

Az öngyilkossági kísérletezés pszichoszociális háttértényezőinek vizsgálata

Doktori értekezés

Tóth Mónika Ditta

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Purebl György, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Stauder Adrienne, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Kopp Mária, Ph.D., az MTA doktora †

Hivatalos bírálók: Dr. Martos Tamás, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Osváth Péter, Ph.D., egyetemi docens

Szigorlati bizottság
elnöke: Dr. Tringer László, Ph.D., professor emeritus
tagjai: Dr. Szily Erika, Ph.D., egyetemi adjunktus
Dr. Balázs Judit, Ph.D., egyetemi docens

Budapest

2015

Tartalomjegyzék

1. Rövidítések jegyzéke	4
2. Irodalmi bevezetés.....	5
2.1 Az öngyilkosság, mint népegészségügyi probléma	5
2.2 Az öngyilkossági magatartás története	6
2.3 Az öngyilkosság megközelítésmódjai	9
2.3.1 Pszichiátriai megközelítés	9
2.3.2 Biológiai megközelítés	10
2.3.3 Pszichológiai megközelítés.....	10
2.3.4 Szociológiai megközelítés	13
2.3.5 Kulturális tényezők szerepe.....	14
2.3.6 Integratív megközelítés.....	16
2.4 Kockázati tényezők az öngyilkosság hátterében	16
2.4.1 Pszichiátriai rizikótényezők.....	17
2.4.2 Pszichológiai, pszichoszociális rizikótényezők.....	19
2.4.3 Demográfiai rizikófaktorok	21
2.5 Öngyilkossági kísérletek.....	23
2.5.1 Az öngyilkossági kísérletezők korábbi vizsgálata (WHO/EURO kutatás)	24
2.5.2 Nemi különbségek	25
2.5.3 Többszörös kísérletezés	25
2.5.4 Etnikai különbségek az öngyilkossági kísérletekben	26
2.5.5 Precipitáló tényezők vizsgálata	28
2.5.6 Öngyilkosság hátterében meghúzódó motiváció, szándék vizsgálata	29
2.6 Öngyilkosság prevenciós programok	31
2.6.1 Áttekintés.....	31
2.6.2 Többszintű öngyilkosság-megelőző programok.....	34
2.6.3 Többszintű akcióprogram a depresszió és öngyilkosság megelőzésére (OSPI). 36	
3. Célkitűzések	38

4. Módszerek	39
4.1 A kutatás háttere	39
4.2 Adatgyűjtés	39
4.3 Vizsgált személyek és eljárás	40
4.3.1 Adatbázis 1: Nemzetközi adatbázisból származó minta	40
4.3.2 Adatbázis 2: Részletes interjúval vizsgált minta	41
4.4 Mérőeszközök	42
4.4.1 Nemzetközi minta	42
4.4.2 Interjú minta	42
4.5 Statisztikai elemzés	45
4.5.1 Nemzetközi, kórházi adatbázis	45
4.5.2 Interjú vizsgálat	46
5. Eredmények	48
5.1 Vizsgált minta demográfiai jellemzői	48
5.1.1 Az OSPI program beavatkozási régióinak nemzetközi mintája	48
5.1.2 Részletes interjúval vizsgált szándékos önmérgezők mintája	49
5.2 Öngyilkossági kísérletek elemzése a nemzetközi mintán	51
5.2.1 Az öngyilkossági szándék megoszlása a különböző országokban	51
5.2.2 Az öngyilkossági magatartás nemi különbségei	52
5.2.3 A kifejezett halálvágy és a helyzetből menekülés rizikófaktorai	54
5.3 Szándékos önmérgezők interjú vizsgálatának eredményei	57
5.3.1 Nemi különbségek az öngyilkossági cselekményben	57
5.3.2 Az öngyilkosság módszere	58
5.3.3 Az öngyilkosság megnevezett okai	58
5.3.4 A kísérlet hátterében meghúzódó szándék	59
5.3.5 Az öngyilkossági szándék összefüggése a kiváltó okokkal	60
5.3.6 Pszichológiai mutatók	61
5.3.7 A kísérletet követő aktuális érzések	62

5.3.8	Pszichiátriai kórképek és önkárosító magatartásformák	63
5.3.9	Az öngyilkossági szándék összefüggése a pszichés mutatókkal	63
5.3.10	Az interperszonális konfliktusok összefüggése a pszichológiai mutatókkal	65
5.3.11	A többszörös kísérletezés rizikófaktorai	68
5.3.12	A szándékos önmérgezés pszichológiai jellemzőinek etnikai különbségei	69
6.	Megbeszélés	76
6.1	Demográfiai jellemzők	77
6.2	Nemi különbségek az öngyilkosság módszerében	77
6.3	Hangulatzavar előfordulása	77
6.4	Az öngyilkossági kísérlet motivációs háttere	78
6.5	Az interperszonális konfliktus jelentősége	80
6.6	Többszörös kísérletezés rizikófaktorai	82
6.7	A szándékos önmérgezés pszichológiai jellemzőinek etnikai különbségei	82
7.	Következtetések	86
8.	Összefoglalás	89
9.	Summary	90
10.	Irodalomjegyzék	91
11.	Saját publikációk jegyzéke	102
12.	Köszönetnyilvánítás	104
13.	Mellékletek	105
13.1	MONSUE questionnaire for OSPI-Europe	105
13.2	Az interjú mintában felvett kérdőívek	110
13.2.1	Rövidített Beck Depresszió Kérdőív	110
13.2.2	Reménytelenség Skála	111
13.2.3	Társas Támogatás Kérdőív	113
13.2.4	Élet Értelme Kérdőív	114

1. Rövidítések jegyzéke

BNO: Betegségek nemzetközi osztályozása

KSH: Központi Statisztikai Hivatal

OSPI: Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe
(Többszintű akcióprogram a depresszió és öngyilkosság megelőzésére)

WHO: World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

2. Irodalmi bevezetés

2.1 Az öngyilkosság, mint népegészségügyi probléma

Az öngyilkosság az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint olyan cselekvés, amely során az egyén saját maga vet véget életének (WHO, 2014). Az öngyilkosság három kritériuma a meghalás tudatos szándéka, egy élet kioltására alkalmas módszer képze és ennek a módszernek a megvalósítása. Mivel ez a cselekmény feltételezi a szándékosságot és a tudatosságot, humánspecifikumnak tartják (Buda, 2001).

Az öngyilkossági magatartás igen jelentős népegészségügyi probléma az egész világon. 2012-ben az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint összesen 804 000 ember választotta az önkezü halált. Európában évente nagyságrendileg 150 ezer szuicidium történik (WHO, 2014). Az öngyilkossági ráták különböznek régiók, életkori csoportok, nemek, etnikai hovatartozás és a halálozási statisztikák regisztrációja szerint. Európában megfigyelhető tendencia, hogy az északabbra eső országokban magasabb, míg délebbre alacsonyabb az öngyilkossági halálozás (Hawton és van Heeringen, 2009). Magyarországon Európa más országaihoz képest nagyobb terhet jelent az öngyilkosság, évről évre az elsők között szerepelünk a szuicid statisztikákban (Rihmer és Fekete, 2012). Az 1980-as évektől kezdve hazánkban fokozatosan csökkent az öngyilkossági ráta, majd 2006-ban stagnált és 2008-ban 1,3%-kal nőtt. 2012-ben a világon az öngyilkossági ráta 11,4, míg Magyarországon csaknem kétszeres, 23,6 volt (WHO, 2014). Kedvező változás, hogy 2013-ban a szuicid ráta 21,2-re csökkent Magyarországon, amely összesen 2093 ember halálát jelentette (KSH, 2014).

Az életkori eloszlást figyelembe véve a legveszélyeztetettebbek mindkét nemnél a 45-49 évesek és a 70 év feletti. 2013-ban Magyarországon a 15-24 éves korosztályban az öngyilkosság volt a vezető halálok, megelőzve a motoros gépjárműbaleseteket és a daganatos megbetegedések 100 ezer főre eső rátáját (öngyilkosság: 6,9, baleset: 6,1 és daganat: 4,3/100.000 fő) (KSH, 2014). A 60 év feletti korosztályban az elmúlt években folyamatosan növekszik az öngyilkosság aránya, ami meghaladja az ilyen korú népesség növekedésének arányát. Az öngyilkosság módszereit tekintve elmondható, hogy az önakasztás a leggyakoribb, melyet a szándékos önmérgezés követ hazánkban. Ezután következik a magas helyről leugrás, és a mozgó

jármű elé ugrás (1. táblázat) (KSH, 2014). Az 1. táblázatban áttekintést nyújt az elmúlt évek hazai öngyilkossági cselekményeiről az elkövetés módszere szerinti bontásban.

1. táblázat: A befejezett öngyilkosságok elkövetési módok szerinti százalékos megoszlása 1980 és 2013 között Magyarországon (KSH, 2014)

Elkövetés módja	1980	1990	2000	2012	2013		
					Összes	Férfi	Nő
Akasztás, zsinagulós	54,6	56,4	68,3	61,5	61,6	68,6	39,4
Mérgezés	28,4	28,6	15,2	15,2	16,1	10,0	35,4
Vízbe fulladás	4,3	2,7	1,6	1,3	2,0	1,0	5,0
Mozgó jármű elé ugrás	2,4	1,7	2,8	5,2	5,6	5,6	5,5
Lőfegyver, robbanószer	1,4	1,4	2,7	3,5	2,4	3,0	0,4
Magas helyről leugrás	4,3	5,7	5,2	7,1	6,2	5,3	9,1
Vágó-, szűrőeszköz	1,5	1,9	2,0	3,3	3,7	4,0	2,8
Áramütés, egyéb és ismeretlen	3,2	1,7	2,2	2,5	2,4	2,4	2,4
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Esetszám	4809	4133	3269	2350	2093	1588	505

2.2 Az öngyilkossági magatartás története

Az *ósi civilizációkból* semmilyen tárgyi, vagy képzőművészeti maradvány sem bizonyítja az öngyilkossági magatartás őskori előfordulását. Az *ókori* Mezopotámiából és Egyiptomból sincsenek arra bizonyítékaink, hogy kialakult volna az öngyilkosság fogalma. A halál utáni életbe vetett mélységes hit és meggyőződés miatt az öngyilkossági gondolatok és cselekmények csak elvétve fordulhattak elő (Zonda, 1991). A *görög-római világban* (i.e. 700 után) megjelenő individualizációval és szubjektívizmussal párhuzamosan alakult ki az öngyilkosság fogalma. Az 'exagógé'-ről

a különböző iskolák eltérő véleményt formáltak: Az egyik első minősítés Homéroszé volt, aki szerint az önkézű halál gonosztett, a lelki megzavarodás műve. A nagy gondolkodók hasonlóképp elutasították, azonban egyedi mérlegelést, enyhítő körülményeket megfogalmaztak: Platon szerint az önkézű halál áldozatai akaratgyengék, külön kell őket temetni, viszont súlyos szerencsétlenség, vagy nagy szegénység esetén elfogadhatónak tartotta. Seneca is megengedő attitűdöt képvisel (saját maga felvágta ereit, amikor kiderült, hogy Néro meg akarja öletni). A görögök között nincs olyan szerző, aki ne látná megengedhetőnek az öngyilkosságot: szuverén, önálló döntésre képes személyiség kellő indokkal végrehajthatja. Ebben az időszakban hatalmas érték volt a testi és szellemi egység, ennek csorbulása esetén elfogadható volt a szuicidium.

A *Bibliában* nem sok helyen, de találunk öngyilkosságról szóló történeteket, amely alapvetően nem ítélte el: Saul király saját kardjába dőlt, míg Júdás árulása után felakasztotta magát. 553-ban a II. orléans-i zsinat során a keresztény egyház megtiltotta az öngyilkosságot elkövetők temetését, sőt a szertartást is (Zonda, 1991).

A *középkorban* felerősödik az egyház hatalma, amely korszakban alapvetően elítélendő, bűnös tett az öngyilkosság. Szt. Ágoston volt az öngyilkosságot elítélő keresztény doktrína első világos leírója. Aquinói Szent Tamás a *Summa Theologica* című művében külön fejezetet szentel az öngyilkosságnak, melyben az öngyilkosságot az Istennel, saját magunkkal és a közösséggel szembeni bűnként aposztrofálja (Kovács, 2006). A *reneszánsz* korban fokozatosan nyer teret az individualizmus, és a halál gondolata az emberi gondolkodás középpontjába kerül. Ekkor már megengedőbb, toleránsabb attitűddel fordulnak az öngyilkos magatartáshoz. Angliában azonban különösen kegyetlen az eljárás, amit az önkézű halált választók holttestével tesznek: Edgár király rendelete után (10. század) egészen 1870-ig megalázzák, és keresztúton temetik el a holttestüket. Egészen 1961-ig börtönbe zárják a kísérletezőket. Ezzel szemben az angol irodalom egyik legnagyobb írójának, Shakespeare-nek több drámai hőse is öngyilkosságot követ el (Othello, Ophélia, Kleopátra, Rómeó és Júlia) (Zonda, 1991). 1601-ben John Donne három részes könyvet ír *Bianthos* címmel az öngyilkosság bűnként való megítélése ellen. A nagy német filozófusok többnyire elutasítják az öngyilkosságot, Kant, Fichte és Hegel is. Shopenhauer szerint azonban az

öngyilkosság az ember előjoga, dönthet róla meddig akar élni, de elítéli filozófiai okokból. Thomas Szász szerint öngyilkosság éppúgy nem létezik, mint az önlopás, mivel életünk felett éppúgy rendelkezünk, mint vagyonunk felett. Szerinte a pszichiátriai intervenció megakadályozza az egyén szabad döntését (Kovács, 2006).

A 19. század elejétől több országban került be az öngyilkossági magatartással kapcsolatos intézkedés a jogrendszerbe, amely az öngyilkosság kriminalizálásához vezetett. Fontos megjegyezni, hogy az elmúlt 50 év során bekövetkezett dekriminalizálódás ellenére mind a mai napig 25 országban büntetik az öngyilkossági kísérletezőket. A büntetési tételek kisebb pénzbírságtól életfogytig tartó szabadságvesztésig terjednek (WHO, 2014).

A történeti áttekintése során fontos kiemelni még két olyan kultúrát, ahol az élet önkezü befejezése nem öngyilkoságként, hanem egy magasabb, szakrális cél érdekében, szinte kötelességként interpretálódik. Az *indiai hinduizmus* teljes mértékben elítéli az érzelmi alapon, frusztráció vagy harag miatt elkövetett öngyilkosságot. Ezzel szemben az élet önkezü befejezésének más formáit elfogadják. A máig ismert Sati-t (a feleség máglyahalála férje elvesztése után) nem tekintik öngyilkoságnak a háttérben meghúzódó szakrális, önfeláldozó motiváció miatt. A Sati-t elkövető nőt tisztának és hűségeseznek tartják. A megközelítés szerint a házastársak földi közössége után lelkeik együtt reinkarnálódnak. A Sati évszázadokon átívelő hagyományát szemlélteti, hogy i.e. 316-ban jegyezték fel az első esetet, de még 2006-ban is volt rá példa Indiában. A jelenség háttérében a kutatók kulturális faktorokat feltételeznek (Lester, 2013a). A másik ilyen a *japán kultúra*, ahol a 'seppuku', vagy a közismertebb nevén a 'harakiri' (a has önkezü felmetszése) a samurájok hagyományos öngyilkossági módja volt. A becsületen, vagy a hűségen esett csorba esetén a seppuku egy kulturálisan elvárt magatartásforma volt, amely így a legmagasabb erkölcsi erények közé sorolódott. Bár a seppuku a 20. századra igen ritkává vált, a japán szocio-kultúrában továbböröklődött, mint egy szociálisan és kulturálisan elvárt szerep-viselkedés. A harakiri során ritualizált, szinte ünnepélyessé tett halál magában foglalja az élet és halál különleges egységét, amely a japán lovagi kultúra attitűdjét tükrözi (Fusé, 1980; Zonda, 1991). A fent ismertetett különböző megközelítések jól szemléltetik az öngyilkossági magatartással szembeni attitűdök alakulását a meghatározó korokban, amely diverzitás mind a mai

napig fennmaradt. A két utóbbi öngyilkossági típusban egyértelműen a kulturális tényezők dominálnak, mellyel a dolgozatom következő fejezetében külön is foglalkozom.

2.3 Az öngyilkosság megközelítésmódjai

Az öngyilkosság multifaktoriális jelenség, melyet különböző perspektívákból közelíthetünk meg: teológiai, filozófiai, demográfiai, szociológiai, pszichológiai, biológiai, evolúciós, egészségügyi, biokémiai, jogi, prevenciós, globális, politikai és nemzetek feletti (Shneidman, 1985). Ezen kívül, bár Shneidman nem említi külön, a pszichiátriai megközelítés manapság az egyik legerősebb bázisa a szuicidológiának (Hjelmeland, 2013).

2.3.1 Pszichiátriai megközelítés

Az öngyilkosság pszichiátriai megközelítése az ókori időkre nyúlik vissza. Homérosz a lélek megzavarodásának jelét látta ebben a cselekvésmódban. A modernkori kutatások szerint az öngyilkosságban meghaltak jelentős része valamilyen pszichiátriai kórképben, leggyakrabban depresszióban (közel 90%) szenved (Hawton és van Heeringen, 2009), azon belül is a major depresszió előfordulása a leggyakoribb (Almási és mtsai., 2009; Rihmer, 2007). A szerfüggőséggel kapcsolatos kórképek a hangulatzavarok után a második helyen állnak az öngyilkosságban meghaltak körében (19-60%), ezen belül pedig különösen magas az alkoholizmus prevalenciája (Almási és mtsai., 2009; Zonda, 2006a). A különböző pszichiátriai rizikófaktorok a 2.4.1 fejezetben részletesebben is kifejtésre kerülnek.

A pszichiátriai vonatkozás tárgyalásánál mindenképp kiemelendő, hogy bár az öngyilkossági elkövetők nagy részénél kimutatható valamilyen kórkép, a hangulatzavarral küzdők többsége sosem kísérel meg öngyilkosságot. A mentális zavarok és az öngyilkosság között csak a nyugati társadalmakban mutatható ki szoros összefüggés, míg a világ más országaiban nem (Vijayakumar, Pirkis és Whiteford, 2005). Ezek a megfigyelések felhívják a figyelmet a pszichoszociális, személyiségbeli és kulturális tényezők jelentőségére.

2.3.2 Biológiai megközelítés

Számos kutatási bizonyíték utal a biológiai és genetikai faktorok prediktív jellegére a szuicid magatartás hátterében. Különböző neurobiológiai diszfunkciók közül az egyik legjelentősebb a központi idegrendszer csökkent szerotoninforgalma, melyet megnövekedett öngyilkossági szándékkal és orvosilag súlyosnak számító öngyilkossági kísérletekkel hoztak összefüggésbe, ezen kívül, öngyilkosságban elhunyt személyek agytörzsében csökkent noradrenalin szintet mutattak ki (Mann, 2003). A krónikus stresszállapot következtében fokozódó hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg-tengely aktivitását (amely emelkedett kortizolszintet okoz) megnövekedett öngyilkossági rizikóval hozták összefüggésbe major depressziós páciensek körében (Coryell és Schlessler, 2001). Az alacsony koleszterinszint szintén növeli az öngyilkosság kockázatát, míg a genetikai tényezők az önkárosító gondolatok és magatartás varianciájának 45%-áért felelősek (Hawton és van Heeringen, 2009). Elsősorban depressziós és bipoláris betegeknél jár szignifikánsan együtt a szerotonintranzporter gén 's' alléljának hordozása a szuicid magatartással (Gonda és mtsai., 2011).

2.3.3 Pszichológiai megközelítés

2.3.3.1 Pszichoanalitikus megközelítés

A pszichoanalitikus megközelítés atyja, Sigmund Freud szerint két ellentétes ösztöntörekvés, az Eros (életösztön) és a Thanatos (halálösztön) között zajló folyamatos, tudattalan harc energiája visz előre bennünket. Utóbbi a megsemmisülés felé hajt és tartalmazza az auto- és heteroagresszív impulzusainkat. Freud megközelítése szerint az öngyilkosság annak a következménye, hogy a halálösztön felülkerekedik a fejlődés és növekedés ösztöne felett (Freud, 1917).

A személyiségváltozók közül az impulzivitást hozzák leggyakrabban összefüggésbe a szuicid rizikóval, míg kognitív változók szintjén a dichotóm, fekete-fehér, rigid gondolkodásmód jellemzi az öngyilkossági kísérletezőket. Ezen kívül a probléma-megoldás területén passzivitás és csökkent hatékonyság a meghatározó körökben. A pszichológiai megközelítés további fontos összetevője a reménytelenség, amely mediátornak tekinthető a depresszió és az öngyilkossági szándék között (Williams és Pollock, 2000).

2.3.3.2 Kognitív megközelítés

Williams és munkatársai a „gátolt menekülés modelljében” egyesítik az öngyilkossági kísérletezők kognitív jellemzőit (Perczel Forintos, 2011; Williams, Crane, Barnhofer és Duggan, 2004). A korábban már azonosításra került, legfontosabb jellemzőket foglalja keretbe:

- **Negatív kognitív triád:** negatív gondolkodás önmagunkról, másokról és a világról, illetve negatív jövőkép
- **Reménytelenség:** jövő perspektívájának elvesztése, pesszimizmus, negatív elvárások
- **Túláltalánosított önéletrajzi emlékezet:** a korábban átélt emlékek felidézésének képtelensége, melyek mintául szolgálhatnak a jelenlegi probléma megoldása során
- **Problémamegoldás alacsony szintje:** nehézség a problémák megoldásában, elsősorban az interperszonális természetűekben

A gátol menekülés modelljében az öngyilkossági gondolatok és a magatartás a csapdába esettség érzetéből származnak, és együtt járnak a világra és a személyre vonatkozó egyedi információfeldolgozási móddal. Öngyilkossági gondolat egy személynél addig maradhat fenn, amíg nem sikerül megoldást találni a problémára. Ha ez még nem is sikerül, a jövőbeni célok és az élet értelmének érzése segít túljutni az önpusztító gondolatokon. Az öngyilkossági magatartás gátolt menekülés modellje szerint azonban a nem megfelelő problémamegoldó képesség és a pesszimizmus megnöveli az esélyét a csapdába esettség érzésének, amelynek három fő jellemzője van: (1) szenzitivitás (2) a menekülés képtelenségének érzése (3) a reménytelenség, miszerint ennek a helyzetnek sosem lesz vége.

1. **Szenzitivitás:** a depressziós személyek hajlamosak még a relatíve semleges eseményt is megalázónak megélni, amely érzés az elviselhetetlenségig fokozódhat. Ebből a helyzetből való menekülés az öngyilkossági kísérletek hátterében gyakran megnevezett kiváltó tényező.

2. A helyzetből való kimenekülés képtelensége: a gyenge problémamegoldó képességek miatt képtelenek alternatív megoldást találni problémájukra, illetve a túláltalánosított emlékezeti működésük miatt nem képesek felidézni múltbeli, sikeres problémamegoldási helyzeteket.

3. Reménytelenség: a személy attól tart, hogy az adott helyzet sosem ér véget, nem képes pozitív kimenetelt prognosztizálni.

A modell a „cry for help” (segélykiáltás) megközelítést a „cry of pain” (könnyek a fájdalom miatt) szemlélettel váltja fel, miszerint az élet fontos területén történt csapdába esettség váltja ki az öngyilkossági cselekményt és csak másodsorban szól a segítség kereséséről.

2.3.3.3 A lélektani krízis állapota

Az öngyilkosság pszichológiai megközelítésének tárgyalásakor elkerülhetetlen Caplan krízisállapot definícióját megemlíteni (Caplan, 1964). Ebben a helyzetben az egyén kénytelen szembenézni olyan tényezőkkel, amelyek veszélyeztetik lelki egyensúlyát, és ezeket sem elkerülni, sem eddig megszokott problémamegoldó módszereivel megoldani nem tudja. E lélektanilag kritikus állapotban az egyén minden figyelme, erőfeszítése magára a problémára irányul. Két fajtája a fejlődési és az akcidentális krízis, előbbi az életszakasz változások között (pl.: serdülőkorban) a normál fejlődés velejárója. A megküzdési stratégiák ilyenkor is labilissá válhatnak, de a krízis sikeres megoldása elengedhetetlen a következő életszakaszba való továbblépéshez. Az akcidentális krízist külső események indukálják, melyek lehetnek katasztrófa helyzetek, veszteségek: párkapcsolat megszakadása, közeli hozzátartozó halála, de ilyen lehet a munkahely elvesztése, vagy az egzisztenciális zuhanás is (Hajduska, 2010). Az öngyilkossági magatartás hátterében legtöbbször krízisállapot áll (Caplan, 1964).

2.3.3.4 A preszuicidális szindróma

Ringel (1973) nevéhez köthető az ún. preszuicidális, vagy más néven öngyilkosság előtti szindróma. Az elmélet szerint az öngyilkosságot megelőző állapotnak jól körülhatárolható jelei vannak. A koncepció nagyszámú öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet megfigyelése alapján jött létre, amely szerint valamennyi kísérletet, vagy

befejezett szuicidiumot azonos pszichológiai konstelláció előz meg. Három jellemző jegye miatt szokták öngyilkossági triásként is emlegetni:

1. **Fokozódó érzelmi beszűkülés:** az appercepciók és asszociációk merev lefutása, rögzült magatartássémák ismétlődése, az emberi kapcsolatok beszűkülése.
2. **Az agresszió gátlása:** a személy haragja, elégedetlensége, agresszív tendenciái önmaga ellen irányulnak, felnagyítja saját hibáit, mivel egy másik személy felé irányuló indulatok gátlás alatt állnak.
3. **Menekülés a fantáziavilágba:** a problémákat képzeleti szinten jeleníti meg, saját halálát vizualizálja, elképzezi a temetését és síró hozzátartozóit.

Ebben az időszakban egyre növekvő indulati feszültség halmozódik fel az egyénben, amikor egy újabb frusztráció precipitáló élménnyé válhat, kiváltva ezzel az öngyilkossági cselekményt. Ezt megelőzően azonban még erős ambivalenciát él át a személy, amely helyzetben a fontos személyek felé megtörténik a segélykérő jelzés („cry for help”), amely a megkapaszkodás utolsó próbájaként fogható fel. Az ambivalens érzések az öngyilkosság elkövetésére vonatkoznak. Ha elutasításba ütközik ez a segélykérés, vagy nem tudják megfelelően dekódolni a segítő szándékot, az végül elvezethet az öngyilkosság bekövetkezéséig. A pszichológiai tényezőket a rizikófaktorokról szóló 2.4.2. fejezetben bővebben tárgyalom.

2.3.4 Szociológiai megközelítés

Szociológiai megközelítés első és legjelentősebb képviselője Emile Durkheim volt, aki meghatározó könyvet írt az öngyilkosságról (Durkheim, 1982). Művében statisztikai adatok elemzése során az öngyilkosság három különböző típusát különítette el a társadalmi hatások tükrében: a társadalmi integráció csökkenése felelős az ún. *egoista típusú* öngyilkosságért. Az integráció érzetének csökkenésekor megnő a veszélye a kóros lelkiállapotnak, búskomorságnak. Ebben a típusban az apátia a vezető érzelmi állapot. A túl erős társadalmi integráció is vezethet öngyilkossághoz: az *altruista típusú* öngyilkosság során a társadalom tagjai feláldozzák magukat közösségükért, mivel nagyon erős a kollektív kötődés. Ebben a típusban a szenvedélyt emeli ki, mint fő érzelmi hajtóerőt. A harmadik kategória az ún. *anómiás* öngyilkosság, amely a

gazdasági változásokkal együtt járó folyamat egy társadalmon belül. Megfigyelései szerint nemcsak a válság időszaka, hanem a fellendülés is növeli az ilyen típusú öngyilkosságok gyakoriságát, mivel felborul az egyén szükségletei és az ezek kielégítéséhez szükséges erőforrások egyensúlya, ami elkeseredettséghez vezet. Durkeim az anómiás öngyilkosságok számának ingadozásával magyarázza a szuicid ráták hullámzását.

Robert Merton, amerikai szociológus új perspektívából közelítette az öngyilkossági magatartást az 1930-as években (idézi Buda, 2001). Szerinte a társadalom által kitűzött célok túl magas elvárásokat támasztanak az egyének elé, melyek megvalósítására nincs lehetőségük, ezért diszkrepancia jön létre az elérendő célok és az azok megvalósításához szükséges eszközök között. Az adott személyekben megnő a belső feszültség, amire frusztrációval és deviáns magatartásmóddal reagálnak. Ezek egyike az öngyilkosság.

