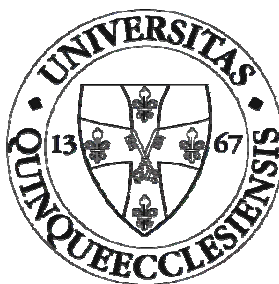


# **Az öngyilkos viselkedés komplex stressz-diatézis szemlélete**

Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei

**Dr. Vörös Viktor**



Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika  
Általános Orvostudományi Kar  
Pécsi Tudományegyetem

Pécs, 2010

# **Az öngyilkos viselkedés komplex stressz-diatézis szemlélete**

Az integratív megközelítés alkalmazása szuicid páciensekkel végzett  
epidemiológiai és klinikai vizsgálataink során

**Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei**

**Dr. Vörös Viktor**

Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika  
Általános Orvostudományi Kar  
Pécsi Tudományegyetem

**Témavezető: Prof. Dr. Fekete Sándor, egyetemi tanár**

Doktori Iskola vezetője: Prof. Dr. Lénárd László, akadémikus, egyetemi tanár

Programvezető: Prof. Dr. Trixler Mátyás, egyetemi tanár

Pécs, 2010

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>I. BEVEZETÉS</b>	<b>1</b>
<b>II. A KUTATÁSI TERÜLETEK BEMUTATÁSA</b>	<b>2</b>
<b>1. Epidemiológiai vizsgálatok - WHO/EURO Multicentrikus     Szuicidium Kutatás, MONSUE projekt</b>	2
<b>2. Nemi különbségek a szuicid viselkedésben - Gender vizsgálat</b>	3
<b>3. A „korfüggő” szuicid magatartás vizsgálata</b>	
3.1. Az adolescens öngyilkos viselkedés - <i>CASE vizsgálat</i>	4
3.2. Az időskori szuicid viselkedés - <i>Elderly vizsgálat</i>	5
<b>4. A „kórüggő” szuicid magatartás vizsgálata</b>	
4.1. Mentális zavarok felmérése öngyilkossági kísérletet elkövetőkben - <i>MINI-Plusz vizsgálat</i>	6
4.2. Az affektív zavarok, a bipolaritás és a személyiségtényezők szerepe - <i>HZK vizsgálat</i>	7
4.3. Az öngyilkos viselkedés jellegzetességei a családorvosi gyakorlatban - <i>Prime-MD vizsgálat</i>	8
<b>5. Az öngyilkos viselkedés kezelésének és megelőzésének lehetőségei     - Szuicid prevenciók modell</b>	9
<b>III. ÖSSZEFOGLALÁS</b>	<b>10</b>
<b>IV. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS</b>	<b>12</b>
<b>V. PUBLIKÁCIÓK</b>	<b>13</b>

„A filozófia egyetlen komoly kérdése az öngyilkosság.”

(A. Camus: Sziszüphosz mítosza)

## I. BEVEZETÉS

Az *öngyilkosság* egy olyan komplex - multi- és interdiszciplinárisan értelmezhető - emberi jelenség, mely különböző szocio-kulturális, lélektani és biológiai tényezők mikro- (individuális) és makro- (társadalmi) szintű interakciójának eredménye. Az önpusztító cselekedet egy dinamikusan változó folyamat végpontjaként, egyfajta „végső közös útként” („*final common pathway*”) értelmezhető, melynek kialakulásában a fenti összetevők - esetről-esetre változó arányban - játszanak szerepet. 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 (impulzivitás, hosztilitás, affektív temperamentum) és mentális zavarok (főleg affektív kórképek és pszichotikus állapotok) járulnak hozzá ahhoz a bonyolult lelki folyamathoz, mely - a gyakran észlelhető preszuicidális szindrómán keresztül - a szuicid aktushoz vezethet. Fontos az önpusztítás többféle értelmezési keretének és integratív szemléletének megismerése, hiszen *nincsen „királyi út”* a szuicidium jelenségének megértésében, illetve a szuicid páciensek kezelésében.

A szuicidumok számának világszerte észlelhető csökkenése ellenére az öngyilkosság továbbra is *jelentős népegészségügyi problémát* jelent. A *világon* egy év alatt körülbelül 1 millió ember veszti életét szuicidium következtében, a kísérletek száma pedig, ennek legalább tízszerese. *Európában* 150000 a befejezett (ezek 4/5-e férfi) és majd 1 millió a megkísérelt öngyilkosságok (gyakrabban nők) száma évente. *Hazánk*, - a '80-as évek közepe óta észlelhető fokozatos és jelentős csökkenés mellett is - az elsők között foglal helyet a szuicid statisztikákban, jelenleg az ötödik helyen áll az évi mintegy 2400 befejezett öngyilkossággal.

