus zavarok	2,3	4,3	5,7

**12. táblázat.** A bipoláris zavarban szenvedő páciensek legfontosabb jellemzői (többváltozós logisztikus regressziós modell)

Jellemzők	A bipoláris pácienseket (N= 77) jellemző esélyhányadosok		
	OR	CI (95 %)	Szig.
<b>Nem</b>	0.48	0.217-1.055	0.066
<b>Földrajzi mobilitás</b>	<b>1.86</b>	0.736-4.708	0.190
<b>Szuicid kísérlet az élet során</b>	1.15	0.410-3.202	0,103
<b>Ismételt szuicid kísérlet</b>	<b>1.815</b>	0.623-5.289	0.275
<b>Impulzivitás (Barrat Skála)</b>			
- alacsony (75 pont >)	1		0.005
- közepes (76-82)	<b>3.679</b>	1.565-8.643	0.003
- magas (83 <)	<b>3.568</b>	1.488-8.554	0,004

**13. táblázat.** A szuicid és a kontroll csoport fontosabb adatai (egyváltozós logisztikus regressziós modell)

Változók	Szuicid (N=25)		Kontroll (N=252)		Összesen (N=277)		Egyváltozós logisztikus regresszió		
	N	%	N	%	N	%	OR	CI 95%	Sig.
<b>Nemi megoszlás</b>									
Férfi	7	28	116	46	123	44,4			
Nő	18	72	136	54	154	55,6	2,193	0,885-5,435	0,090
<b>Korátlag</b>									
Férfi	42,43 (11,66;24-56)		47,52 (16,28;18-65)		45,49 (13,15;18-65)		F=0,661; df=1; p=0,418		
Nő	46,67 (12,57;22-65)		48,66 (14,90;18-65)		47,42 (12,88;18-65)		F=0,294; df=1; p=0,588		
<b>Új pszichiátriai diagnózisok (Prime-MD kérdőív alapján)</b>									
Depresszív zavar	9	36	9	3,6	18	6,5	15,188	5,297-43,546	<0,0001
Szorongásos zavar	6	24	7	2,8	13	4,7	11,053	3,376-36,190	<0,0001

Alkoholfüggőség	1	4	5	2	6	2,2	2,058	0,231-18,347	0,518
<b>Ismert pszichiátriai diagnózisok (anamnézis alapján)</b>									
Depresszív zavar	6	24	8	3,2	14	5,1	9,632	3,029-30,628	<0,0001
Szorongásos zavar	1	4	1	0,4	2	0,7	10,458	0,634-172,54	0,101
Alkoholfüggőség	2	8	2	0,8	4	1,4	10,870	1,462-80,795	0,020
<b>Jelenleg szedett pszichotrop gyógyszerek megoszlása</b>									
Altatók	1	4	5	2	6	2,2	2,058	0,231-18,347	0,518
Nyugtatók	15	60	50	19,8	65	23,5	6,060	2,570-14,292	<0,0001
Hangulatjavítók	8	32	7	2,8	15	5,4	16,471	5,335-50,845	<0,0001
<b>Korábbi pszichiátriai kezelés</b>									
Nem volt	17	68	242	96	259	93,5			
Volt	8	32	10	4	18	6,5	11,388	3,978-32,600	<0,0001
<b>A háziorvossal való találkozás gyakorisága</b>									
Rendszeres kapcsolat	3	12	52	20,6	55	19,9	0,524	0,151-1,820	0,309
<b>Egészségi állapot értékelése</b>									
	N	%	N	%	N	%	<b>Df</b>	<b>chi</b>	<b>P</b>
							4	62,859	<0,0001
Kitűnő	0	0	3	1,2	3	1,1			
Nagyon jó	0	0	18	7,1	18	6,5			
Jó	5	20	131	52	136	49,1			
Tűrhető	10	40	94	37,3	104	37,5			
Rossz	10	40	6	2,4	16	5,8			

**14. táblázat.** A szuicid csoport fontosabb jellemzői (többváltozós logisztikus regressziós modell\*)

Kategóriák	A szuicid csoportot (N=25) jellemző esélyhányadosok		
	OR	CI (95 %)	Sig.
<b>Nem</b>	1,467	0,407-5,282	0,558
<b>Hangulatjavító szedés</b>	27,662	4,516-169,454	<0,0001
<b>Nyugtató szedés</b>	1,248	0,300-5,193	0,761
<b>Korábbi pszichiátriai kezelés</b>	7,276	1,074-49,299	<0,05
<b>Korábbi szuicid kísérlet</b>	18,196	1,813-182,571	<0,01
<b>Jelenlegi depressziós hangulatzavar</b>	18,324	3,379-99,375	<0,001
<b>Jelenlegi szorongásos zavar</b>	3,049	0,391-23,776	0,287
<b>Rendszeres kapcsolat a háziorvossal</b>	0,09	0,011-0,725	<0,05

\* a logisztikus regressziós elemzésben szereplő további változók: nem, altatószer-fogyasztás, alkoholfüggőség

**15. táblázat.** Útmutató a kezelés megválasztásának módjára szuicid rizikóval, illetve szuicid magatartással jelentkező páciensek esetében

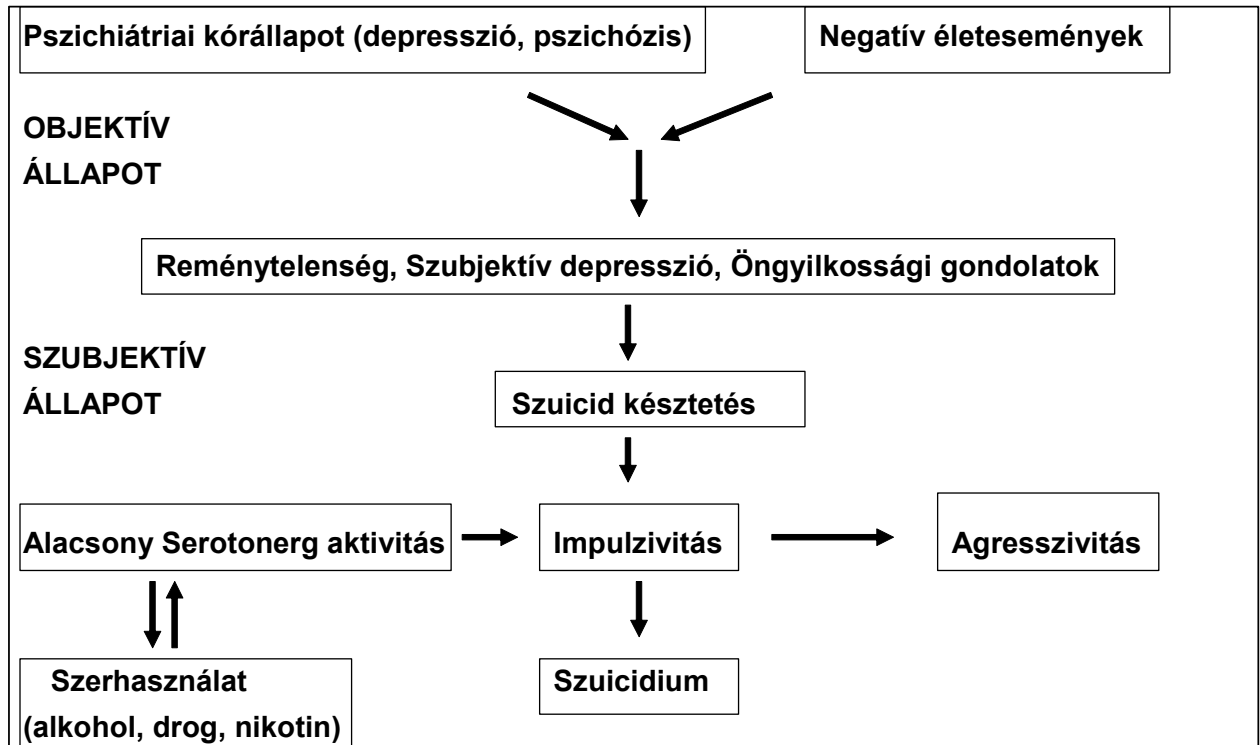
	1	2	3	4
<b>Szuicid kísérletet követően, ha a páciens...</b>		+		
Pszichotikus	+			
kísérlete violens, vagy majdnem letális volt	+			
előkészületeket tett a megmentés elkerülése érdekében	+			
továbbra is szuicid terveket és/vagy intenciókat hangoztat	+			
feszültsége fokozódott és megbánta, hogy túlélte a kísérletet	+			
45 évesnél idősebb férfi	+			
nem rendelkezik megfelelő támogató családi és/vagy szociális közeggel	+			
impulzív, agítált, elutasító	+			
mentális állapota organikus hátterű akut eltérést mutat	+			
<b>Szuicid gondolatok jelenléte esetén, megkísérelt szuicidium nélkül, és...</b>			+	
a terv letalitása magas	+			
az intenció kifejezett	+			
pszichózissal társul		+		
major pszichiátriai betegség áll fenn		+		
korábbi szuicid kísérletek történtek (főleg, ha súlyosak)		+		
testi betegség társul hozzá (például tumor, gyulladás, neurológiai betegség)		+		
a további járóbeteg ellátással való együttműködés hiányzik		+		
ellenőrzött gyógyszeres, vagy ECT kezelésre van szükség		+		
további alaposabb obszervációra, vagy kivizsgálásra van szükség		+		
elégtelen a családi és/vagy a szociális támogatottság		+		
nem megfelelő az orvos-beteg kapcsolat és a további követés lehetősége		+		
a szuicid kísérlet kiváltó tényező hatására alakult ki			+	
a terv/módszer és az intenció alacsony letalitású			+	
Stabil és támogató környezetben él			+	
együttműködik a további járóbeteg kezeléssel, vagy már kezelés alatt áll			+	
nem súlyos korábbi kísérlet után, támogató közeg és együttműködés esetén				+
<b>Szuicid kísérlet és szuicid gondolatok/tervek/intenciók hiányában</b>				+
de a pszichiátriai vizsgálat, vagy az anamnézis akut szuicid rizikóra utal		+		

1. Általában pszichiátriai osztályos beutalás és kezelés szükséges
2. Pszichiátriai osztályos beutalás szükségessé válhat
3. Pszichiátriai sürgősségi ellátás utáni elbocsátás lehetséges (további ellátás javaslatával)
4. A járóbetegellátás hasznosabb lehet a hospitalizációnál

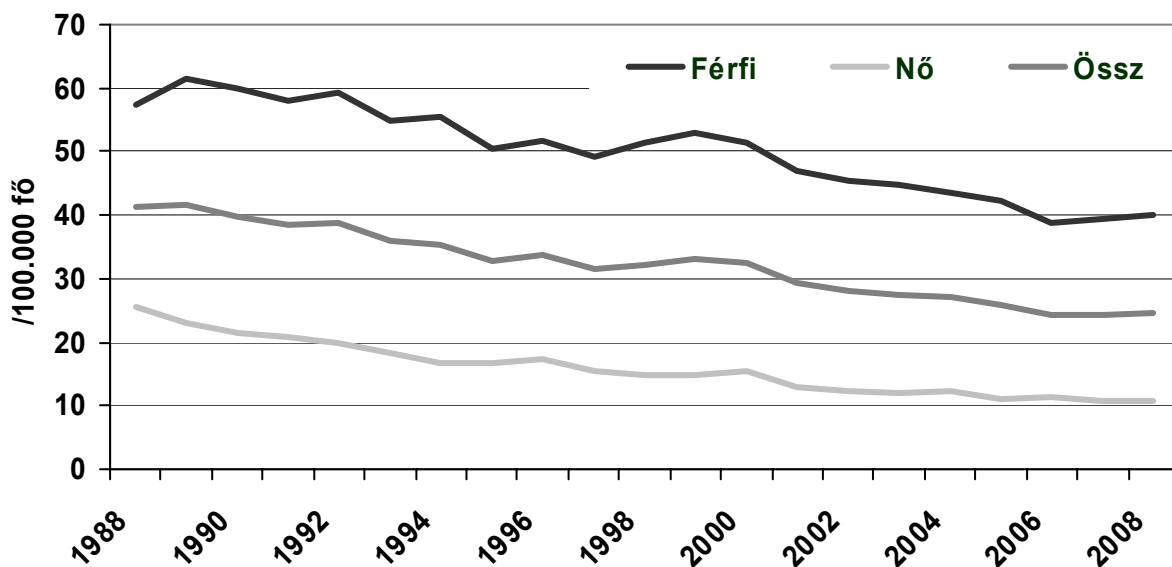
**16. táblázat.** A bio-pszicho-szociális, valamint a stressz-diatézis modell integrációja a szuicid viselkedés vonatkozásában (néhány példával illusztrálva)