Az ötvenes évek közepén dolgozták ki elméletüket Henry és Short amerikai szociológusok, akik a társadalmi hatásokon kívül először integrálták megközelítésükbe a személyiségben rejlő okokat, illetve a gyermekkori hatásokat is (Henry és Short, 1977 idézi Buda 2001). Megfigyelték, hogy egy adott társadalmon belül fordítottan arányos a gyilkosságok és az öngyilkosságok száma. Az egyén frusztrációja agressziót szül, melynek iránya attól függ, hogy az egyén kit tart hibásnak: külső tényezőket, vagy saját magát. Erős, külső társadalmi kényszer, korlátozás esetén az agresszió kifelé irányul. Ennek hiányában azonban saját magát kezdi el okolni a személy frusztrációjáért, saját magában keresi a hibákat, amely talaján kialakulhat az öngyilkossági magatartás. Gold elmélete szerint a társadalom felsőbb rétegeiben jellemzőbb az önpusztító magatartás, mivel körükben az agresszió gátolt, sokkal inkább befelé irányul, míg az alacsonyabb rétegekben az agresszió externalizálására vannak szocializálva (idézi Buda, 2001). A szociológiai elméletek áttekintése során tehát látszik, hogyan nyer teret fokozatosan a személyiség hatása, és azt is fontos megjegyeznünk, hogy a szociológiai megközelítés az utóbbi időben háttérbe szorult az öngyilkosság kutatásában.

2.3.5 Kulturális tényezők szerepe

Az öngyilkossághoz vezető út különbözik a kulturális csoportok között, valamint egyéni eltérések is vannak az adott kultúrában élő individuumok között. Éppen ezért, a

szociokulturális kontextus és a kulturális megközelítés rendkívül fontos az öngyilkosság kutatásban és megelőzésben. A téma jelentősége ellenére nagyon kevés kutatás foglalkozik azzal, hogy a szociokulturális tényezők milyen módon befolyásolják a szuicid rátákat, a komorbiditást, a motivációt, és az elkövetési módokat (Lester, 2013b; Marsella, Dubanoski, Hamada és Morse, 2000). Mindenekelőtt fontos megértenünk, hogy az öngyilkosság *mit jelent* az egyén számára az adott *szociokulturális kontextusban* (Hjelmeland, 2013): (1) megbocsáthatatlan bűn, (2) pszichotikus cselekmény, (3) emberi jog, (4) rituális kötelezettség, vagy (5) elképzelhetetlen cselekmény (Boldt, 1988).

Az öngyilkosság prevalenciája és rizikófaktorai országonként, régiókként különböznek a világ egyes pontjain, mely szintén felhívja a figyelmet a kultúra szerepére. A kulturális kontextus különösen az adott országban tapasztalható nemi és életkori eloszlást befolyásolja (Vijayakumar, 2005): Míg Nyugaton az idősek körében a legmagasabb az öngyilkossági ráta, addig Ázsiában a fiataloknál. A nyugati kultúrákban a férfi/női arány 3:1, míg Ázsiában 2:1, de például Indiában nagyon kiegyenlített a nemek aránya (1,4:1), Kínában pedig a nők körében magasabb a befejezett öngyilkosságok száma. Több kutatás azt találta, hogy a különböző országokban élő bevándorló csoportok öngyilkossági rátája megegyező arányokat mutat a származási országuk szuicid rátájával (Lester, 1994).

Magyarországon nagymértékű területi különbségek figyelhetők meg: a déli, dél-keleti és keleti megyék öngyilkossági rátája sokszorososa a nyugati, észak-nyugati megyék rátáinak, amely különbség közel másfél évszázada fennáll. Több kutatás foglalkozott ezzel a jelenséggel melyek a regionális különbségek hátterében az öngyilkossági magatartással területi szubkultúráit azonosították. Ez a kulturális beágyazottság arra utal, hogy a fokozott öngyilkossági hajlam kultúrába ágyazottan, generációkon keresztül átöröklődik. Az alföldi megyékben élők a kutatások szerint az öngyilkossági magatartást elfogadhatóbbnak tartják a problémákkal való megküzdés esetén, tehát megengedőbb attitűddel rendelkeznek, mint az északi megyék lakói. (Zonda, 2006b).

A kulturális tényezőkön belül az etnikai hovatartozás jelentőségét emeli ki több kutatási is, melynek figyelembevétele elengedhetetlen az öngyilkossági rizikó

felmérésében és a megfelelő intervenciók megtervezésében (De Leo, 2002; Range és mtsai., 1999).

2.3.6 Integratív megközelítés

Az előzőekben tárgyalt különböző megközelítések felhívják a figyelmet a szuicidium témakörében a multidiszciplinaritás létjogosultságának. Bár az önpusztító magatartás személyes emberi döntés eredménye, nem elhanyagolható a biológiai, pszichológiai és szociokulturális tényezők jelentősége sem. A korrekt, tudományos viszonyulás érdekében több szerző hívja fel a figyelmet az integratív megközelítés létjogosultságára, amely a bio-pszicho-szociális szemléletmódnak megfelelően ötvözi az előzőekben ismertetett különböző megközelítésmódokat (De Leo, 2002; Fekete és Osváth, 2004).

2.4 Kockázati tényezők az öngyilkosság hátterében

Az öngyilkossági magatartás számos rizikófaktorral rendelkező, ún. multikauzális jelenség, melyet sosem lehet egyetlen okra visszavezetni. Elsődleges, másodlagos és harmadlagos rizikótényezőket különböztetünk meg, amelyek együttes fennállása szükséges az öngyilkossági magatartás létrejöttéhez. A következőkben Rihmer Zoltán munkája alapján mutatom be az öngyilkossági rizikófaktorok hierarchikus osztályozásának rendszerét (Rihmer és Fekete, 2012):

- A. ***Elsődleges, primer faktorok*** csoportba sorolják a pszichiátriai kórképeket, a korábbi öngyilkossági kísérleteket, az öngyilkossági szándék direkt, vagy indirekt kommunikációját („cry for help”), az első, vagy másodfokú rokonnál történt korábbi öngyilkosságot, illetve a depresszióval is összefüggésbe hozható, csökkent szerotonin aktivitást.
- B. A ***szekunder, vagy másodlagos rizikófaktorok*** közé sorolhatóak a pszichoszociális tényezők: a gyerekkori veszteségek, traumák, az agresszív, impulzív személyiségvonások, az irritábilis temperamentum, az izoláció (egyedüllét, válás), munkanélküliség, a negatív életesemények, és a dohányzás.
- C. A ***tercier, vagy harmadlagos*** csoportba tartoznak a demográfiai jellemzők. Ezek a férfi nem, a homoszexualitás, a serdülőkor és az időskor, valamint a

jellemzően vulnerábilis időszaknak tekinthető tavasz és a kora nyár, a születésnapok, a perimenstruációs időszak és a délelőtti órák.

A következőkben a fenti kategóriákat más kutatások eredményeivel kiegészítve kísérellek meg teljes képet nyújtani a doktori disszertációmban megjelenő és tárgyalásra kerülő öngyilkossági rizikót növelő tényezőkről.

2.4.1 Pszichiátriai rizikótényezők

Az öngyilkosságban elhunytak pszichológiai boncolása (vagyis a lehetséges, öngyilkossághoz vezető pszichológiai tényezők retrospektív elemzése az elhunyt élettörténete és a hátramaradott hozzátartozók beszámolóí alapján) és korábbi orvosi dokumentációí alapján több kutatás bizonyította, hogy 90%-uknál állt fenn valamilyen pszichiátriai rendellenesség (Almási és mtsai., 2009). Leggyakoribbak az affektív zavarok, amit a szerhasználat (túlnyomóan alkohol használat) és a skizofrénia követ. A különböző zavarok komorbiditása pedig tovább növeli az öngyilkosság esélyét (Hawton és van Heeringen, 2009).

2.4.1.1 Depresszió

A depresszió az egész világon és hazánkban is növekvő jelentőségű probléma, amelyet a WHO 2020-ra második leggyakoribb munkaképesség-csökkenést okozó betegségnek prognosztizált (Murray és Lopez, 1997). A nemi különbségek tekintetében nemzetközi kutatások eredményét erősítették meg a Hungarostudy vizsgálatok is, miszerint a nők körében nagyobb arányban fordul elő a depresszió, mint a férfiaknál (Székely és Purebl, 2007). Jól ismert és sokat kutatott a kapcsolat a depresszió és az öngyilkosság között. Az affektív zavarok, azon belül is a major depresszió a leggyakoribb kórkép az öngyilkosságban meghaltak (60-75%) és az azt megkísérló páciensek között (Almási és mtsai., 2009; Rihmer és mtsai., 2009; Rihmer, 2007). A major depressziós betegek közel 15%-a vet véget önkezűleg életének és az öngyilkosságban meghaltak 59-87%-a súlyosan depressziós a tette végrehajtásakor (Rihmer, 2007). A Hungarostudy vizsgálatában azoknál a társadalmi csoportoknál, akiknél előfordult öngyilkossági magatartás az anamnézisben, szignifikánsan magasabb volt a Beck Depresszió kérdőíven (BDI) mért depresszió pontszáma, és meghaladta az enyhe depresszió határának tekinthető 10 pontot (Kopp és Szedmák, 1997). Az

öngyilkosságban meghaltak több mint felénél mutatható ki aktuálisan depressziós epizód, de a depressziós betegek összesen 4%-a hal csak meg öngyilkosság következményeként. A legnagyobb rizikójú csoportba az öngyilkossági cselekmény miatt hospitalizáltak tartoznak (Hawton és van Heeringen, 2009).

Az öngyilkosság prevenció egyik bizonyítottan hatékony formája a magas szuicid rizikójú csoportok szűrése és megfelelő ellátásba irányítása. Az öngyilkosság megelőző programok legnagyobb részben a depresszió felismerését és kezelését tűzik ki célul, annak gyakori előfordulása miatt (Hegerl, Althaus, Schmidtke és Niklewski, 2006; Rutz, Walinder, Pihlgren, von Knorring és Rihmer, 1996; Szántó, Kalmár, Hendin, Rihmer és Mann, 2007). Az egyik legjelentősebb ilyen beavatkozás során 1983 és 1984 között a svédországi Gotland szigetén dolgozó háziorvosokat képezték ki a depresszió jobb felismerésére és kezelésére. A képzés eredményeként a kiszűrt depressziós betegek száma megemelkedett, akiket megfelelő kezelésben részesítettek. A beavatkozás hatására szignifikánsan csökkent a szuicid ráta (Rutz és mtsai., 1996). Hasonló képzési programban részesültek a kiskunhalasi háziorvosok 2000 és 2005 között. Az intervenció során a Beck Depresszió kérdőív módosított verzióját használták, majd a pácienseket egy külön erre a célra létrehozott depresszió klinikára irányították. A beavatkozásnak köszönhetően a szuicid ráta 59,7-ről 49,9-re szignifikánsan csökkent (Szántó és mtsai., 2007).

2.4.1.2 Alkoholizmus

Az alkoholhasználat, különösen a függőség szorosan összefügg az öngyilkossági rizikóval. A szerhasználattal kapcsolatos kórképek az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek 19-60%-ában megjelennek (Beautrais és mtsai., 1996; Cheng, 1995; Hawton és van Heeringen, 2009). Az alkoholfüggőség és -abúzus magyar öngyilkossági kísérletezők 33-42%-ánál volt azonosítható (Balázs, Bitter, Lecrubier, Csiszér és Ostorharics, 2000; Balázs, Lecrubier, Csiszér, Koszták és Bitter, 2003) és a férfiaknál jelent meg gyakrabban (Osváth, 2001). Az alkoholfüggőség szignifikáns rizikófaktornak mutatkozott befejezett öngyilkosságok esetében is magyarországi autopsy (pszichológiai boncolás) vizsgálat során (OR: 3,64) (Almási és mtsai., 2009).

2.4.1.3 Családi halmozódás

Korábbi kutatások szerint a *családi minta* legalább kétszeresére növeli a szuicid rizikót, függetlenül a pszichiátriai kórképektől. A genetika és a környezet hatásait kutató vizsgálatok továbbra is keresik a választ a jelenség hátterében. Egyes tanulmányok genetikai tényezőkkel magyarázzák az egyének között fennálló különbségeket az öngyilkossági gondolatok és események tekintetében (Bondy, Buettner és Zill, 2006; Roy és Janal, 2005). A Hungarostudy kutatásokban az öngyilkossági magatartás jelenségekörén belül a többszörös kísérletezők legjellemzőbb pszichoszociális faktoraként azonosították a családi mintát (Kopp és Szedmák, 1997). Több szinten érvényesül a család hatása a szuicid magatartás hátterében, melyet a különböző kutatási irányok jól demonstrálnak: (1) Biológiai, genetikai kutatások a különböző pszichiátriai betegségek öröklődésére helyezik a hangsúlyt. (2) Pszichológiai szemléletű kutatások a család szocializációs, érzelmekeket közvetítő, intrapszichés folyamataira kifejtett hatására koncentrálnak. (3) A család, mint a társadalom és kultúra hatásait közvetítő, szociokulturális színtér (Koltai, 2001).

2.4.2 Pszichológiai, pszichoszociális rizikótényezők

2.4.2.1 Reménytelenség

A reménytelenség a jövő perspektívájának elvesztését jelenti, melyet pesszimista, negatív elvárások jellemeznek. A reménytelenség arról való meggyőződés, hogy semmi sem fog változni a jövőben pozitív irányba. Összefüggését az öngyilkossággal mind elméleti, mind klinikai vizsgálatok bizonyítják, fontos mediátorként azonosították a depresszió és az öngyilkossági magatartás között. Központi szerepe van továbbá az öngyilkossági szándék megfogalmazódásában és az arra való hajlamban is. A reménytelenség 90%-ban előrejelzi az öngyilkossági rizikót, a depresszió kontrollja mellett is (Beck, Steer, Kovács, Garrison, 1985; Beck, Weissman, Lester és Trexler, 1974; Beck, 1975). Éppen ezért, mint indikátor szűrése bizonyítottan csökkentheti a hosszú-távú öngyilkossági rizikót pszichiátriai betegek körében. Depresszió miatt hospitalizált páciensek Beck Reménytelenség skálán elért magas pontszámai (10 pont feletti) 91%-os biztonsággal azonosították a későbbi öngyilkossági kockázatot 10 éves utánkövetési periódusban (Beck és mtsai., 1985).

2.4.2.2 Impulzivitás

Az impulzivitás, mint személyiségvonás heves, indulatos karakterjegyeket hordoz magában és szoros kapcsolatban áll az öngyilkossági rizikóval. Impulzív személynél egy öngyilkosságra alkalmas eszköz elérhetősége elegendő lehet szuicid kísérlet elkövetésére, ha a személy kudarcot él át és helyzetét reménytelennek tartja. Ezt bizonyítja az a megállapítás is, hogy a nem letális öngyilkossági kísérletet elkövetők több mint fele nem gondol tetteire az azt megelőző egy óráig (Williams és Pollock, 2000). Ezt az összefüggést magyarázhatja, hogy a személyiségzavarok közül az antiszociális és a borderline típusokban a leggyakoribb az öngyilkossági cselekmény. Ezek azok a kórképek, melyekben az affektív instabilitás, az impulzivitás, az alacsony frusztrációs tolerancia és a tervezés hiánya leginkább jellemző. Az önsértő magatartás tervezetlensége kifejezetten jellemző serdülőkorban is (Brent és mtsai., 1994). 100 súlyos öngyilkossági kísérletező vizsgálatában 84% volt azok aránya, akik egyáltalán nem tervezték előre tetteiket (Hall, Platt és Hall, 1999).

2.4.2.3 Elégtelen problémamegoldó képességek

A problémamegoldó képesség hiányossága lineáris kapcsolatot mutat az öngyilkossági magatartással, melynek öt fő komponense a probléma orientáció, az alternatív megoldások generálása, döntéshozatal, megoldás végrehajtása és az eredmény felülvizsgálata. A szuicid páciensek más csoportokhoz képest sokkal passzívabbak a problémák megoldása terén, kevésbé magabiztosak és hagyják, hogy mások oldják meg helyettük a helyzetet (Linehan, Camper, Chiles, Strosahl és Shearin, 1987). Az ún. *negatív problémaorientáció*, mely nőkre jellemző jobban, gyakrabban jár együtt öngyilkossággal és depresszióval (Reinecke, DuBois és Schultz, 2001). Ez a negatív irányultság a probléma fenyegetésként való felfogását jelenti, az ilyen személyek gyakrabban számítanak negatív kimenetelre és könnyebben válnak idegessé és frusztrálttá egy, az életükben jelentkező probléma megoldása során (D’Zurilla, Maydeu-Olivares és Kant, 1998). Az öngyilkosság sok esetben hatástalan megküzdési stratégiaként fogható fel, ami által a személy egy elviselhetetlen helyzetből szeretne kilépni és nem áll a háttérben öngyilkossági szándék. A szuicidiumot elkövetők sok esetben az öngyilkossági cselekménytől problémájuk megoldását is várják (Hjelmeland és mtsai., 2002; Kopp és Szedmák, 1997; Linehan és mtsai., 1987).

2.4.2.4 Dohányzás

A dohányzás az egyik legsúlyosabb egészségkárosító magatartásforma. Az öngyilkossági magatartással való szoros kapcsolata jól ismert jelenség. 50 000 férfi prospektív vizsgálatában az öngyilkossági rizikó 2,5-szeres volt a könnyű dohányosok között, míg 4,5-szeres a láncdohányzók körében (Miller, Hemenway és Rimm, 2000). Egy másik vizsgálatban a depressziótól és alkoholizmustól függetlenül a napi szintű dohányzás előre jelezte az öngyilkossági gondolatok és kísérletek ismételt előfordulását korábbi kísérletezők körében (Breslau, Schultz, Johnson, Peterson és Davis, 2005). A nehéz helyzetben való maladaptív megküzdési módok közül a dohányzást, mint hibás konfliktusmegoldási stratégiát azonosították a magyar társadalom öngyilkossági magatartásának hátterében (Kopp és Szedmák, 1997). Magyar öngyilkosságban elhunytak autopsy (pszichológiai boncolás) vizsgálatában a dohányzást szignifikáns rizikófaktorként azonosították (OR=8,67) (Almási és mtsai., 2009).

2.4.2.5 Alacsony társas támogatás

A jó szociális kapcsolatok, támogató családi háttér és nagyobb gyerekszám fontos protektív faktornak számít az öngyilkossággal szemben, melyet angol és amerikai kutatások is megerősítettek (Hawton és van Heeringen, 2009). A megfelelő társas támogatás szignifikánsan csökkenti az egyén élete során előforduló öngyilkossági kísérlet valószínűségét (Kleiman és Liu, 2013). A Hungarostudy kutatásban 1995-ben 12 600 fős mintán vizsgálták a pszichoszociális faktorokat az öngyilkossági magatartás tekintetében. Igen szoros kapcsolatot találtak a családon belüli ellenséges beállítottsággal, bizalom hiányával és a szuicid tendenciákkal. A partnertől kapott alacsony támogatás összefüggést mutatott a gyakoribb öngyilkossági gondolatokkal, míg a gyermektől kapott alacsony támasz az öngyilkossági kísérletek háttértényezője volt (Kopp és Szedmák, 1997).

2.4.3 Demográfiai rizikófaktorok

2.4.3.1 Nemi különbségek: a férfi nem, mint rizikótényező

A szuicid ráta a világ legtöbb országában magasabb a férfiak, mint a nők között, a fejlődő országokban 2-4:1 a férfi-nő arány. A WHO becslései szerint az Európában történő évi 58 000 öngyilkosság 75%-át férfiak követik el (WHO, 2008). Ennek

magyarázata lehet, hogy a férfiak jobban ismerik, és gyakrabban használnak violens módszereket mind az önsértésnél, mind a befejezett öngyilkosságnál. Fokozottabb a meghalás szándéka, magasabb fokú körökben az agresszió és kevésbé tartanak a test eltorzulásától (Hawton, 2000). További magyarázatul szolgál még az a tény, hogy a férfiak körében nagyobb arányú a szenvedélybetegség. A szocio-ökonómiai mutatók közül a munkahely elvesztése és bizonytalansága is a körökben mutatkozott jelentősebb rizikófaktornak. Magyarországon is igen jelentős a nemek közötti eltérés, melyet jól példáz, hogy 2013-ban az öngyilkossági ráta férfiak körében igen magas, 33,7 és nőknél 9,7 volt (KSH, 2014). A depressziót célzó öngyilkosság prevenció programokkal kapcsolatos kutatások szerint a beavatkozások gyakrabban mutatkoznak hatékonyak a nők, mint férfiak körében (Kessler, Brown és Broman, 1981), holott a férfiak veszélyeztetettebbek az öngyilkosságra nézve, mint a nők, akik között viszont nagyobb arányú a depresszió.

2.4.3.2 Családi állapot

Az izoláció, azon belül is a partnerkapcsolat elvesztése fontos rizikófaktornak számít. 13 európai ország 20 994 öngyilkossági kísérletezőjének vizsgálata során a WHO/EURO multicentrikus kutatásban az egyedülálló és elvált családi állapotú személyek fordultak elő a legnagyobb arányban. (Schmidtke és mtsai., 1996). A Hungarostudy vizsgálatban az öngyilkossági kísérletezést nagyobb arányúnak találták elváltak körében (Kopp és Szedmák, 1997), illetve egy másik vizsgálatban a többszörös kísérletezők között azonosították kockázati tényezőként (Osváth, Kelemen, Erdős, Vörös és Fekete, 2003). Hazai autopsy vizsgálatban az elvált, illetve egyedülálló családi állapot szintén rizikótényezőnek bizonyult öngyilkosságot elkövetőknél (Almási és mtsai., 2009).

2.4.3.3 Munkanélküliség

A munkanélküliség szintén jelentős demográfiai rizikófaktor, amelyet az 1995. évi Hungarostudy kutatásban Kopp és munkatársai a legjelentősebb szociális tényezőként azonosítottak az öngyilkossági magatartás hátterében. Eredményeik szerint a munkanélküliek közel 40%-ának vannak a saját élet kioltásáról szóló gondolatai, 7,2%-uk kísérelt már meg legalább egyszer öngyilkosságot, és 3,9%-uk többszörös kísérletező (Kopp és Szedmák, 1997). A hosszabb munkanélküliség növelte az öngyilkossági rizikó

kockázatát. Klinikai kontextusban és az általános populációban is azt találták, hogy a hosszú ideje munkanélküliek körében nagyobb az öngyilkossági kísérletek száma és megnő az ismétlés rizikója is (Milner, Page és LaMontagne, 2013). Többszörös öngyilkossági kísérletezők hazai vizsgálatában a munkanélküliséget szintén szignifikáns kockázati tényezőként azonosították (Osváth és mtsai., 2003).

2.5 Öngyilkossági kísérletek

Nem minden öngyilkossági kísérlet kimenetele halálos, viszont csak becsléseink vannak arra vonatkozóan, hogy hány kísérlet jut egy befejezett szuicidiumra. Az öngyilkossági kísérletet a BNO-10 alapján a következőképpen definiálhatjuk: *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 dózisú mérgező anyag bevétele történik. Ezek a cselekmények az aktuális, vagy várt fizikai következményeken keresztül a személy környezetének, kapcsolatrendszerének változására irányulnak* (Platt és mtsai., 1992). Doktori értekezésemben az öngyilkossági kísérleteknek ezt a definícióját használom.

A becslések szerint a befejezett öngyilkossági kísérletekhez képest 10-15-ször több a kísérlet (Diekstra, 1989; Lonnqvist, 2009). A nem letális öngyilkossági kísérleteknek igen sok elnevezése létezik, mint például: paraszuicidium, szándékos önsértés és önártalom, nem halálos öngyilkossági magatartás (O'Carroll és mtsai., 1996). A jelen dolgozatban ezeket egymás szinonimáiként fogom használni.

Az egyén életében a korábbi kísérletet súlyos, primér rizikófaktornak tekintjük, mivel 50-100-szorosra növeli a későbbi, letális kimenetelű öngyilkosság esélyét (Hawton és van Heeringen, 2009). Korábbi kutatásokban az önártalom, vagy öngyilkossági kísérlet az esetek legalább 40%-ában előfordult az anamnézisben, de vannak olyan becslések is, miszerint az öngyilkosságban elhunytak közel kétharmadának volt már megelőző kísérlete (Rihmer, 2007). Prospektív kutatásokban azt találták, hogy szándékos önsértés miatt hospitalizált személyek 1-6%-a egy éven belül öngyilkosságban halt meg, amely rizikót tovább növelte, ha az önártalmat kifejezett öngyilkossági szándékkal követte el a páciens (Owens, 2002). Sok a vita azzal kapcsolatban, hogy szükséges-e a szándékos önsértést/önártalmat megkülönböztetni az öngyilkossági kísérlettől, de a kutatások szerint a letális szuicidium rizikója független az

öngyilkossági szándék mértékétől, inkább attól függ, hogy történt-e vagy sem az egyén életében korábban szándékos önmérgezés, vagy önsértés (Cooper és mtsai., 2005).

Az öngyilkossági kísérletezőknél is magas a pszichiátriai kórképek aránya: 90%-uknál figyelhető meg valamilyen rendellenesség az elkövetés idején. Leggyakoribb körükben is a depresszió (unipoláris és bipoláris), melyet az alkoholizmus és a skizofrénia követ. Az alkoholfüggőség és abúzus öngyilkossági kísérletezők magyarországi mintájánál 33-42%-ban fordult elő és férfiaknál gyakoribb volt (Balázs és mtsai., 2003). Az öngyilkossági kísérletet leggyakrabban szándékos önmérgezés módszerével követik el (Bille-Brahe és mtsai., 1997; Hall és mtsai., 1999; Sudhir Kumar, Mohan, Ranjith és Chandrasekaran, 2006).

2.5.1 Az öngyilkossági kísérletezők korábbi vizsgálata (WHO/EURO kutatás)

Több, nemzetközi kutatásban vizsgálták az öngyilkossági magatartást, amely közül Európában a WHO/EURO Multicentrikus (WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide) vizsgálat volt a legjelentősebb. A kutatás 1989-ben indult 13 európai ország, köztük hazánk részvételével, összesen 16 régióban. A projekt egyik célja az öngyilkossági kísérletekről átfogó epidemiológiai információk generálása, illetve speciális rizikócsoporthoz meghatározása volt. A vizsgálat során összesen 20 994 öngyilkossági kísérlet került elemzésre (Schmidtke és mtsai., 1996).

A projekt második részében az öngyilkossági kísérletezők reprezentatív mintájában strukturált interjút készítettek, melyben a demográfiai jellemzők mellett adatokat gyűjtöttek a premorbid személyiségjellemzőkről, a pszichosociális környezeti tényezőkről, az életeseményekről, pszichológiai jellemzőkről. Részletesen vizsgálták az öngyilkossági magatartás körülményeit, indítékait, kiváltó tényezőit is. Magyarországon a monitorozó vizsgálat részeként 1158 öngyilkossági kísérletet vizsgáltak, illetve 101 részletes interjút készítettek kísérletezőkkel (Fekete és Osváth, 2004). Ezek a vizsgálatok az öngyilkossági kísérletezőknél a kórházi hospitalizáció ideje alatt zajlottak, strukturált interjú formájában, ahol zárt végű kérdéseket tettek fel az öngyilkossági kísérlet okaira, motivációira vonatkozóan. A páciensek előre megadott válaszlehetőségek közül választhattak. A vizsgálat egyedülálló, átfogó eredményeket szolgáltatott az öngyilkossági kísérletezés különböző aspektusairól, amely eredményeket a következő fejezetekben részletesen is bemutatok.

2.5.2 Nemi különbségek

Az öngyilkossági kísérletek a befejezett cselekményekhez képest ellentétes tendenciát mutatnak a nemi eloszlás tekintetében. Bár öngyilkosságban több férfi hal meg, az öngyilkossági kísérleteknél a nők dominálnak. Ezt az öngyilkossági statisztikákban mutatkozó nemi eltérést „nemi paradoxonnak” nevezik (Hawton, 2000). A WHO/EURO kutatás Magyarországon megerősítette a női többséget a kísérletezők körében (37:63) 1997 és 2001 között (Fekete, Vörös és Osváth, 2005). Ezek a különbségek azzal magyarázhatók, hogy a nők körében a szándékos önártalom esetén kevésbé jellemző a halálvágy, tettüknél inkább a felhívó jelleg dominál, amely egyfajta distressz kommunikációként fogható fel. Gyakran más emberek reakcióinak és viselkedésének befolyásolása, megváltoztatása a céljuk általa. Ezzel szemben a férfiaknál gyakrabban húzódik meg halálvágy a háttérben (Hawton, 2000).

2.5.3 Többszörös kísérletezés

Az utóbbi években egyre nagyobb problémát jelent az ún. „krónikus szuicidium”, amely növekvő terhet jelent az egészségügyi ellátórendszerek számára is. A probléma jelentőségét mutatja, hogy akár egyetlen megelőző öngyilkossági kísérlet is megsokszorozza a későbbi befejezett szuicidium esélyét (Hawton és van Heeringen, 2009). A jelenség kapcsán egyre nagyobb hangsúly helyeződik az öngyilkosság prevenciós programokban is az öngyilkossági kísérletezők csoportjára, akik mint magas kockázatú rizikócsoport definiálódnak (Mann és mtsai., 2005).