Jelen dolgozat nem egy konkrét vizsgálatot mutat be részletesen, hanem egy *kutatási folyamat* aktuális keresztmetszeti képét tárja fel. Az elmúlt tíz évben végzett kutatásaink kerülnek hosszmetsetileg egy logikai vonal mentén bemutatásra. Célunk - az epidemiológiai és a klinikai vizsgálataink eredményei alapján - egy *koherens elméleti rendszer* felvázolása, valamint egy *pragmatikus szuicid ellátórendszer* szerkezetének kialakítása, illetve annak a gyakorlatban történő megvalósítása és működésének koordinálása.

## II. A KUTATÁSI TERÜLETEK BEMUTATÁSA

### 1. A „WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás” és a „MONSUE projekt”

**Célkitűzés:** A *szuicid kísérletezők monitorizálása*, az epidemiológiai, demográfiai jellemzők megismerése (*monitoring study*), a magas rizikójú populáció jellegzetességeinek leírása, az ismétlődés előrejelzése (*repetition-prediction study*) és az időbeli trendek felismerése.

**Módszer:** A kollaboratív európai *WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás* 13 európai ország 16 kutatócentrumának részvételével zajlott, a vizsgálat egyik központja a *PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika* volt. A kutatás jelenleg a *MONSUE projekt* keretében folytatódik. A résztvevő centrumok régióiban összesen közel 5 millió lakos felvevőterületén a szuicid kísérletezők teljes körű adatfelvétele, monitorizálása zajlik.

**Eredmények:** A *módszerválasztást* tekintve a korábbi adatokkal nagyrészt megegyező eredményeket kaptunk, a befejezett szuicidiumok esetében az önakasztás, míg a kísérletek között a gyógyszerbevétel volt a leggyakoribb. A *nemek* között azonban fokozatos kiegyenlítődési tendencia mutatkozik a módszerválasztás tekintetében, a nők között is egyre gyakoribbak a violens kísérletek. Rendkívül magas az *ismétlők* aránya, a szuicid kísérletezők mintegy felének volt már megelőző szuicid kísérlete. A *mentális zavarok* továbbra is jelentős etiológiai szereppel bírnak, elsősorban az affektív (depresszív, bipoláris) zavarok, az alkalmazkodási zavarok (lélektani krízisek), valamint a férfiak esetében az alkohollal összefüggő kórállapotok. *Kormegoszlás* alapján három veszélyeztetett életkorcsoport (*high-risk group*) azonosítható a kísérletezők között: a fiatal felnőttek (*adoleszcens krízis*), a középkorúak (*életközépi krízis*) és az idősek (*időskori krízis*), az *eriksoni pszicho-szociális fejlődési modell* kritikus életszakaszainak megfelelően. A férfi-nő arány és a korstruktúra a többi centrum átlagához közelít, bár a szuicid kísérletek gyakoriságát illetően a *kutatóhelyek* között Pécs az első harmadban helyezhető el, és nagyobb az ismétlők aránya is. Az adatok arra utalnak, hogy hazánkban a szuicid kísérletezők gyakrabban belehalnak a kísérletbe, melynek hátterében a letális módszerek relatív gyakorisága, illetve az erősebb halálvágy állhat.

**Következtetés:** A '80-as évekhez képest mára a *befejezett szuicidiumok* száma hazánkban megközelítőleg a felére csökkent, azonban ezt a tendenciát a *szuicid kísérletek* alakulása régióinkban csak részben követte. Mindez utal a probléma rejtett dimenzióira, illetve további prevenciós eszközök kidolgozását sürgetik.

## 2. A „Gender vizsgálat”

**Célkitűzés:** A nemi különbségek vizsgálata szuicid kísérletezőkben.

**Módszer:** A WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás pécsi adatbázisának elemzése.

**Eredmények:** A *diagnosztikus* eloszlás nagyrészt megegyezett a két nemből, kivéve, hogy *nők* esetében a *depresszív* kórképek (19 vs. 11%,  $p < 0.005$ ), *férfiaknál* pedig az *alkoholproblémák* (18 vs. 7%,  $p < 0.005$ ) száma kimagasló. A *módszerválasztás* tekintetében a *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 - „uralják”. Az alábbiak szerint írható le egy „ideáltipikus” *férfi* szuicid kísérletező: munkanélküli, egyedül él, nem házas, alkoholproblémákkal küzd, inkább violensebb módszert alkalmaz, ha gyógyszert vesz be, akkor az gyakran meprobamát vagy karbamazepin. A *női kísérletezőkre* a válás, a megözvegyülés, a rokkantnyugdíjazás, a depresszió megjelenése az élet során, a gyógyszerintoxikáció, ezen belül a benzodiazepin bevétele, valamint az ismételt szuicid kísérlet jellemző.