<b>MODELL</b>	<b>Biológiai</b>	<b>Pszichológiai</b>	<b>Szociális</b>
<b>Stressz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mentális zavar aktuális kialakulása (major depresszív epizód, pszichotikus zavar)</li> <li>- Poszt-partum állapot</li> <li>- Gyógyszerszedés (szteroid, SSRI kezdeti időszaka)</li> <li>- Kóros szerhasználat (alkohol, drog, nikotin), stb.</li> <li>- Depresszió, szuicidium a családban</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktuális negatív életesemények</li> <li>- Stresszhelyzetek</li> <li>- Lélektani krízisállapot</li> <li>- Veszteségek (válás)</li> <li>- Gyász, stb.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Migráció, emigráció</li> <li>- Társadalmi, gazdasági változások</li> <li>- Társadalmi szerepek megváltozása</li> <li>- Egzisztenciális problémák</li> <li>- Munkanélkülivé válás, stb.</li> </ul>
<b>Diatézis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krónikus mentális zavar az élet során</li> <li>- Szerotonerg rendszer diszfunkció, stb.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Szűkebb családi környezet</li> <li>- Személyiségfejlődés zavarai</li> <li>- Gyermekkori traumatizáció, stb.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Társadalmi, kulturális közeg, illetve korszak, amibe születünk</li> <li>- Transzgenerációs hatások, stb.</li> </ul>

1. ábra. A szuicid viselkedés stressz-diatézis modellje (Mann alapján, 1999)

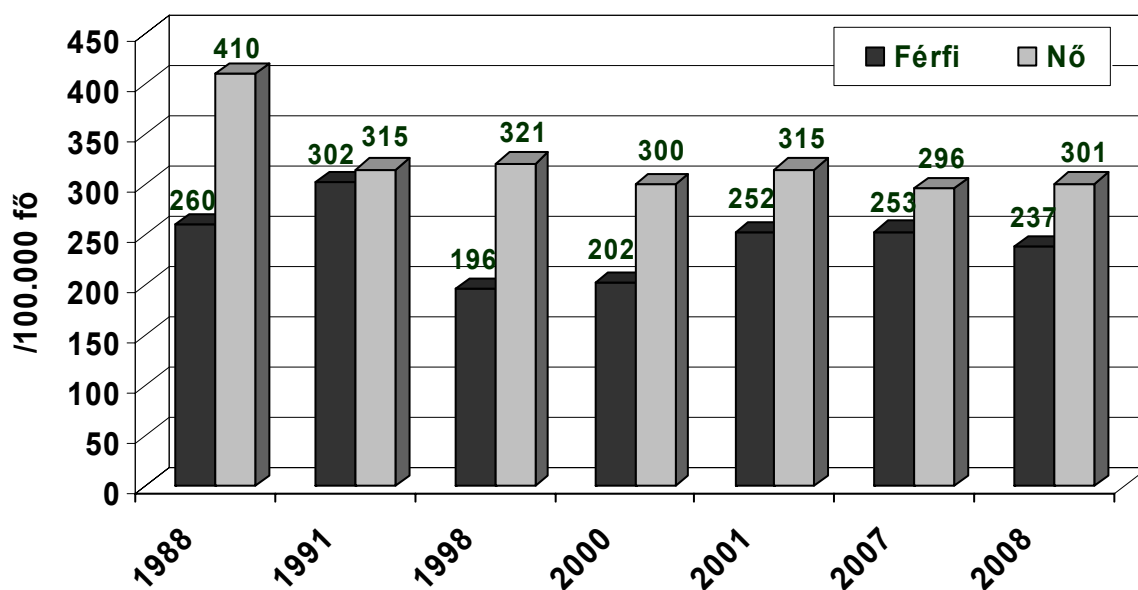


2. ábra. A befejezett öngyilkosságok gyakorisága hazánkban a KSH országos adatai szerint (1988-2008)

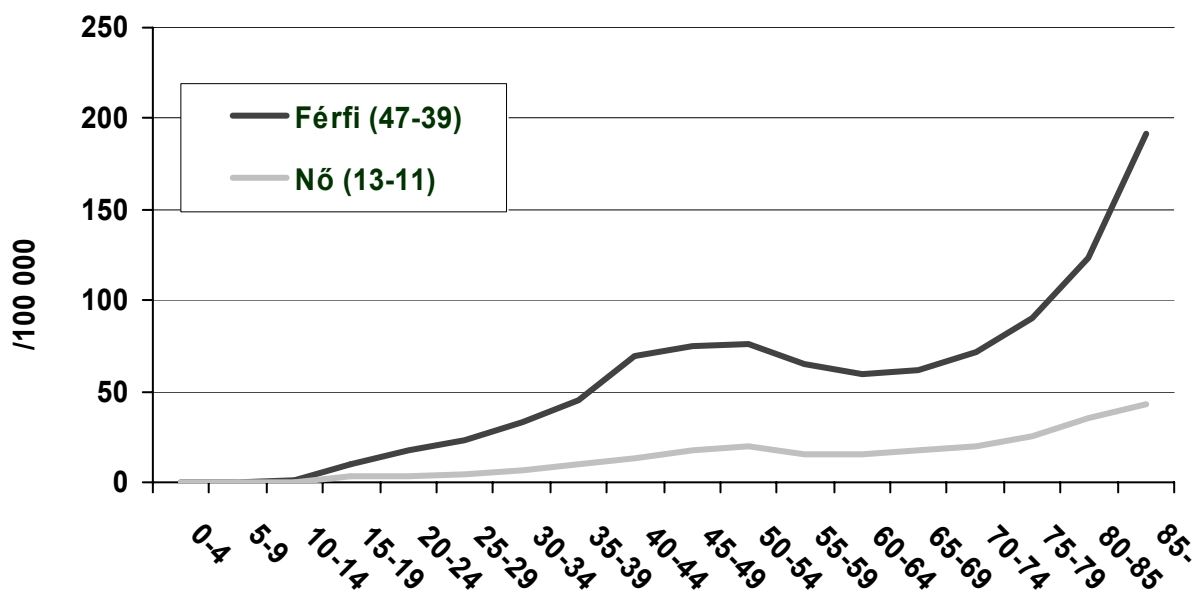




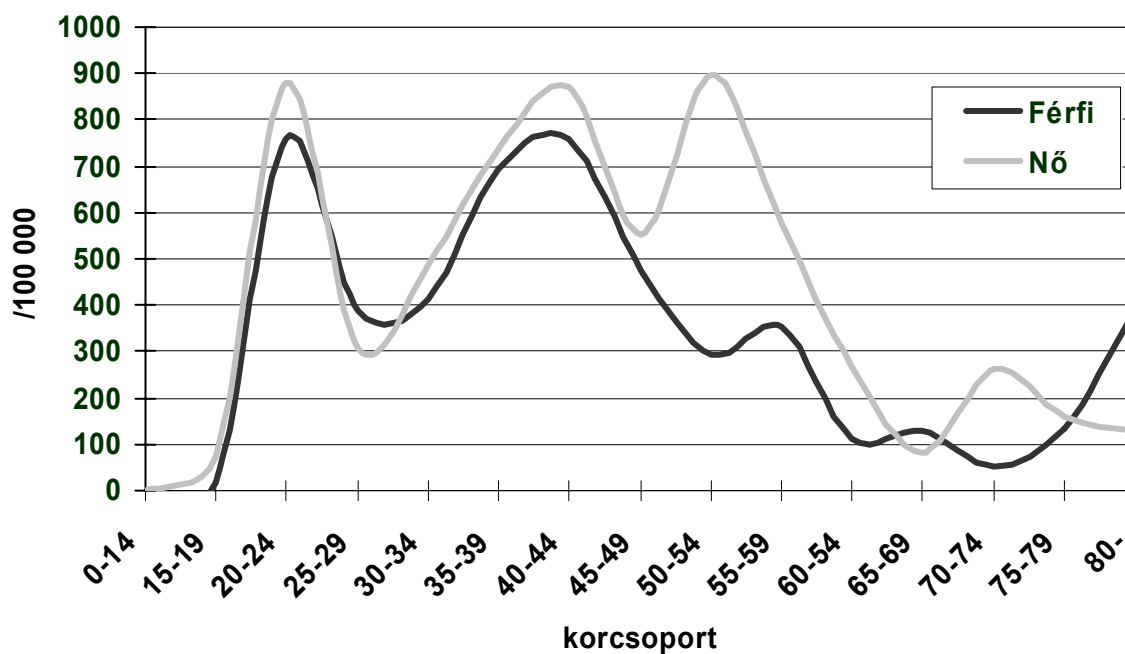
3. ábra. Az öngyilkossági kísérletek gyakorisága a pécsi régióban (1988-2008)



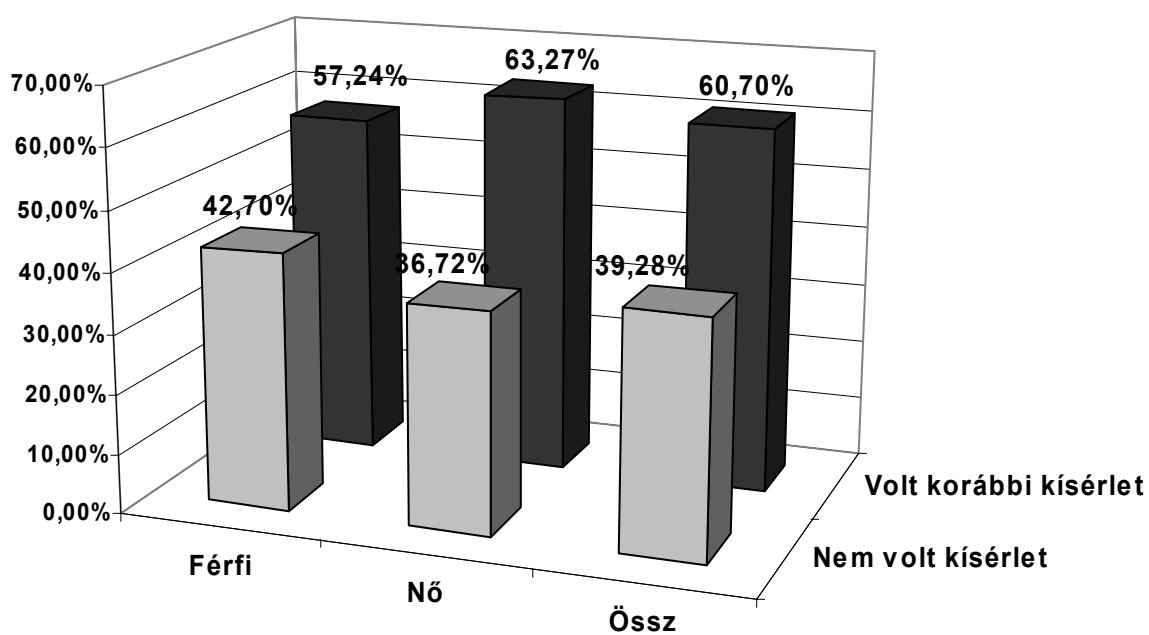
4. ábra. Kormegoszlás az öngyilkosságot elkövetőknél a KSH országos adatai szerint (2008)