A WHO-EURO projekt során európai szinten mindkét nem esetén igen magas volt az ismétlők aránya, a férfiak körében 42%, míg a nőknél 45%. A multicentrikus projekt során éppen ezért az egyik fő cél volt a későbbi ismétlés prediktorainak feltárása (Schmidtke és mtsai., 1996). A magyarországi kutatás az ismételt kísérletezők körében súlyosabb pszichopatológiai jellemzők mellett fokozott szociális destabilizációs és interperszonális problémákat tárt fel. A pszichológiai mutatók tekintetében kifejezettebb depressziós hangulat, reménytelenség, indulatoság és alacsonyabb önértékelés volt kimutatható (Fekete és Osváth, 2004). A többszörös öngyilkossági kísérletek háttérében több más kutatás találta szignifikáns kockázati tényezőnek a különböző mentális zavarokat és pszichopatológiákat (De Leo és mtsai., 2002; Forman, Berk, Henriques, Brown és Beck, 2004; Osváth és mtsai., 2003), jellemzőek voltak továbbá a maladaptív

problémamegoldó mechanizmusok és a családban előforduló korábbi kísérletek egyaránt (Jeglic, Sharp, Chapman, Brown és Beck, 2005; Kaslow, 2006).

2.5.4 Etnikai különbségek az öngyilkossági kísérletekben

A kisebbségi identitás, etnikai csoporthoz tartozás rizikófaktornak számít az öngyilkossági magatartás szempontjából (Wahlbeck, 2009). Európa legnagyobb etnikai csoportját a romák alkotják (Kósa és Ádány, 2007), a cigány kisebbség aránya Magyarországon is a legnagyobb, a teljes népességen belül 6-7%, amely arányszám egyes megyékben magasabb (KSH, 2009). Cemlyn és munkatársai az Angliában élő romák körében emelkedett öngyilkossági rizikót találtak, az alábbi tényezők talaján (Cemlyn, Greenfields, Burnett, Matthews és Whitwell, 2009):

- a) magas arányú szorongás, depresszió és gyakori szerhasználat,
- b) gyakori házastársi problémák, válás,
- c) alacsony képzettség és szaktudás,
- d) magas munkanélküliségi ráta és szegénység,
- e) magas kilakoltatási ráta,
- f) velük szembeni ellenségeség attitűd és kirekesztés.

A világon egyedül Magyarországon történt átfogó epidemiológiai vizsgálat a romák öngyilkosságával kapcsolatban. Az 1970 és 1980 között végzett vizsgálat során csaknem háromszor magasabb öngyilkossági kísérleti rátát találtak a romák körében, mint az átlagos populációban (roma: 143/100 000 és nem roma: 54/100 000) (Lester, 2015; Zonda és Lester, 1990; Zonda, 1989). Ez a vizsgálat azt mutatta, hogy a romáknál egy befejezett öngyilkosságra 20 kísérlet jutott, míg a nem romáknál mindössze 2. Szintén a magasabb arányú öngyilkossági kísérletezésre utalnak a Gyukits és munkatársai eredményei, akik 15-24 éves nők körében vizsgálták az öngyilkossági gondolatok élettartam prevalenciáját. Nem találtak etnikai eltérést az öngyilkossági gondolatokban (26,2% és 26,1%), de szignifikánsan több roma nő számolt be korábbi szuicid kísérletről, mint nem roma (12,1% és 5,6%, OR=2,3) (Gyukits, Ürmös, Csoboth és Purebl, 2000). Egy másik vizsgálatban háromszor magasabb szuicid kísérleti rátát találtak roma kórházi páciensek anamnézisében, mint nem romáknál (Moretti, Kurimay, Molnár és Szerdahelyi, 1997). A magas kísérletezési arány mellett azonban a többségi

társadalomhoz képest - paradox módon - alacsonyabb befejezett öngyilkossági rátát igazoltak a korábbi vizsgálatok. 1978-ban a romák körében 26,2 volt a szuicid ráta szemben az átlagpopuláció 43,1-es arányával (Bodnár, 1984), amely különbséget szintén alátámasztotta Zonda és Lester 1990-ben közölt kutatása, ahol csaknem háromszoros differencia igazolódott (roma: 7,1 és nem roma: 22,4). Az öngyilkossággal kapcsolatos eltérő kulturális jelentőségre hívja fel a figyelmet az a tény is, hogy míg a nem-romák 12%-a, addig a romák csupán 4%-a követte el az aktuális kísérletét kifejezett halálvágygal (Zonda és Lester, 1990).

2.5.4.1 A romák lelki egészségnek vizsgálata Magyarországon

A roma populáció kulturális különbözősége, egyedisége számos kutatás eredménye által hangsúlyozott. A többségi társadalommal szemben több egészséggel kapcsolatos tényezőben láthatunk számukra hátrányos különbségeket: kimutattak életmódjukkal, egészségmagatartásukkal, fizikai egészségükkel, mortalitásukkal, morbiditásukkal, alkohol fogyasztásukkal és dohányzási szokásaikkal kapcsolatos kedvezőtlen eltéréseket (Gyukits, 2008; Hajioff, 2000; Puporka és Zádori, 1998). A markáns különbségek ellenére nagyon kevés vizsgálat foglalkozott a háttérükben álló pszichológiai tényezőkkel (Kósa, Lénárt és Ádány, 2002).

Egy magyar vizsgálatban a romák szociális és egészségügyi állapotát vizsgálták két megyében. Komoly lelki egészség problémákat tártak fel a minta 20%-ánál, melyek közül legjellemzőbb a reménytelenség, a kontrollérzés hiánya a saját sorsuk felett, és a saját problémáik megoldásának képtelensége voltak (Fónai, Fábíán, Filepné és Pénzes, 2008). 1993 és 1994 között egy magyar megyei kórház osztályára került roma páciensek között magasabb arányban találtak disthímia-t (22% és 12%) és konverziós zavart (22% és 7%), mint a nem romák körében (Moretti és mtsai., 1997). Egy másik vizsgálatban mérték a depresszió mértékét roma és nem roma páciensek körében a Beck Depresszió Kérdőív segítségével. Az eredmények szerint a közép súlyos kétszer és a súlyos depresszió 4,5-szer gyakoribb volt a 15-24 éves roma nők és a 40-49 éves roma páciensek körében (Gyukits és mtsai., 2000; Gyukits, 2008).

A romák körében tapasztalható magas lelki és testi rizikó ellenére mind hazánkban, mind más országban kevés kutatás foglalkozik velük, különösen kevés az öngyilkossági magatartásukról szóló tanulmány.

2.5.5 Precipitáló tényezők vizsgálata

A korábbiakban ismertetésre kerülő rizikófaktorok fennállása esetén az arra hajlamos személyeknél bizonyos negatív életesemények, történések precipitáló (kiváltó) funkcióval bírhatnak, és szándékos önártalomhoz vezetnek. Az öngyilkossági kísérleteket kiváltó tényezők megismerése nagyon fontos a megfelelő ellátás és prevenció biztosítása érdekében. Leggyakoribb kiváltó okként a szándékos önártalmat elkövető páciensek személyközi konfliktusokat, problémákat jelölnek meg, de gyakoriak még a veszteségek, a munkahelyi, iskolai problémák, az anyagi nehézségek illetve a testi betegségek is (Buda, 2001; Hall és mtsai., 1999; Osváth, 2001; Sorketti és Zuraida, 2007).

2.5.5.1 Az interperszonális konfliktusok jelentősége

Buda Béla (2001) Az öngyilkosság című, meghatározó művében kiemeli a konfliktusos emberi kapcsolatrendszer szerepét az öngyilkossági magatartás vonatkozásában, valamint a hibás reakciómódokat, illetve a konfliktusos helyzetek elviselésének és megoldásának képtelenségét. Könyvében idézi Kádár és Cselkó (1973) munkáját, melyben 500 öngyilkosságon átesett személyt vizsgáltak kérdőíves és interjú módszerrel. Az idézett kutatás egyik fő célja az oki tényezők feltárása volt. Az esetek közel 50%-ában *családi, párkapcsolati konfliktus* volt a megnevezett kiváltó tényező, míg 11%-ban valamilyen betegség. Egy maláj vizsgálatban 77 kísérletezőt vizsgáltak, akik 70%-a számolt be kapcsolati problémákról, mint oki tényezőről. Azon belül túlnyomóan párkapcsolatot érintő konfliktus jelent meg (Sorketti és Zuraida, 2007). Egy amerikai vizsgálatban, orvosi értelemben súlyosnak tekinthető öngyilkossági kísérletet elkövető páciensek 78%-ánál volt jelen aktuális interperszonális konfliktus. Az esetek 32%-ában a házastárssal, 21%-ban az élettárssal, 11%-ban szülőkkal, 9%-ban testvérekkel és 8%-ban a gyerekekkel (Hall és mtsai., 1999).

Külön nagy figyelmet kapott a krónikus, hosszabb ideje fennálló és akut személyközi konfliktusok jelentősége szándékos önmérgező páciensek körében. Más, pszichiátriai betegek mintájával és normál kontroll csoporttal összehasonlítva szignifikánsan gyengébb teljesítményt mutattak a személyközi problémamegoldó képességeikben. A szerzők által kidolgozott személyközi konfliktusmegoldó képességeket fejlesztő tréning

javította ezeket a mutatókat, illetve csökkentette a későbbi kísérletezés valószínűségét (McLeavey, Daly, Ludgate és Murray, 1994).

A WHO/EURO Multicentrikus vizsgálat eredményei szerint más európai adatokhoz képest a magyar mintában gyakrabban (70%) számoltak be párkapcsolati konfliktusról és veszteségről, a kísérlet motívumai pedig leggyakrabban a ragaszkodás kifejezése, a büntudatkeltés, mások véleményének befolyásolása és mások helyzetének megkönnyítése voltak (Osváth, 2001). 194 öngyilkosságban elhunyt személy autopszy vizsgálatában a negatív életesemények közül szintén az interperszonális problémák fordultak elő a legnagyobb arányban (kontroll csoport: 19,6%, öngyilkosságban elhunytak: 34,5%, OR: 2,26) (Almási és mtsai., 2009).

Az itt említett hazai és nemzetközi adatokból egyaránt kitűnik, hogy milyen óriási jelentőséggel bírnak a személyközi konfliktusok az öngyilkossági magatartás tekintetében. Ennek ellenére nagyon fontos hangsúlyozni, hogy ezek csak kiváltó, precipitáló tényezők, önmagukban sohasem okoznak öngyilkosságot. *A személyközi konfliktusok hátterében meghúzódó nemi különbségekről és háttértényezőkről szóló vizsgálatok tudomásom szerint idáig nem születtek.*

2.5.6 Öngyilkosság hátterében meghúzódó motiváció, szándék vizsgálata

A szándékos önsértés/önártalom megértésének fontos aspektusa azoknak a motivációs és intencionális háttértényezőknek a megértése, melyek a tett elkövetéséhez vezettek. A kísérletek hátterében különböző motivációkat azonosítottak korábbi kutatásokban. A szándékos önártalom valamely formáját elkövetők egy részében a pácienseknek nem áll szándékukban meghalni (Velamoor és Cernovsky, 1992). Éppen ezért a nem letális öngyilkossági kísérleteknek igen sok elnevezése létezik: paraszuicidium, szándékos önsértés és önártalom, nem halálos öngyilkossági magatartás stb. (O'Carroll és mtsai., 1996). Nemi különbségeket figyelembe véve kimutatták, hogy a nők körében gyakrabban fordulnak elő a nem-szuicid tendenciák, melynek hátterében mások viselkedésének befolyásolása, illetve a distressz kommunikációja húzódik meg legtöbbször (Hawton, 2000). Szándéktól függetlenül, valamennyi típust komolyan kell venni, mivel az egyén életében bármilyen természetű szuicid aktus súlyos rizikófaktornak számít (Hawton és van Heeringen, 2009).

Az egyik legkorábbi klasszifikációs rendszert Feuerlein alakította ki 1971-ben az öngyilkossági szándék csoportosítására, aki a következő kategóriákat hozta létre: (1) *Szándékos önsértés* (Deliberate self-harm): a személy a feszültségét fizikai fájdalom formájában vezeti le, saját magának okozott fájdalmas vágás, vagy szúrás által. (2) *Paraszuicid szünet* (Parasuicide pause/temporary rest): egy elviselhetetlen, a személy által megoldhatatlannak tűnő helyzetből való kilépés a cél. (3) *Paraszuicid gesztus* (Parasuicide gesture): manipulatív, gesztus értékű tett, halálvágy nélkül. (4) *Súlyos meghalási szándék* (Serious intent to die): kifejezett halálvágy. Ezt a kategória rendszert adaptálta az OSPI (Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe) öngyilkosság prevenciós program vizsgálati protokollja, amely programról bővebben a 2.6.3 fejezet szól (Feuerlein, 1971; Hegerl és mtsai., 2009).

A WHO/EURO multicentrikus vizsgálatban Európa 13 országának 16 régiójában összesen 1664 öngyilkossági kísérlet elemzésével különböző szándékokat különítettek el (Hjelmeland és mtsai., 2002). A 14 lehetséges szándék alapján végül 4 különböző csoportot azonosítottak, melyek a következők:

1, Figyelemfelkeltés

- „Meg szerettem volna mutatni valakinek, hogy mennyire szeretem.”
- „Meg akartam mutatni másoknak, milyen kétségbeesett vagyok.”
- „Segítséget szerettem volna kapni.”
- „Szerettem volna megtudni, hogy valaki tényleg törődik velem.”

2, Mások befolyásolása

- „Szerettem volna, ha megfizetnek azért, ahogy velem bántak.”
- „Szerettem volna, hogy valakinek büntudata legyen miattam.”
- „Valakit meg akartam győzni, hogy változtassa meg a véleményét.”

3, Egy helyzetből való átmeneti kilépés

- „Úgy tűnik elvesztettem a uralmat magam felett, és nem tudom miért.”
- „Ki akartam menekülni egy elviselhetetlen helyzetből.”
- „Aludni akartam egy kicsit.”

4, Halálvágy

- „Olyan elviselhetetlenek voltak a gondolataim, hogy nem bírtam őket tovább.”
- „Olyan elviselhetetlen volt a helyzet, hogy nem tudtam más alternatívára gondolni.”
- „Meg akartam halni.”
- „Szerettem volna megkönnyíteni mások helyzetét.”

A két kategóriarendszer alapján a 2. táblázatban egyesítettem a különböző szándék típusokat, a könnyebb áttekinthetőség és értelmezés érdekében.

2. táblázat: Az öngyilkossági kísérletek szándék-típusai Feuerlein (1971) és Hjelmeland és munkatársai (2002) alapján

Típus	Szándék	Halálvágy
Szándékos önsértés	fizikai fájdalom figyelem felkeltés	Nem kifejezett
Gesztus értékű tett	befolyásolás/manipuláció, bűntudatkeltés	Nem kifejezett
Helyzetből való kilépés	elviselhetetlen helyzet megszüntetése, kimenekülés	Nem kifejezett
Kifejezett halálvágy	élet befejezése	Van, vagy ambivalens

Az egyes típusok hátterében meghúzódó háttértényezőkről, rizikófaktorokról nem születtek tudomásom szerint eddig magyar vizsgálatok.

2.6 Öngyilkosság prevenciós programok

2.6.1 Áttekintés

Az öngyilkosság jelentős népegészségügyi probléma az egész világon, éppen ezért sürgetően fontos volna a még hatékonyabb öngyilkosság-prevenciós stratégiák kidolgozása. A következőkben a különböző preventív stratégiákkal kapcsolatos összefoglaló tanulmányokat foglalom össze.

Mann és munkatársai 2005. évi áttekintő tanulmányukban a különböző preventív stratégiák hatékonyságát vizsgálták, illetve ajánlásokat fogalmaztak meg a leginkább célravezető beavatkozásokra vonatkozóan. A szerzők az öngyilkosság prevenciójának és kezelésének a következő kulcsterületeit azonosították (Mann és mtsai., p. 2065):

I. Prevenció:

- a. Képzések és tudatosságnövelő programok
 - Házi orvosok
 - Nyilvánosság
 - Közösségi és szervezeti kapuőrök
- b. Letális eszközökhöz való hozzáférés megakadályozása
- c. Magas kockázatú egyének szűrése
- d. Médiatudósításokra vonatkozó irányelvek

II. Kezelés

- a. Gyógyszeres terápia
- b. Pszichoterápia
- c. Öngyilkossági kísérletezők utókezelése

Áttekintő tanulmányukban a bizonyítékokon alapuló kutatások közül legeredményesebbnek az *orvosok depresszió felismeréséről és kezeléséről való képzését és a letális eszközökhöz való hozzáférés megakadályozását* találták.

2.6.1.1 WHO - World Suicide Report (Globális jelentés az öngyilkosságról)

Az Egészségügyi Világszervezet 2014-ben összefoglaló tanulmányt készített az öngyilkosságról és annak megelőzéséről (WHO, 2014). Kidolgozásában a téma vezető szakemberei vettek részt, a világ minden tájáról. A jelentés fókuszában az öngyilkosság megelőzését állították: milyen a jelenlegi helyzet a világon, milyen különbségek vannak nemzetek között, hogyan lehet kidolgozni egy nemzeti prevenciós stratégiát, illetve azok milyen módon értékelhetőek ki. A jelentés kiemeli a nemzeti stratégiák jelentőségét a szuicid prevencióban, melynek meghatározó eleme a különböző területen dolgozó kulcsszemélyek közötti együttműködés megvalósulása. Az összefogás legfontosabb szereplői a kormány, a civil szervezetek, az egészségügyi és nem-

egészségügyi szektorok, akik együttműködésével megvalósulhat egy országra specifikus, nemzeti, hosszú távú stratégia, amely a közegészségügy modelljét követi.

A WHO (2014) áttekintése szerint összesen 28 ország rendelkezik átfogó nemzeti stratégiával, vagy működő akciótervvel és további 13 országban jelenleg is kidolgozás alatt áll. A jelentésben a hatékonyan működő stratégiák kulcselemei a következők:

- Megbízható, naprakész nemzeti **adatbázis** kifejlesztése az öngyilkosságokról és öngyilkossági kísérletekről.
- Az öngyilkosságra alkalmas **eszközök** elérhetőségének és hozzáférhetőségének korlátozása, letalításának csökkentése.
- Az öngyilkossággal kapcsolatos **megfelelő tudósításra** vonatkozó irányelvek elterjesztése az írott, online és közösségi média szakemberei számára.
- Az öngyilkossági veszélyben lévő személyek megfelelő **ellátáshoz** jutásának segítése.
- Tréning programok biztosítása az azonosított **kapuőrök** (azon személyek, akik közvetlenül találkoznak az öngyilkossági veszélyben lévőekkel) számára: háziorvosok és mentális egészséggel foglalkozó szakemberek **képzése** az öngyilkossági veszély felismerésére és kezelésére.
- Az öngyilkossági kísérletezők **klinikai ellátásának javítása**, bizonyítékokon alapuló beavatkozások alkalmazásával.
- A **krízishelyzetben lévők ellátásának** biztosítása, ide értve a krízisambulanciákat, telefonos elsősegély vonalakat.
- **Szupportív és rehabilitációs ellátás** biztosítása öngyilkossági kísérletezők, vagy öngyilkosságban hátramaradott hozzátartozók számára.
- **Tudatosságnövelő kampányok** az öngyilkossággal és annak prevenciók lehetőségeivel kapcsolatban.
- A pszichés betegségekkel kapcsolatos **stigmák** csökkentése.
- Az öngyilkossági magatartással kapcsolatos kutatások és tréningek szervezésére intézmény, vagy szervezet alapítása.

2.6.2 Többszintű öngyilkosság-megelőző programok

A megelőző programok többsége az öngyilkossággal összefüggő aspektusok közül egyet, vagy legfeljebb kettőt céloz meg, ezzel szemben az ún. többszintű öngyilkosság megelőző programok az öngyilkossági magatartással összefüggésbe hozható tényezőket egyszerre célozzák. Ezek a programok a különböző típusú beavatkozások párhuzamos alkalmazásának köszönhetik a hatékonyságukat (Hegerl és mtsai., 2009).

1992 és 1996 között Angliában a Defeat Depression Campaign (Kampány a Depresszió Leküzdésére) került megvalósításra (Paykel, Hart és Priest, 1998), amely a depresszióval kapcsolatos attitűdöket és a betegség felismerésének javítását célozta meg. Két szinten valósult meg a beavatkozás: egyfelől az alapellátásban dolgozó háziorvosokat továbbképezték a depresszió felismerésére és kezelésére, másfelől a lakosság depresszióról szóló ismereteit bővítették videók, szórólapok és médiakampány segítségével. A beavatkozás egy éve után az öngyilkossági ráta szignifikánsan, 7,7-ről 6,8-ra csökkent.

Skóciában 2002-ben kétfázisú prevenciós program valósult meg. A Choose Life (Válaszd az életet) elnevezésű program a korai prevenciót és a krízisben lévők támogatását célozta meg a média segítségével, illetve egy bizonyítékokon alapuló megközelítés felhasználásával, mely a paracetamol felírásának korlátozását jelentette (Mackenzie és mtsai., 2007). A program összesen hét kulcstényezőt foglalt magában: korai felismerés és intervenció; az akut krízisben lévők azonnali ellátása; a felépülés támogatása; A beavatkozás első éve után a férfiak szuicid rátája 34,1-ről 29,1-re csökkent, amely csökkenés szignifikáns volt.

2.6.2.1 Nürnbergi Szövetség a Depresszió Ellen

A közösségi alapon szerveződő, többszintű öngyilkosság-megelőző programok modelljének a Németországban, Nürnberg városában történt beavatkozást, a Nürnberg Alliance Against Depression (Nürnbergi Szövetség a Depresszió Ellen) tekinthetjük, amely 2001 és 2002 között zajlott (Hegerl és mtsai., 2006). A program újdonsága, hogy az öngyilkosságok számát nem csupán a depresszió kezelésével próbálták meg csökkenteni, hanem más területeket is érintett a prevenciós munka.

A többszintű beavatkozás 4 szintje a következő volt:

1. **Együttműködés háziorvosokkal** – Az alapellátásban a sokszor nehezen felismerhető depresszióval érintett páciensek diagnosztizálásának elősegítésére a szakemberek a betegség felismeréséről és kezeléséről szóló oktatási és szűrésben alkalmazható információs csomagokat kapnak interaktív műhelymunka formájában.
2. **Közösségi kampány** – A lakosság körében a depresszióval kapcsolatos stigma csökkentése és az öngyilkossági kockázat felismerése érdekében közösségi kampány a depresszióról, annak tüneteiről és kezelési lehetőségeiről. A közösségi tájékoztatás plakátok, mozi spotok, szórólapok, brosrák és internetes oldal segítségével valósul meg.
3. **Magas rizikójú csoportok támogatása** – A szuicidium szempontjából magas rizikójú csoportok támogatására a krízishelyzetben lévők számára sürgősségi elérhetőséget nyújtó szóróanyagok biztosítása. Ide tartoznak az öngyilkossági kísérleten átesett páciensek, az öngyilkosságban elhunytak hozzátartozói, a serdülőkori krízisben lévők stb.
4. **Képzések közösségi szakemberek számára** – Tréningek olyan szakemberek számára, akik “kapuőr” funkciót látnak el, azaz közvetlenül találkoznak a veszélyeztetett csoportokkal. Ide tartoznak többek között a lelkeszek, a szociális munkások, a rendőrök, gyógyszerészek, pedagógusok és a védőnők. Fontos annak tudatosítása, hogy mindenki lehet „közösségi szakember”, krízishelyzetben tehet lépéseket, de a kompetenciahatárok pontos tisztázása elengedhetetlen.

A többszintű beavatkozás két éve után szignifikáns, 24%-os csökkenés mutatkozott az öngyilkosságok számában szemben a kontroll régióval, ahol nem történt változás. A nürnbergi intervenció példája nyomán ez a koncepció Európa számos más országában is bevezetésre került.

2.6.2.2 Európai Szövetség a Depresszió Ellen

Azután, hogy a többszintű megelőzés modellje már 17 európai országban elterjedt, megalakult az Európai Szövetség a Depresszió Ellen (European Alliance Against Depression – EAAD) (Hegerl és mtsai., 2008). Magyarországon, Szolnok városában valósult meg a beavatkozás 2003 és 2006 között. Az intervenciót követően

szignifikánsan csökkent az öngyilkossági ráta a megelőző 3 évhez képest: a 2004-ben aktuális 30,1/100 000-ről 13,2-re csökkent 2005-ben (–56,1 %), majd 14,6-ra 2006-ban (–51,4 %) és 12,0-ra 2007-ben (–60,1 %). Fontos eredmény volt továbbá, hogy a lelki elsősegély telefonszolgálathoz beérkező hívások száma szignifikánsan megemelkedett (200%), ezen kívül a pszichiátriai klinikán az ambuláns megjelenések száma is nőtt (76%) (Székely és mtsai., 2013). A szolnoki eredmények mutatták a legjelentősebb csökkenést az öngyilkosságok számát tekintve a különböző beavatkozási országok közül.

Az Európai Bizottság az EAAD projektet a mentális egészség egyik legígéretesebb stratégiájaként emelte ki a WHO Európai Miniszteri Konferencián Helsinkiben és a közösségi alapú intervenciók legjobb gyakorlati példájának választották (Hegerl és mtsai., 2008).

2.6.3 Többszintű akcióprogram a depresszió és öngyilkosság megelőzésére (OSPI)

Az Európai Szövetség a Depresszió Ellen program keretében kidolgozott koncepció alapján 2008. október 1-jén új öngyilkosság megelőző beavatkozás indult el „Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe” (OSPI-Europe) címmel (Hegerl és mtsai., 2009), melynek öt fő célkitűzése volt:

1. Európai országok öngyilkossági rátájában tapasztalható különbségek elemzése és egy egységes definíció és értékelési rendszer kidolgozása.
2. Az öngyilkosság-prevenció modern intervenciók koncepciójának kidolgozása.
3. Négy európai modellrégióban többszintű közösségi-alapú beavatkozás megvalósítása és összehasonlítása.
4. Az intervenciók kiértékelése egy elő- és utóvizsgálatban, kontrollált és a nemzetek közötti összehasonlítást lehetővé tevő dizájn alapján.
5. Optimalizált, öngyilkosság-prevenációs módszer elterjesztése a megfelelő eszközök és anyagok kiosztásával, ezen kívül ajánlások megfogalmazása politikai döntéshozók számára.

A beavatkozás Magyarország mellett három másik európai országban, Írországban, Németországban és Portugáliában valósult meg. Az intervenció legfontosabb céljait a következők voltak:

1. A helyi segítő szakemberek közötti kapcsolati háló erősítése.
2. Valódi összefogás szervezése a depresszió és az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésére, kezelésére, különös tekintettel a magas rizikójú csoportokra.
3. A depresszióval kapcsolatos stigmatizáció csökkentése.

Az OSPI programban a korábbi – a Nürnbergi Szövetség a Depresszió Ellen programban is alkalmazott - négy szintű beavatkozás kiegészült egy 5. szinttel, amely a letális eszközökhöz való hozzáféréssel szembeni küzdelmet jelentette (lásd: 1. ábra). Ennek keretében a kiemelten kockázatos helyszínek, eszközök alapján ajánlások készültek az öngyilkosság megelőzés hatékonyságának növelése érdekében.



1. ábra: A többszintű öngyilkosság megelőzés modellje az OSPI programban (Székely és mtsai., 2013)

3. Célkitűzések

Dolgozatom fő célja az integratív megközelítésnek megfelelően együttesen vizsgálni a demográfiai, pszichiátriai, pszichológiai, szociológiai és kulturális tényezők szerepét a szuicid magatartás hátterében. Az irodalmi bevezetőben tárgyalt jelenségek alapján kutatásom célkitűzései a következők:

1. Az öngyilkossági kísérletezők szociodemográfiai hátterének vizsgálata: nem, etnikum, családi állapot, iskolai végzettség, foglalkoztatottság tekintetében.
2. Az öngyilkossági kísérletek átfogó vizsgálata és nemi különbségeinek feltárása az OSPI kutatás négy beavatkozási régiójából származó nemzetközi mintán a módszerválasztás, a megnevezett kiváltó ok, a háttérben meghúzódó szándék/motiváció, és az ismétlődés tekintetében.
3. A letális szuicidium kockázatát növelő halálvágy és többszörös kísérletezés hátterében meghúzódó rizikófaktorok feltárása.
4. A részletes interjúval vizsgált öngyilkossági kísérletezők pszichológiai mutatóinak - depresszió, reménytelenség, társas támasz és élet értelme -, valamint önkárosító magatartásmintáinak, családi halmozódásának, pszichiátriai kórképeinek elemzése.
5. Az öngyilkossági kísérletezés hátterében meghúzódó szándékcsoportok (Feuerlein, 1971) és a pszichológiai mutatók összefüggésének vizsgálata, valamint rizikótényezőinek feltárása.
6. Az interperszonális konfliktusok, mint precipitáló faktorok hátterében meghúzódó pszichológiai jellemzők és kiváltó tényezők vizsgálata, különös tekintettel a nemi különbségekre.
7. A rekurrens, ismétlődő öngyilkossági magatartás hátterében meghúzódó etnikai különbségeinek vizsgálata demográfiai, pszichológiai és motivációs tényezők figyelembevételével.
8. A vizsgált változók és összefüggések kapcsán a magyarországi öngyilkosság prevenció szempontjából hatékony, nem és kultúra specifikus prevenciós lehetőségek megfogalmazása.