**Következtetés:** Vizsgálataink során jelentős *nemi különbségeket* észleltünk a szuicid kísérletet elkövetők populációjában. Adataink alátámasztják azt a „*nemi paradoxont*”, miszerint a *nők* között jóval gyakoribbak (akár öt-hatszoros) a szuicid kísérletek, azonban majd háromszor annyi *férfi* hal meg öngyilkosság miatt. Eredményeink a *pszichiátriai kórállapotok*, különösen a *férfi depresszió* adekvát felismerésének és kezelésének fontosságára hívják fel a figyelmet. Vizsgálataink, a korábbi közleményekkel egybehangzóan 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, és ezek alapján „*nem-specifikus*” kezelési és prevenciósi stratégiák kidolgozása.

### 3.1. A „CASE vizsgálat”

**Célkitűzés:** Az *adoleszcens szuicid viselkedés* vizsgálata és eredményeink összevetése az európai adatokkal.

**Módszer:** A hét centrumból álló multicentrikus európai *CASE kutatás* (*Child and Adolescent Self harm in Europe*) a serdülőkori öndestruktív viselkedés reális prevalenciájának és háttértényezőinek felmérésére irányult. Anonim adatszolgáltatással és egységes módszertan használatával nagy mintán (2388 fiú és 2020 lány) mértük fel a 15-16 éves korosztály önkárosító magatartásának jellegzetességeit. Az *adoleszcens szuicid viselkedés* (ideáció, kísérlet) felmérése mellett félig strukturált interjú segítségével vizsgáltuk az egyéb *öndestruktív viselkedésmódok*, az *addiktív magatartás*, a *pszichopatológiai tényezők*, illetve az *attitűdök*, a *megküzdő mechanizmusok* és az *életesemények*, valamint az egyéb *rizikótényezők* szerepét és a *segélykérés* formáit, továbbá a segítségnyújtás különböző lehetőségeit.

**Eredmények:** A *magyar serdülők* reprezentatív középiskolás mintájában az önkárosító magatartás és a szuicid viselkedés számottevő gyakoriságot ért el és jelentős arányban szerepeltek azok, akiknél rendszeresen jelentkeznek szuicid gondolatok. A serdülők 7.8%-a számolt be korábbi szuicid viselkedésről (fiú: 4.6%, lány: 11.6 %), a fiúk 1.6%-a, míg a lányok 3,6%-a több korábbi kísérletet is említett. A *szuicid kísérletet elkövetők* egy olyan sajátos populációt jelentenek, melyet markáns *pszichopatológiai tünetek* (kifejezett szorongás, depresszió, impulzivitás), önértékelési problémák és ineffektív problémamegoldás jellemezik. A szuicid viselkedés gyakran társult *addiktív viselkedésformákkal* (alkoholfogyasztás, dohányzás, droghasználat, gyógyszerabúzus), ez különösen érvényes volt az ismételt kísérletet elkövetőkre. A drogabúzus az öngyilkosságot megkísérlő fiúknál közel négyszer, míg a lányoknál ötször gyakoribb volt, mint a többiekénél. Bár a magyar *adoleszcens szuicid kísérleti ráta az európai centrumok* szuicid arányszámainak átlagánál valamivel alacsonyabb volt, azonban a pszichopatológia relatíve súlyosabb, a coping mechanizmusok gyengébbek, az alkalmazott módszerek pedig „keményebbek” voltak, ennek következtében hazánkban gyakoribb volt a kórházba kerülés.

**Következtetés:** A serdülő populációban fontos szerep jut a pszichopatológiai eltérések, az addiktív viselkedésformák kiszűrésének és kezelésének. Eredményeink segítséget nyújthatnak olyan iskolai *szuicid prevenciók programok* tervezésében, melyek a serdülőkori öngyilkos viselkedés gyakoriságának csökkentése mellett a fiatalok mentális egészségének megőrzésében és helyreállításában, valamint életminőségük javításában is eredményesen alkalmazhatók.

### 3.2. Az „Elderly vizsgálat”

**Célkitűzés:** Az *időskori szuicid viselkedés* felmérése. A szociodemográfiai faktorok és a mentális zavarok mellett a kognitív funkcióromlás szerepének értékelése.

**Módszer:** *Eset-kontrollos felmérésünket* a klinikánkon hospitalizált 65 évnél idősebb betegek körében végeztük (n=62). A *szociodemográfiai*, a *szomatikus* és *mentális zavarokra* vonatkozó adatok mellett a *kognitív funkciókat (MMSE teszt)* hasonlítottuk össze az ugyanebben az időszakban más pszichiátriai zavarok miatt hospitalizált idősek (n=152) adataival.