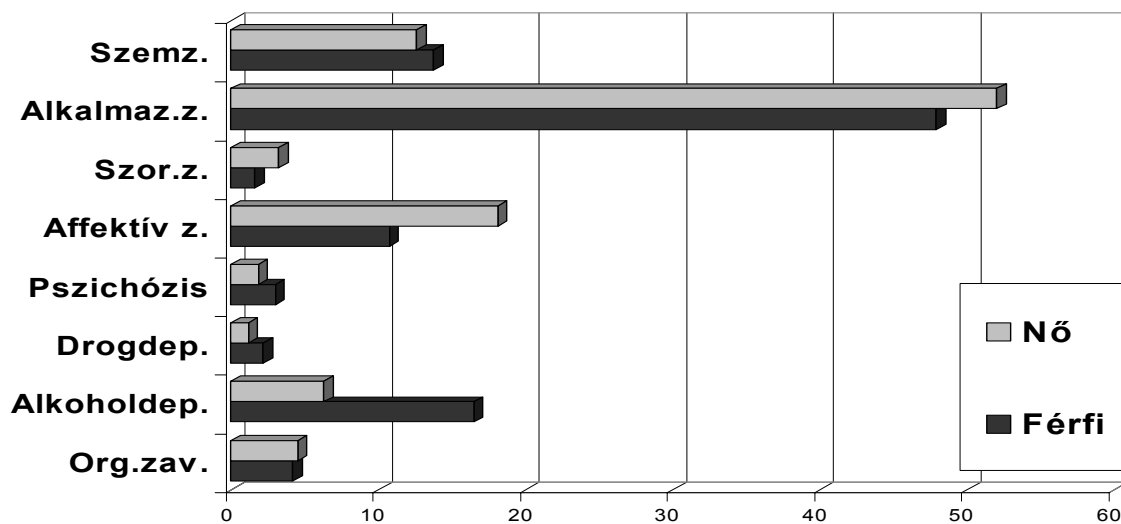
5. ábra. Kormegoszlás az öngyilkosságot megkísérlőknél a pécsi régióban (2008)



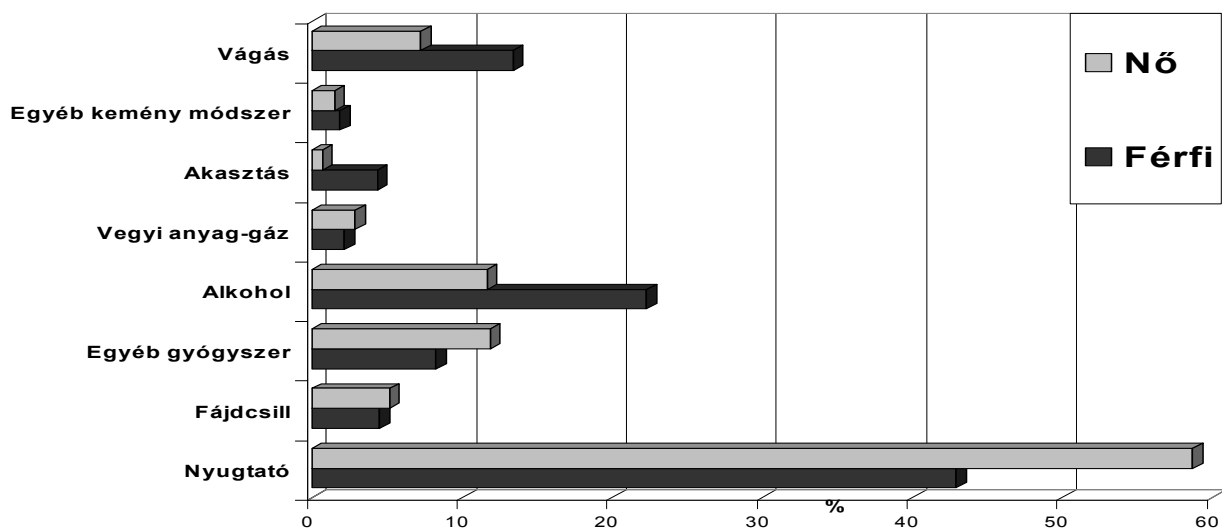
6. ábra. A szuicid kísérletet ismétlők aránya a pécsi régióban (2008)



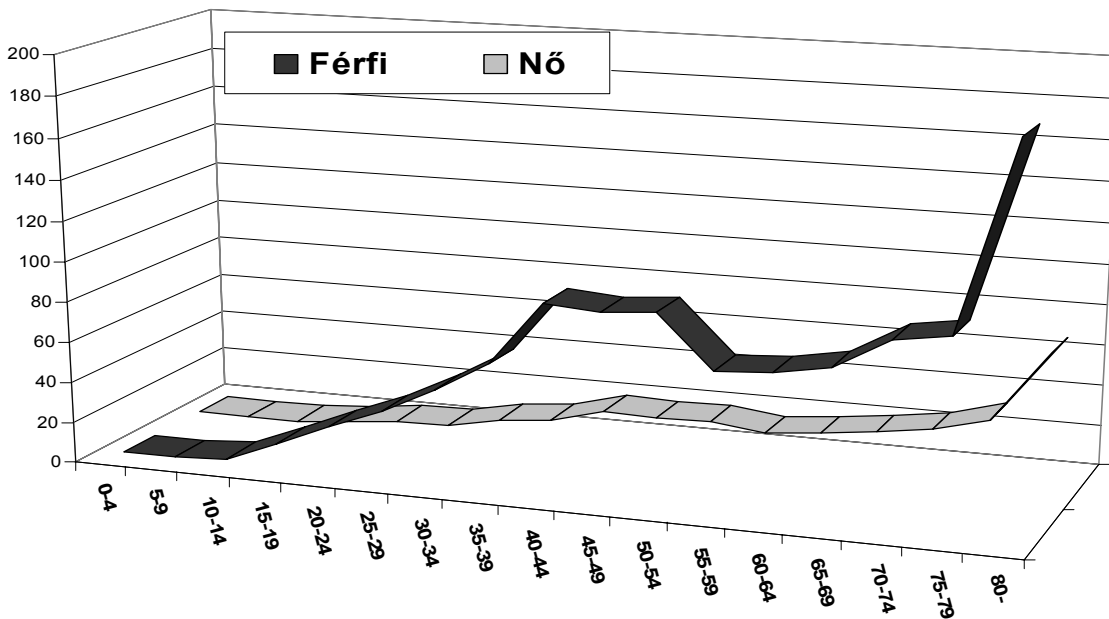
7. ábra. A BNO-10 szerinti pszichiátriai diagnózisok százalékos megoszlása a szuicid kísérletezőkben (Pécsi monitor vizsgálat, 2001, N=1158)



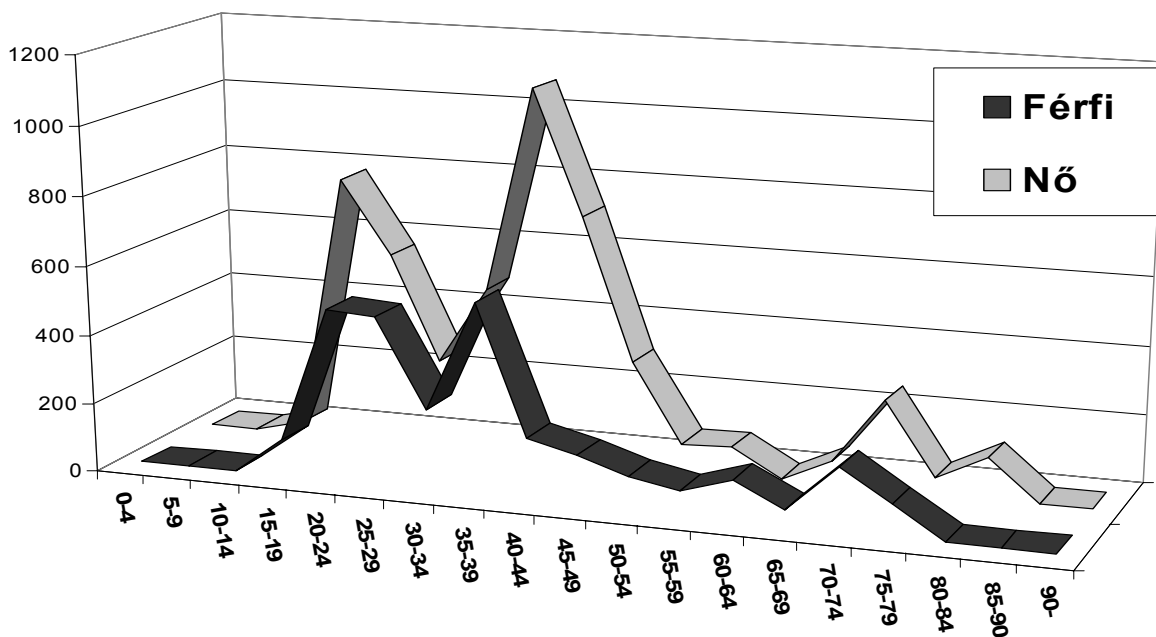
8. ábra. A módszerválasztás jellemzői szuicid kísérletezők csoportjában (Pécsi monitor vizsgálat, 2001, N=1158)



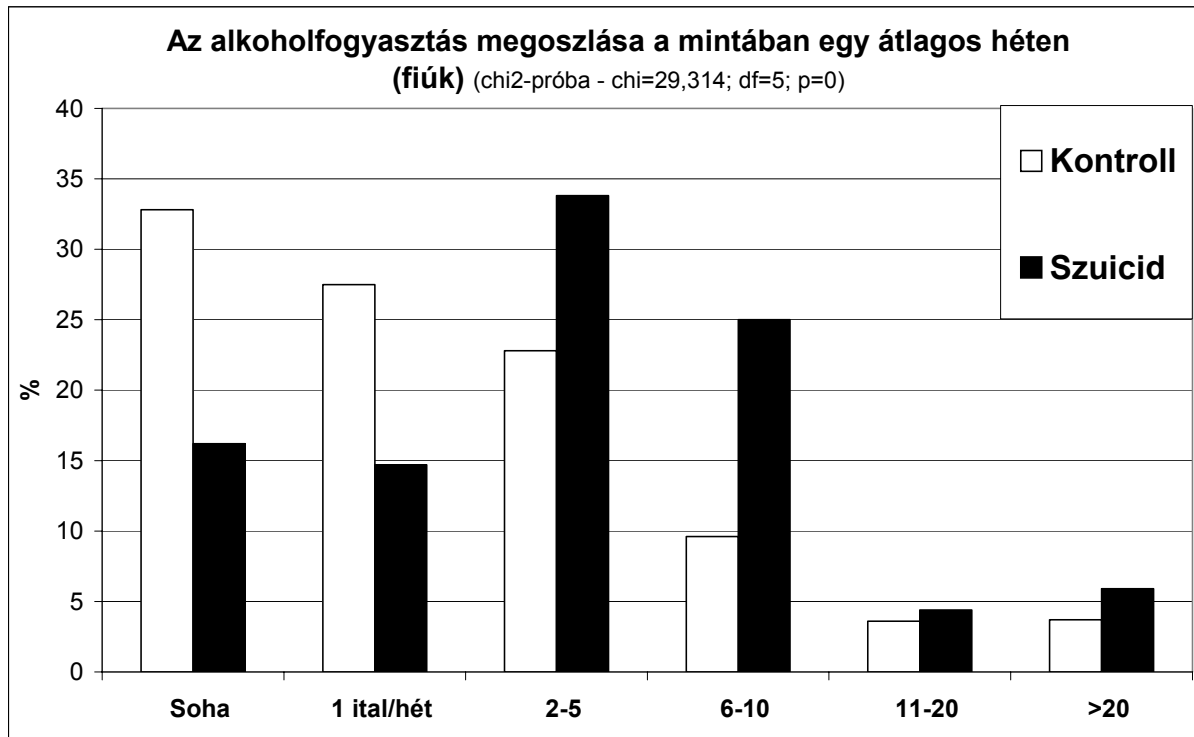
**9. ábra.** Az öngyilkossági halálozás korcsoportok és nemek szerint Magyarországon 100 000 lakosra (KSH, 2001)