4. Módszerek

4.1 A kutatás háttere

A doktori értekezésem tárgyát képező vizsgálatokat az OSPI-Europe (Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe) program (továbbiakban OSPI kutatás) keretében végeztem, amely 2008. október 1. és 2012. december 31. között valósult meg (Hegerl és mtsai, 2009). Az összesen tizennégy különböző munkacsomagból a hatodik (WP06) volt a program magyarországi megvalósítása és kiértékelése. Az Európa 14 országának részvételével zajló projekt koordinátora a Lipcsei Egyetem volt Németországban, vezetője pedig Prof. Ulrich Hegerl. A magyar intervenció koordinátora a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete, vezetője Prof. Kopp Mária, halála után Dr. Purebl György volt. Az OSPI kutatás koncepciójának hátterét az Európai Szövetség a Depresszió Ellen dolgozta ki (Hegerl és mtsai, 2009) (Lásd bővebben: 2.6.2.2 fejezet).

A doktori értekezésemben elemzésre kerülő adatok egy része az OSPI kutatás során használt adatbázisból származik, melyet 2009. január és 2011. december között gyűjtöttünk a beavatkozási és kontroll régiókból. Az öngyilkossági magatartás demográfiai és pszichoszociális háttértényezőinek mélyrehatóbb megismerésének céljából öngyilkossági kísérletezők részletesebb, interjúk vizsgálata szolgált, melynek eredményei a doktori értekezésem során szintén bemutatásra kerülnek. A kutatás a Semmelweis Egyetem etikai engedélyét megkapta (TUKÉB 149/2009).

A disszertáció során az öngyilkossági kísérletek OSPI programban használt definícióját használom, amely megegyezik a BNO-10 definíciójával, ami a 2.5 fejezetben került kifejtésre.

4.2 Adatgyűjtés

A doktori disszertációmban két forrásból származó adatok kerülnek elemzésre:

1. Az első, nagy elemszámú **nemzetközi adatbázis** az OSPI program három éve alatt a négy beavatkozási régiójában (Magyarország, Németország, Portugália, Írország) történt valamennyi, regisztrált öngyilkossági kísérletet tartalmazza. Az elemzés célja, hogy átfogó képet kapjunk az öngyilkossági magatartás fontosabb jellemzőiről a rendelkezésünkre álló adatok alapján.

2. A második részletes, interjú vizsgálatom eredményeképp kialakított adatbázis, az OSPI program fő eredményeit kiegészítve átfogóbb képet ad az öngyilkossági kísérletezők demográfiai, pszichoszociális és pszichológiai jellemzőiről.

4.3 Vizsgált személyek és eljárás

4.3.1 Adatbázis 1: Nemzetközi adatbázisból származó minta

Magyarországon a beavatkozási régió Miskolc városa volt, amely Borsod-Abaúj-Zemplén megye székhelye. A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint a megye öngyilkossági rátája az országban az egyik legmagasabb (23,9/100.000) (KSH, 2014). A kontroll régió Csongrád megye székhelye, Szeged volt, ahol szintén meghaladja az országos adatokat az öngyilkossági ráta (25,5/100.000). Németországban a beavatkozási régió Lipcse, míg a kontroll régió Magdeburg volt. Írországból a két város Limerick és Galway voltak a beavatkozási és kontroll régiók, míg Portugáliában Amadora és Almada.

A magyarországi adatokat a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei kórház, illetve a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai Klinikájának központi adatbázisából retrospektív módszerrel nyertük az intézmények informatikus szakemberei segítségével. Mindkét egészségügyi intézmény vezetőjétől írásos beleegyezést kaptunk az adatok kutatási célú felhasználására, a betegjogok teljes körű betartása mellett. Az öngyilkossági kísérletezők leválogatása a BNO diagnózisok által történt, a szándékos önártalom kódjaira szűrve (X60-X84, Y87). A duplikátumok kiszűrése a bekerülés napja és a születési dátum segítségével történt. Valamennyi ország adatbázisa az OSPI program adatgyűjtési protokolljának megfelelően 2009. január 1. és 2011. december 31. között történt valamennyi öngyilkossági cselekményt tartalmazza. Miskolc városában összesen 622 eset került az adatbázisba a duplikátumok kiszűrése után, Szegeden pedig 452 szuicid esemény történt a 3 év alatt, így a teljes adatbázis 1074 cselekményt tartalmaz. A többi országot tekintve Portugáliában és Németországban hasonlóképp retrospektív módon zárójelentések és ambulánslapok elemzése során történt az adatbázis kialakítása. Írországból az öngyilkossági kísérletek nemzeti adatbázisából (National Registry of Deliberate Self Harm) kerültek elemzésre az adatok. Mivel az zárójelentések és az ambulánslapok az eredeti kórházi protokollnak megfelelően kerültek rögzítésre (nem kutatási céllal), ezért több változó tekintetében

hiányosak. Az így feltárt hiányosságok azonban reális képet adnak az öngyilkossági rizikófaktorokról szóló információk alacsony mértékéről a klinikai gyakorlatban.

4.3.2 Adatbázis 2: Részletes interjúval vizsgált minta

Az öngyilkossági magatartás átfogóbb elemzése érdekében az OSPI programban gyűjtött adatok mellett 150 interjút készítettem szándékos önmérgezőkkel. Az interjúkat 2011. január 1. és 2012. június 30. között vettem fel. A vizsgálati csoportomnak azért az önmérgezőket választottam, mivel ez a leggyakoribb módja az öngyilkossági kísérletezésnek. Félig strukturált interjút készítettem valamennyi vizsgált személlyel a szándékos önmérgezést követő egy héten belül a kórházi tartózkodásuk alatt. A téma rendkívüli érzékenysége miatt külön hangsúlyt fektettem a nyugodt, bizalmi légkör megteremtésére. Az interjúk 1,5-2,5 órát vettek igénybe, a vizsgált személy pszichés állapotától, ventillációs igényeitől függően. A páciensek kiválasztása a toxikológus orvos által adott BNO diagnózis alapján történt. A vizsgálatba kerültek azok a személyek, akik szándékos önmérgezés miatt kerültek kórházi felvételre. Ide tartoznak a következő kategóriák: szándékos önmérgezés gyógyszerek által (X60-X64), szándékos önmérgezés alkohollal (X65), szándékos önmérgezés más vegyszerek és mérgező anyagok által (X65-X69). Valamennyi vizsgált személy írásban is beleegyezett a vizsgálatba, ami teljes mértékben anonim volt. Összesen, 3 páciens utasította vissza a vizsgálatban való részvételt (1%). Az interjú során rögzítésre kerülő adatok valamennyi esetben önbevalláson alapultak.

60 interjút a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház Toxikológiai Osztályán, 90 interjút pedig a Péterfy Sándor Utcai Kórház Toxikológiai Osztályán készítettem. Mindkét kórház orvosigazgatója írásban is engedélyezte a vizsgálatok elvégzését, valamint az összes vizsgált (N=151) személy írásban is beleegyezett az interjúban való részvételbe, de 1 személlyel félbeszakadt az interjú, mert további orvosi vizsgálatra vitték. Az interjú végén a vizsgált személyek kitöltöttek egy kérdőívcsomagot, mely nehézségbe ütközött, amikor a vizsgált személy nem rendelkezett az olvasás képességével, vagy ha a mérgezés hatására még émelygett, szédült, illetve ha nem volt nála az olvasószemüvege. Ezekben az esetekben, a páciens külön kérésére a kérdőíveket felolvastam.

4.4 Mérőeszközök

4.4.1 Nemzetközi minta

Az OSPI programban egy standardizált kiértékelő kérdőívet és jelölő kódrendszert használtunk, melyet korábban a MONSUE (Monitoring Suicidal Behaviour in Europe) projektben alakítottak ki (Schmidtke, 2010). Ennek a protokollnak egy rövidített verzióját (lásd eredeti nyelven a mellékletben) alkalmaztuk valamennyi beavatkozási régióban az öngyilkossági cselekmények értékelésére. Az öngyilkossági kísérletekről szóló adatbázist a különböző országokból származó kórházi zárójelentésekből nyertünk. Az egyes kérdésekre vonatkozó lehetséges változókat a mellékletben közölt protokoll tartalmazza. Az OSPI kutatás során gyűjtött nemzetközi adatok közül disszertációmban a következők kerültek elemzésre:

1. Demográfiai mutatók: nem, életkor, családi állapot
2. Elkövetés módszere (BNO kód alapján)
3. Korábbi kísérletek száma
4. A páciens által megnevezett kiváltó ok (csak a magyar mintán)
5. Háttérben meghúzódó szándék, motiváció

A kiváltó okokra vonatkozó kategória csoportokat szintén a mellékletben található kérdőív tartalmazza. A háttérben meghúzódó szándék, motiváció besorolása a kiértékelő kódrendszer fontos részét képező Feuerlein skála (lásd még 2.5.6 fejezet) alapján történt, mely a következő kategóriákat különbözteti meg (Feuerlein, 1971):

- (1) *Szándékos önsértés* (deliberate self-harm)
- (2) *Paraszuicid szünet* (parasuicide pause), a dolgozatban „helyzetből kilépés”
- (3) *Paraszuicid gesztus* (parasuicide gesture), a dolgozatban „manipulatív szándék”
- (4) *Súlyos öngyilkossági szándék* (serious intent to die), a dolgozatban „kifejezett halálvágy”

4.4.2 Interjú minta

Vizsgálatom során többek között a különböző *rizikófaktorok* feltárására törekedtem. Az interjú kérdéseire elhangzott valamennyi válasz írásban került rögzítésre. Az interjúk során az alábbi adatokat rögzítettem:

1. **Demográfiai adatok:** nem, születési hely, idő, lakóhely, családi állapot, etnikai hovatartozás, egy háztartásban élők száma, gyerekek száma, legmagasabb iskolai végzettség, a foglalkoztatottsági státusz, illetve munkanélküliség esetén annak hossza.
2. **Pszichiátriai diagnózis**
 - a. Pszichiátriai diagnózis: *Rendelkezik-e pszichiátriai diagnózissal, ha igen milyennel?*
 - b. Mentálhigiénés kezelés: *Kezelik-e jelenleg valamilyen pszichiátriai/pszichés/lelki probléma miatt?* Válaszlehetőségek: igen, nem.
3. **Önkárosító magatartásformák**
 - a. Dohányzás: *Dohányzik-e rendszeresen?* Válaszlehetőségek: igen, alkalmanként, soha.
 - b. Alkoholfogyasztás: *Fogyaszt-e alkoholt? Ha igen, milyen gyakran?* Válaszlehetőségek: igen, alkalmanként, soha.
4. **Családban előforduló korábbi öngyilkosságok száma:** *Hány olyan közeli hozzátartozója volt, aki öngyilkosság következtében veszítette életét?*
5. **Korábbi öngyilkossági kísérlet az egyén életében:** *Került-e korábban kórházba szándékos önsértés miatt? Ha igen, hány alkalommal?*
6. **Az aktuális kísérlettel kapcsolatban elhangzott kérdések**
 - a. Kiváltó ok: *Mi volt az oka tette elkövetésének?*
 - b. Módszer: *Milyen módszerrel követte el a kísérletét?*
 - c. Impulzivitás: *Megtervezte-e előre tettét?* Válaszlehetőségek: igen, nem
 - d. Motivációkat/szándékokat is, a következő kérdéssel: *Mi volt a célja a kísérlettel, milyen szándékkal követte el?*
 - e. Aktuális érzések: *Hogy érzi most magát?*

7. Felhasznált kérdőívek

Rövidített Beck Depresszió Kérdőív

A depresszió súlyosságának mérésére a Hungarostudy kutatásokban is használt, Rövidített Beck Depresszió kérdőívet használtam, amely kilenc tételt tartalmaz (Kopp, Skrabski és Czakó, 1990). A kérdőív kérdései a következő jellemzőkre vonatkoznak: szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, elégedetlenség, az örömképesség hiánya, önvádolás. Az egyes állításoknál négyfokú Likert-skálán válaszolhat a kitöltő, végpontok: egyáltalán nem jellemző (0), teljes mértékben jellemző (3). A depresszió súlyossága az elért pontszám alapján a következő: 0–9 pont=nem áll fenn depresszió, 10–18 pont=*enyhe*, 19–25 pont=*középsúlyos*, 26 pont, vagy magasabb=*súlyos depresszió*. A 2002-es Hungarostudy vizsgálatban a skála Chronbach-alfa értéke 0,85 volt (Rózsa és mtsai., 2003), míg a jelen vizsgálatban 0,81.

Reménytelenség Skála

A Reménytelenség Skála egy világszerte elfogadott és elterjedt kérdőív a szuicid rizikó becslésére (Beck és mtsai., 1974). A skála 20 tétele közül 9 a jövőre vonatkozik, 11 pedig klinikusok által reményvesztettnek minősített állapotot jellemez. A kitöltőnek el kell döntenie, hogy igaz-e, vagy sem rá az adott állítás. Az eredmények a következő reménytelenségi fokot mutatják: 0–3 pont: *normál*, 4–8 pont: *enyhe*, 9–14 pont: *magas*, 15–20 pont: *súlyos reménytelenség*. A nemzetközi kutatások szerint a skála 9 pont felett súlyos öngyilkossági rizikót jelez (Perczel Forintos, Sallai és Rózsa, 2001). Magyar változatának reliabilitása és validitása megfelelően bizonyult, a 2002-es Hungarostudy vizsgálatban a skála Cronbach-alfa értéke 0,85 volt (Rózsa és mtsai., 2003), míg a jelen vizsgálatban 0,91.

Társas Támogatás Kérdőív

A Caldwell Társas Támogatás Kérdőív (Support Dimension Scale) (Caldwell, Pearson és Chin, 1987) magyar viszonyokra adaptált verzióját használtuk, melyet a Hungarostudy felmérésekben is alkalmaztak (Kopp és Skrabski, 1992). A skála arra kérdez rá, hogy nehéz élethelyzetben milyen mértékben számíthat az egyén az őt

körülvevő személyekre. Külön-külön rákérdez a házastársra, munkatársakra, élettársra és más rokonokra. Összesen 11 kategóriába sorolódnak az egyes személyek, akik segítségének mértékét egy négyfokú Likert-skálán kell megbecsülni, melynek végpontjai: egyáltalán nem (1), nagyon (4). A kiértékelésnél az egyes tételekhez tartozó pontszámok összeadódnak. A magasabb érték, magasabb társas támogatást jelez. Vizsgálatomban a kérdőív Cronbach-alfa értéke igen alacsony 0,34 volt.

Élet Értelme Kérdőív

Az élet értelmességének megélt szintjét a Rövid Stressz és Megküzdés Kérdőív (Rahe és Tolles, 2002) magyar változatának (Rózsa és mtsai., 2003) 8 kérdésével mértem. A skála azt mutatja meg, hogy a vizsgált személy mennyire látja értelemtelinek életét, mennyire érzi úgy, érdemes élni. A háromfokú skálával értékelhető: ritkán (0), néha (1), gyakran (2) tételek között többek között a következők szerepelnek: "Úgy érzem, életem egy nagyobb terv része", illetve "Meg vagyok békélve a helyemmel az életben". A kérdőívet szintén felhasználták a Hungarostudy felmérésekben, a 2002-es vizsgálatban Cronbach-alfa értéke 0,69 volt (Rózsa és mtsai., 2003), jelen vizsgálatban magasabb, 0,76. Valamennyi felhasznált kérdőív a mellékletben bemutatásra kerül.

4.5 Statisztikai elemzés

4.5.1 Nemzetközi, kórházi adatbázis

A demográfiai mutatók, az öngyilkosság elkövetési módszere és az öngyilkossági szándék elemzésére leíró statisztikát használtam. Pearson khi-négyzet-próbával végeztem nemi összehasonlítást a szándék és az elkövetési módok tekintetében. Bináris logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltam a különböző motivációk hátterében meghúzódó rizikófaktorokat az egyes országokban.

Az OSPI program során gyűjtött öngyilkossági kísérletekről szóló zárójelentéseket tartalomelemzés módszerével elemeztük. Az elemzést a disszertáció szerzője és egy független bíráló, Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet korábbi szakdolgozója, Dr. Horváth N. Orsolya végezte, Krippendorff (1995) metodológiája alapján. Ennek menete a következő volt:

Az OSPI programban használt standard kiértékelő protokollban (lásd: melléklet) a szándékok különböző csoportjait határozták meg, Feuerlein (1971) rendszere alapján. Valamennyi kategória definiálása is részét képezte a protokollnak, melyet a bevezetőben részletesen is tárgyaltam. Az adatok elemzése mind a négy országban standard metodológiával zajlott. A különböző kategóriákra vonatkozóan egymást kizáró **kulcsszavakat, kifejezéseket** határoztunk meg, melyek segítségével a válaszokat az egyes szándék-csoportokba lehetett sorolni. A négy szándék csoport külön kódot kapott, melyet az excel táblába rögzítettünk valamennyi elkövetőnél külön-külön. A kétértelmű eseteket külön kóddal láttuk el és személyes megbeszélés alkalmával egyeztettük. A független kiértékelések közötti megfelelés 95%-os volt.

4.5.2 Interjú vizsgálat

Az interjú minta folytonos változóit Kolmogorov-Smirnov tesztel vizsgálva normális eloszlásúnak mutatkozott az életkor, a depresszió, a társas támogatás és az élet értelmének érzése. A nemi és etnikai különbségeket az öngyilkossági kísérlet kiváltó okairól, az elkövetés módszeréről, a háttérben meghúzódó motivációról és a pszichiátriai jellemzőkről sorozatos khi-négyzet-próbával elemeztem. A pszichológiai mutatók nemi és etnikai különbségei kétmintás t-próbával kerültek elemzésre. Az interperszonális konfliktusok összefüggését a demográfiai mutatókkal szintén khi-négyzet-próbával vizsgáltam, míg a pszichológiai mutatókkal való összefüggését kétmintás t-próbával.

Varianciaanalízissel hasonlítottam össze a depresszió skálán elért pontszámokat azoknál, akik valamilyen interperszonális konfliktust jelöltek meg a kísérletük kiváltójaként és azoknál, akik nem. Mivel számos korábbi kutatásban összefüggést találtak az életkor, a nem és a depresszió pontszámok között, ebben az elemzésben nemet független változóként, az életkort kovariánsként használtam.

Bináris logisztikus regresszió analízissel vizsgáltam a sokszoros kísérletezésnek a lehetséges szociodemográfiai és pszichológiai prediktorait. Khi-négyzet-próbával és kétmintás t-próbával vizsgáltam a különbséget az első és többszörös kísérletezők között a potenciális rizikófaktorok tekintetében mindkét etnikai csoportban. Esélyhányados elemzéssel azonosítottam a potenciális rizikótényezőket a többszörös öngyilkossági kísérletezés hátterében a romák és nem romák csoportjában.

Az interjú során rögzített válaszokat szintén tartalomelemzés módszerével elemeztük. A papír alapú válaszokat a Microsoft Office Excel 2007 programba rögzítettem, ezt követette a válaszok tartalomelemzése, a független bíráló személye szintén Dr. Horváth N. Orsolya volt. A kiváltó okok tekintetében a megjelenő válaszok külön-külön kódokat kaptak, és ezek kerültek rögzítésre. Egy-egy személy több okot is megadhatott egyszerre. Az öngyilkosság háttérben meghúzódó szándékok a nemzetközi adatbázis elemzése során létrehozott kulcsszavakat használtuk az egyes kategóriákba való besoroláshoz.

Az elemzések során az egyes szándék típusok összefüggéseit a pszichológiai mutatókkal egyszempontos varianciaanalízissel vizsgáltam. A jelen doktori dolgozatban a $p < 0,05$ értékét tekintem statisztikailag szignifikánsnak. Az elemzés során az SPSS statisztikai program 20.0 verzióját használtam.

5. Eredmények

5.1 Vizsgált minta demográfiai jellemzői

5.1.1 Az OSPI program beavatkozási régióinak nemzetközi mintája

A nemzetközi adatbázisából nyert adatok alapján a vizsgált minta demográfiai jellemzőit a 3. táblázat foglalja össze. A négy országban a program három éve alatt összesen 8175 öngyilkossági kísérlet történt. A mintában 43:57 a férfi-nő arány, amely női túlsúlyt jelez. Az egyes országok közül csak Portugáliában és Írországból szerepelt szignifikánsan több nő, mint férfi a vizsgált mintában. A vizsgált minta átlagéletkora 37,3 év (SD: 16,3), melyben szignifikáns nemi különbség nem mutatkozott. Életkori bontásban a középkorúak körében (29-45 év) szignifikáns a férfi túlsúly (férfi: 34,0% és nő: 31,4%), míg az idősebbek körében (46 év felett) a nők vannak szignifikánsan többen (férfi: 27,5% és nő: 29,6%) ($\chi^2_{(2)}=7,701$, $p=0,021$).

3. táblázat: 2009 és 2011 között az OSPI kutatásban vizsgált kísérletezők demográfiai jellemzői négy országból (Németország, Portugália, Magyarország, Írország)

	Összes	Férfi	Nő	$\chi^2_{(1)}$
	N (%)	N (%)	N (%)	
Életkor (átlag, SD)	37,3 (16,3)	37,0 (15,5)	37,5 (16,8)	$t_{(8166)} = -1,359$
Vizsgált személyek	8175 (100)	3535 (43,2)	4640 (56,8)	149,361***
Németország	1704 (100)	729 (42,8)	975 (57,2)	0,186
Portugália	1372 (100)	408 (29,7)	964 (70,3)	122,499***
Írország	4025 (100)	1921 (47,7)	2104 (52,3)	64,986***
Magyarország	1074 (100)	77 (44,4)	597 (55,6)	0,692
Családi állapot[#]	n=537	n=205	n=332	
Egyedülálló	230 (42,8)	117 (57,1)	113 (34,0)	27,470***
Házass	219 (40,8)	67 (32,7)	152 (45,8)	9,006**
Elvált/különélő	59 (11,0)	18 (8,8)	41 (12,3)	1,651
Özvegy	29 (5,4)	3 (1,5)	26 (7,8)	10,060**

Megjegyzés: ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

[#]Családi állapotra vonatkozó adatok csak a magyar mintában elérhetőek

A családi állapotra vonatkozóan csak a magyar mintából vannak adataink, melyből az látható, hogy a legtöbben egyedülállóak (42,8%), a férfiak többen, mint a nők. Több nő, mint férfi él házasságban. Az elváltak között (11%) nem tapasztalható nemi különbség. Az özvegy családi állapot is a nők körében fordul elő többször.

5.1.2 Részletes interjúval vizsgált szándékos önmérgezők mintája

Az interjúk minta szociodemográfiai jellemzői a 4. táblázatban láthatók. Összesen 150 fő vett részt a vizsgálatban, melyből 97 nő és 53 férfi, az átlagéletkor 40,6 év (SD: 13,5). Családi állapot tekintetében a legtöbben egyedülállók (32%), melyet a házasságban élők (27,3%) és az elváltak, vagy különélők (28,7%) követnek. A minta 40%-a roma etnikumúnak tartotta magát. A legtöbben partnerükkel és gyermekükkel élnek egy háztartásban (54%), őket követik az egyedül élők (22%). A minta többsége középfokú végzettségű, ezt követi az a 8 osztálynál alacsonyabb végzettség. Egyetemet, vagy főiskolát összesen 13 fő végzett (8,7%). A vizsgált személyek mindössze egynegyede rendelkezik munkaviszonnyal, a többségük munkanélküli (43,3%), vagy inaktív (31,3%). Egy háztartásban átlagosan 2,6 fő él, és átlagosan 1.4 gyerekkel rendelkeznek az interjúalanyok. Férfiak és nők között khi-négyzet-próbával és kétmintás t-próbával vizsgálva nem mutatkozott szignifikáns különbség egyetlen demográfiai mutatóban sem.

4. táblázat: Interjú módszerrel vizsgált szándékos önmérgező minta szociodemográfiai jellemzői nemenkénti bontásban (N=150)

	Összes N (%)	Férfi N (%)	Nő N (%)	$\chi^2_{(df)}/t_{(df)}$
Átlagéletkor (átlag, SD)	40,67 (13,5)	40,47 (14,1)	40,78 (13,2)	$t_{(148)} = -0,138$
Vizsgált személyek	150	53 (36,0)	97 (64,0)	$\chi^2_{(1)} = 12,907^{***}$
Etnikum				
Roma	60 (40,0)	19 (35,8)	41 (42,3)	$\chi^2_{(1)} = 0,588$
Nem-roma	90 (60,0)	34 (64,2)	56 (57,7)	
Családi állapot				
egyedülálló	48 (32,0)	18 (34,0)	30 (30,9)	$\chi^2_{(1)} = 0,145$
házas	41 (27,3)	15 (28,3)	26 (26,8)	$\chi^2_{(1)} = 0,039$
elvált/különélő	43 (28,7)	14 (26,4)	29 (29,9)	$\chi^2_{(1)} = 0,203$
élettársi viszony	12 (8,0)	4 (7,5)	8 (8,2)	$\chi^2_{(1)} = 0,023$
özvegy	6 (4,0)	2 (3,8)	4 (4,1)	$\chi^2_{(1)} = 0,011$
Háztartási forma				
egyedül él	33 (22,0)	15 (28,3)	18 (18,6)	$\chi^2_{(1)} = 1,897$
partnerrel/gyerekkel	81 (54,0)	23 (43,4)	58 (59,8)	$\chi^2_{(1)} = 3,710$
szülőkkel	24 (16,0)	11 (20,8)	13 (13,4)	$\chi^2_{(1)} = 1,379$
egyéb	12 (8,0)	4 (7,5)	8 (8,2)	$\chi^2_{(1)} = 0,023$
Iskolai végzettség				$t_{(148)} = -0,644$
alapfokú	52 (34,7)	17 (32,1)	35 (36,1)	
középfokú	85 (56,7)	32 (60,4)	53 (54,6)	
felsőfokú	13 (8,7)	4 (7,5)	9 (9,3)	
Foglalkozási státusz				
alkalmazott	37 (24,7)	16 (30,2)	21 (21,6)	$\chi^2_{(1)} = 1,345$
munkanélküli	65 (43,3)	21 (39,6)	44 (45,4)	$\chi^2_{(1)} = 0,460$
inaktív	47 (31,3)	16 (30,2)	31 (32,0)	$\chi^2_{(1)} = 0,050$
Egy háztartásban élők száma (átlag, SD)	2,6 (1,5)	2,3 (1,3)	2,8 (1,6)	$t_{(145)} = -1,759$
Gyerekek száma (átlag, SD)	1,4 (1,4)	1,3 (1,4)	1,4 (1,4)	$t_{(148)} = -0,224$

Megjegyzés: *** $p < 0,001$

5.2 Öngyilkossági kísérletek elemzése a nemzetközi mintán

Az aktuális öngyilkossági cselekménnyel kapcsolatban az elkövetés módszere minden esetben rögzítésre került a zárójelentésekben. Az aktuális öngyilkossági kísérlet páciens által megnevezett okáról csak magyar adataink vannak, összesen 732 (68,2%) esetben volt közölve ilyen jellegű információ a zárójelentésekben.

Az összesen 8175 főből legtöbbször *gyógyszerrel* (67,9%) követték el az önmérgezést, melyet az alkohollal (34,6%) és a *szűrő/vágó eszközzel* (20,2%) történő szándékos önsértés követ. Önakasztás az esetek 5,4%-ában fordult elő. Egy-egy páciens egyszerre több módszert is alkalmazhatott, például a gyógyszert alkohollal kombinálta, de volt olyan páciens is, aki egyszerre 4 különböző módszerrel tett öngyilkossági kísérletet. Az elemzésbe valamennyi elkövetési mód bekerült. A minta 33,6%-a (n=2747) használt egyszerre több módszert.