**Eredmények:** A *szuicid csoportban* az affektív (53 vs. 16%) és az alkalmazkodási zavarok (36 vs. 6%), míg a *nem-szuicid csoportban* a demenciák (elsősorban vaszkuláris) (67 vs. 36%) és a delíriumok (59 vs. 13%) voltak a leggyakoribb *klinikai diagnózisok*. A szuicid csoportban kisebb volt azok aránya, akiknél *kognitív hanyatlás* volt megállapítható. Az *MMSE pontátlaga* a szuicid kísérletezőknél 22, míg a kontroll csoportban 18 pont volt ( $p < 0.01$ ). A *szuicid csoportban* gyakoribb volt a megelőző szuicid kísérlet (44 vs. 10%,  $p < 0.0001$ ) és a megelőző pszichés stresszor (81 vs. 44%,  $p < 0.0001$ ). A kísérletezők között lényegesen gyakoribb volt a szomatikus állapotromlás (55 vs. 28%), az interperszonális konfliktusok (32 vs. 14%) és a környezetben bekövetkező halálesetek (10 vs. 3%) előfordulása. A szuicid kísérletezők nagyobb arányban szedtek anxiolitikumokat (63 vs. 37%) és antidepresszívumokat (42 vs. 18%), míg a kontrollcsoport tagjai közül többen részesültek antipszichotikus medikációban (54 vs. 18%). *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 valószínűsége.

**Következtetés:** Az *időskori szuicid viselkedés* jelentős gyakoriságot mutat hazánkban. Az *affektív zavar* és az *enyhe kognitív hanyatlás* együttes fennállása különösen magas rizikót jelent. Az elsősorban érzelmi-hangulati tünetekkel és enyhébb kognitív romlással járó preklinikus mentális hanyatlás jelentősen hozzájárul az öngyilkossági rizikó növekedéséhez. A *szomatikus állapotromlás* és a *pszichoszociális stresszortényezők* is jelentős rizikófaktorok. A külföldi adatoktól 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 páciensek terápiájában az adekvát szomatikus és pszichofarmakológiai kezelés mellett a pszichoszociális terápiák, valamint a kognitív funkciókat javító eljárások szerepe is kiemelkedő.



#### 4.1. A „MINI-Plusz vizsgálat”

**Célkitűzés:** A szuicid kísérletet elkövetők populációjában a *mentális zavarok előfordulásának* felmérése strukturált klinikai interjú (MINI-Plusz) segítségével. A klinikai diagnózisok és az interjúval nyert kórismék összehasonlításával a vizsgálóeszköz érzékenységét is vizsgálni kívántuk, tesztelve az interjú szuicid kísérletet elkövetők csoportjában való alkalmazhatóságát.

**Módszer:** A *WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás* pécsi adatbázisának elemzése. A klinikai (*BNO-10*) és a strukturális diagnosztikus interjú (*MINI-Plusz*) által felállított diagnózisokat hasonlítottuk össze, célul tűzve ki az esetleges eltérések lehetséges interpretációit. A *MINI Plusz (Mini International Neuropsychiatric Interview Plus)* egy strukturált diagnosztikus kérdőív, mely a DSM-IV diagnosztikus rendszer kritériumain alapul és melyben a kórképek algoritmusos döntéspontok mentén diagnosztikus szekciókat alkotnak és klinikai diagnózisokat adnak meg.

**Eredmények:** A szuicid kísérletezők mintájában jelentős gyakorisággal szerepeltek *mentális zavarok*. A MINI interjú (n=100) szerint a páciensek 89%-ánál állt fenn jelenleg is mentális zavar, az élettartam prevalenciát figyelembe véve ez 92%-ot ért el. A MINI diagnózisok között az affektív zavarok (42% - elsősorban major depresszív zavar első epizódja), a szorongásos zavarok (26% - főleg a generalizált szorongás), az addikciók (24%) és az alkalmazkodási zavarok fordultak elő leggyakrabban. Férfiak között az alkoholfüggőség és a pszichotikus zavarok, míg nőknél a depresszív és szorongásos zavarok fordultak elő nagyobb arányban. A MINI interjú nagy arányban derítette fel a komorbid mentális zavarokat is, főleg a személyiségzavarok és addikciók vonatkozásában, mely utóbbi a duáldiagnózisok jelentőségére utal. 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.

**Következtetés:** Vizsgálatunkkal megerősítettük azt a tényt, hogy a szuicid kísérletezők jelentős hányadában mentális zavar áll fenn. Igazoltuk, hogy a *MINI interjú* segítségével magas szenzitivitással diagnosztizálhatók ezen pszichiátriai kórképek. Ugyanakkor a kórismén túl nem hagyhatjuk figyelmen kívül a személyiség mélyebb patológiáját és aktuális lélektani állapotát sem. Hiszen bizonyos karaktervonások, temperamentumtípusok (affektív temperamentum), biológiai prediszponáló tényezők (szerotonerg diszfunkció) - definitív pszichiátria betegség jelenléte nélkül is - szerepet játszhatnak a szuicid magatartás kialakulásában.