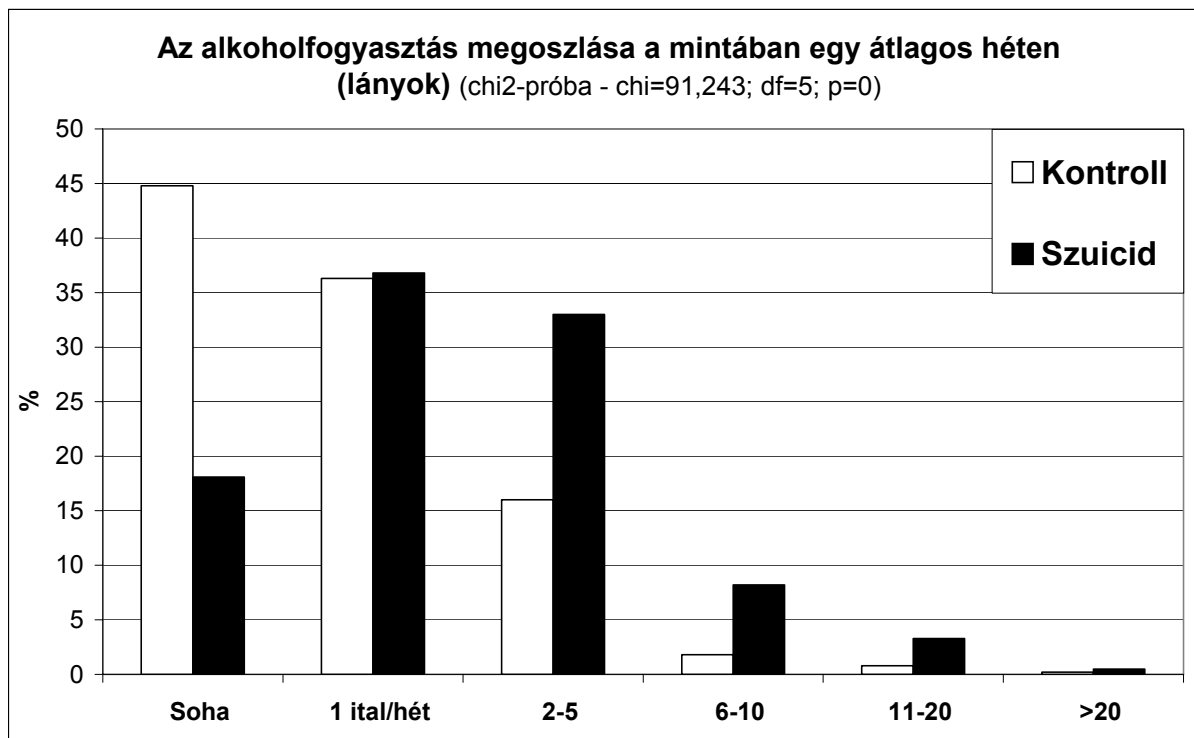
**10. ábra.** Az öngyilkossági kísérletek korcsoportok és nemek szerinti megoszlása 100 000 lakosra (pécsi régió, 2001)



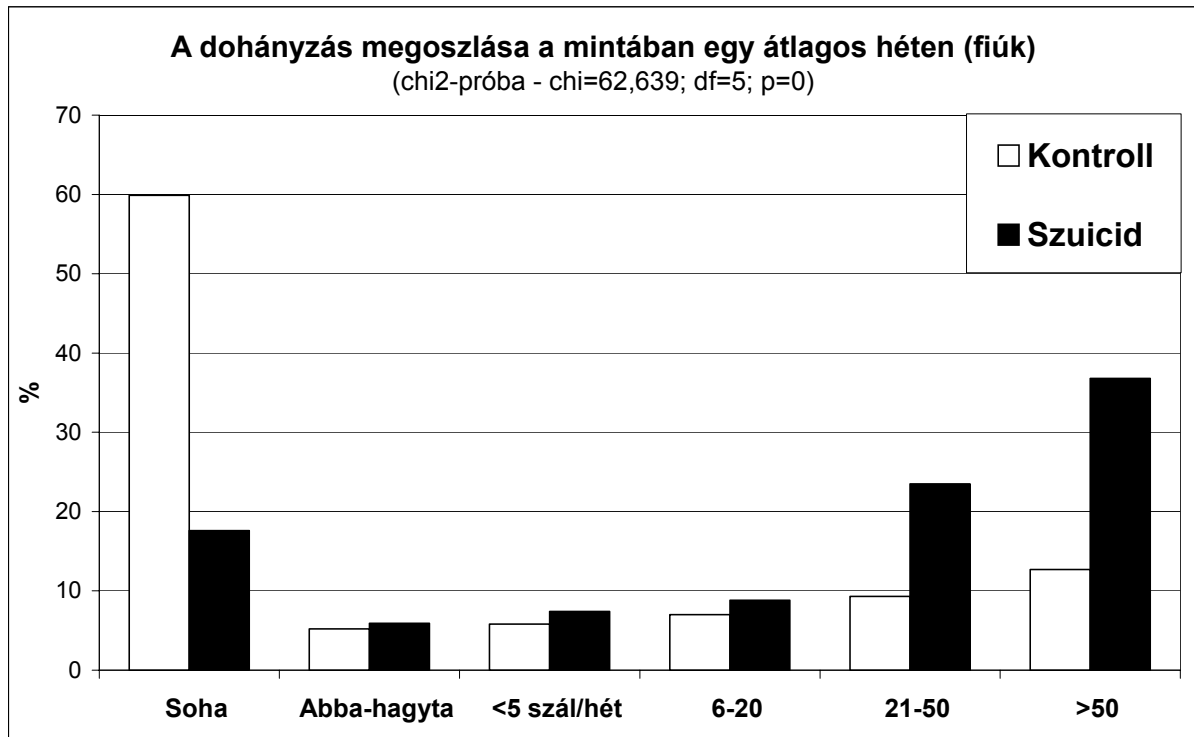
11. ábra. Az alkoholfogyasztás megoszlása fiúkban



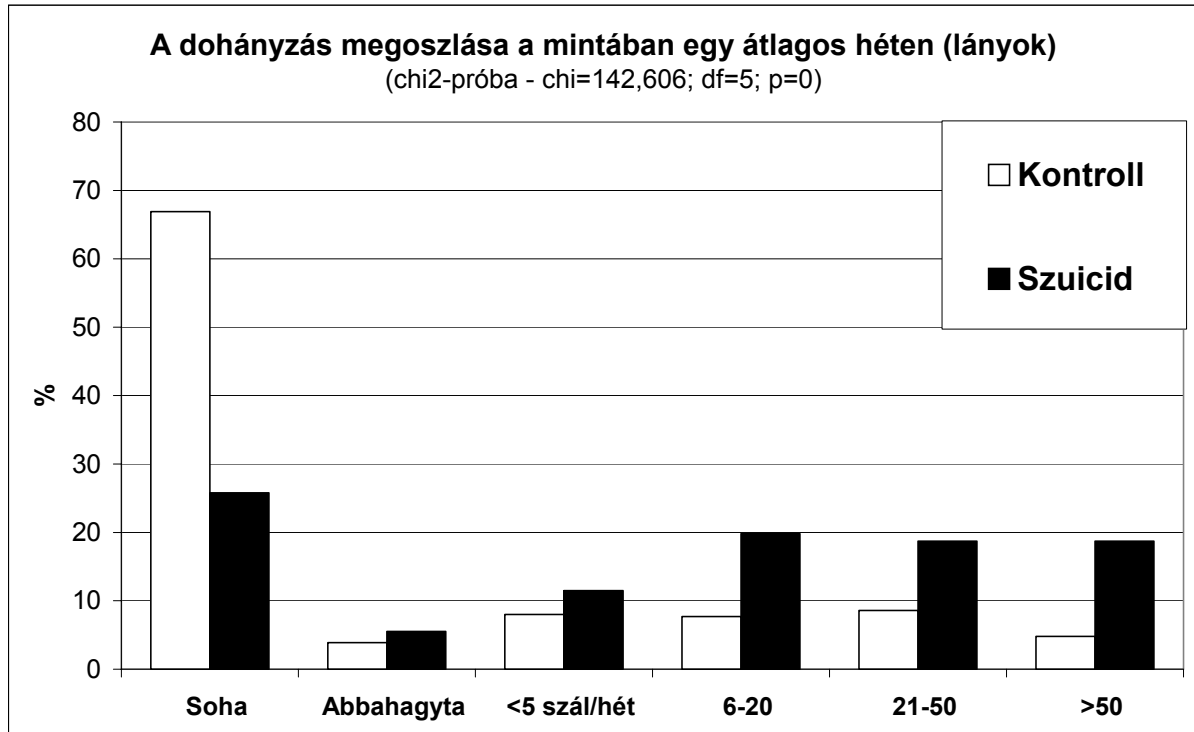
12. ábra. Az alkoholfogyasztás megoszlása lányokban



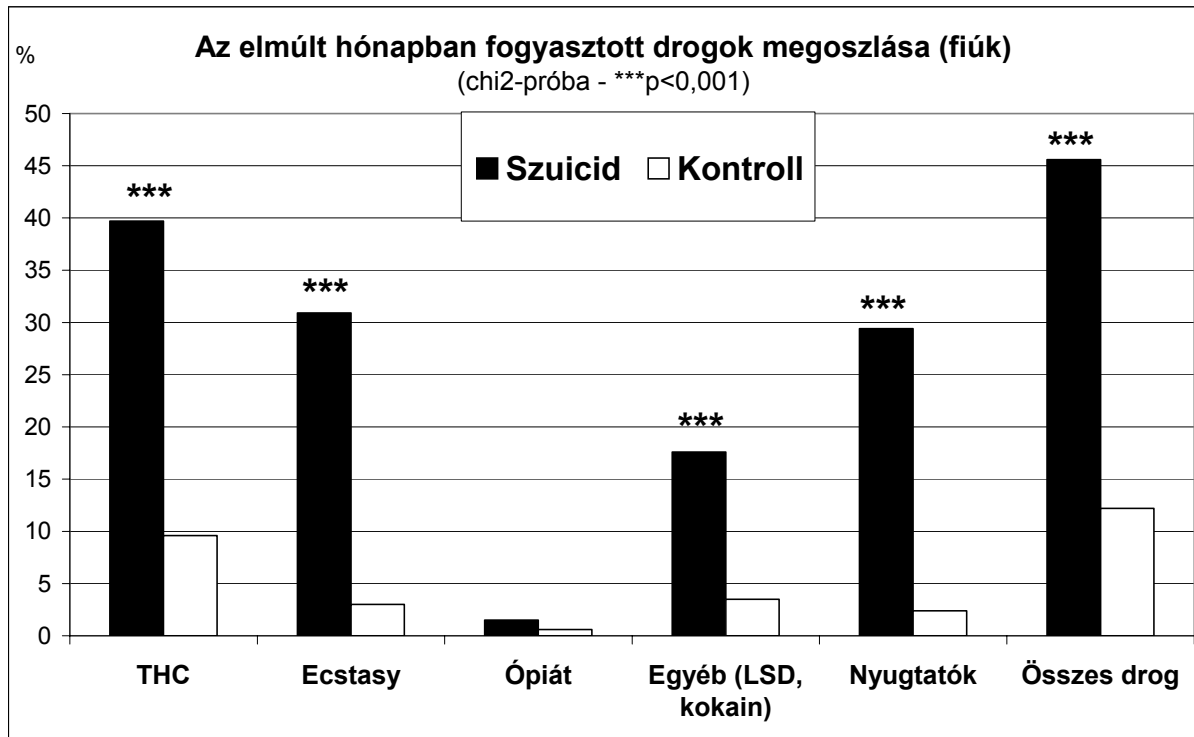
13. ábra. A dohányzás megoszlása fiúkban