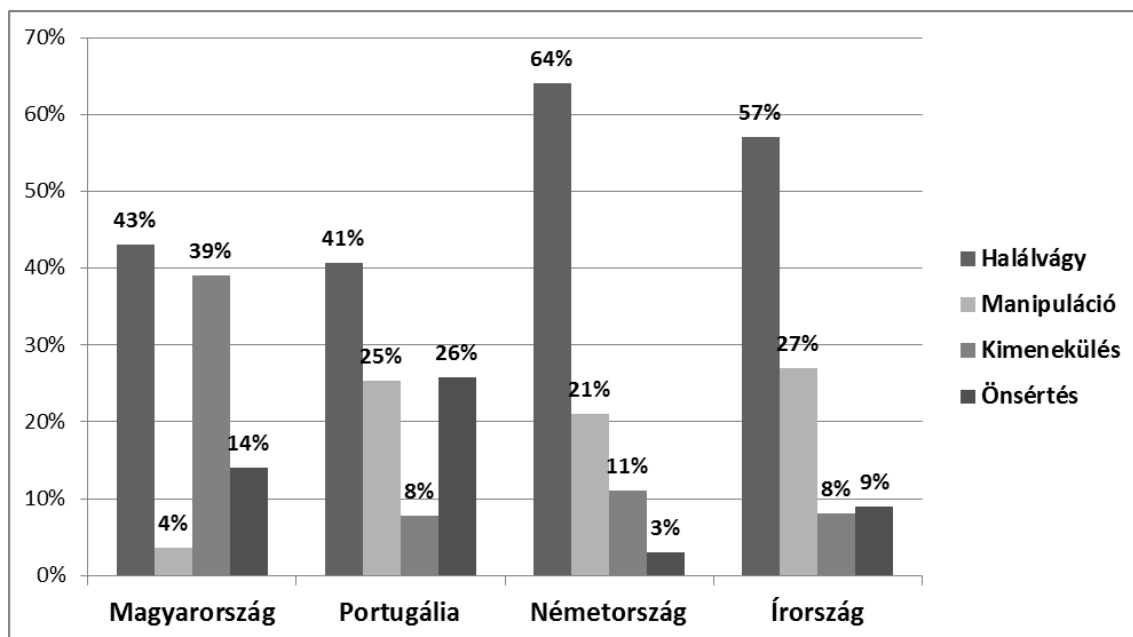
Az öngyilkossági kísérlet hátterében meghúzódó szándékról 5215 esetben volt információnk, ez az összes eset 63,7%-a. Legtöbbször kifejezett halálvágygal követték el tettüket (51,2%). Manipulatív szándékkal kísérletezett 1073 fő (20,6%). A minta 14,7%-a egy elviselhetetlen helyzetből szeretett volna kimenekülni a kísérlete által. Szándékos önsértést követett el 662 fő (12,7%).

A korábbi kísérletekre vonatkozóan 6254 (76,5%) esetben volt információnk, ezen belül a minta 40,9%-ának volt már korábbi öngyilkossági kísérlete. A páciens által megnevezett kiváltó okokról csak a magyar mintában (N=1074), összesen 732 esetben (68,0%) tartalmazott információt az adatbázis. Leggyakrabban interperszonális konfliktust (53,4%) jelöltek meg a páciensek, melyet a betegségek (15,7%), az anyagi természetű problémák (12,7%) és egy fontos személy elvesztése miatti gyász (6,7%) követték. Az eredményeket és a további kategóriákat nem összehasonlításban az 5. táblázatban (52. oldal) közlöm részletesen.

5.2.1 Az öngyilkossági szándék megoszlása a különböző országokban

Ha az öngyilkosság hátterében meghúzódó motivációk eloszlását vizsgáljuk országonként, szemmel látható különbségek rajzolódnak ki (2. ábra): Valamennyi országban a legtöbbször meghalási szándékkal követték el kísérletüket (41%–64%, $\chi^2_{(3)}=188,487$, $p<0,001$) de míg Magyarországon a helyzetből való kimenekülés fordult

elő ezt követően a legtöbbször (39%), addig a többi országban a manipulatív szándék (Portugália: 25%, Németország: 21%, Írország: 27%). Portugáliában, Németországban és Írországban a kimenekülés motívuma az esetek megközelítőleg 10%-ában jelent meg. Az önsértés Portugália mutatott kiugró arányt, ahol 26%-ban fordult elő, míg a többi országban kevésbé volt jellemző (Magyarország: 14%, Németország: 3%, Írország: 9%).



2. ábra: A különböző szándékok megoszlása az OSPI beavatkozási régiókban országonkénti bontásban

5.2.2 Az öngyilkossági magatartás nemi különbségei

Az eredmények nemek szerinti bontása során látszik, hogy a nők szignifikánsan gyakrabban vettek be gyógyszert, míg a férfiaknál gyakrabban fordult elő alkoholabúzus, használtak szűrő-vágó eszközt, használtak vegyszert és más mérgező anyagokat, valamint szignifikánsan többször próbálkoztak önakasztással. Az aktuális önkárosító cselekmény során alkalmazott elkövetési módszerek tekintetében is szignifikáns nemi eltérés igazolódott. A férfiak több módszert alkalmaztak egyszerre (férfi: 1,37 (SD:0,6), nő: 1,25 (SD: 0,5), $t_{(8173)}=8,292$; $p<0,001$). A korábbi kísérleteket tekintve szintén női többség volt megfigyelhető, a férfiak 38.1%-ával szemben a nők több, mint 40%-ának (43.2%) volt már minimum egy korábbi kísérlete. A páciensek

által megnevezett kiváltó okok tekintetében szignifikáns nemi különbségeket nem találtam. Az eredményeket az 5. táblázatban részletezem.

5. táblázat: Az OSPI programban vizsgált öngyilkossági kísérletek jellemzői nemek szerinti bontásban (N=8174)

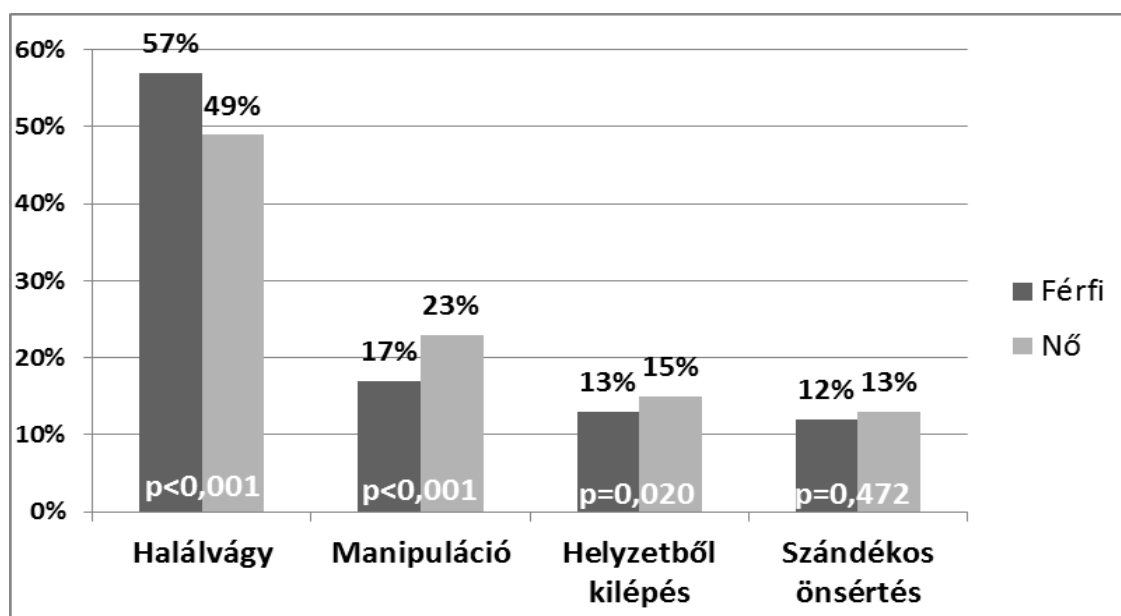
	Összes N (%)	Férfi N (%)	Nő N (%)	$\chi^2_{(1)}$
Vizsgált személyek	8175 (100)	3535 (43,2)	4640 (56,8)	149,361***
Módszer				
Gyógyszer (X60-X64)	5548 (67,9)	2065 (58,4)	3483 (75,1)	255,015***
Alkohol (X65)	2826 (34,6)	1510 (42,7)	1316 (28,4)	182,757***
Önsértés (X78)	1652 (20,2)	853 (24,1)	799 (17,2)	59,420***
Önakasztás (X70)	444 (5,4)	300 (8,5)	144 (3,1)	113,119***
Mérgező anyag (X66-X69)	232 (2,8)	130 (3,7)	102 (2,2)	15,922***
Többszörös kísérletező (N=6254)	2561 (40,9)	1040 (38,1)	1521 (43,2)	16,669***
Megnevezett ok[#] (n=732)				
Interperszonális	391 (53,4)	153 (52,0)	238 (54,3)	0,371
Betegség	115 (15,7)	49 (16,7)	66 (15,1)	0,339
Financiális	93 (12,7)	42 (14,3)	51 (11,6)	1,107
Gyász	49 (6,7)	16 (5,4)	33 (7,5)	1,233
Lenyugvás	60 (5,6)	25 (5,2)	35 (5,9)	0,194
Kilátástalanság	36 (3,4)	14 (2,9)	22 (3,7)	0,460
Alvásprobléma	19 (1,8)	8 (1,7)	11 (1,8)	0,042
Munkahelyvesztés	6 (0,6)	4 (0,8)	2 (0,3)	1,210

Megjegyzés: *** $p < 0,001$.

[#] A kiváltó okokra vonatkozóan csak a magyar adatbázisban volt adatunk

5215 esetben tartalmazott információt az adatbázis a kísérlet háttérében meghúzódó **motivációkról**, a nemi különbségeket a 3. ábra szemlélteti. Az adott kísérlet során szignifikánsan több férfi, mint nő kívánta befejezni életét és fejezte ki *halálvágyát* (férfi: 57,1% és nő: 48,6%, $\chi^2_{(1)}=35,743$; $p < 0,001$). Több nő, mint férfi kívánt egy másik

személyt *manipulálni, befolyásolni*, a különbség itt is szignifikáns (férfi: 17,4% és nő: 22,8%, $\chi^2_{(1)}=22,617$; $p<0,001$). Egy bizonyos, számára elviselhetetlen helyzetből valamivel több nő szeretett volna *kilépni* a kísérlete által (férfi: 13,3% és nő: 15,3%, $\chi^2_{(1)}=5,438$; $p=0,020$), és *szándékos önsértést* közel azonos számú nő, mint férfi követett el feszültsége levezetése miatt (férfi: 12,3% és nő: 13,0%, $\chi^2_{(1)}=0,516$, $p=0,472$).



3. ábra: Nemi különbségek az öngyilkossági motívumokban az OSPI nemzetközi adatbázis alapján (N=5215)

5.2.3 A kifejezett halálvágy és a helyzetből menekülés rizikófaktorai

Az öngyilkossági kísérlet háttérében meghúzódó motivációkról a nemzetközi mintában összesen 5215 esetben volt információnk (63%). Mivel a mintában szereplő páciensek leggyakrabban (N=2715, 52,1%) **kifejezett halálvágygyal** követték el kísérletüket, megvizsgáltam az ennek a háttérében meghúzódó potenciális rizikófaktorokat az egyes országokban (6. táblázat). Bináris logisztikus regresszió elemzés során az összes potenciális rizikófaktorot együttesen bevonva (nem, életkor, önakasztás, gyógyszer és mérgezés intoxikáció, alkoholabúzus, felhasznált módszerek száma, korábbi öngyilkossági kísérletek száma) egyedül a magyar mintában mutatkozott rizikófaktorok a **többszörös kísérletezés**. Emellett az **idősebb életkor**, a **mérgezés**, és a **gyógyszer intoxikáció**, valamint a kísérlet során használt **kevesebb elkövetési mód** voltak még szignifikáns rizikótényezők. A modell a kifejezett halálvágy varianciájának 12%-át magyarázza (6. táblázat)

Németországban az **önakasztás** és az **idősebb kor** voltak szignifikáns rizikófaktorok. Írorszában **férfi nem**, az **idősebb életkor**, az **önakasztás**, a **gyógyszer és alkohol intoxikáció** és az elkövetés során használt **kevesebb módszer** mutatkoztak szignifikáns rizikófaktorok. A portugál adatbázisban **férfi nem**, a **méreg intoxikáció**, az alkoholabúzus és az elkövetési módok alacsony száma voltak rizikófaktorok. Az eredményeket a 6. táblázatban részletesen is kifejtem.

6. táblázat: A kifejezett halálvágy rizikófaktorai az OSPI program beavatkozási régióiban a teljes és a magyar mintán (Függő változó: kifejezett halálvágy)

Változók	Magyarország	Németország	Írország	Portugália
	OR [95% CI]			
Férfi nem	0,83 [0,52-1,32]	0,88 [0,67-1,16]	1,25* [1,01-1,55]	1,91** [1,29-2,83]
Életkor	1,02** [1,01-1,04]	1,02*** [1,01-1,02]	1,00* [1,00-1,01]	1,00 [0,99-1,01]
Önakasztás	7,03 ⁺ [0,98-50,12]	2,29* [1,09-4,82]	6,55*** [4,07-10,55]	7,54 ⁺ [0,82-68,94]
Gyógyszer intoxikáció	3,74** [1,55-9,01]	1,09 [0,77-1,56]	1,36* [1,05-1,78]	1,51 [0,79-2,88]
Méreg intoxikáció	12,1** [2,36-62,73]	1,22 [0,55-2,70]	1,79 [0,78-4,08]	5,07** [1,71-15,03]
Alkohol intoxikáció	2,93 [0,80-10,73]	0,76 [0,45-1,26]	2,09*** [1,04-2,98]	3,75** [1,54-9,09]
Elkövetési módok száma	0,23* [0,07-0,76]	1,06 [0,69-1,6]	0,45*** [0,34-0,61]	0,32** [0,15-0,70]
Korábbi kísérletek	2,18* [1,20-3,97]	0,87 [0,66-1,13]	1,00 [0,80-1,24]	0,75 [0,52-1,09]
Nagelkerke R²	0,12	0,06	0,08	0,08

Megjegyzés: ⁺ p < 0,10, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Bár a többszörös kísérletezés Magyarországon (eltérően a többi országtól) több mint kétszeresre növeli a halálvágy rizikóját, mindössze az esetek 38.2%-ában volt információ róla a zárójelentésekben. A hazai adatbázisban rendelkezésre álltak a páciensek által megnevezett kiváltó okok is (n=732). A kifejezett halálvágy hátterében a különböző megnevezett okok közül a betegség (OR=2,42 CI₉₅: 1,6-3,6, p<0,001) és a

gyász (OR=1,9 CI₉₅: 1,0-3,4, p=0,027) mutatkozott háttértényezőnek, azonban ezek a változók a logisztikus regresszió analízis során feltárt rizikófaktorokat nem befolyásolták.

Mivel Magyarországon a második leggyakoribb szándék a **helyzetből való kilépés** volt ennek rizikófaktorait is megvizsgáltam (7. táblázat). Az okok közül az esélyhányados elemzés a **financiális** (OR=1,8, CI₉₅: 1,0-3,1, p=0,025) és **interperszonális konfliktust** (OR=2,1, CI₉₅: 1,6-2,8, p<0,001) azonosította rizikófaktoroként a helyzetből kilépés hátterében. Ezeket a megnevezett okokat is bevontam a bináris logisztikus regresszió analízisbe a korábban már ismertetésre kerülő változók mellett (nem, életkor, önakasztás, gyógyszer, alkohol és mérgezés intoxikáció, valamint korábbi öngyilkossági kísérletek). Az elemzés során a **financiális** és az **interperszonális** problémák mellett a **gyógyszer intoxikáció** mutatkoztak szignifikáns rizikótényezőknek (7. táblázat). A modell a helyzetből kilépés varianciájának 14%-át magyarázza.

7. táblázat: A helyzetből való kilépés rizikófaktorai a magyarországi OSPI mintán (N=1074)

Függő változó	Magyarázó változók	OR [95% CI]	R ²
Helyzetből kilépés	Életkor	0,99 [0,98-1,01]	0,14
	Nem	1,12 [0,70-1,78]	
	Önakasztás	1,36 [0,31-14,1]	
	Gyógyszer intoxikáció	7,04*** [3,03-16,41]	
	Alkoholabúzus	1,29 [0,81-2,04]	
	Mérgezés intoxikáció	2,98 [0,46-19,21]	
	Financiális ok	2,56* [1,10-5,95]	
	Interperszonális ok	2,33*** [1,47-3,67]	
	Korábbi kísérletek	0,86 [0,48-1,55]	

Megjegyzés: * p< 0,05, *** p< 0,001

5.3 Szándékos önmérgezők interjú vizsgálatának eredményei

5.3.1 Nemi különbségek az öngyilkossági cselekményben

Az interjú vizsgálatomban résztvevő öngyilkossági kísérletezők (N=150) körében tapasztalható nemi különbségeket a 8. táblázat tartalmazza. A következőkben részletesen bemutatom a pszichológiai mutatókkal és az aktuális öngyilkossági kísérlet körülményeivel kapcsolatos eredményeket, nemi bontásban. Mind az elkövetés módszere, mind a megnevezett kiváltó okok esetén egyszerre több változó is bekerülhetett az elemzésbe egy-egy személy esetén: valamennyi elkövetési módszer kielemezésre került. A kiváltó tényezők közül csak a leggyakrabban megnevezett okokat nevezem meg a táblázatban.

8. táblázat: Interjúval vizsgált kísérletezők nemi összehasonlítása az elkövetés módszere, oka és szándéka szerint (n=150)

	Összes N (%)	Férfi N (%)	Nő N (%)	X ² ₍₁₎
Vizsgált személyek	150 (100)	53 (36,0)	97 (64,0)	12,907***
Elkövetés módszere				
Gyógyszer (X60-X64)	131 (87,3)	40 (75,5)	91 (93,8)	10,424**
Alkohol (X65)	48 (32,0)	22 (41,5)	26 (26,8)	3,406
Mérgező anyag (X66-X69)	18 (12,0)	12 (22,6)	6 (6,2)	8,789**
Megnevezett kiváltó ok				
Személyközi konfliktus	91 (60,7)	25 (47,2)	66 (68,0)	6,257**
Anyagi nehézség	58 (38,7)	26 (49,1)	32 (33,0)	3,731
Gyász	27 (18,0)	8 (15,1)	19 (19,6)	0,469
Munkahely elvesztése	16 (10,7)	9 (17,0)	7 (7,2)	3,429
Alvásproblémák	12 (8,0)	3 (5,7)	9 (9,3)	0,610
Lelki egészség problémák	9 (6,0)	4 (7,5)	5 (5,2)	0,348
Fizikai betegség	4 (2,7)	1 (1,9)	3 (3,1)	0,192
Szándék				
Manipulatív	20 (13,3)	5 (9,4)	15 (15,5)	
Helyzetből kilépés	78 (52,0)	29 (54,7)	49 (50,5)	1,176 ₍₂₎
Kifejezett halálvágy	52 (34,7)	19 (35,8)	33 (34,0)	

Megjegyzés: ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

5.3.2 Az öngyilkosság módszere

Az öngyilkossági kísérletet leggyakrabban gyógyszerrel követték el (87,3%) és szignifikánsan több nő választotta ezt a módszert. Az önmérgezés során alkoholt is fogyasztott a vizsgált személyek 32%-a, illetve a valamilyen vegyszert 12%. Alkoholt több férfi, mint nő ivott, de a különbség csak tendenciaszerű volt ($p=0,065$). A férfiak szignifikánsan többen használtak mérgező anyagot (jellemzően etilén-glikolt, savat, vagy lúgot) az öngyilkossági kísérletük során (férfi: 22,6 % és nő: 6,2%, $p=0,003$). A bevett tabletták számában nem mutatkozott szignifikáns eltérés, a nők és a férfiak között (férfi: 41,9 (SD:47,4) és nő: 50,8 (SD:59,4), $t_{(120)}=-0,796$, $p=0,428$), átlagosan 48,2 (SD: 56,2) szem gyógyszert szedtek be a vizsgált személyek, a legkevesebb 1 szem volt, míg a legtöbb 337.

5.3.3 Az öngyilkosság megnevezett okai

Az interjúk tartalomelemzése során létrehoztam azokat a változókat, melyeket a páciensek megneveztek kísérletük kiváltó okaként: 67 esetben (44%) egynél több kiváltó okot is megjelöltek a vizsgált személyek. Valamennyi vizsgált személynél a három első három helyen megjelölt életesemény, kiváltó ok került be az elemzésbe. A tartalomelemzés eredményeként a kísérlet kiváltó okára vonatkozó kategóriák a következőképpen alakultak: **partnerrel való konfliktus**, ez leggyakrabban szakítás, féltékenység, fizikai bántalmazás, veszekedés, hűtlenség talaján bontakozott ki, **konfliktus a gyerekekkel, szülőkkel, más rokonokkal és barátokkal**. Rokonok között gyakori volt a konfliktus elhanyagolás, anyagi érdekek és tartozások miatt. Míg a baráti kapcsolatokat a féltékenység és a különböző hazugságok lelepleződése tette konfliktusforrássá. Doktori dolgozatomban egy másik személlyel fennálló problémát összefoglalóan *interperszonális konfliktusnak* tekintek. Az **anyagi nehézségek**, a **fizikai, vagy lelki** betegségek, a **jogi** problémák, a **gyász** és a **munkahely elvesztése** és az **alvászavar** külön csoportot alkottak.

A megjelenő válaszokat összesítve a korábbi irodalmi adatoknak megfelelő eredmények születtek: a páciensek leggyakrabban egy interperszonális konfliktust jelöltek meg tettük háttérében (60,7%), a nők szignifikánsan gyakrabban, mint a férfiak (nő: 68,0% és férfi: 47,2%, $p=0,012$). A személyközi konfliktust tovább bontva, illetve

összesítve más tényezőkkel az alábbi eredmények láthatók: a vizsgált személyek legtöbbször (45%) a *partnerével való konfliktust* nevezte meg kiváltó oknak. *„Egész este veszekedtünk a férjemmel, egyszerűen nem bírtam tovább és bekapkodtam egy marék nyugtatót”*- számolt be a történetéről egy középkorú nő. Anyagi, vagy pénzügyi probléma az esetek közel 40%-ában jelent meg, a férfiak közel fele nevezte meg ezt a problémát (49,1%), míg a nők egyharmada (33,0%) ($p=0,053$). *„Hónapok óta nincsen munkám, így nem tudom eltartani a gyerekeimet, a feleségemet, nincs értelme tovább élnem, kudarcot vallottam, mint apa és férj”*.

Közeli személy elvesztése miatti gyász 18%-ban került említésre, a nők körében valamivel gyakrabban. A munkahely elvesztését 11% sorolta a kiváltó okok közé: *„Tegnap napon vesztettem el a munkámat, ami az életemet jelentette. Rendesen felöntöttem a garatra és akkor úgy éreztem nincs értelme tovább élnem.”*

Lelki betegséget okolt a minta 6%-a, alvászavart 8%-a jelölt meg. Fizikai betegség a minta 2,7%-ánál került megnevezésre, azonban az alacsony elemszám miatt a nemi különbségek statisztikai vizsgálatára nem volt lehetőség. A családtagokon belül a szülővel való konfliktus 8%-ban jelent meg a kiváltó okok között, és ugyanekkora arányban jelent meg a gyerekkel való konfliktus, mint kiváltó tényező.

5.3.4 A kísérlet háttérében meghúzódó szándék

Az öngyilkossági kísérlet háttérében meghúzódó szándékok tekintetében az interjúk alapján a következő kategóriák rajzolódtak ki, melyek jól megfelelnek a Feuerlein (1971) által leírt kategóriáknak:

- Egy a vizsgált személy számára megoldhatatlannak tűnő probléma, konfliktus miatt történő önmérgezés, amely lehetővé teszi a helyzetből való kilépést, lenyugvást. Ez a kategória a **helyzetből menekülés** szándék-típusnak felel meg.
- Egy másik személy befolyásolása, vagy az a szándék, hogy valaki másnak lelkiismeret furdalást, ijedtséget okozzon a tette által. Ez a **manipulatív** kategória megfelelője.
- A vizsgált személy az interjú során verbalizálja meghalási szándékát, illetve arra indirekt jelzéseket tett. Ez a **kifejezett halálvágy** kategóriájának felel meg.

A negyedik, szándékos önsértés kategória azért nem jelent meg a mintában, mivel az interjúkat toxikológiai osztályon vettem fel, viszont a szándékos önsértő páciensek zömében baleseti sebészeti ellátásban részesülnek.

A vizsgált személyek mintegy fele egy bizonyos, elviselhetetlen helyzetből szeretne **kimenekülni** a kísérlet által (52%). Egy 53 éves férfi szavai jól illusztrálják ezt a szándék-típust: „3 hónappal ezelőtt vesztettem el a munkámat, azóta máról-holnapra élünk. A feleségem folyton piszkál, hogy keressek munkát, nem bírtam ezt a feszültséget!” 13,3%-uk egy másik személyt próbál **manipulálni**, befolyásolni. Ebben a csoportban többször elhangzott a büntudatkeltés, a másik fél megfélemlítése. Egy 27 éves női páciens szavai: „Régóta úgy érzem, a férjem nem foglalkozik velem eleget, félre is lépett már. Most, hogy bekerültem a kórházba, talán észreveszi, hogy létezem.” A harmadik csoportba azok tartoznak, akik **kifejezték halálvágyukat** (34,7%), az egyik idős hölgy páciens a következőket mondta: „Senkim sincs. A férjem meghalt, nem volt gyermekünk. Nincsenek már rokonaim, egyedül vagyok. Meg akarok halni, mert így már semmi értelme tovább élni.” Ebbe a csoportba csak olyan személyek kerülhettek, akik verbalizálták halálvágyukat. Az eredmények előzetes hipotézisemnek megfelelnek, miszerint a minta legnagyobb része egy elviselhetetlen, általa kezelhetetlen helyzetből kíván megszabadulni a szándékos önmérgezés által. A nemek között nem volt kimutatható különbség a kísérletek háttérében meghúzódó motivációt tekintve az interjúk mintában.

5.3.5 Az öngyilkossági szándék összefüggése a kiváltó okokkal

Azok a személyek, akik manipulatív szándékkal követték el az önmérgezést, szignifikánsan gyakrabban számoltak be interperszonális konfliktusról tettük háttérében, mint azok, akik nem akartak másokra hatni az eset által (95% és 5%, $\chi^2_{(1)}=11,400$; $p<0,001$). Azok, akik interperszonális konfliktus miatt követték el tettüket, kevesebben akartak meghalni (72,5% és 27,5%, $\chi^2_{(1)}=4,393$; $p=0,036$). A kísérlet utáni érzések tartalomelemzése során kialakult 12 kategóriából az egyik a kimenetel miatti csalódottság (5,3%) volt. Ez a kategória szignifikáns kapcsolatot mutatott a meghalás szándékával (1,1% és 34,7%, $\chi^2_{(1)}=4,393$; $p<0,001$).

5.3.6 Pszichológiai mutatók

A vizsgált minta pszichiátriai és pszichológiai jellemzőit a 9. táblázat szemlélteti.