## 4.2. A „*HZK vizsgálat*”

**Célkitűzés:** A *Hangulatzavar Kérdőív* magyar változatának adaptálása és a hazai depressziós populációban való alkalmazhatóságának tesztelése. Emellett a *bipoláris spektrumba* tartozó kórképek felmérése a depressziós páciensek körében. Végül a *szuicid kísérletezők* körében a rejtett bipolaritás arányának és szerepének felmérése a szuicid viselkedés hátterében.

**Módszer:** A klinikánkon egy év alatt jelentkező összes *major depressziós szuicid kísérletet elkövetett* páciens (52 férfi, 152 nő) vizsgálata. 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.

**Eredmények:** A HZK alapján a 204 aktuálisan szuicid kísérleten átesett és jelenlegi major depresszív epizódban szenvedő páciens 37%-ában (férfi: 46%, nő: 35%) igazolódott valamilyen bipoláris zavar fennállása. Ezen páciensek korátlagja alacsonyabb volt, mint az unipoláris hangulatzavarban szenvedőké (40 vs. 45 év;  $p < 0.01$ ). A bipoláris betegek jellemző a házasság (44 vs. 52%) és partnerkapcsolatban élők (43 vs. 52%) alacsonyabb, a hajadonok és a nőtlenek magasabb aránya (23 vs. 13%), valamint a gyakoribb munkanélküliség (27 vs. 15%) és a földrajzi mobilitás (17 vs. 10%). A bipoláris páciensek között nagyobb volt a kórházba kerülést megelőző szuicid kísérlet aránya (33 vs. 29%), valamint az ismételt (37 vs. 26%) és az élet során valaha elkövetett öngyilkossági kísérlet (55 vs. 45%) is gyakoribb volt. Az aktuális depresszió súlyosságát illetően a BDI átlagpontszám nem volt jelentős különbség a két csoportban (31 vs. 29). A BIS átlagpontszáma (81 vs. 76) és az egyes alsókategorikák (tervezés, kognitív, motoros) pontátlagja szignifikánsan magasabb volt a bipoláris páciensekben. A többváltozós logisztikus regressziós elemzés alapján a bipolaritás valószínűségét leginkább növelő faktorok között a közepes, illetve a magas impulzivitás ( $OR=3.6$ ) játszott a főszerepet.

**Következtetés:** A depressziós szuicid kísérletet elkövetők populációjában jelentős arányban szerepel - sok esetben fel sem ismert - *bipolaritás*. A *HZK* magyar változata eredményesen alkalmazható a hazai depressziós páciensek körében, kiváltképp a rejtett bipolaritás felismerésében. A bipolaritás gyakrabban társult impulzivitással, szociális instabilitással, valamint pozitívan korrelált az ismételt szuicid kísérletekkel. A bipolaritás és a szuicid viselkedés kapcsolatában az *impulzivitás* - mint „endofenotípus” - játszhatja a közvetítő szerepet. Mindezek jelentőségét az adja, 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. A „*Prime-MD* vizsgálat”

**Célkitűzés:** Az öngyilkosság két fő kockázati faktorának - az *öndestruktív viselkedésformák* (halálvágy, szuicid gondolat, terv, szándék, kísérlet) és *mentális zavarok* - előfordulását mértük fel az alapellátásban jelentkező páciensek körében. Vizsgálni kívántuk a szuicid gondolatoknak az általános egészségi állapottal, a mentális zavarokkal, a korábbi pszichiátriai kezeléssel, valamint a jelenlegi pszichofarmakoterápiával való összefüggéseit is.

**Módszer:** Pécs város egy háziiorvosi körzetében a *MINI-Plusz* diagnosztikus kérdőív öngyilkossági kockázatát felmérő 6 kérdésével mértük fel a *szuicid magatartásformák* gyakoriságát és jellemzőit. A *mentális zavarok* előfordulását a *Prime-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)* kérdőív segítségével vizsgáltuk, mely speciálisan az alapellátásban gyakrabban előforduló mentális zavarok szűrésére szolgáló kérdőív.