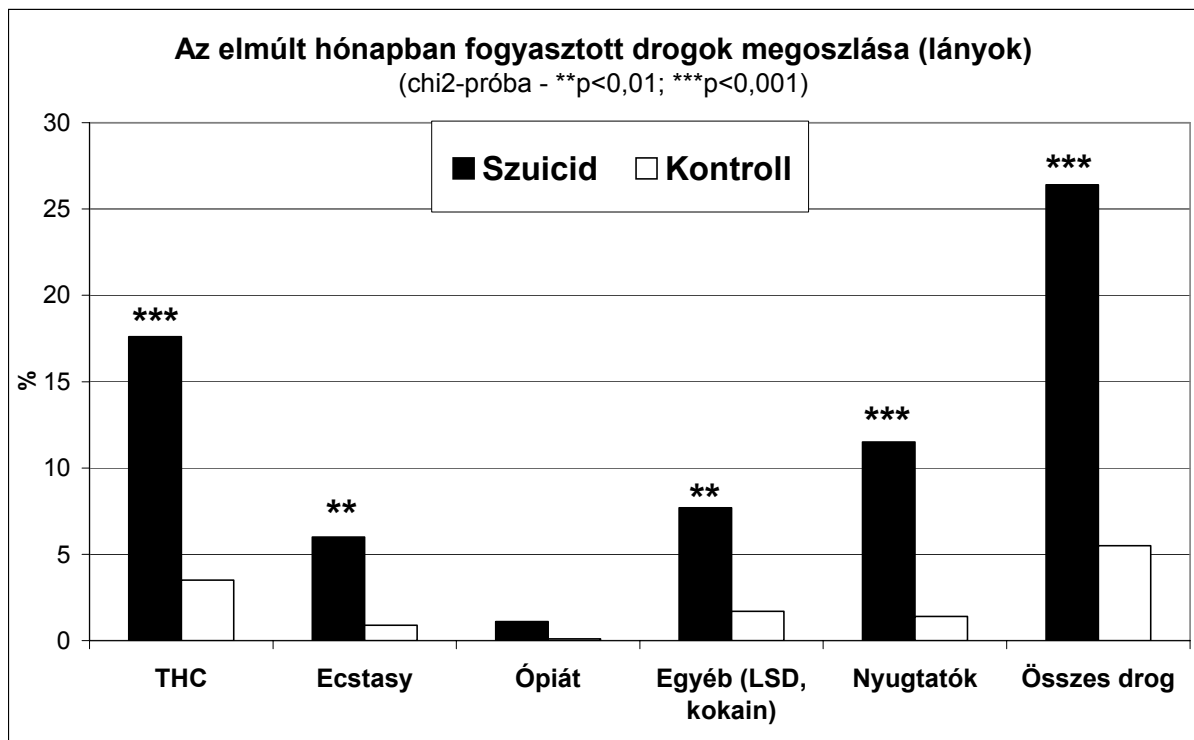
14. ábra. A dohányzás megoszlása lányokban



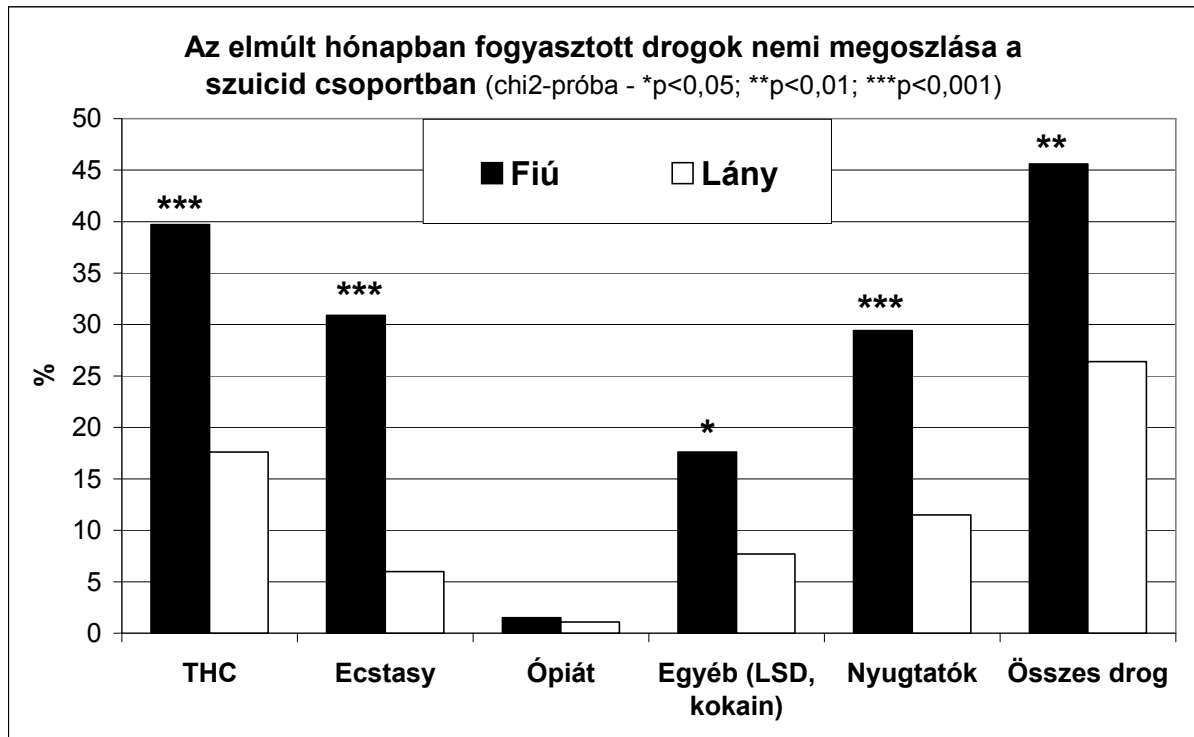
15. ábra. A droghasználat megoszlása fiúkban



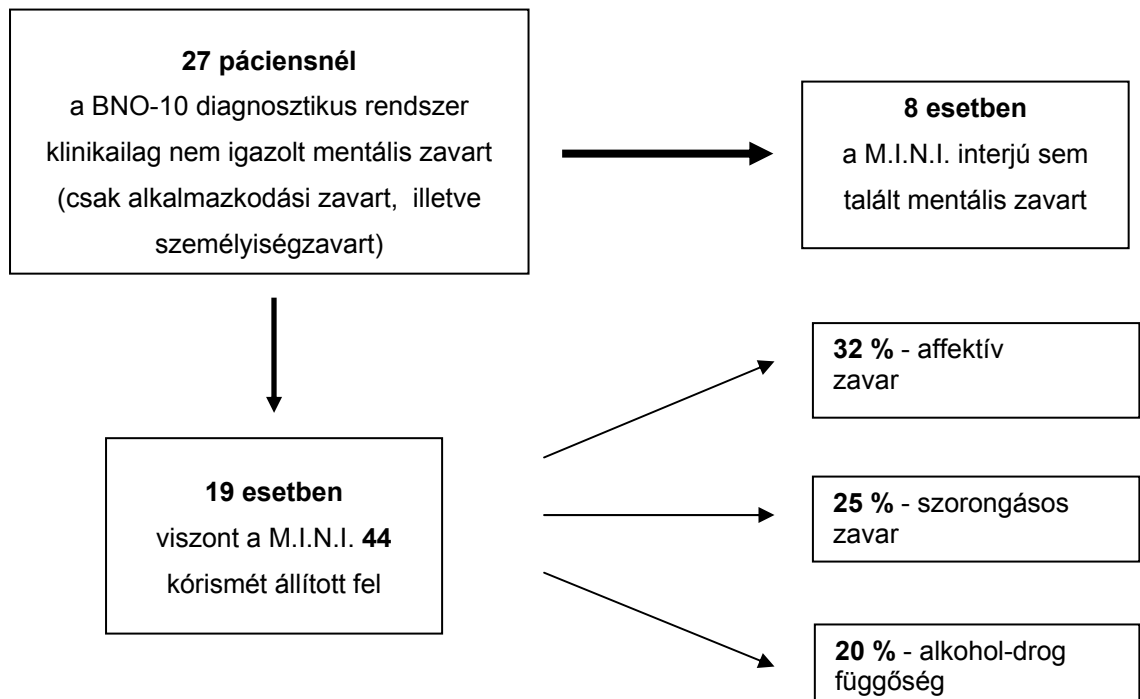
16. ábra. A droghasználat megoszlása lányokban



17. ábra. A droghasználat megoszlása a szuicid csoportban

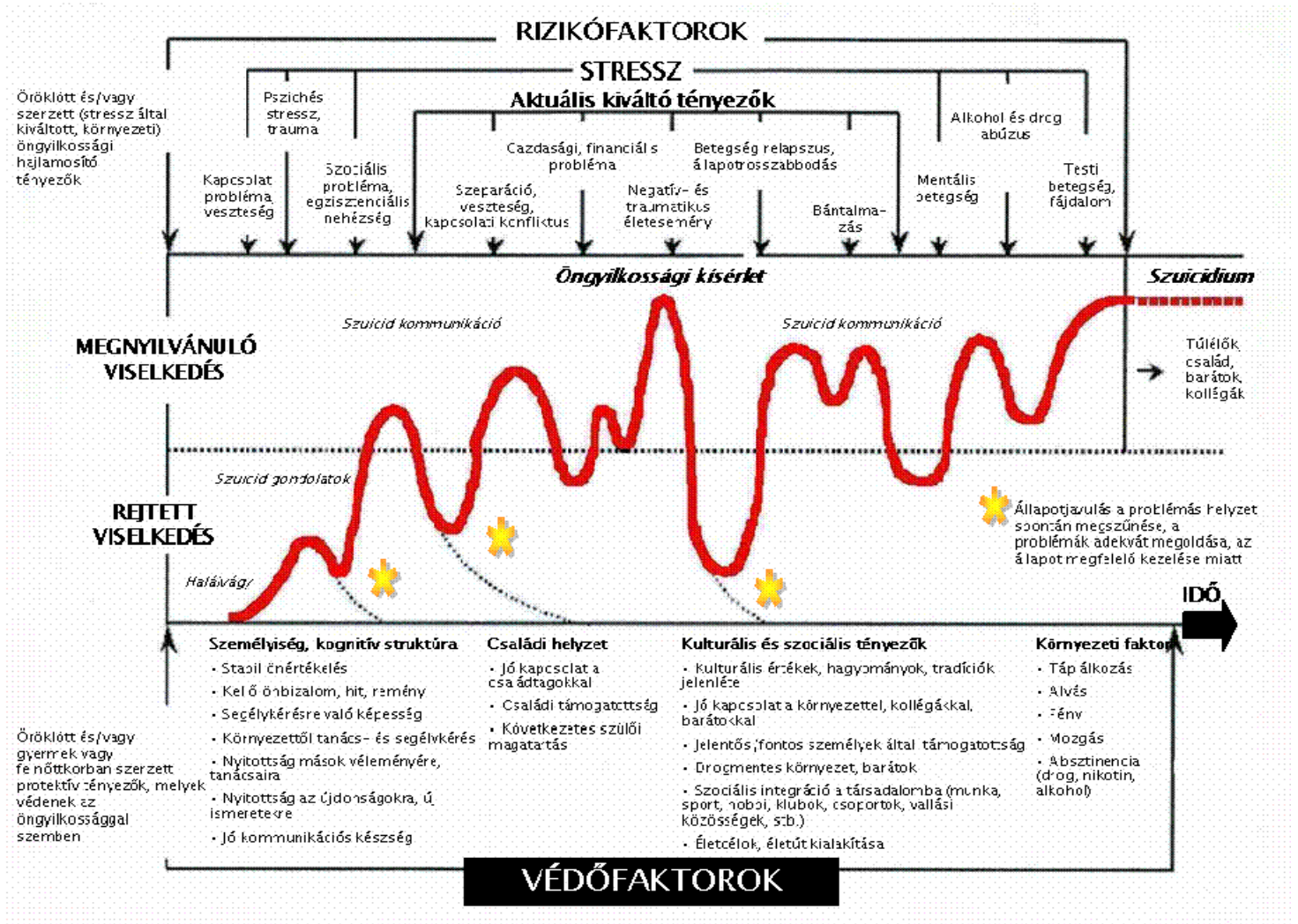


18. ábra. A mentális zavarok felismerése a BNO-10 diagnosztikus rendszerben és a M.I.N.I. interjú során