9. táblázat: Az interjúval vizsgált önmérgezők pszichológiai jellemzői nemi összehasonlításban

	Összes	Férfi	Nő	$\chi^2_{(df)}/t_{(df)}$
Pszichológiai mutatók				
Depresszió (átlag, SD)	22,6 (14,7)	19,1 (13,5)	23,6 (15,1)	$t_{(148)}=-1,787$
nincs	39 (26,0)	17 (32,1)	22 (22,7)	$\chi^2_{(3)}= 2,977$
enyhe (n,%)	33 (22,0)	13 (24,5)	20 (20,6)	
középsúlyos (n%)	15 (10,0)	4 (7,5)	11 (11,3)	
súlyos (n, %)	63 (42,0)	19 (35,8)	44 (45,4)	
Reménytelenség (átlag,SD)	8,6 (5,7)	8,2 (5,7)	8,8 (5,7)	$t_{(143)}= -0,626$
9 pont alatt (n,%)	89 (61,4)	33 (64,7)	56 (59,6)	$\chi^2_{(1)}= 0,367$
9 pont felett (n, %)	56 (38,6)	18 (35,3)	38 (40,4)	
Élet értelme (átlag, SD)	8,7 (4,0)	9,1 (3,7)	8,5 (4,2)	$t_{(142)}=0,806$
Társas támasz (átlag, SD)	21,3 (4,7)	21,6 (4,4)	21,2 (4,9)	$t_{(148)}=0,398$
Korábbi kísérletek száma a családban (átlag, SD)	0,5 (0,8)	0,4 (0,8)	0,5 (0,8)	$t_{(143)}= -0,065$
	n (%)	n (%)	n (%)	$\chi^2_{(1)}$
Többszörös kísérletező	64 (43,0)	16 (30,2)	48 (50,0)	5,470*
Tervezetlen kísérlet	117 (78,5)	34 (65,4)	83 (85,6)	8,177**
Diagnosztizált pszichiátriai probléma				
Hangulatzavar	66 (44,0)	14 (26,4)	52 (53,6)	10,286***
Alkoholfüggőség	17 (11,3)	6 (11,3)	11 (11,3)	0,000
Egyéb	16 (10,7)	5 (9,4)	11 (11,3)	0,131
Mentálhigiénés kezelés	85 (56,7)	24 (45,3)	61 (62,9)	4,325*
Dohányzás	99 (66,0)	34 (64,2)	65 (67,0)	0,125
Rendszeres alkoholfogyasztás	30 (20,0)	18 (34,0)	12 (12,4)	9,986**

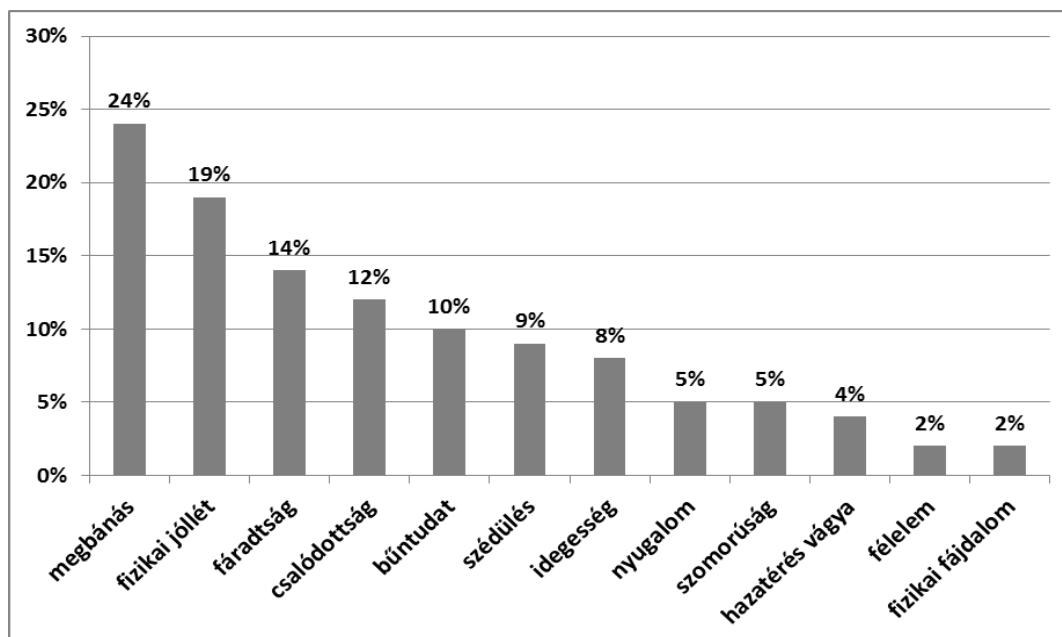
Megjegyzés: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Az interjú végén kitöltött kérdőívek elemzésével a következő eredményeket kaptam: a vizsgált személyek 74%-ának legalább enyhe depressziója volt. A teljes mintában a depresszió átlaga 22,6 (SD: 14,7) pont volt. A depressziós átlag pontszámokban a nők magasabb értékeket értek el, azonban a nemek közti különbség csak tendenciaszerű ($p=0,076$). A minta legnagyobb része közép súlyos (10,0%), vagy súlyos depresszió pontszámokat mutat (42,0%), nemi különbség nélkül. A reménytelenség skálán elért átlagos pontszám 8,6 (SD: 5,7). A minta 38,6%-a éri el az öngyilkossági rizikót jelző 9 pontot. A társas támasz értéke a teljes mintában 21.3 (SD: 4,7), míg az élet értelmének érzése 8,7 (SD: 4,0). A reménytelenség, társas támasz és élet értelme pontszámokban nem mutatható ki szignifikáns nemi különbség a mintában.

A teljes minta 43%-a többszörös kísérletező, tehát legalább a második alkalommal került kórházba szándékos önártalom miatt. Szignifikánsan több nőnek (50%), mint férfinak (30%) volt ez a mostani minimum a második kísérlete. A nők igen nagy része, 85,6%-a követte el az önmérgezést hirtelen felindulásból, azaz nem tervezte meg előre a tettet, míg ez a szám a férfiaknál kevesebb, 65,4% volt. Az eredmények a 9. táblázatban részletesen is bemutatásra kerültek.

5.3.7 A kísérletet követő aktuális érzések

A páciensek által megnevezett aktuális érzésekre a „*Hogyan érzi most magát?*” kérdésre adott válaszok alapján tartalomelemzéssel elemeztük, mely eredményeként 12 különböző kategóriába rendeződtek a válaszok. Vegyesen tartalmaztak pszichés és fizikai állapotra vonatkozó válaszokat. Előbbire példa a megbánás, csalódottság a túlélés miatt, büntudat, idegesség, nyugalom, szomorúság, hazatérés vágya, félelem, míg utóbbi csoportba tartozik a fáradtság, fizikai jóllét, szédülés és a fizikai fájdalom (4. ábra). A kísérlet kimenetele miatti csalódottság érzése szignifikánsan gyakrabban fordult elő férfiaknál, mint a nőknél (férfi: 22,0% és nő: 7,6%, $\chi^2_{(1)}=6,061$, $p=0,014$).



4. ábra: Az interjúval vizsgált páciensek által megnevezett aktuális érzések a kísérletet követően (n=150)

5.3.8 Pszichiátriai kórképek és önkárosító magatartásformák

Szignifikánsan több nő, mint férfi számolt be arról, hogy rendelkezik hangulatzavar diagnózisával (férfi: 26,4% és nő: 56,3%, $p=0,001$). Az alkohollal és egyéb pszichiátriai zavarokkal kapcsolatos diagnózisban nem mutatkozott nemi eltérés. A minta több mint fele, 56,7%-a kap jelenleg is valamilyen mentálhigiénés (pszichológiai, pszichiátriai) kezelést, a nők nagyobb arányban ($p=0,038$). A vizsgált személyek 66%-a dohányzik rendszeresen, és ebben az értékben nem mutatkozott szignifikáns nemi eltérés. Rendszeresen fogyaszt alkoholt a páciensek 20%-a, a férfiak gyakrabban, mint a nők ($p=0,002$). Az eredményeket a 9. táblázatban részletesen bemutattam.

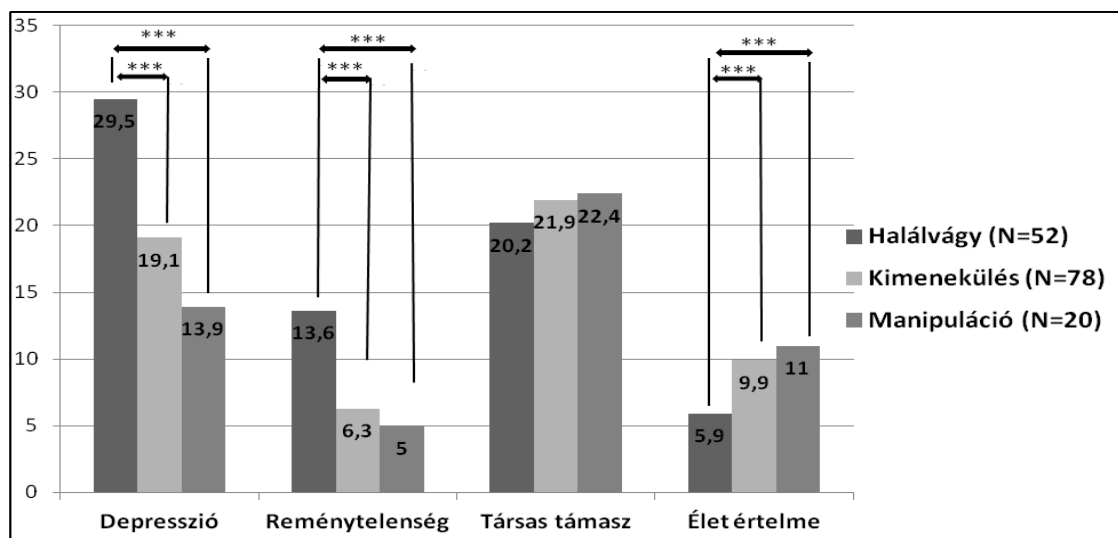
A rendszeresen alkoholt fogyasztó nők között több a sokszoros kísérletező (nő: 83,3% és férfi: 44,4%, $\chi^2_{(1)}=4,537$; $p=0,033$) és valamennyien tervezetlenül, hirtelen felindulásból követték el a tetteket (nő: 100% és férfi: 72,2%, $\chi^2_{(1)}=4,000$; $p=0,046$).

5.3.9 Az öngyilkossági szándék összefüggése a pszichés mutatókkal

Azok a személyek, akik kifejezték halálvágyukat, a leginkább depressziósak (29,5 pont=súlyos depresszió), és reménytelenek (13,6 pont), illetve legkevésbé látják értelmese az életüket (5,9). A reménytelenség skálán ez az egyetlen csoport, ahol 9

pontnál magasabb, öngyilkossági veszélyt jelző az érték. A társas támasz pontszámaik is nekik a legalacsonyabbak a mintában (20,2) (5. ábra).

Azok a személyek, akik egy másik személyt szeretnének *befolyásolni, manipulálni*, a legkevésbé depressziósak (átlag: 13,9 pont=enyhe depresszió), illetve a legkevésbé reménytelenek (5,0 pont=enyhe reménytelenség). A mintában ez a csoport látja leginkább értelmese az életét (11,0 pont), illetve ők rendelkeznek a legnagyobb a társas támogatással (22,4).



5. ábra: Szándékos önmérgezők pszichológiai mutatóinak alakulása a háttérben meghúzódó szándék függvényében (**p<0,001)

Egyszempontos varianciaanalízissel szignifikáns különbséget találtam az egyes szándék kategóriák között a következő pszichológiai mutatók tekintetében: depresszió ($F_{(2,149)}=13,0$, $p<0,001$, $CI_{95}=19,8-24,2$, $\eta^2=0,15$), reménytelenség ($F_{(2, 144)}=47,8$, $p<0,001$, $CI_{95}: 7,8-9,3$, $\eta^2=0,40$) és élet értelme ($F_{(2, 143)}=24,1$, $p<0,001$, $CI_{95}: 8,1-9,3$, $\eta^2=0,25$), viszont a társas támasz tekintetében csak tendenciaszerű volt a különbség ($F_{(2, 149)}=2,491$, $p=0,086$, $CI_{95}:20,6-22,1$, $\eta^2=0,03$). A szignifikánsnak talált változókat Bonferroni post-hoc teszttel tovább vizsgálva a **halálvágy kategóriája** különbözött szignifikánsan a másik két csoporttól, melyet az 5. ábra szemléltet. A kimenekülés és a manipulációs szándékkal önmérgezők pszichológiai pontszámai nem különböztek szignifikánsan egymástól.

5.3.10 Az interperszonális konfliktusok összefüggése a pszichológiai mutatókkal

A korábbi irodalmi adatoknak megfelelően a vizsgált személyek legnagyobb arányban valamilyen interperszonális konfliktus miatt követtek el szándékos önmérgezést (60.7%). Éppen ezért az elkövetők e csoportját tovább vizsgáltam, melynek eredményeit a 10. táblázat szemlélteti. A házasságban élők körében valamivel gyakrabban jelenik meg ez a kiváltó ok ($\chi^2_{(1)}=4,537$, $p=0,055$), mint valamilyen más probléma, bár a különbség csak tendenciaértékű. Az elváltak más kiváltó tényezőt okolnak gyakrabban ($\chi^2_{(1)}=5,062$, $p=0,024$). Azok a személyek, akik valamilyen személyes konfliktust jelöltek meg a kísérletük hátterében a pszichológiai mutatók szempontjából kedvezőbb állapotban vannak, mint azok, akik más problémát neveztek meg. Szignifikánsan alacsonyabbak a depressziós átlagpontszámaik ($t_{(148)}=-2,584$; $p=0,011$), nagyobb társas támogatással rendelkeznek ($t_{(148)}=2,426$; $p=0,016$) és kevésbé látják reménytelennek életüket ($t_{(143)}=-3,075$; $p=0,003$) (10. táblázat).

10. táblázat: Családi állapot és pszichológiai mutatók összefüggése az okként megnevezett interperszonális konfliktussal szándékos önmérgezők körében (n=150)

	Interperszonális konfliktus	Nem interperszonális konfliktus	$\chi^2_{(df)}/t_{(df)}$
	N (%)	N (%)	
Házas	30 (33,0)	11 (18,6)	$\chi^2_{(1)}=4,537^+$
Elvált	20 (22,0)	23 (39,0)	$\chi^2_{(1)}=5,062^*$
	átlag (szórás)	átlag (szórás)	
Depresszió	19,6 (13,2)	25,8 (16,0)	$t_{(148)}=-2,584^*$
Társas támasz	22,1 (4,7)	20,24 (4,5)	$t_{(148)}=2,426^*$
Reménytelenség	7,4 (5,2)	10,3 (5,9)	$t_{(143)}=-3,075^{**}$

Megjegyzés: $^+ p < 0,10$, $^* p < 0,05$, $^{**} p < 0,01$, $^{***} p < 0,001$.

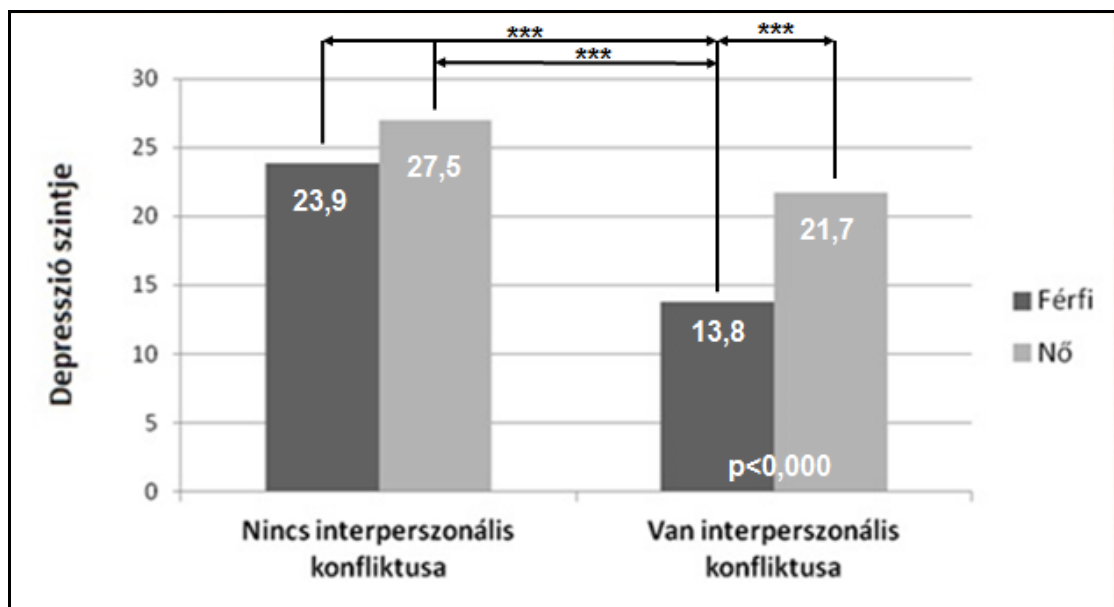
Azok a személyek, akik interperszonális konfliktus miatt követték el az önmérgezést, többször tették ezt hirtelen felindulásból, mint azok, akik más tényezőt okoltak (35,7% és 67,2%, $\chi^2_{(1)}=7,782$, $p=0,005$). Továbbá, kevesebben számoltak be halálvágyról (27,5% és 72,5% $\chi^2_{(1)}=4,393$, $p=0,036$) és kevésbé voltak csalódottak amiatt, hogy túléltek a kísérletet (38,9% és 63,7%, $\chi^2_{(1)}=4,054$, $p=0,044$). Azok, akik valakit

manipulálni szándékoztak kísérletük által, 95%-ban személyközi konfliktus miatt követték el a tettüket.

5.3.10.1 Az interperszonális konfliktusok hatása a depresszióra

A mintában magas volt a depresszió pontszáma, átlagosan 22,6 pont (SD: 14,7). Varianciaanalízissel a nem ($F_{(1,149)}=5,515$, $p=0,020$, $\eta^2=0,04$) és az interperszonális konfliktus főhatását azonosítottam ($F_{(1,149)}=10,510$, $p=0,001$, $\eta^2=0,07$). Az interperszonális konfliktust megjelölő személyek között a depresszió átlaga szignifikáns nemi különbséget mutatott ($t_{(89)}=2,63$, $p=0,010$, átlag=13,8 férfiaknál és 21,7 nőknél). A személyközi konfliktusok jelenléte, vagy hiánya szintén szignifikáns kapcsolatot mutatott a depresszió átlagával a férfiak körében ($t_{(51)}=2,89$, $p<0,010$, 13,8 interperszonális konfliktussal és 23,9 a nélkül). A nőknél nem mutatkozott ez a különbség (6. ábra).

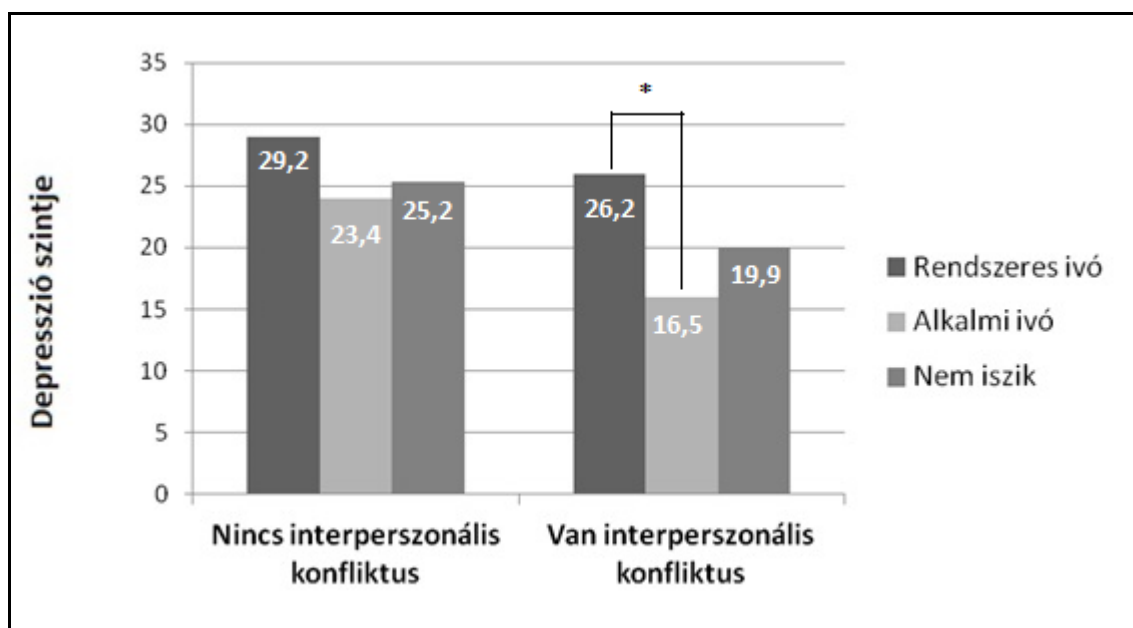
Az eredmények értelmezése során tehát látható, hogy az interperszonális konfliktust okoló férfiak depressziója szignifikánsan alacsonyabb a minta női tagjainál, illetve azoknál a férfiaknál, akik valami mást neveznek meg kiváltó tényezőként. A férfiak ezen csoportja 13,8 pontot ért el a Beck Depresszió Skálán, amely enyhe depressziót jelentő pontszám, szemben a férfiak másik csoportjával, ahol 23,9 pont közepesúlyos depressziót jelez.



6. ábra: Nemi különbségek a depresszió mértékében interperszonális konfliktus és annak hiánya esetén szándékos önmérgezők körében (n=150) (***) ($p<0,001$)

5.3.10.2 Az alkoholfogyasztás hatása a depresszióra

Az alkoholfogyasztást, mint az öngyilkosság egyik legjelentősebb rizikófaktorának a hatását is vizsgáltuk, hogy szerepet játszik-e a depresszió mértékére a személyközi konfliktusokhoz hasonlóan. A rendszeres alkoholfogyasztást férfiak igen kis része (15%) utasította vissza, míg a nőknél ez a szám nagyobb volt, 60 fő a 97-ből (61%). Mivel a nem és az alkoholfogyasztás között ilyen erős szignifikáns összefüggést találtunk ($\chi^2(1)=30,41, p<0,001$), az alkoholfogyasztás és a személyközi konfliktusokat egy újabb varianciaanalízissel vizsgáltuk, ahol az alkoholfogyasztás és a személyközi konfliktusok voltak a független változók. Az interperszonális konfliktus szignifikáns hatásának bizonyult ($F_{(1,149)}=4,065, p<0,050, \eta^2=0,03$), míg az alkoholfogyasztás főhatása csak tendenciát mutatott ($F_{(1,149)}=2,632, p=0,070, \eta^2=0,04$; 7. ábra). Nem találtunk interakciós hatást. A Bonferroni post hoc teszt szignifikáns különbséget talált a rendszeres és az alkalmi ivók között (átlag különbség=9,016, $p=0,022$).



7. ábra: A depresszió és az interperszonális konfliktusok összefüggése különböző alkoholfogyasztási szokások tükrében szándékos önmérgezők körében (* $p<0,050$)

5.3.10.3 Az interperszonális konfliktus típusai

Az interperszonális konfliktuson belül több csoportba rendezhetők az önbevalláson alapuló kiváltó faktorok a szándékos önmérgezés hátterében. Az első helyen ezek közül a partnerrel való konfliktus áll, melyet a minta 24,2%-a nevezett meg, ezt követi a szakítás (16,5%). A szülőkkel való konfliktust nevezték meg ezután a legtöbben (14,3%), majd a gyerekekkel (13,2%) és más személyekkel (9,9%). A válás és a fizikai bántalmazás egyaránt 7,7%-ban vezetett öngyilkossági kísérlethez, míg a hűtlenséget az esetek 5,5%-ában nevezték meg a kísérletet tevők. Szignifikánsan több férfi, mint nő nevezte meg a válását kiváltó oknak (férfi: 9,4% és nő: 2,1%, $\chi^2_{(1)}=4,187$; $p=0,041$). Azok, akiknek a partnerük hűtlen volt, több korábbi kísérletet követtek el (6,5 (SD:11,7) és 1,7 (SD: 3,4), $t_{(147)}=-3,054$; $p<0,003$). A férfiaknál a személyközi konfliktussal küzdők többen követték el tettüket hirtelen felindulásból (83,3% és 16,7%, $\chi^2_{(1)}=6,344$; $p=0,012$). Ez az összefüggés a nőknél nem volt kimutatható.

5.3.11 A többszörös kísérletezés rizikófaktorai

Mivel a mintában nagy arányban fordultak elő (43%) a sokszoros kísérletezők, bináris logisztikus regresszió analízissel azonosítottam a többszörös kísérletezés potenciális szociodemográfiai és a pszichológiai rizikófaktorait (11. táblázat). A vizsgált potenciális faktorok a következők voltak: nem, etnikum, depresszió, reménytelenség, korábbi öngyilkosság a családban, a munkanélküliség hossza, halálvágy, diagnosztizált hangulatzavar, mentálhigiénés kezelés. Ezek közül a **roma etnikumot** (OR: 3,57, $p=0,011$) és **mentálhigiénés kezelést** (OR: 5,46, $p=0,016$) azonosítottam a sokszoros kísérletezés szignifikáns rizikófaktoraiként. A felsorolt magyarázó változók a rekurrens öngyilkossági kísérlet varianciájának 38,4%-át magyarázták.

11. táblázat: A rekurrens öngyilkossági kísérletezés rizikófaktorai szándékos önmérgezők interjúval vizsgált mintájában

Függő változó	Magyarázó változók	OR [95% CI]	R ²
Korábbi kísérletek	Roma etnikum	3,57* [1,34-9,50]	0,38
	Mentálhigiénés kezelés	5,46* [1,37-21,69]	
	Nem	1,9 [0,80-4,90]	
	Depresszió	1,00 [0,97-1,04]	
	Reménytelenség	1,09 [0,97-1,22]	
	Korábbi öngyilkosság a családban	1,33 [0,78-2,26]	
	Munkanélküliség hossza	1,00 [0,98-1,01]	
	Diagnosztizált hangulatzavar	1,24 [0,33-4,57]	
	Halálvágy	0,86 [0,25-2,94]	

Megjegyzés: * $p < 0,05$

5.3.12 A szándékos önmérgezés pszichológiai jellemzőinek etnikai különbségei

Mivel a többszörös öngyilkossági kísérletezés egyik legjelentősebb háttértényezőjének a roma etnikumot találtuk, megvizsgáltam a mintát az etnikai különbségek tekintetében. A vizsgált személyeket az önbevalláson alapuló etnikai hovatartozás alapján romákra ($n=60$) és nem romákra ($n=90$) bontottam, amely felosztást a 12. táblázat szemlélteti. A romák életkora szignifikánsan alacsonyabb, mint a nem romáké, több gyermekük van és alacsonyabb iskolai végzettségűek, több körükben a munkanélküli. A kísérlet módszerét és megnevezett kiváltó okát tekintve nem mutatkozott szignifikáns különbség a magukat romának és nem romának vallók között. Szintén nem mutatkozott eltérés az interjú során mért depresszió, reménytelenség, társas támasz és élet értelme értékei tekintetében.

12. táblázat: Szándékos önmérgezők demográfiai összehasonlítása etnikum szerint

	Összes N (%)	Roma N (%)	Nem-Roma N (%)	$\chi^2_{(df)}/t_{(df)}$
Vizsgált személyek	150 (100)	60 (40,0)	90 (60,0)	$\chi^2_{(1)}=12,907^{***}$
Nem				
férfi	53 (35,3)	19 (31,7)	34 (37,8)	$\chi^2_{(1)}=0,588$
nő	97 (64,7)	41 (68,3)	56 (62,2)	
Életkor (átlag, SD)	40,67 (13,52)	34,80 (11,1)	44,59 (13,5)	$t_{(148)}=4,634^{***}$
Családi állapot				
házas	41 (27,3)	13 (21,7)	28 (31,1)	
egyedülálló	48 (32)	21 (35,0)	27 (30,0)	
elvált/különél	43 (28,7)	17 (28,3)	26 (28,9)	$\chi^2_{(4)}=3,430$
élettárs	12 (8,0)	7 (11,7)	5 (5,6)	
özvegy	6 (4)	2 (3,3)	4 (2,7)	
Gyerekek száma (átlag, SD)	1,41 (1,4)	1,77 (1,6)	1,18 (1,2)	$t_{(148)}=-2,474^*$
Iskolai végzettség				$t_{(148)}=7,614^{***}$
alacsony	52 (34,7)	40 (66,7)	12 (13,3)	
középfokú	85 (56,7)	20 (33,3)	65 (72,2)	
magas	13 (8,7)	0 (0,0)	13 (14,4)	
Foglalkozási státusz				
alkalmazott	37 (24,7)	9 (15,0)	28 (31,1)	$\chi^2_{(1)}=5,029^*$
munkanélküli	65 (43,3)	32 (53,3)	33 (36,7)	$\chi^2_{(1)}=4,072^*$
inaktív	47 (31,3)	18 (30,0)	29 (32,2)	$\chi^2_{(1)}=0,083$
Korábbi kísérletek száma (átlag, SD)	1,93 (4,2)	3,53 (6,0)	0,84 (1,6)	$t_{(148)}=-3,989^{***}$
Diagnosztizált pszichiátriai zavar				
hangulatzavar	66 (44,0)	20 (33,3)	46 (51,1)	$\chi^2_{(1)}=4,618^*$
szerfüggőség	17 (11,3)	4 (6,7)	13 (14,4)	$\chi^2_{(1)}=2,161$
egyéb	16 (10,7)	9 (15,0)	7 (7,8)	$\chi^2_{(1)}=1,971$
Mentálhigiénés kezelés	85 (56,7)	56 (62,2)	29 (48,3)	$\chi^2_{(1)}=2,828$
Rendszeres alkoholfogyasztás	30 (20,0)	11 (18,3)	19 (21,1)	$\chi^2_{(1)}=0,174$
Dohányzás	99 (66,0)	43 (71,7)	56 (62,2)	$\chi^2_{(1)}=1,431$

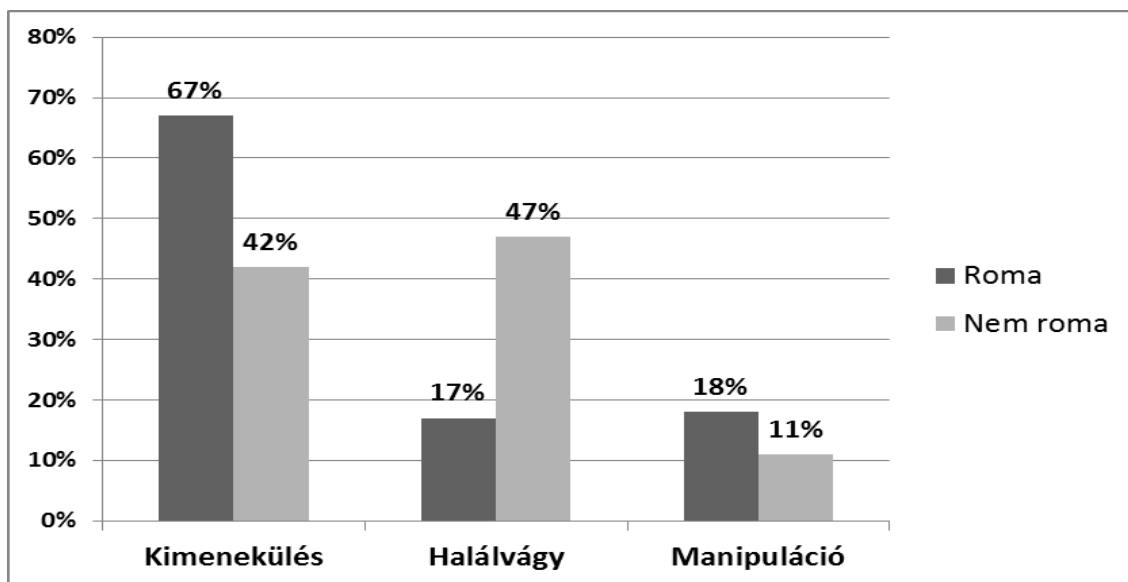
Megjegyzés: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

A nem romák csaknem 5-ször többen (31,5%), tervezték meg előre tettüket, míg a tervezettség aránya a romák körében csak 6.7% volt ($\chi^2_{(1)}=13,064$, $p < 0,000$). Ez az érték arra utal, hogy a roma csoportba tartozók igen nagy százaléka (93.3%) impulzívan, hirtelen felindulásból követett el önmérgezést. Korábbi irodalmi adatoknak

megfelelően, a roma páciensek 4.2-szer több korábbi kísérletet követettek el, mint a nem romák.