**Eredmények:** A *háziiorvosnál megjelenő* páciensek 2.9%-ának volt öngyilkossági kísérlete élete során, 9%-uknak pedig az aktuális orvos-beteg találkozást megelőző időszakban is voltak önpusztítással kapcsolatos gondolataik. A *szuicid gondolatokkal küzdőkben* jelentős arányban voltak feltárhatók mentális zavarok (68%). Depresszív epizód a vizsgálat idején a szuicid csoport 60%-ában állt fenn, szemben a családorvoshoz járó betegek 11%-os arányával. A depresszív zavarokhoz (60 vs. 7%, OR=18,  $p<0.0001$ ) hasonlóan a szorongásos zavarok (28 vs. 3%, OR=8.2,  $p<0.0001$ ) és az alkoholproblémák (12 vs. 3%, OR=4.9,  $p=0.032$ ) is szignifikánsan gyakoribbak voltak a szuicid csoportban. A szuicid csoport tagjai rosszabbnak ítélték az általános egészségi állapotukat, gyakrabban szedtek pszichotrop gyógyszereket és számoltak be pszichés tünetekről. A pszichiátriai kezelések aránya is magasabb volt a szuicid csoport betegeiben (32 vs. 4%, OR=11.4,  $p<0.0001$ ), akik ritkábban keresték fel háziiorvosukat, mint a nem-szuicid csoport tagjai (12 vs. 21%, OR=0.52,  $p=0.309$ ). Többváltozós regressziós modell alapján a hangulatjavító szedése (OR=27.6,  $p<0.0001$ ), az újonnan felismert hangulatzavar (OR=18.3,  $p<0.001$ ), a korábbi szuicid kísérlet (OR=18.2,  $p<0.01$ ), a korábbi pszichiátriai kezelés (OR=7.3,  $p<0.05$ ) és a háziorvossal való rendszeres kapcsolat hiánya (OR=0.09,  $p<0.05$ ) jellemezte leginkább a szuicid csoport tagjait.

**Következtetés:** A háziiorvosnál megjelenő betegek egy része *öndestruktív gondolatokkal* küzd. Igazoltuk, hogy a szuicid gondolatokra és kísérletekre vonatkozó tételekkel kiegészített *Prime-MD* kérdőív érzékenysége és hasznosíthatósága jelentősen növekedett, hiszen így mentális zavarok mellett az aktuális szuicid veszélyeztetettség is szűrhetővé vált. Mindezek fényében a bemutatott módszer fontos prevenciós és intervenciós lehetőség is egyben.

## 5. A „szuicid prevenció modellje”

**Célkitűzés:** Annak ellenére, hogy sokan kapcsolatban állnak az *egészségügyi ellátó rendszerekkel*, a legtöbb esetben elmarad a szuicid rizikó vagy a mentális zavar felismerése, így az adekvát segítségnyújtásra sem nyílik lehetőség. Az *orvos-beteg találkozás* így gyakran csupán „szükséges, de nem elégséges” feltétele a segítségnyújtásnak.

**Módszer:** A szuicid prevenció regionális modelljének elméleti kidolgozása és gyakorlati megvalósítása.

**Eredmények:** Egy olyan *komplex, regionális, integratív szuicid intervenció és prevenció modell* dolgoztunk ki, mely a meglévő regionális ellátórendszerekre épül, és a veszélyeztetett populáció szűrését, valamint 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 és irányításában (*1. ábra*). Modellünk az alábbi 6 fő lépésből áll: 1. A figyelmeztető jelek felismerése (kommunikációs vagy viselkedési jegyek); 2. A mentális zavarok, a pszichopatológiai tünetek és a krízisjegyek felismerése; 3. A rizikó- és protektív tényezők feltérképezése; 4. Az aktuális szuicid veszély és rizikó felmérése, megbecsülése; 5. Az intervenció lehetőségei felmérése, a beavatkozás megtervezése; 6. A páciens menedzselése az intervenció különböző szintjein (*1. ábra*).

**Következtetés:** Ahogy a szuicid viselkedés kialakulását a bio-pszicho-szociális és stressz-diatézis modellben értelmezzük, úgy az effektív *terápiás repertoár* is ezen paradigma mentén valósulhat meg. A *gyógyszeres kezelés*, a *pszichoterápiás eljárások*, a krízisparadigma és ennek megfelelően a *krízisintervenció* alkalmazása, valamint a *szociális segítségnyújtás* kombinált alkalmazása szükséges a szuicid viselkedés *terápiájában és prevenciójában*. *Modellünkben* kiemelt figyelmet fordítottunk a felismerés és szűrés lehetőségeire, a tünettan, a betegség történet, valamint a rizikó- és protektív tényezők együttes értékelésére. Ennek alapján mutattuk be a regionális ellátórendszerek (alapellátás, családorvosok, lelkesegély szolgálatok, krízisambulancia, pszichiátriai szakrendelők, fekvőbeteg intézmények) hierarchikusan egymásra épülő rendszerét. Az öngyilkos viselkedés integratív megközelítésén alapuló szuicidprevenció modell segítséget nyújt az alapellátásban, a családorvosi 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. Hiszen, mint a medicina számos területén, a szuicidológiában különösen igaz, hogy *„a prevenció hatékonyabb, mint a terápia”*.