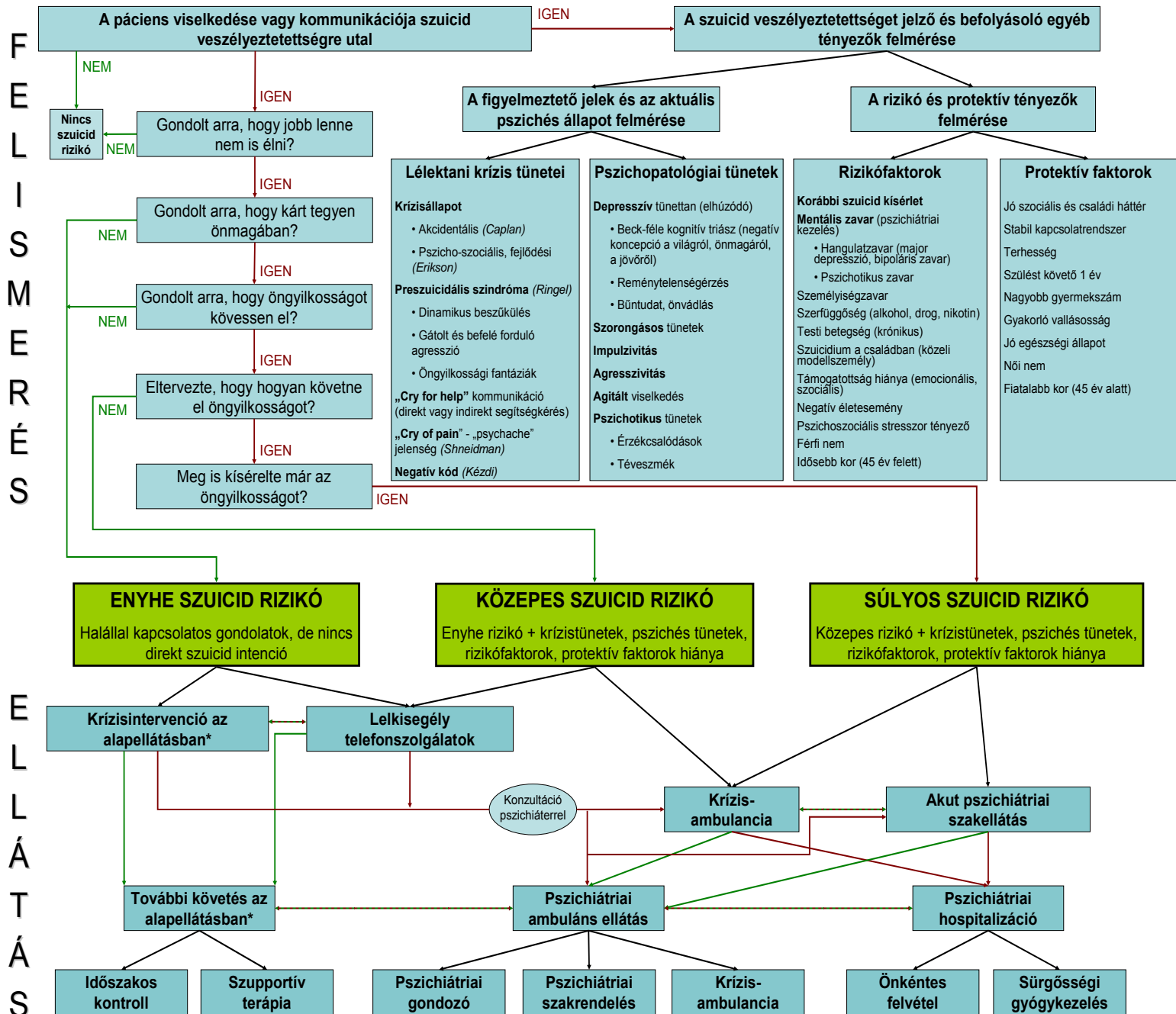




19. ábra. A szuicid cselekmény dinamikája, időbeli lefutása és az azt befolyásoló rizikó- és protektív tényezők (Wasserman alapján, 2002)



**20. ábra.** Az akut szuicid veszélyben lévő páciensek felismerése, értékelése és kezelése egy komplex, integratív szuicid prevenció modell alapján



\*Alapellátás: családorvos, általános orvosi ellátórendszer, közösségi pszichiátriai ellátók, mentálhigiénés szolgálatok, szociális ellátó rendszerek

## VI. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenek előtt szeretném megköszönni témavezetőmnek és munkahelyi vezetőmnek, *Prof. Dr. Fekete Sándor* egyetemi tanárnak, valamint munkatársamnak *Dr. Osváth Péter* egyetemi adjunktusnak azt a sokirányú szakmai és emberi segítséget és támogatást, mellyel a közös kutatómunkát irányították és a dolgozat létrejöttét támogatták. Az elmúlt 10 évben a velük végzett közös kutató és klinikai munka során olyan értékes tapasztalatokat és élményeket gyűjthettem, melyek meghatározó befolyással bírtak pályafutásomra.

Köszönetet szeretnék mondani a pécsi hagyományok továbbadásáért és a szakmai fejlődésem közvetlen, illetve közvetett elősegítéséért *Ozsváth Károly* és *Trixler Mátyás* emeritus professzoroknak, *Kóczán György* egyetemi docensnek, *Varga József* egyetemi adjunktusnak, illetve *Kézdi Baláznak*, *Stark Andrásnak*, valamint *Koltai Máriának*.

Köszönöm továbbá a krízisműhely munkacsoport tagjainak - *Árkovits Amarylnak*, *Csürke Józsefnek* és *Osváth Péternek* - valamint *Ábrahám Ildikónak* a közös műhelymunkát, mely meghatározó élmény volt számomra.

*A pécsi SOS Élet Telefonszolgálat munkatársainak* és a *PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikán munkatársaimnak* a közös munka során nyert tapasztalatokért mondok köszönetet. Szintén köszönet illeti mindazokat, akikkel az elmúlt években együtt dolgozhattam.

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

# PUBLIKÁCIÓS LISTA

## I. Az értekezés témájában megjelent publikációk

### 1. Könyvek, könyvfejezetek

#### 1.1 Magyar nyelven

- Csürke J, **Vörös V**, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélekben Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.
- Fekete S, Osváth P, **Vörös V**, Ömböli Zs: Szuicid viselkedés és addiktológiai komorbiditás a serdülőkorban. In: *Az alkohológia multidiszciplináris megközelítésben* (szerk: Osváth P, Kovács A, Fekete S). 65-82 old. ISBN: 9789637178528. Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 2006.
- **Vörös V**, Osváth P, Ambrus N, Csürke J: Trauma és krízis. In: Csürke J, **Vörös V**, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélekben Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.
- **Vörös V**, Osváth P, Csürke J, Árkovits A: A krízisellátás kialakulása és fejlődése. In: Csürke J, **Vörös V**, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélekben Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.
- **Vörös V**, Osváth P: Az öngyilkossági krízis felismerésének és kezelésének lehetőségei – egy komplex, regionális, integratív krízisintervenciós és szuicid-prevenációs modell. In: Csürke J, **Vörös V**, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélekben Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.
- **Vörös V**, Osváth P, Árkovits A, Csürke J: A krízisintervenció általános szempontjai és kapcsolata a pszichoterápiákkal. In: Csürke J, **Vörös V**, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélekben Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.
- Osváth P, Csürke J, Árkovits A, **Vörös V**: A krízisről általában. In: Csürke J, **Vörös V**, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélekben Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.

- Csürke J, **Vörös V**, Osváth P, Árkovits A: A lélektani krízis elméleti háttere. In: Csürke J, Vörös V, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélekben Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.
- Osváth P, **Vörös V**, Csürke J, Árkovits A: A krízisintervenció módszertana In: Csürke J, Vörös V, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélekben Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.
- Osváth P, **Vörös V**: A krízisintervenció és a gyógyszeres kezelés kapcsolata. In: Csürke J, Vörös V, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélekben Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.
- Osváth P, **Vörös V**: „Ha minden kötél szakad...” - Krízisintervenció pszichiátriai osztályon. In: Csürke J, Vörös V, Osváth P, Árkovits A (szerk.): *Mindennapi kríziseink - A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Lélekben Otthon Könyvek, Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2009.
- **Vörös V**, Osváth P, Tényi T: Sürgősségi pszichiátria. In: Füredi J, Németh A, Tariska P. (szerk.) *A magyar pszichiátria rövidített kézikönyve*. Medicina, Budapest, publikálás alatt.

## **1.2 Angol nyelven**

- **Voros V**, Osváth P, Fekete S: Gender and self-destruction. In: Fekete S, Osvath P: *Suicide studies - from genetics to psychiatry and culture*. p. 25-34. University of Pecs, Pécs, 2005.
- **Voros V**, Nicola M, Anthea H, Osváth P, Fekete S: Adolescent suicide and psychopathology. In: Fekete S, Osvath P: *Suicide studies - from genetics to psychiatry and culture*. p. 59-66. University of Pecs, Pécs, 2005.
- **Voros V**, Osváth P, Fekete S: Mental disease, psychiatric diagnosis and suicidal behaviour. In: Fekete S, Osvath P: *Suicide studies - from genetics to psychiatry and culture*. p. 81-88. University of Pecs, Pécs, 2005.
- Osvath P, **Voros V**, Fekete S: Gender issues in suicide risk factor assessment. In *Suicidal behaviour - Assessment of people-at-risk* (ed. Kumar U, Mandal MK). p. 136-151. SAGE Publications India, New Delhi, India, 2009.
- **Voros V**, Osvath P, Kovacs A, Fekete S: Suicide Prevention in Primary Care - Screening and Managing Suicidal Behaviour and Mental Disorders in General

Practice. In *Handbook of Suicide Behaviour* (ed. Shrivastava A.). Royal College of Psychiatrists, Gaskell, London. Under publication, 2010.

- Fekete S, Schmidtke A, **Vörös V**, Osváth P: Suicide, imitation and modeling in the literature and the opera. In: Pompili M (ed.) *Suicide in the words of suicidologists*. Nova Science Publisher, 2010.