A romák nagyobb arányban számoltak be arról, hogy jelenleg is részesülnek valamilyen mentálhigiénés kezelésben, de a különbség nem volt szignifikáns. Az öngyilkossági magatartás szempontjából kiemelkedő jelentőségű hangulatzavar a nem romák körében került magasabb arányban diagnosztizálásra, legalábbis az önbevallás alapján. A dohányzás és a rendszeres alkoholfogyasztás nem mutatott etnikai eltérést a mintában. Az eredményeket a 12. táblázatban részletezem.

Szignifikáns különbség igazolódott a szándék tekintetében (8. ábra). A romák között többen voltak, akik *nem szuicid szándékkal* követték el tettüket, mint a nem romák (roma: 83.3% és nem roma: 53.3 %, $\chi^2_{(1)}=14,305$; $p<0,001$). Ezen belül a romák gyakrabban szerettek volna egy általuk elviselhetetlen helyzetből kilépni, mint a nem romák (roma: 66.7% és nem roma: 42.2%, $\chi^2_{(1)}=8,618$; $p=0,003$), manipulatív motiváció statisztikailag megegyező arányban (roma: 16.7% és nem roma: 11.1%, $\chi^2_{(1)}=0,962$; $p=0,327$) állt a háttérben.



8. ábra: A szándékos önmérgezés háttérében meghúzóó motiváció megoszlása etnikum szerint interjúval vizsgált önmérgezők csoportjában (N=150)

5.3.12.1 A többszörös kísérletezők összehasonlítása az első kísérletezőkkel

Ahhoz, hogy közelebb kerüljünk a többszörös kísérletezés háttérében meghúzódó potenciális rizikófaktorokhoz, kétmintás t-próbával és khi-négyzet-próbával megvizsgáltam a pszichoszociális változókban mutatkozó különbségeket az első és többszörös kísérletezők között mindkét etnikai csoportban (13. táblázat).

Az elemzések során mind a romák és nem romák ismétlői körében magasabb szintű pszichológiai distressz volt azonosítható, melyre a magasabb mértékű depresszió és reménytelenség, valamint az alacsonyabb társas támasz utalt. A sokszoros kísérletezők mindkét alcsoportban súlyos depresszió pontszámokat mutattak: (roma: 26,1 és nem roma: 26,8), és mindkét csoportban a szuicid rizikót jelző értéket mutatott a reménytelenség pontszáma (roma: 10,4 és nem roma: 10,5). A depresszió és a reménytelenség értékében homogén, szignifikánsan nem különböző értékeket mutattak a különböző etnikumú sokszoros kísérletezők. A romák között az ismétlők körében szignifikánsan több öngyilkosság fordult elő a családban és több ideje voltak munkanélküliek, mint azok a romák, akik először követtek el szándékos önmérgezést. Ilyen összefüggés nem volt kimutatható a magukat nem romáknak vallók között. Mindkét alcsoportban a többszörös kísérletezők többen kaptak korábban hangulatzavar diagnózist és többen álltak pszichiátriai, vagy pszichológiai kezelés alatt, mint az első kísérletezők. A nem romák 72,2%-ával szemben a romák mindössze 51,6% számolt be hangulatzavar diagnózisáról, a különbség szignifikáns. A sokszoros kísérletező romák szignifikánsan gyakrabban követték el tettüket előre nem tervezetten, impulzívan, mint a nem romák (nem roma: 57,6% és roma: 90,3%, $\chi^2_{(1)}=8,787$, $p=0,003$), illetve szignifikánsan többen dohányoztak (nem roma: 66,7% és roma: 87,1%, $\chi^2_{(1)}=3,718$, $p=0,054$). A nem roma többszörös kísérletezők gyakrabban fogyasztottak alkoholt, mint az első kísérletezők. Az eredményeket a 13. táblázatban részletesen bemutatom.

13. táblázat: Első és többszörös kísérletezők összehasonlítása roma és nem roma szándékos önmérgezők csoportjában

Roma				Nem Roma		
	Első kísérletező	Sokszoros kísérletező	t-érték	Első kísérletező	Sokszoros kísérletező	t-érték
Összes (N, %)	29 (48,3)	31 (51,7)		57 (63,3)	33 (36,7)	
Életkor (átlag, SD)	32,4 (11,3)	37,0 (10,7)	-1,6	46,1 (14,2)	41,8 (12,3)	1,4
Depresszió (átlag, SD)	15,8 (11,4)	26,1 (15,4)	-2,9**	20,2 (13,9)	26,8 (15,7)	-2,0*
Reménytelenség (átlag, SD)	5,7 (3,9)	10,4 (5,6)	-3,5***	7,9 (5,7)	10,5 (6,0)	-2,0*
Társas támasz (átlag, SD)	21,1 (4,1)	20,2 (5,0)	0,7	22,2 (5,0)	21,1 (4,4)	1,0
Öngyilkosságok a családban (átlag, SD)	0,2 (0,4)	0,9 (1,1)	-2,9**	0,4 (0,7)	0,5 (0,7)	-0,7
Munkanélküliség hossza (hónap) (átlag, SD)	9,4 (25,5)	35,6 (53,5)	-2,3*	20,8 (48,5)	16,1(19,0)	0,5
	N (%)	N (%)	X ²	N (%)	N (%)	X ²
Diagnosztizált hangulatzavar	4 (13,8)	16 (51,6)	9,6*	22 (38,6)	24 (72,,7)	9,7**
Mentálhigiénés kezelés	7 (24,1)	22 (71,0)	13,1***	27 (47,4)	29 (87,9)	14,5***
Dohányzás	16 (55,2)	27 (87,1)	7,5**	33 (58,9)	22 (66,7)	0,5
Önmérgezés alkohollal	9 (31,0)	13 (41,9)	0,7	12 (21,1)	14 (42,4)	4,6*
Halálvágy	2 (6,9)	8 (25,8)	3,8*	23 (41,1)	17 (51,5)	0,9

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

5.3.12.2 Társas támogatás a két csoportban

A társas támogatás, mint fontos protektív tényező tekintetében a kétmintás t-próba a roma többszörös kísérletezők körében szignifikánsan nagyobb mértékű társas támaszt azonosított az egészségügyi szakemberektől (1,6 (SD: 1,1) és 2,4 (SD: 1,3); $t=-2,2$, $p=0,030$), mint az első kísérletezőknél. Ezzel szemben a szüleiktől alacsonyabb támogatást élnek meg, mint az első kísérletezők 2,9 (SD: 1,3) és 1,9 (SD: 1,3); $t=2,7$, $p=0,009$). Ezek a különbségek nem mutatkoztak szignifikánsnak a nem roma csoportban.

5.3.12.3 A többszörös kísérletezés rizikófaktorai a romák és nem romák körében

Mivel a roma etnikumot az egyik legerősebb prediktornak találtam a sokszoros kísérletezés háttérében, esélyhányados elemzéssel megvizsgáltam azokat a változókat, melyek rizikófaktorok lehetnek a többszörös kísérletezés szempontjából a roma etnikumúak körében (depresszió, reménytelenség, öngyilkosság a családban, munkanélküliség hossza, diagnosztizált hangulatzavar, mentálhigiénés kezelés, dohányzás és halálvágy hiánya) (14. táblázat). Az elemzések során az aktuális **mentálhigiénés kezelés** (OR:7,6, CI₉₅: 2,4-24,2, p<0,001), a **diagnosztizált hangulatzavar** (OR: 6,6, CI₉₅: 1,8-23,7, p=0,002), a **reménytelenség** (OR: 4,0, CI₉₅:1,2-12,7, p=0,016) és a **major depresszió** (OR: 3,0, CI₉₅: 1,6-8,8, p=0,035) mellett a **dohányzás** (OR:5,4, CI₉₅: 1,5-19,7, p=0,006), a **családban előforduló öngyilkosság** (OR:4,9, CI₉₅: 1,4-16,5, p=0,007) és az egy évnél hosszabb ideje fennálló **munkanélküliség** (OR: 4,6, CI₉₅: 1,4-14,6, p=0,007) bizonyultak szignifikáns rizikófaktoroknak.

A nem roma csoportban viszont ezek közül csak a **major depresszió** (OR: 3,1, CI₉₅: 1,2-7,6, p=0,012), a **reménytelenség** (OR: 4,4, CI₉₅: 1,7-11,3, p=0,041), a **mentálhigiénés kezelés** (OR: 8,3, CI₉₅: 2,5-26,9, p<0,001), és a **diagnosztizált hangulatzavar** (OR: 4,4, CI₉₅: 1,7-11,3, p=0,001) volt szignifikáns. A dohányzás, a családban előforduló korábbi öngyilkosság és az egy évnél hosszabb munkanélküliség csak a romáknál mutatkozott rizikófaktoroknak a többszörös önártalomra nézve.

14. táblázat: A többszörös kísérletezés rizikófaktorai magukat romának valló szándékos önmérgezők körében

	Első kísérletező	Többszörös kísérletező	OR [95% CI]
	n (%)	n (%)	
Mentálhigiénés kezelés	7 (24,1)	22 (71,0)	7,6***[2,4-24,2]
Diagnosztizált hangulatzavar	4 (13,8)	16 (51,6)	6,6**[1,8-23,7]
Dohányzás	16 (55,2)	27 (87,1)	5,4**[1,5-19,7]
Családban előforduló öngyilkosság	5 (17,9)	15 (51,7)	4,9**[1,4-16,5]
Hosszú távú munkanélküliség	6 (20,7)	17 (54,8)	4,6**[1,4-14,6]
Reménytelenség	6 (22,2)	16 (53,3)	4,0*[1,2-12,7]
Major depresszió	9 (31,0)	18 (58,1)	3,0*[1,6-8,8]

Megjegyzés: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

6. Megbeszélés

Doktori dolgozatomban a befejezett öngyilkosság szempontjából rizikócsoporthoz tartozó öngyilkossági kísérletezők mintáját vizsgáltam. Az elemzéseket két különböző adatbázison végeztem: Az első, nemzetközi adatbázis (N=8175) az OSPI (Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe) öngyilkosság prevenció program során (2009 és 2011 között) gyűjtött öngyilkossági cselekményeket tartalmazza a program 4 beavatkozási régiójából. A második, általam vezetett interjúkkal vizsgált szándékos önmérgezők csoportja (N=150), amely által az öngyilkossági magatartás célzottabb, részletesebb elemzésre nyílt lehetőségem. A kutatás során alapvető célom volt a szociodemográfiai mutatók megismerésén túl az öngyilkossági módszerválasztás, a háttérben meghúzódó szándék és megnevezett kiváltó okok nemi különbségeinek elemzése. A részletes interjúval vizsgált mintán lehetővé vált az öngyilkossági magatartás szempontjából releváns pszichológiai mutatók feltárása, amilyen a depresszió, a reménytelenség, a társas támogatás és az élet értelme. Az eddigi, öngyilkossági magatartást vizsgáló hazai és nemzetközi kutatások eredményein túlmutatva dolgozatomban a következő elemzéseket végeztem:

A szándékos önártalmat elkövető páciensek körében leggyakrabban okként megnevezett **interperszonális konfliktusok** jelenségek külön hangsúlyt kaptak, melynek háttértényezőit és depresszióval való összefüggéseit is elemeztem nemek szerinti összehasonlításban. Célom volt többek között az OSPI programban és más korábbi vizsgálatban is használt öngyilkossági **szándék kategóriák** (kifejezett halálvágy, manipulatív szándék, helyzetből való menekülés, Feuerlein, 1971) pszichés mutatókkal való összefüggésének feltárása, valamint a kifejezett halálvágy és helyzetből kilépés háttértényezőinek elemzése. A dolgozat során külön figyelmet szenteltem az **ismétlődő, rekurrens** öngyilkossági magatartás háttértényezőinek feltárására, melyek közül a **roma etnikai csoport** többszörös szuicid magatartásának pszicho-kulturális elemzése külön hangsúlyt kapott.

A dolgozatom eredményei alapján a kifejezetten magyarországi öngyilkosság prevenció szempontjából előnyösnek számító nemi és kulturális specifikumokat tekintetbe vevő ajánlásokat fogalmazok meg.

6.1 Demográfiai jellemzők

A nemi eloszlásban tapasztalt női túlsúly és a többszörös kísérletezők körében tapasztalt női dominancia megerősíti az öngyilkossági kísérletezők korábbi vizsgálatainak eredményeit a női többségről (Fekete, Vörös és Osváth, 2005; Hawton, 2000). A családi állapot tekintetében domináló egyedülálló, vagy elvált státusz a partnertől kapott társas támogatás hiányára utal a vizsgált mintákban. A magyar minta túlnyomó többsége alacsony, vagy középfokú végzettségű volt és mindössze egynegyedük rendelkezett munkaviszonnyal, többségében munkanélküliek voltak. Ez a szám négyszerese volt az adott év országos munkanélküliségi rátájának (KSH, 2011). A vizsgált mintában tapasztalt hátrányos **demográfiai mutatók** megfelelnek a korábbi kutatásokban azonosításra került rizikófaktoroknak, melyek növelik az önkárosító magatartásformák megjelenésének valószínűségét (Kopp és Szedmák, 1997; Milner és mtsai., 2013; Rihmer és Fekete, 2012).

6.2 Nemi különbségek az öngyilkosság módszerében

Az elkövetési módok nemi különbségei összhangban vannak azokkal a korábbi tanulmányokkal, melyek a férfiak körében nagyobb rizikójú öngyilkossági módszereket tártak fel, vagyis azokat, amelyek nagyobb eséllyel vezetnek letális kimenetelű szuicidiumhoz (Hawton, 2000; Várnik és mtsai., 2008). A legnagyobb rizikójú önakasztás módszerét a férfiak 8,5%-a, míg a nők csupán 3,1%-a választotta a nemzetközi öngyilkossági kísérletező mintában, amely módszer évről-évre az első helyen áll a befejezett öngyilkosságok módszerét tekintve. Vegyszert, vagy valamilyen mérgező anyagot a férfiak szignifikánsan többen használtak, ezt a módszert korábbi kutatásokban ötször letálisabbnak találták a gyógyszeres önmérgezésnél (Cibis és mtsai., 2012). A nemzetközi adatbázisban és az interjúk mintában is legtöbben gyógyszerrel kísérleteztek, szignifikánsan több nő, mint férfi. Alkoholabúzus is történt a minta egyharmadánál, férfi dominanciával.

6.3 Hangulatzavar előfordulása

Az interjúk mintában magas arányban fordulnak elő a **depressziós tünetek** mindkét nem esetében. 74%-uk legalább enyhe depressziós tünetekkel volt jellemezhető (enyhe: 22%, közép súlyos: 10%, súlyos: 42%), amely a korábbi eredményeknek, miszerint az

öngyilkossági kísérletezők körében magas arányú a depresszió (Hall és mtsai., 1999; Rihmer, 2007). A vizsgálat során mért Beck depressziós kategóriákban nem mutatkozott nemi különbség a szándékos önmérgezők mintájában, amely ellentmond annak a korábbi kutatásnak, melyben a nők körében nagyobb volt a súlyos depresszió aránya (nő: 52,4%, férfi: 42,1%), míg a férfiak körében az enyhe depresszió volt gyakoribb (nő: 23,8%, férfi: 34,3%) (Osváth, 2001). Az önbevalláson alapuló hangulatzavar diagnózisát tekintve azonban szignifikáns nemi különbség mutatkozott. A nők 53,6%-a szemben a férfiak 26,4%-ával rendelkezett ilyen diagnózissal, és ennek megfelelően több nő, mint férfi kapott a kísérlet idején is valamilyen pszichiátriai, vagy pszichológiai kezelést (nő: 62,9% és férfi: 45,3%).

6.4 Az öngyilkossági kísérlet motivációs háttere

A dolgozat egyik fő fókuszában a kísérlet háttérében fennálló **szándék, motiváció** vizsgálata állt. A nemzetközi mintában vizsgált személyek legnagyobb része (52.1%), verbalizálta halálvágyát, **öngyilkossági szándékból** követte el kísérletét, férfi túlsúllyal. Ez az arány a magyar mintában 40,9% volt. Mindkét eredmény valamivel meghaladja a MONSUE kutatás eredményeit, ahol 37% követte el kísérletét meghalási szándékból (Schmidtke, 2010). A minta egyötöde (20,6%) saját bevallása szerint egy másik személy **manipulációja**, befolyásolása céljával kísérletezett, a nők szignifikánsan többen. Egy bizonyos, számára elviselhetetlen **helyzetből kívánt kilépni** a minta 14,7%-a, a nőknél gyakoribb volt ez a motiváció, mint a férfiaknál. A férfiak erősebb szuicid késztetésre utal, hogy az interjúk mintában szignifikánsan gyakrabban voltak csalódottak amiatt, hogy túléltek kísérletüket, mint a nők, akik között a hirtelen felindulásból elkövetett kísérlet dominált. A férfiak magasabb arányú halálvágya és a nők körében domináló manipulatív intenció és többszörös kísérletezés megfelel a nemi paradoxon korábban feltárt jelenségének, amely szerint a nők gyakrabban követnek el kísérletet, míg a férfiak körében gyakoribb a halálos szuicidium (Hawton, 2000).

A kvalitatív és kvantitatív elemeket tartalmazó interjúk kutatás módszerével vizsgált önmérgezők körében tapasztalt szándék típusok eltérést mutattak a nemzetközi mintához képest. Mivel csak szándékos önmérgezők csoportját vizsgáltam, nem kerültek be az elemzésbe a violens módszert elkövetők (pl. önakasztás, önsértés, magas

helyről leugrás túlélői) akik körében nagyobb a halálvágy megjelenésének a valószínűsége (Cibis és mtsai., 2012). Az önmérgezést elkövetők fele egy elviselhetetlen helyzetből akart kimenekülni a kísérlet által, kevesebben voltak, akik ténylegesen meg akartak halni, míg kifejezett halálvágy egyharmaduknál volt jelen. Az egyes motivációs csoportokat a pszichológiai mutatók és a rizikófaktorok tekintetében részletesebben is vizsgáltam.

A másik két csoporttól (helyzetből kimenekülés és manipuláció) szignifikánsan különbözött a **kifejezett halálvágy motívuma**, ahol a teljes mintában legmagasabb volt a depresszió és reménytelenség, és a legalacsonyabb az élet értelmességének érzése. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy az önkárosító magatartás hátterében meghúzódo szándék típusai között jól elkülönülő kategóriát alkot a meghalás szándékával önkárosítók csoportja, akik pszichológiai szempontból is fokozott rizikócsoportot jelentenek. Ezt a következtetésemet támasztja alá az a korábbi tanulmány, ahol az aktuális kísérlet során a kifejezett halálvágy 1,29-szeres kockázati tényezője volt a későbbi befejezett öngyilkosságnak (Cooper és mtsai., 2005). Mivel a meghalás szándéka volt a leggyakrabban megjelenő szándék típus a nemzetközi mintán, külön megvizsgáltam a hátterében feltárható háttértényezőket. Rizikófaktorok mutatkoztak többek között az idősebb életkor, a férfi nem és az önakasztás. Ezek az eredmények megerősítik a korábbi kutatások eredményeit: az életkor előrehaladtával a halálvágy egyre kifejezettebb (Feuerlein, 1971; Schmidtke, 2010), illetve a férfiak körében erősebb a meghalás szándéka a kísérlet során (Hawton, 2000). Csak a magyar mintában találtam a sokszoros kísérletezést szignifikáns rizikófaktorok, amely megfelel a korábbi kutatási eredményeknek, ahol a megelőző öngyilkossági kísérleteket közel háromszoros (OR=2,97) kockázati tényezőként azonosították a későbbi letális tettekhez nézve (Cooper és mtsai., 2005). Jelentősége ellenére a klinikai gyakorlatban csak az esetek kevesebb, mint 40%-ában volt róla információ a magyar betegdokumentációban.

Mivel a **helyzetből való kilépés motívuma** a második leggyakoribb volt a magyar mintában, megvizsgáltam a lehetséges rizikótényezőit: csak a vizsgált személyek által megnevezett finansziális és interperszonális problémák mutattak szignifikáns értéket, valamint a gyógyszeres önmérgezés. Ez az eredmény az anyagi és személyközi

nehézségek maladaptív problémamegoldási mechanizmusként azonosítja a helyzetből való kilépés motívumát nemtől és életkortól függetlenül.

6.5 Az interperszonális konfliktus jelentősége

Fontos aspektusa a disszertációnak a kísérlet háttérében meghúzódó okok vizsgálata, melyről csak a magyar adatbázisból voltak információink. Az öngyilkosság megnevezett kiváltó okaként a korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan a **személyközi konfliktusokat** nevezték meg leggyakrabban mind az 1074 szuicid eseményt tartalmazó kórházi (53,4%), mind a 150 vizsgált önmérgezést dokumentáló interjú mintában (60,7%) a vizsgált személyek, amely megegyezik más kutatásokban talált eredményekkel, ahol 50-78% fordult elő ez az ok-csoport (Buda, 2001; Hall és mtsai., 1999; Osváth, 2001; Schmidtke, 2010). A pénzügyi problémák mellett a személyközi konfliktusokat szignifikáns rizikótényezőnek azonosítottam a helyzetből kilépés háttérében, amely megerősíti a maladaptív coping mechanizmusok jelentőségét a vizsgált populációban (Perczel Forintos, 2011).

Mint leggyakrabban megjelenő kiváltó okot, a személyközi konfliktust megjelölőket tovább vizsgáltam. Az interperszonális konfliktus gyakrabban jelent meg házasságban élők körében, mint más kiváltó tényezők, illetve ritkább volt az elváltaknál. Szignifikánsan jobb pszichés mutatókkal jellemezhetők azok, akik konfliktusos helyzetet okoltak, kevésbé jellemezték őket reménytelenség és a depressziós tünetek, több társas támaszuk van és értelmesebbnek látják az életüket is. Gyakrabban követték el tettüket hirtelen felindulásból és kevésbé voltak csalódottak az életben maradásuk miatt és kevesebben akartak meghalni kísérletük során. A manipulációs szándékot jelző kísérletezők legnagyobb része személyközi konfliktus miatt követett el önmérgezést.

A depresszió a korábbi kutatásoknak megfelelően magas volt a mintában mindkét nemnél, de az interperszonális konfliktust megjelölő férfiak csoportjának alacsonyabb mértékű depressziós tünetei voltak. Körükben szignifikánsan alacsonyabb volt a depresszió mértéke, mint a többi kísérletezőnek, beleértve azokat a férfiakat, akiknek nem volt személyközi konfliktusuk. Ezeknél a kísérletezőknél az eredmények arra utalnak, hogy az adekvát problémamegoldó képességek hiánya nagyobb jelentőségű, mint a depresszió, vagy a reménytelenség. Bár az impulzivitást külön nem mértük, a

nagyobb arányú tervezetlen kísérlet a személyközi konfliktust okozó férfiak körében az impulzivitás nagyobb arányára hívja fel a figyelmet körükben. Az alkoholfogyasztás főleg a férfiak körében volt nagyarányú, ennek a hatása mégis alacsonyabb volt, mint várható lenne a személyközi konfliktusokban megfigyelhető nemi különbségeket figyelembe véve. Ezzel szemben a nők körében megfigyelhető magasabb depresszió szintje a negatív problémaorientációt jelezheti: könnyebben idegessé és frusztrálttá válnak, ha hibáznak a szociális problémáik megoldása során, ami növeli a depressziójuk mértékét (D’Zurilla és mtsai., 1998).

Férfiaknál több depressziós tünet mutatkozott krónikus negatív életeseményekkel összefüggésben, mint például az anyagi, vagy jogi problémák. Erre talán az lehet a magyarázat, hogy a depresszió ezekben az esetekben idővel alakul ki és az öngyilkossági kísérlet a végső elkeseredés talaján jöhet létre. Ezzel szemben egy aktuális személyközi konfliktus esetén az impulzív problémamegoldás dominálhat, amely a férfiak körében amúgy is gyakoribb (D’Zurilla és mtsai., 1998). D’Zurilla és munkatársai (1998) szerint ez egy elhamarkodott, impulzív és hiányos problémamegoldó stratégia. A szándékos önmérgezők e csoportja számára a depresszió, reménytelenség és a társas támasz hiánya kisebb jelentőséggel bír. Ez az eredmény részben magyarázatot adhat arra, hogy miért kevésbé hatékonyak a depresszió megelőzésére és kezelésére fókuszáló öngyilkosság prevenciós programok férfiak, mint nők körében, amely jelenségre több kutatás is felhívta a figyelmet (Kessler, és mtsai., 1981; Rihmer, Rutz és mtsai., 1995).

Az eredmények alapján egyértelműen kirajzolódik a társas kapcsolatok kiemelkedő szerepe az öngyilkossági kísérletezők körében. A házasságban élők körében megjelenő konfliktusok nagy aránya a családon belüli problémamegoldás hiányosságaira hívja fel a figyelmet. Ez az eredmény összecseng a gátolt menekülés modelljével (Williams és mtsai., 2004), miszerint a problémamegoldó képességek alacsony szintje megnöveli az öngyilkossági magatartás esélyét, főleg ha az fokozott szenzitivitással és reménytelenséggel párosul. A helyzetből való kimenekülés, mint leggyakrabban azonosított motiváció a kísérletek háttérében, összecseng a gátolt menekülés modelljében vázolt megközelítéssel. Az elviselhetetlenségig fokozódó kudarc és megaláztatás érzése főként a személyközi kapcsolatokban vezethet oda, hogy a személy

jobb megoldást nem találva, a helyzetből való kimenekülésként szándékos önártalmat követ el.

Az ilyen jellegű készségek fejlesztésére jó gyakorlatként említhető a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszékének szakambulanciáján jelenleg is működő Problémamegoldó Tréning, amely során strukturált csoportos ülések keretében tanulják meg problémáikat megoldani az öngyilkossági kísérleten átesett, illetve depressziós páciensek. A szisztematikus módszer bizonyítottan segít elsajátítani az interperszonális problémák megoldásának képességét és a problémák feletti kontroll érzését (Ajtay, Bérdi, Szilágyi és Perczel Forintos, 2012). A problémamegoldó készségek fejlesztését szükséges volna az öngyilkosság prevenciós programokba integrálni.

6.6 Többszörös kísérletezés rizikófaktorai

Mindkét vizsgált minta meghatározó része (nemzetközi: 40,9%, interjú: 43,0%), többszörös kísérletező volt, amely megfelel a korábbi kutatások eredményeink, ahol 40% körül volt az ismétlők aránya (Schmidtke, 2010). A rekurrens önkárosító magatartást a súlyos öngyilkossági szándék rizikófaktoraként azonosítottam a magyar OSPI mintán, ezért tovább vizsgáltam az ismétlők csoportját. Hátterében rizikófaktoraként mutatkozott a roma etnikum mellett a mentális problémák miatti kezelés, amely eredmény felhívja a figyelmet a pszichés rendellenességek jelenlétére az ismétlők körében (Osváth és mtsai., 2003), valamint a romák körében tapasztalható magasabb arányú kísérletezésre vonatkozó korábbi kutatások eredményeit is megerősíti (Bodnár, 1984; Lester, 2015; Zonda és Lester, 1990).