### III. ÖSSZEFOGLALÁS

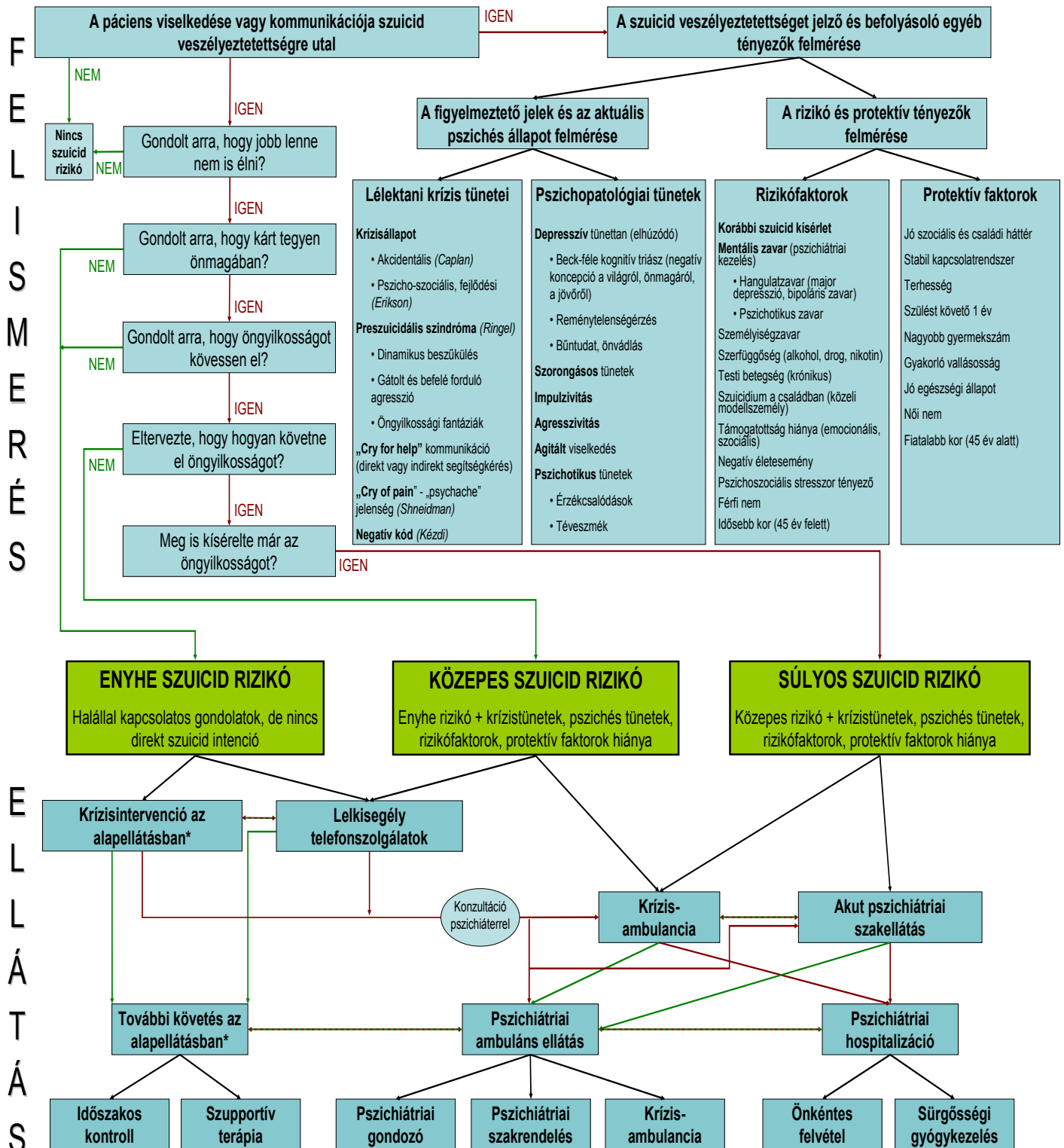
Az elvégzett és a jelen dolgozatban bemutatott, valamint a folyamatban lévő - a szuicid viselkedés *genetikai és a neurobiológiai* korrelátumait vizsgáló - kutatásaink eredményeit felhasználva kívánunk a jövőben is minél pontosabb képet alkotni a szuicidium jelenségvilágáról. Az önpusztítás jelenségének megértésére irányuló vizsgálataink során olyan *komplex modell* alkalmazását tartjuk fontosnak, melyben az emocionális krízis elméletének, a mentális zavarok koncepciójának, valamint a temperamentumkutatások és szociokulturális vonatkozások integratív szemlélete valósul meg. A korábban széles körben elfogadott *bio-pszicho-szociális*, és az újabban előtérbe kerülő *stressz-diatézis modell*, illetve ezek integrációja nyújt koherens alapot a modern tudományos paradigma és a mindennapi klinikai gyakorlat számára. Hiszen, a különböző kiváltó tényezők (*stressz*), valamint az ismert vulnerabilitási faktorok (*diatézis*) is lehetnek egyrészt biológiai, másrészt pszichológiai, vagy szociális megalapozottságúak, és mindezek - a cirkuláris modell alapján - dinamikus kölcsönhatáson keresztül befolyásolják egymást (gén-környezet interakció) (1. táblázat).