## **2. Tudományos közlemények**

### **2.1. Magyar nyelven**

- Osváth P, Fekete S, **Vörös V**, Mészáros H: Pszichiátriai zavarok befejezett öngyilkosságot elkövetők mintájában - adatok a WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás pécsi centrumának vizsgálatából. *Szenvedélybetegségek* 2001;9:439-443.
- Fekete S, **Vörös V**, Osváth P: Diagnózis és pszichopatológia öngyilkossági kísérletet elkövetők csoportjában. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2001;3:166-171.
- Osváth P, Fekete S, **Vörös V**, Ábrahám I: Az ismételt öngyilkossági kísérletet elkövetők jellemzői – a szociodemográfiai és pszichopatológiai tényezők szerepe. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidológiai Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Psychiatria Hungarica* 2002;(17)3:234-244.
- **Vörös V**, Osváth P, Fekete S: Mentális zavarok felmérése öngyilkossági kísérletet elkövetők csoportjában. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Psychiatria Hungarica* 2002;(17)4:398-408.
- **Vörös V**, Osváth P, Fekete S: Nemi különbségek a szuicid viselkedésben. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2004;6(2):65-71.
- Osváth P, Kovács A, **Vörös V**, Fekete S: Az időskori szuicid viselkedés rizikófaktorai - a kognitív hanyatlás szerepe (Pszichiátriai kezelésben részesülő idős páciensek körében végzett esetkontrollos vizsgálat eredményei). *Psychiatria Hungarica* 2004;19(6):524-530.
- Fekete S, Hewitt A, **Vörös V**, Osváth P: A serdülőkori öngyilkos viselkedés jellemzői egy európai multicentrikus kutatás (CASE study) pécsi centrumának eredményei alapján. *Psychiatria Hungarica* 2004;4(19):337-345.
- **Vörös V**, Fekete S, Hewitt A, Osváth P: Az adolescens öngyilkos viselkedés jellemzői: pszichopatológiai tényezők és addiktológiai komorbiditás. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2005;VII/2:66-71.

- Fekete S, **Vörös V**, Osváth P: Serdülőkori öngyilkosság és depresszió egy európai multicentrikus kutatás eredményei alapján. *Fejlesztő Pedagógia* 2005;5-6:58-61.
- **Vörös V**, Osváth P, Ruzsics I, Nagy T, Kovács L, Varga J, Fekete S, Kovács A: Az öngyilkos viselkedés gyakorisága és jellegzetességei a családorvosi gyakorlatban. *Orvosi Hetilap* 2006;6(147):263-268.

## 2.2. *Angol nyelven*

- Osvath P, Fekete S, **Voros V**: Attempted suicide in late life: Review of results of Pecs Centre in WHO/Euro Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Psychiatria Danubina* 2002;14(1-2):3-8. [IF: 0.0]
- Osváth P, Kelemen G, Erdős BM, **Voros V**, Fekete S: The main factors of repetition. Review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on suicidal behaviour. *Crisis* 2003;24(4):151-154. [IF: 0.056] - 2002
- Osvath P, **Voros V**, Fekete S: Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology* 2004;37(1):36-40. [IF: 0.757]
- Fekete S, **Voros V**, Osvath P: Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croatian Medical Journal* 2005;46(2):288-293. [IF: 0.798]
- Osvath P, Kovacs A, **Voros V**, Fekete S: Risk factors of attempted suicide in the elderly - the role of cognitive impairment. A case-control study of old psychiatric in-patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2005;9(3):221-225. [IF: 0.380]
- Kovács A, **Voros V**, Fekete S: Suicide attempt and melancholic depression in a male with erotomania: case report. *Archives of Suicide Research* 2005;9(4):369-372. [IF: 0.842] - 2001
- Antretter E, Dunkel D, Osvath P, **Voros V**, Fekete S, Haring C: Multilevel modeling was a convenient alternative to common regression designs in longitudinal suicide research. *Journal of Clinical Epidemiology* 2006;59(6):576-586. [IF: 2.440]
- **Voros V**, Osvath P, Kovacs L, Varga J, Fekete S, Kovacs A: Screening for suicidal behaviour and mental disorders with Prime-MD Questionnaire in general practice. *Primary Care and Community Psychiatry* 2006;11(4):193-196. [IF: 0.474]
- **Voros V**, Osvath P, Fekete S: Assessing and managing suicidal behavior in primary care setting - A model for an integrated regional suicide prevention strategy. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2009;13(4):307-311. [IF: 0.500]

### 3. Idézhető kongresszusi absztraktok

#### 3.1 Magyar nyelven

- **Vörös V**, Osváth P, Fekete S: Nemi különbségek a szuicid viselkedésben – Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2003;5(Suppl 1):19-20.
- Fekete S, **Vörös V**, Osváth P: Adoleszens szuicid viselkedés, életesemények-prevalencia-patológia és segélykérés – összefüggések a „CASE” kollaboratív európai közösségi mintájú kutatás 4400 fős magyar mintája és az előzetes európai adatbázis alapján. *Psychiatria Hungarica* 2003;18(suppl):61.
- Osváth P, Fekete S, **Vörös V**, Ábrahám I: Életesemények szerepe a szuicid viselkedés kialakulásában – áttekintés a WHO/EURO multicentrikus európai szuicidium kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *MPT X. Vándorgyűlés Absztrakt Kötet*, p. 159, Sopron, 2003.
- Osváth P, Kovács A, **Vörös V**, Fekete S: Kognitív hanyatlás és öngyilkos viselkedés - pszichiátriai kezelésben részesülő idős páciensek körében végzett eset-kontrollos vizsgálat eredményei. *Psychiatria Hungarica* 2004;19(suppl):99.
- Osváth P, Fekete S, **Vörös V**, Ábrahám I: Az öngyilkossági kísérletet követő egészségügyi ellátás ellentmondásai – áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Psychiatria Hungarica* 2004;19(suppl):98.
- **Vörös V**: Adoleszens szuicid viselkedés és pszichopatológia. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2004;6(suppl1):8.
- **Vörös V**, Osváth P, Ruzsics I, Nagy T, Kovács L, Varga J, Fekete S, Kovács A: A pszichotróp gyógyszerhasználat, az affektív betegségek és a szuicid viselkedés gyakoriságának és jellegzetességeinek felmérése egy háziiorvosi körzetben. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2005;VII(suppl.1):52.
- **Vörös V**, Osváth P, Ruzsics I, Nagy T, Kovács L, Varga J, Fekete S, Kovács A: Az öngyilkos viselkedés felmérése egy családorvosi körzetben. *Psychiatria Hungarica* 2005;20(suppl):105.
- Fekete S, **Vörös V**, Osváth P: Öndesztuktivitás adolescens korban: kit (nem) kezel a pszichiátria? Kollaboratív vizsgálat. *Psychiatria Hungarica* 2005;20(suppl):107.
- **Vörös V**, Osváth P, Fekete S: Az öngyilkos viselkedés felismerésének és kezelésének lehetőségei – Egy integratív szuicid prevenció modell. *Psychiatria Hungarica* 2009.



- Futó K, Nagy Á, **Vörös V**, Osváth P, Fekete S: 10 éves a WHO/EURO multicentrikus szuicidium kutatás. Trendek és tanulságok az epidemiológiai adatok tükrében. *Psychiatria Hungarica* 2009;23(suppl):50.

### 3.2. *Angol nyelven*

- Fekete S, Osváth P, **Voros V**, Trixler M: Methods in suicide attempts – characteristics of overdoses in the sample of Pecs Centre, Hungary, in WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behavior, 1997-2000. *European Neuropsychopharmacology* 2001;11(suppl3):357-358. [IF: 2.437]
- Fekete S, Osváth P, **Voros V**: Contacts made to health care systems before suicidal behaviour: results of Pecs centre of WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002;105(suppl411):137. [IF: 2.259]
- Fekete S, **Voros V**, Osvath P: Life events in suicide attempts: results of the Pecs Center, WHO/EURO Study on suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;110(suppl.421):35-36. [IF: 2.288]
- **Voros V**, Osváth P, Fekete S: Assessment of mental disorders among suicide attempters with the MINI Plus Structural Diagnostic Interview: results from the Pecs Center of WHO/EURO Multicenter Study on suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;110(suppl421):44-45. [IF: 2.288]
- Osváth P, **Voros V**, Fekete S: Gender differences in suicidal behaviour: results of the Hungarian Center of WHO/EURO Multicenter Study on suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;110(suppl.421):44-45. [IF: 2.288]
- Fekete S, **Voros V**, Osváth P: Suicidal behaviour and psychopathology in adolescents - results of a self-report survey among 15 and 16-year old adolescent people in Hungary. *European Neuropsychopharmacology* 2004;14(suppl3):365. [IF: 3.545]
- **Voros V**, Osvath P, Rozsos I, Varga J, Kovacs L, Fekete S, Kovacs A: Prevalence and treatment of mental disorders in general practice. *Journal of Psychosomatic Research* 2005;59(1):49-50. [IF: 2.052]
- **Voros V**, Osvath P, Ruzsics I, Varga J, Kovacs L, Kovacs A: Prevalence of mental disorders among psychiatric drug users in General Practice. *European Neuropsychopharmacology* 2005;15(suppl3):556. [IF: 3.510]
- Fekete S, Osvath P, **Voros V**, Poor V: Urinary steroid metabolites in patients with violent suicidal and nonsuicidal depressive disorders. *European Psychiatry* 2007;22(suppl1):228. [IF: 1.875]

- Osvath P, Omboli Zs, **Voros V**, Fekete S: Affective Disorders - Bipolarity – Impulsivity. Results of a Study with the Hungarian Version of Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *European Neuropsychopharmacology* 2008;18(suppl4):364. [IF: 3.661]
- **Voros V**, Osvath P, Fekete S: A model for the management of suicidal behaviour in primary care. *European Psychiatry*, Abstracts on CD-Rom, 2009. [IF: 3.080]
- Nagy A, Futo K, **Voros V**, Osvath P, Fekete S: Changes of patterns in suicidal behaviour in Hungary in the last decade – results of Pecs center. *European Psychiatry*, Abstracts on CD-Rom, 2010. [IF: 3.080] - 2009

#### 4. Néhány előadás, poszter

##### 4.1. Magyar nyelven

- **Vörös V**, Osváth P, Fekete S, Trixler M: Diagnózis és pszichopatológia öngyilkossági kísérletet elkövetők csoportjában. *Pszichiáter Professzorok és Tanítványaik Klubja*, Veszprém, 2002.
- **Vörös V**, Osváth P, Fekete S: A „nemek” és az öngyilkosság. *Andorka Rudolf Emlékkonferencia*, Budapest, 2006.
- **Vörös V**, Árkovits A, Takács V, Kovács L, Osváth P: Krízisintervenció a gyakorlatban - korlátok, lehetőségek, kihívások. *Paradigmák a szuicidológiában - regionális konferencia a krízis elméletéről és gyakorlatáról*. Pécs, 2007.

##### 4.2. Angol nyelven

- Fekete S, Osváth P, **Voros V**, Ábrahám I: Are the repeaters a separated population inside suicide attempters? Review of results of Pecs Centre in WHO/Euro Multicentre Study on suicidal behaviour. *9<sup>th</sup> European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour*, Warwick, England, 2002.
- **Voros V**, Osváth P, Fekete S: Prevalence of mental disorders among patients making suicide attempt. *Congress of the International Association for Suicide Prevention*, Stockholm, 2003.
- **Voros V**, Osváth P, Fekete S: Gender specific suicide treatment/prevention strategies on the basis of the Hungarian WHO/EURO Study on suicidal behaviour. World Health Organization, Regions for Health Network in Europe, *Workshop on Gender-Specific Suicide Prevention and Treatment Services at the Regional Level*, Győr, Hungary, 2003.

- **Voros V**, Osvath P, Fekete S: Suicidal behaviour in adolescents - Hungarian self-report survey. *51st Annual Meeting of the AACAP* (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry), Washington DC, USA, 2004.
- **Voros V**, Kovacs A, Osvath P, Fekete S: Risk factors of attempted suicide in elderly - the role of cognitive impairment (a Hungarian retrospective case-control study). *17<sup>th</sup> ECNP Congress*, Stockholm, Sweden, 2004.
- **Voros V**, Fekete S, Osvath P: Suicidal behaviour among patients visiting general practitioner. *11<sup>th</sup> European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour* (ESSSB), Portoroz, Slovenia, 2006.
- Abraham I, Bokor S, Fenyvesi I, Molnar D, **Voros V**, Osvath P, Gati A: Serotonin transporter gene polymorphism and personality traits in eating disorders. *20<sup>th</sup> ECNP Congress*, Vienna, Austria, 2007.
- **Voros V**, Osvath P, Fekete S: Why suicide risk is so high in the Hungarian elderly population? *The 6<sup>th</sup> World Congress on the Aging Male*, Tampa, FL, USA, 2008.
- **Vörös V**, Osváth P, Fekete S: Screening and managing suicidal behaviour in primary care - an integrated suicide prevention model. *ECNP-AEP Interactive Seminar in Neuropsychopharmacology*, Siófok, Hungary, 2008.

**Impakt faktor - az értekezés témájához kapcsolódóan: 38,601**

## **II. Az értekezés témájához nem kapcsolódó publikációk**

### **1. Könyvek, könyvfejezetek**

- **Vörös V**, Osváth P, Ábrahám I, Árkovits A: A DREAM-terápia általános jellemzői. In: *Az álom alagútján. A DREAM-terápia* (szerk. Árkovits A, Osváth P). 117-155 o., Pro Die Kiadó, Budapest, 2008.
- Osváth P, Árkovits A, Ábrahám I, **Vörös V**: A DREAM-terápiás folyamat szakaszai. In: *Az álom alagútján. A DREAM-terápia* (szerk. Árkovits A, Osváth P). 156-177 o., Pro Die Kiadó, Budapest, 2008.
- Ábrahám I, Árkovits A, **Vörös V**, Osváth P: A DREAM-terápia specifikus tényezői. In: *Az álom alagútján. A DREAM-terápia* (szerk. Árkovits A, Osváth P). 178-202 o., Pro Die Kiadó, Budapest, 2008.

### **2. Tudományos közlemények**

#### **2.1. Magyar nyelven**

- **Vörös V**, Tényi T, Simon M, Trixler M: Klonális pluralizáció – A kóros identifikációk újabb formája. *Psychiatria Hungarica* 2002;17(6):622-633.

- Osváth P, Fekete S, **Vörös V**, Almási J: A szexuális funkciók alakulása mirtazapin kezelés során - multicentrikus prospektív vizsgálat. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2005;7(4):177-186.
- Osváth P, Pintér I, Szentes M, Nagy J, **Vörös V**, Fekete S: Analgetikum nefropátiában szenvedők pszichés jellemzőinek vizsgálata. Egy hazai multicentrikus kutatás előzetes eredményei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2005;6(3):165-179.
- **Vörös V**: John E. Gedo: A pszichoanalízis fejlődése – a modern elmélet és gyakorlat / (The Evolution of Psychoanalysis – Contemporary Theory and Practice) Animula, Budapest, 2006./ című könyv recenziója. *Pszichoterápia* 2007;5(16):347-349.
- Ábrahám I, Bokor Sz, Fenyvesi I, Molnár D, **Vörös V**, Osváth P, Gáti Á: Genetikai és személyiségfaktorok vizsgálata evészavarokban. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2007;9(4):175-81.
- Nagy Á, **Vörös V**, Tényi T: A Cotard-jelenségről. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2008;10(4):213-224.
- **Vörös V**, Osváth P, Fekete S, Tényi T: Antipszichotikumok és rhabdomyolízis - A magas szérum kreatin-kináz érték differenciáldiagnosztikája és klinikai jelentősége a pszichiátriai gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica* 2009;24(3):175-184.
- Simon M, **Vörös V**, Herold R, Fekete S, Tényi T: A posztpartum megjelenő terhességi téveszme integratív megközelítése. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2009;11:103-110.
- **Vörös V**: A pszichoanalízistől a meta-analízisig... és vissza. Szerkesztőségi levél. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2010;12(1):272-73.
- **Vörös V**, Tényi T: Az aripiprazol alkalmazása katatóniában. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2010;12(2):373-6.

## 2.2. Angol nyelven

- **Voros V**, Tényi T, Simon M, Trixler M: 'Clonal pluralization of the self': A new form of delusional misidentification syndrome. *Psychopathology* 2003;36(1):46-48. [IF: 0.991]
- Osváth P, Fekete S, **Voros V**, Vitrai J: Sexual dysfunction among patients treated with antidepressants - a Hungarian retrospective study. *European Psychiatry* 2003;18(8):412-414. [IF: 1.329]
- Tényi T, Somogyi A, Hamvas E, Herold R, **Voros V**, Trixler M: Coexistence of folie communiquée and folie simultanée. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2006;10(3):220-222. [IF: 0.495]

- Tenyi T, **Voros V**: Successful switch to olanzapine after rhabdomyolysis caused by water intoxication and clozapine use. *Pharmacopsychiatry* 2006;39(4):157-158. [IF: **2.849**]
- Osvath P, Fekete S, **Voros V**, Almasi J: Mirtazapine treatment and sexual functions: Results of a Hungarian, multicentre, prospective study in depressed out-patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2007;11(3):242-245. [IF: **0.446**]
- **Voros V**, Osvath P, Fekete S, Tenyi T: Elevated serum creatine kinase levels in psychiatric practice: Differential diagnosis and clinical significance: A brief, practical guideline for clinicians. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2008;12(2):147-150. [IF: **0.410**]
- Nagy A, Tenyi T, Kovacs A, Fekete S, **Voros V**: Clonal pluralization, as an interpretative delusion after a hallucinatory form of autoscopy. *European Journal of Psychiatry* 2009;23(3):141-146. [IF: **0.462**]
- **Voros V**, Kovacs A, Herold R, Osvath P, Simon M, Fekete S, Tenyi T: Effectiveness of intramuscular aripiprazole injection in patients with catatonia - Report on three cases. *Pharmacopsychiatry* 2009;42:286-287. [IF: **2.317**]
- Simon M, **Voros V**, Herold R, Fekete S, Tenyi T: Delusions of pregnancy with post-partum onset: an integrated, individualized view. *European Journal of Psychiatry* 2009. [IF: **0.462**]

### **3. Idézhető kongresszusi absztraktok**

#### **3.1 Magyar nyelven**

- Osváth P, Fekete S, **Vörös V**, Almási J: A szexuális funkciók alakulása mirtazapin kezelés során. Absztrakt. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2005;VII(suppl.1):42-43.
- Osváth P, Fekete S, **Vörös V**, Almási J: Hogyan javítható a depressziós páciensek szexuális diszfunkciója? Mirtazapin kezelés során szerzett prospektív felmérésünk előzetes eredményei. MPT absztrakt 2006. *Psychiatria Hungarica* 2005;20(suppl):44-45.
- **Vörös V**, Tenyi T: Clozapin szedés mellett kialakuló rhabdomyolysis polydipsiás eredetű hyponatraemia korrekcióját követően. MPT absztrakt 2006. *Psychiatria Hungarica* 2005;20(suppl):149.

- **Vörös V**, Simon M, Trixler M, Tenyi T: Reduplikatív paramnézia (Pick) – Klonális pluralizáció. Nozológiai és pszichopatológiai vonatkozások. X. Jubileumi Alzheimer-kór Konferencia absztrakt. *Ideggyógyászati szemle*, 2006.
- Ábrahám I, Bokor Sz, Fenyvesi I, Molnár D, **Vörös V**, Osváth P, Gáti Á: Genetikai és személyiségfaktorok vizsgálata evészavarokban. Absztrakt. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2006;8(suppl1):41.
- **Vörös V**, Osváth P, Fekete S, Tényi T: A magas kreatin-kináz érték és a rhabdomyolysis differenciáldiagnosztikai és klinikai jelentősége a pszichiátriai gyakorlatban. *MPT absztrakt*, 2007.
- **Vörös V**, Osváth P, Tényi T, Fekete S: Antipszichotikumok és rhabdomyolysis – a differenciáldiagnosztika, valamint a kezelés lehetőségei a pszichiátriai gyakorlatban. Absztrakt *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2007.
- Nagy Á, **Vörös V**, Tényi T: A Cotard-jelenség tegnap és ma – áttekintés a legújabb eredmények tükrében. MPT poszter absztrakt. *Psychiatria Hungarica* 2009;23(suppl):115.

### 3.2. *Angol nyelven*

- Osváth P, Fekete S, **Vörös V**, Tényi T, Vitrai J: Sexual dysfunction among patients treated with antidepressants – a Hungarian retrospective study. *European Neuropsychopharmacology* 2001;(11)suppl3:233. [IF: 2.437]
- Osváth P, Fekete S, **Voros V**, Tényi T, Vitrai J: Problems of recognition and treatment of sexual dysfunction among patients treated with antidepressants – A Hungarian retrospective study. *European Neuropsychopharmacology* 2002;12(suppl3):197. [IF: 2.492]
- Osvath P, Fekete S, **Voros V**, Almasi J: Changes in sexual functions under mirtazapine treatment – primary data of a national, multicentre, prospective, observational study in depressed patients. *European Neuropsychopharmacology* 2006;16(suppl4):314-315. [IF: 3.794]
- **Voros V**, Osvath P, Fekete S, Tenyi T: Rhabdomyolysis associated with correction of hyponatremia and clozapine use in a patient with schizophrenia paranoid type. *European Psychiatry* 2007;22(suppl1):171. [IF: 1.875]
- Abraham I, Bokor S, Fenyvesi I, Molnar D, **Voros V**, Osvath P, Gati A: Serotonin transporter gene polymorphism and personality traits in eating disorders. *European Neuropsychopharmacology* 2007;17(Suppl4):232-233. [IF: 4.430]
- Nagy A, Tenyi T, Fekete S, Kovacs A, **Voros V**: Clonal pluralization as an interpretative delusion after autoscopic experience - An extremely rare

psychopathological phenomenon. *European Psychiatry*, Abstracts on CD-Rom, 2009. [IF: 3.080]

- Nagy A, **Voros V**, Tenyi T: Diverse dimensions of the Cotard's syndrome - An approach towards a clear classification of the phenomenon. *European Psychiatry*, Abstracts on CD-Rom, 2009. [IF: 3.080]
- **Voros V**, Tenyi T: Aripiprazol in the treatment of catatonia - review of the literature and case reports. *European Neuropsychopharmacology*, 2010;20(Suppl 3):492. [IF: 3.684] - 2009

#### **4. Néhány előadás, poszter**

##### **4.1. Magyar nyelven**

- **Vörös V**, Tényi T, Simon M, Trixler M: Klonális pluralizáció – A kóros identifikációk újabb formája. *Magyar Pszichiátriai Társaság X. Vándorgyűlése*, Sopron, 2003.
- **Vörös V**, Tényi T: Clozapin szedés mellett, polydipsiás eredetű hiponatrémia korrekcióját követően kialakuló rhabdomyolysis. *PTE OEC Tudományos Szakosztály Ülés*, Pécs, 2006.
- **Vörös V**, Simon M, Trixler M, Tenyi T: Reduplikatív paramnézia (Pick) – Klonális pluralizáció. Nozológiai és pszichopatológiai vonatkozások. *X. Jubileumi Alzheimer-kór Konferencia*, Szeged, 2006.
- Ábrahám I, Árkovits A, Gáti Á, Horti M, Koltai M, Stark A, **Vörös V**: 15 éves a DREAM (Dinamikus Rövidterápiás Egyesület és Alkotó Műhely) – kerekasztal. *A Pszichoterápia folyóirat IV. Konferenciája*, Budapest, 2008.
- **Vörös V**: Értékek és mértékek a szkizofréria kezelésében, Janssen-Cilag szimpózium, *MPT Kongresszus*, Budapest, 2010.

##### **4.2. Angol nyelven**

- **Voros V**, Tenyi T, Simon M, Trixler M: 'Clonal pluralization of the self' - A new form of delusional misidentification syndrome. *SIPE XVII. International Congress of Psychopathology of Expression and Art-therapy*, Athens, Greece, 2003.

**Impakt faktor - az értekezés témájához kapcsolódóan: 38,601**

**- az értekezés témájához nem kapcsolódóan: 34,633**

**Összesített impakt faktor: 73,234**