A bemutatott komplex, regionális modell segítséget nyújthat a szuicid veszély felismerésében és adekvát *kezelésében*, valamint a szuicidium *megelőzésében* is hatékonyan alkalmazható. Ezáltal nyerhet értelmet az a közismert mondás, miszerint: „*Egy életet megmenteni olyan, mintha a világot mentenénk meg.*”

1. táblázat. A bio-pszicho-szociális és a stressz-diatézis modell integrációja a szuicid viselkedés vonatkozásában (néhány példával illusztrálva)

MODELL	Biológiai	Pszichológiai	Szociális
<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></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>- Depresszió, szuicidium a családban</li><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, amiben élünk</li><li>- Transzgenerációs hatások</li><li>- Szociális transzmisszió, stb.</li></ul>

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



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

#### IV. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenek előtt, szeretném megköszönni témavezetőmnek és munkahelyi vezetőmnek, *Fekete Sándor egyetemi tanárnak*, valamint munkatársamnak *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, továbbá *Kóczán György* egyetemi docensnek, *Varga József* egyetemi adjunktusnak, *Tiringer Istvánnak*, illetve *Kézdi Balázs*, *Stark András*, *Horti Mária*, valamint *Koltai Mária* főorvosoknak.

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 S.O.S. Élet Telefonszolgálat munkatársainak és a PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikán munkatársaimnak (elsősorban *Tényi Tamásnak*, *Kovács Attilának*, *Herold Róbertnek* és *Simon Máriának*) a közös munka során nyert tapasztalatokért mondok köszönetet. Szintén köszönet illeti mindazokat a *kollégákat*, *hallgatókat*, és a *pácienseket*, 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.

## V. PUBLIKÁCIÓK (PUBLICATIONS)

### I. Az értekezés témájában megjelent néhány publikáció (Publications related to the thesis)

#### 1. Könyvek, könyvfejezetek (Books, book chapters)

- 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 alkoholológia 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: 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*. 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.
- **Vörös V**, Nicola M, Anthea H, Osváth P, Fekete S: Adolescent suicide and psychopathology. In: Fekete S, Osváth P: *Suicide studies - from genetics to psychiatry and culture*. p. 59-66. University of Pecs, Pécs, 2005.
- Osváth P, **Vörös 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.
- **Vörös V**, Osváth P, Kovács 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 (Scientific papers)

- Osváth P, Fekete S, **Vörös V**, Mészáros H: Pszichiátriai zavarok befejezett öngyilkosságot elkövetők mintájában - adatok a WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás pécsi centrumának vizsgálatából. *Szenvédélybetegségek* 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 serdülőkorú 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: Serdülőkorú 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.
  
- 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.
- 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]
- 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 (Abstracts of oral and poster presentations at congresses)

- **Vörös V**: Adoleszensz 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 háziorvosi körzetben. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2005;VII(suppl.1):52.
- **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 szuicidum kutatás. Trendek és tanulságok az epidemiológiai adatok tükrében. *Psychiatria Hungarica* 2009;23(suppl):50.
  
- 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**, Osvath 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]
- Osvath 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**, Osvath 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]

#### 4. További néhány előadás, poszter (Some other oral and poster presentations)

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

## II. Az értekezés témájához nem kapcsolódó néhány publikáció (Publications not related to the thesis)

### 1. Könyvfejezetek (Book chapters)

- **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.

## 2. Tudományos közlemények (Scientific papers)

- **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. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 2005;6(3):165-179.
- 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 szérumban 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.
- **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]
- Tényi 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]
- Osváth P, Fekete S, **Voros V**, Almási 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**, Osváth P, Fekete S, Tényi 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, Tényi 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, Osváth P, Simon M, Fekete S, Tényi 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, Tényi T: Delusions of pregnancy with post-partum onset: an integrated, individualized view. *European Journal of Psychiatry* 2009. [IF: 0.462]

## 3. Idézhető kongresszusi absztraktok (Abstracts of oral and poster presentations at congresses)

- Osváth P, Fekete S, **Voros 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, Tényi 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, Tényi 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**, Tényi 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**, Tényi T: Aripiprazol in the treatment of catatonia - review of the literature and case reports. *European Neuropsychopharmacology*, 2010;20(Suppl 3):492. [IF: 3.684]

#### 4. További néhány előadás, poszter (Some other oral and poster presentations)

- **Vörös V**, Tényi T: Clozapin szedés mellett, polydipsiás eredetű hiponatrémia korrekcióját követően kialakuló rhabdomyolysis. *PTE OEC Tudományos Szakosztály Ülés*, Pécs, 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.
- **Voros V**, Tényi 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 (Impact factor) - az értekezéshez kapcsolódó (related to the thesis): 38,601**

**- az értekezéshez nem kapcsolódó (not related to the thesis): 34,633**

**Összesített impakt faktor (Cumulative impact factor): 73,234**