6.7 A szándékos önmérgezés pszichológiai jellemzőinek etnikai különbségei

Bár a romák testi/lelki egészségi állapotára, valamint rekurrens önkárosító magatartásukra vonatkozóan léteznek (korlátozott számban) hazai és nemzetközi kutatások, öngyilkossági kísérletezők csoportját sem Magyarországon, sem külföldön nem vizsgálták még részletes interjú módszerrel pszichológiai és motivációs jellemzők tekintetében.

Eredményem, miszerint a roma etnikumot az ismételt kísérletezés kockázati tényezőjeként azonosítottam, összhangban van a korábbi kutatásokkal (Cemlyn és

mtsai., 2009; Gyukits és mtsai., 2000; Moretti és mtsai., 1997; Wahlbeck, 2009) és azt jelenti, hogy körükben a többszörös kísérletezés nagyobb arányban fordul elő, mint a többségi társadalomban. A romák közel négyszer több korábbi kísérletről számoltak be, mint a nem romák és a jelenlegi kísérletüket kapcsán szignifikánsan kevesebben követték el meghalási szándékból, mint a nem romák (roma: 17%, nem roma: 47%). Körükben szignifikánsan gyakrabban volt azonosítható egy elviselhetetlen helyzetből való kimenekülés motivációja (roma: 67%, nem roma: 42%). Mind a roma, mind a nem roma többszörös kísérletezők körében hátrányosabb pszichoszociális mutatókat azonosítottam, amely súlyos depresszióra utaló Beck pontszámokat (roma: 26,1 és nem roma: 26,8), szuicid rizikót jelző, 9 pontot meghaladó Reménytelenség-skála értékeket (roma: 10,4 és nem roma: 10,5), alacsonyabb társas támogatást és nagyobb arányú meghalási szándékot jelentett az első kísérletezőkhöz képest. Ezen kívül mindkét alcsoportban nagyobb arányú volt körükben a hangulatzavar diagnózisa (roma: 51,6% és nem roma: 72,2%) és többen részesültek mentális egészség problémák miatti kezelésben (roma: 71,0% és nem roma: 87,9%) is. A többszörös kísérletezés rizikófaktorainak vizsgálata a rosszabb pszichológiai állapotot jelző major depressziót, a reménytelenséget, a mentális egészség problémák miatti kezelést és a hangulatzavart azonosította mindkét etnikai csoportban, azonban a romák körében ezen felül a dohányzás, a családban előforduló öngyilkosság és a hosszú távú (egy évnél régebbi) munkanélküliség is szignifikáns értéket ért el a potenciálisan rizikót növelő háttértényezők közül, amely változókat a továbbiakban tárgyalok.

Magyarországon a dohányzást, mint az egyik legelterjedtebb önkárosító magatartásmódot, 2-5-ször gyakoribbnak találták romák, mint nem romák között az átlag populációban (Kósa és mtsai., 2002). A dohányzás és az öngyilkossági magatartás közötti kapcsolat jól ismert jelenség (Miller és mtsai., 2000), a napi szintű dohányzást öngyilkossági rizikófaktornak találták ismételt öngyilkossági cselekményekre nézve más kutatásokban is (Breslau és mtsai., 2005). Nem volt szignifikáns etnikai különbség a dohányzás mértékében az első kísérletezők között (roma: 55,2% és nem roma: 58,9%), ezzel szemben a többszörös kísérletező romák magasabb értékei (roma: 87,9% és nem roma: 66,7%) a problémamegoldás még alacsonyabb szintjére és elégtelenebb coping stratégiákra utalnak (Kopp & Szedmák, 1997), amely hiányosságok összefügghetnek a körükben tapasztalható magasabb önkárosító magatartási rátával is.

Az egy évnél régebbi munkanélküliség másik olyan tényező, amely csak a romák körében mutatkozott szignifikáns rizikófaktornak az ismételt öngyilkossági cselekményekre nézve. Ez az eredmény megerősíti korábbi kutatások eredményét a sokszoros kísérletezés és a munkanélküliség összefüggéseiről (Milner és mtsai., 2013; Osváth és mtsai., 2003). További vizsgálatok szükségesek annak tisztázására, hogy milyen moderátor szerepet játszik a roma etnikum a hosszú távú munkanélküliség és a szuicidium között.

A szociokulturális faktorok, mint például a családi modellek, nagyobb jelentőségét megerősítették eredményeim a roma csoportban, amely jelenséget más vizsgálatok más etnikai csoportokban (pl: afroamerikaiak) is kimutatták (Harris és Molock, 2000). A családi kötődés és kapcsolatok kimagasló jelentőséggel bírnak a kisebbségi csoportokban. A rokonoktól jövő támogatás protektív faktort jelenthet a letális kimenetelű öngyilkosságokkal szemben. Ez a megfigyelés magyarázatul szolgálhat a romák körében tapasztalt többségi társadalomhoz képest szignifikánsan alacsonyabb befejezett öngyilkossági arányokra (Bodnár, 1984; Lester, 2015; Zonda és Lester, 1990; Zonda, 1989), mely következtetést alátámasztja a körükben ritkábban megjelenő meghalási szándék is. A másik oldalról a maladaptív problémamegoldó készségeik növelhetik annak a valószínűségét, hogy egy hétköznapi konfliktus öngyilkossági szándék nélküli önkárosító cselekménybe – és emiatt potenciálisan az élet elvesztésébe – forduljon. Ezt támasztja alá az a megfigyelésem is, miszerint körükben sokkal gyakoribb volt egy számukra elviselhetetlen helyzetből való kimenekülés vágya és az impulzív, tervezetlen önmérgezés, mint a magukat nem romáknak vallók körében.

Másik fontos megfigyelésem a lelki egészséggel kapcsolatos. Bár a roma páciensek 4,2-szer gyakrabban kerültek kórházba szuicid tettük miatt, nem volt magasabb a diagnosztizált pszichiátriai zavar körükben, sőt a hangulatzavar diagnózisát szignifikánsan kevesebben kapták meg a teljes mintában (roma: 33,3% és nem roma: 51,1%) és a többszörös kísérletezők alcsoportjában is (roma: 51,6% és nem roma: 72,2%), mint a nem romák. Ez az eredmény több okból is elgondolkodtató: (1) a romák körében a depresszió előfordulása az átlagos populációban többszöröse a nem romákénak (Gyukits, 2008). (2) A többszörös kísérletezők súlyos depresszióra utaló pontszámokat értek el az öngyilkossági cselekmény idején mind a romák, mind a nem

romák csoportjában. Ez az eredmény a romák körében magasabb arányú nem felismert és ezért kezeletlen lelki egészséggel kapcsolatos problémákra hívja fel a figyelmet, ami az öngyilkosság ismert rizikófaktora (De Hert, McKenzie és Peuskens, 2001). Az öngyilkossági magatartás etnikai különbségeinek feltárására további, sokkal nagyobb elemszámú kvalitatív vizsgálatok lennének szükségesek az átlagos populációban azért, hogy a romák öngyilkossági magatartásának pszichológiai, viselkedéses és kulturális jellemzőire további magyarázatokat találjunk. A kultúrának kétség kívül nagy szerepe van ezekben a jelenségekben, mivel az öngyilkosság jelentése mindenki számára különböző és a kultúra különösen erős jelentést közvetítő közeg (Leenars, 2008; Lester, 2013b).

7. Következtetések

A doktori dolgozatomban vizsgált öngyilkossági cselekmények vizsgálata alapján az alábbi következtetések vonhatók le:

1. Bizonyos demográfiai mutatók (férfi nem, izoláció, alacsony iskolai végzettség, roma etnikum, munkanélküliség) megnövelik az öngyilkossági magatartás rizikóját.
2. A férfiak körében jellemzőbb a kifejezett halálvágy, melyet alátámaszt a violencebbnek számító módszerek használata, a gyakrabban verbalizált halálvágy, az életben maradás miatti csalódottság és a nagyobb arányú tervezett kísérlet.
3. A kifejezett meghalási szándékot verbalizáló páciensek körében a másik két kategóriától eltérően súlyosabb depresszió és reménytelenség és alacsonyabb koherencia érzés fokozott öngyilkosság rizikóra hívja fel a figyelmet. Az öngyilkossági kísérlet során kifejezett meghalási szándék rizikófaktoraként azonosítottam az idősebb életkor mellett a korábbi kísérleteket a magyar mintán. Jelentősége ellenére az öngyilkossági kísérletezők kevesebb, mint felénél rendelkezünk információval a korábbi szuicid aktusokról a klinikai gyakorlatban.
4. Kísérlet okaként a vizsgált személyek leggyakrabban személyközi és pénzügyi problémákat jelöltek meg, melyek kockázati tényezőnek számítottak a helyzetből való kimenekülés háttérében. Ez az eredmény maladaptív problémamegoldási mechanizmusként azonosítja a helyzetből való kilépés motívumát a szándékos önmérgezés háttérében.
5. Az interperszonális konfliktust okként megjelölő férfiak depressziójának átlagpontszáma a minta minden más csoportjáénál szignifikánsan alacsonyabb volt, mely eredmény arra utal, hogy esetükben az adekvát személyközi konfliktusmegoldó képességek hiánya nagyobb jelentőségű a depressziónál. Ez magyarázhatja, miért kevésbé hatékonyak a depressziót célzó öngyilkosság prevenciók férfiak körében.

6. A vizsgált mintában a nők fele, míg a férfiak egyharmada volt többszörös kísérletező, amely rizikófaktornak mutatkozott a kifejezett halálvágy tekintetében a nagy kórházi mintán. A többszörös kísérletezés hátterében rizikófaktorként azonosítottam a roma etnikumot és mentálhigiénés kezelést.
7. A romák nem-romákhoz képest csaknem négyszer több korábbi kísérlete és az öngyilkossági szándékban megfigyelt szignifikáns különbségek felhívják a figyelmet az öngyilkossági kísérletezés eltérő kulturális mintázatára. Ezt a megfigyelést erősíti az öngyilkosság családi halmozódásának kifejezett jelentősége is.
8. Hangulatzavar diagnózist, mint a többszörös kísérletezés egyik rizikófaktorát, szignifikánsan kevesebb roma, mint nem roma etnikumú és kevesebb férfi, mint nő kapott, holott a kísérlet idején mért depresszió pontszámokban nem mutatkozott szignifikáns eltérés a különböző nemű és etnikumú csoportok között.

A disszertációm főbb eredményei alapján a hatékonyabb magyarországi szuicid prevencióval kapcsolatban a következő ajánlások fogalmazhatók meg:

1. A *mentális betegségek szűrése és kezelése*, különös tekintettel a hangulatzavarokra, valamint a reménytelenség szűrése nagyobb hangsúlyt kellene, hogy kapjon a hazai szuicid prevencióban. Ez az igény különösen sürgető a férfiak és romák körében.
2. A *korábbi szuicid cselekményekre* vonatkozó információk, mint az öngyilkossági készítés rizikófaktorai, részét kellene, hogy képezzék a magas rizikójú csoportok anamnézis felvételének.
3. Az öngyilkosság hátterében meghúzódó *szándék/motiváció pontos megismerése*, és a halálvágyat verbalizáló páciensek akut, krízisellátása hangsúlyos szerepet kellene, hogy kapjon az intervencióban.
4. A *probléma-, illetve konfliktusmegoldó készségek fejlesztésének* nagyobb hangsúlyt kellene kapnia a hatékony prevencióban. Csupán a depresszióra koncentráló programok figyelmen kívül hagyhatják az öngyilkossági

kísérletezők azon csoportját, akiknél nincs jelen, vagy még nem jelent meg a depresszió, de az öngyilkossági magatartás hibás megküzdési mechanizmusként (akár kultúrába ágyazottan) problémamegoldási módként megjelenik.

5. A magyarországi primer és szekunder öngyilkosság prevenciós programok tekintetbe kellene, hogy vegyék *a kisebbségi csoportok speciális szükségleteit*, amelyek a többségi társadalomtól eltérő szuicid magatartásmintázatot okozhatják.
6. A romák körében tapasztalt nagyobb arányú fel nem ismert, és ezért kezeletlen depresszió, valamint a problémamegoldó készségek fokozott hiányossága fontos elemeit képezhetné az öngyilkosságot célzó beavatkozásoknak. A romák körében feltárt pozitív attitűd az egészségügyi ellátó személyzet irányába és a nagy jelentőségű családi kötelékek központi szerephez juthatnának a hatékonyabb egészségmegőrzésben és öngyilkosság megelőzésben.

8. Összefoglalás

Doktori kutatásom fő célja az öngyilkossági kísérletező magatartás pszichoszociális háttértényezőinek vizsgálata, különös tekintettel a választott módszerre, a cselekvés háttérében meghúzódó motivációkra, a páciens által megnevezett okokra és a sokszoros kísérletezésre nézve. Vizsgálataim során egyrészt az OSPI öngyilkosság prevenciós program beavatkozási régióiból származó nemzetközi mintán (N=8175) végeztem nemi összehasonlítást az említett mutatók tekintetében. Ezen kívül, az öngyilkossági kísérletezés részletesebb elemzésére 150 szándékos önmérgezővel készítettem félig strukturált interjút. Adatokat gyűjtöttem a demográfiai mutatókról, a családban előforduló öngyilkosságokról, az önkárosító magatartásformákról, a korábbi kísérletekről és az etnikai hovatartozásról. A következő kérdőíveket is rögzítettem: rövidített Beck Depresszió, Reménytelenség, Élet Értelme és Társas Támogatás.

Eredményeim szerint leggyakoribb módszer a gyógyszeres önmérgezés volt. Az interperszonális konfliktus a leggyakrabban megnevezett kiváltó ok és az ezt megjelölő férfiak csoportjánál szignifikánsan alacsonyabb mértékű depressziót találtam, mint a többi kísérletezőnél, amely eredmény az adekvát konfliktus-megoldó képességek hiányára hívja fel a figyelmet. A kísérlet háttérében meghúzódó szándékok közül a kifejezett halálvágy pszichológiai értelemben hátrányosabb mutatókkal járt, mint a manipulatív szándék és a helyzetből kimenekülés. A halálvágy rizikótényezőjeként a magasabb életkort, a gyógyszerrel és mérgező anyaggal történő önmérgezést, valamint a többszörös kísérletezést azonosítottam a Magyar mintában. A rekurrens önkárosító magatartás kockázati tényezőjének mutatkozott a roma etnikum, amely csoportban négyszer több volt a korábbi kísérlet, és ritkábban jelent meg a halálvágy motívuma, mint a nem roma csoportban. A többszörös kísérletezés mindkét etnikai csoportnál magasabb mértékű depresszióval és reménytelenséggel járt, de a romák körében ezen felül a dohányzás, a családban előforduló öngyilkosság és a hosszú távú munkanélküliség is szignifikáns értéket ért el a potenciálisan rizikót növelő háttértényezők közül.

Az eredmények a konfliktus- és problémamegoldási készségek fejlesztésének szükségességére hívják fel a figyelmet a magyarországi szuicid prevencióban, külön figyelmet fordítva a kisebbségi csoportok speciális szükségleteire, melyek a többségi társadalomtól eltérő öngyilkossági magatartásmintázatot okozhatják.

9. Summary

The main aim of my dissertation was to analyse the psychosocial background factors of suicide attempt behaviour, with a special focus on the chosen method, the motives behind the act, the reported reasons and previous suicidality. Firstly, a gender comparison was made in an international sample (n=8175) deriving from the OSPI suicide prevention programs' intervention regions. Secondly, semi-structured interviews were conducted with 150 deliberate self-poisoners for further analysis of suicide attempt behaviour. Data regarding demographics, family history of suicide, self-destructive behaviours, previous attempts and ethnic background belongingness were collected. The following questionnaires were registered: shortened Beck Depression, Hopelessness, Meaning in Life and Social support.

The most frequent suicide attempt method was self-poisoning by drugs. Interpersonal conflict was the most common reported precipitating factor. Male patients indicating interpersonal conflict had a significantly lower level of depression than other attempters in the sample, which result emphasizes the lack of adequate conflict-solving skills in their group. Out of the different motives underlying suicide attempts, serious intent to die can be characterised by poorer psychological indicators than manipulative intent or escape from an unbearable situation. In the Hungarian sample, older age, self-poisoning by drugs and chemicals, and recurrent suicidality were found as significant risk factors for intent to die. Roma ethnicity was found to be a risk factor for multiple suicide attempts. Reported previous suicide attempts in the Roma group were the quadruple of the non-Roma group, and intention to die was found to be less frequent among them. Multiple suicidal behaviour was accompanied by a higher level of depression and hopelessness in both ethnic groups. In addition, smoking, family history of suicide and long-term unemployment reached a significant level out of the potential risk factors among Romas.

The results draw attention to the necessity of improving conflict- and problem-solving skills in Hungarian suicide prevention, focusing on the special needs of minority groups, which needs may be the reason for their divergent suicidality compared to the majority society.

10. Irodalomjegyzék

- Ajtaý G, Bérði M, Szilágyi S, Perczel FD. (2012) Egy hatékony beavatkozás szuicid prevencióban: A problémamegoldó tréning alkalmazása a klinikumban. *Psychiatr Hung*, 27(2): 92–102.
- Almási K, Belső N, Kapur N, Webb R, Cooper J, Hadley S, Kerfoot M, Dunn G, Sótónyi P, Rihmer Z Appleby L. (2009) Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC Psychiatry*, 9(1): 45.
- Balázs J, Bitter I., Lecrubier, Y., Csiszér, N., Ostorharics, G. (2000) Prevalence of subthreshold forms of psychiatric disorders in persons making suicide attempts in Hungary. *Eur Psychiatry*, 15(6): 354–361.
- Balázs J, Lecrubier Y, Csiszér N, Koszták J, Bitter I. (2003) Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. *J Affect Disord*, 76(1-3): 113–119.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. (1996) Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*, 153: 1009–14.
- Beck AT. (1975) Hopelessness and Suicidal Behavior. *JAMA*, 234(11): 1146.
- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. (1985) Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*, 142(5): 559–563.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. (1974) The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*, 42(6): 861–865.
- Bille-Brahe U, Kerkhof A, Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lönnqvist J, Jensen B. (1997) A repetition–prediction study of 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*, 95(2): 81–86.
- Bodnár L. (1984) Vezető halálokok cigányoknál. *Népegészségügy*, 65: 379–383.
- Boldt M. (1988) The meaning of suicide: implications for research. *Crisis*, 9(2): 93–108.

- Bondy B, Buettner A, Zill P. (2006) Genetics of suicide. *J Mol Psychiatry*, 11(4): 336–51
- Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, Rather C. (1994) Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(8): 1080–6.
- Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Davis GC. (2005) Smoking and the risk of suicidal behavior: a prospective study of a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 62(3): 328–334.
- Buda, B. Az öngyilkosság. Animula Kiadó, Budapest, 2001: 13–22.
- Caldwell RA, Pearson JL, Chin RJ. (1987) Stress-Moderating Effects: Social Support in the Context of Gender and Locus of Control. *Pers Soc Psychol Bull*, 13(1): 5–17.
- Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York, 1964: 3–26.
- Cemlyn S, Greenfields M, Burnett S, Matthews Z, Whitwell C. (2009) Inequalities experienced by Gypsy and Traveller communities: A review, Equality and Human Rights Commission. Equality and Human Rights Commission.
- Cheng ATA. (1995) Mental Illness and Suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 52(7): 594–603.
- Cibis A, Mergl R, Bramesfeld A, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U. (2012) Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *J Affect Disord*, 136(1): 9–16.
- Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. (2005) Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*, 162(2): 297–303.
- Coryell W, Schlessner M. (2001) The Dexamethasone Suppression Test and Suicide Prediction. *Am J Psychiatry*, 158(5): 748–753.
- D’Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A, Kant GL. (1998) Age and gender differences in social problem-solving ability. *Pers Individ Diff*, 25(2): 241–252.
- De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. (2001) Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res*, 47(2–3): 127–134.

- De Leo D. (2002) Struggling against suicide: The need for an integrative approach. *Crisis*, 23: 23–31.
- De Leo D, Padoani W, Lonnqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, Scocco P. (2002) Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord*, 72(3): 291–5.
- Diekstra RFW. (1989) Suicide and the attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiatr Scand*, 80(354): 1–24.
- Durkheim É. Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1982: 141-263.
- Fekete S, Osváth P. Az öngyilkosság. Pannónia Könyvek, Pécs, 2004: 15-25.
- Fekete S, Vörös V, Osváth P. (2005) Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croat Med J*, 46 (2): 288-293.
- Feuerlein W. (1971) Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung? Tendenzen suicidalen Verhaltens. *Nervenarzt*, 42: 127–130.
- Fónai M, Fábián G, Filepné N, Péntes M. (2008) Poverty, health and ethnicity: The empirical experiences of researches in Northeast-Hungary. *Review of Sociology*, 14(2): 63–91.
- Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. (2004) History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry*, 161(3): 437–43.
- Freud S. (1917) Mourning and Melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*, 237-258.
- Fusé T. (1980). Suicide and culture in Japan: A study of seppuku as an institutionalized form of suicide. *Social Psychiatry*, 15(2): 57–63.
- Gonda X, Fountoulakis KN, Harro J, Pompili M, Akiskal HS, Bagdy G, Rihmer Z. (2011) The possible contributory role of the S allele of 5-HTTLPR in the emergence of suicidality. *J Psychopharmacol*, 25(7): 857–866.
- Gyukits Gy. A szociális tényezők hatása a 40-49 éves korcsoportba tartozó románok egészségi állapotára. In: Kopp M (szerk.), *Magyar Lélekiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 460-468.

- Gyukits Gy, Ürmös A, Csoboth C, Purebl G. (2000). A depressziós tünetegyüttes előfordulása a fiatal roma nők körében. *Lege Artis Med*, 10(11-12): 911–915.
- Hajduska M. *Krízislélektan*. Eötvös Kiadó, Budapest, 2010: 11-32.
- Hajioff S. (2000) The health of the Roma people: a review of the published literature. *J Epidemiol Community Health*, 54(11): 864–869.
- Hall RC, Platt DE, Hall R. (1999) Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics*, 40(1): 18–27.
- Harris TL, Molock SD. (2000) Cultural Orientation, Family Cohesion, and Family Support in Suicide Ideation and Depression among African American College Students. *Suicide Life Threat Behav*, 30(4): 341–353.
- Hawton, K. (2000) Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*, 177(6): 484–485.
- Hawton K, van Heeringen K. (2009) Suicide. *Lancet*, 373(9672): 1372–1381.
- Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. (2006) The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*, 36(9): 1225–1233.
- Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Van Audenhove C, Coyne JC, McDaid D, Feltz-Cornelies M, Gusmao R, Kopp M, Maxwell M, Meise U, Roskar S, Sarchiapone M, Schmidtke A, Varnik A, Bramesfeld A. (2009) Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*, 9(1): 428.
- Hegerl U, Wittmann M, Arensman, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C, Gusmao R, Kopp M, Löhr C, Maxwell M, Meise U, Mirjanic M, Oskarsson H, Sola VP, Pull, C, Pycha R, Ricka R, Tuulari J, Varnik A, Pfeiffer-Gerschel T. (2008) The “European Alliance Against Depression (EAAD)”: a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*, 9(1): 51–58.
- Henry A, Short JF. *Suicide and homicide*. Arno Press, New York: 1977.

- Hjelmeland H. Suicide research and prevention: The Importance of Culture in “Biological Times.” In: Colucci E, Lester D (szerk.), Suicide and Culture. Hogrefe, Cambridge: 2013: 3-23.
- Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, Bille-Brahe U, De Leo D, Fekete S, Grad O, Haring C, Kerkhof JFM, Lonnqvist J, Michel K, Salander R, Schmidtke A, Heeringen K, Wasserman D. (2002) Why People Engage in Parasuicide: A Cross-Cultural Study of Intentions. *Suicide Life Threat Behav*, 32(4): 380–393.
- Jeglic EL, Sharp IR, Chapman JE, Brown GK, Beck AT. (2005) History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. *Arch Suicide Res*, 9(2): 135–46.
- Kaslow NJ. (2006) Suicidal Behavior Among Low-Income African American Women: A Comparison of First-Time and Repeat Suicide Attempters. *J Black Psychol*, 32(3): 349–365.
- Kádár T, Cselkó L. (1973) Öngyilkossági kísérletek elkövetésének körülményeiről. *Népegészségügy*, 54: 154-160.
- Kessler RC, Brown RL, Broman CL. (1981) Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. *J Health Soc Behav*, 22(1): 49–64.
- Kleiman EM, Liu RT. (2013) Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord*, 150(2): 540–545.
- Koltai M. Szuicidium a családban. A transzgenerációs hatások elemzése. Pécs, 2001. Doktori értekezés
- Kopp M, Skrabski Á, Czakó L. (1990) Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1(2): 4–24.
- Kopp M, Szedmák S. (1997) Az öngyilkossági magatartás pszichoszociális háttértényezői a magyar lakosság körében. *Végeken*, 8(4): 4–14.
- Kósa K, Ádány R. (2007) Studying vulnerable populations: lessons from the Roma minority. *Epidemiology*, 18(3): 290–299.
- Kósa K, Lénárt B, Ádány R. (2002) A magyarországi cigány lakosság egészségi állapota. *Orvosi Hetilap*, 143(43): 2419–2426.

- Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Medicina, Budapest, 2006: 375-395.
- Krippendorff K. A tartalomelemzés módszertanának alapjai. Balassi Kiadó, Budapest, 1995: 57-60.
- KSH (2009). Demográfiai Portré. Budapest. Forrás:
http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/portre/honlap_teljes.pdf
- KSH (2011). Munkaerő-piaci helyzetkép. Forrás:
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/munkerohelyz/munkerohelyz11.pdf>
- KSH (2014) Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2013. Budapest.
- Leenars A. Suicide. A cross-cultural theory. In: Leong FL, Leach MM (szerk.), Suicide among racial and ethnic minority groups. Routledge, New York, 2008: 13-37.
- Lester D. (1994) Suicide in immigrant groups as a function of their proportion in the country. *Percept Mot Skills*, 79: 994.
- Lester D. Sati. In: Colucci E, Lester D (szerk.), Suicide and Culture. Hogrefe, Cambridge, 2013a: 217-236.
- Lester D. Culture and suicide. In: Colucci E, Lester D (szerk.), Suicide and Culture. Hogrefe, Cambridge, 2013b: 59-89.
- Lester D. Suicide among the Roma people and Irish Travelers. In: van Bergen D, Montesinos AH, Schouler-Ocak M (szerk.), Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe. Hogrefe, Boston, MA, 2015: 101-111.
- Linehan MM, Camper P, Chiles JA, Strosahl K, Shearin E. (1987). Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognit Ther Res*, 11(1), 1–12.
- Lonnqvist J. Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In D. Wasserman (szerk.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global perspective*. Oxford, London, 2009: 275-286.
- Mackenzie M, Blamey A, Halliday E, Maxwell M, McCollam A, McDaid D, MacLean J, Woodhouse A, Platt S. (2007) Measuring the tail of the dog that doesn't bark in the night: the case of the national evaluation of Choose Life (the national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland). *BMC Public Health*, 7: 146.

- Mann JJ. (2003) Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*, 4(10): 819-828.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. (2005) Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16): 2064–2074.
- Marsella AJ, Dubanoski J, Hamada WC, Morse H (2000). The Measurement of Personality across Cultures: Historical, Conceptual, and Methodological Issues and Considerations. *Am Behav Sci*, 44(1): 41–62.
- McLeavey BC, Daly RJ, Ludgate JW, Murray CM. (1994) Interpersonal Problem-Solving Skills Training in the Treatment of Self-Posioning Patients. *Suicide Life Threat Behav*, 24(4): 382-394.
- Miller M, Hemenway D, Rimm E. (2000) Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. *Am J Public Health*, 90(5): 768–73.
- Milner A, Page A, La Montagne AD. (2013) Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 8(1): e51333.
- Moretti M, KurimayT, Molnár Z, Szerdahelyi F. (1997) Az asszimiláció ára. *Psychiatr Hung*, 12(1): 5–18.
- Murray CJ, Lopez AD. (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349(9064): 1498–1504.
- O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. (1996) Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 26(3): 237-252.
- Osváth P. Az öngyilkossági kísérletek diagnosztikus és prevenció háttére. Pécs, 2001. Doktori értekezés
- Osváth P, Kelemen G, Erdös MB, Vörös V, Fekete S. (2003) The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis*, 24(4): 151–154.
- Owens D. (2002) Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *Br J Psychiatry*, 181(3): 193–199.

- Paykel ES, Hart D, Priest RG. (1998) Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry*, 173(6): 519–522.
- Perczel Forintos D. (2011) Gátolt menekülés. Az öngyilkosság kognitív modellje. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1): 185–201.
- Perczel Forintos D, Sallai J, Rózsa S. (2001) A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 16 (6): 632–643.
- Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, Leo DD, Haring C, Lonnqvist J, Michel K, Philippe A. (1992) Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand*, 85(2): 97–104.
- Puporka L, Zádori Z. (1998) A magyarországi romák egészségi állapota. Budapest: Roma Sajtóközpont.
- Rahe RH, Tolles RL. (2002) The Brief Stress and Coping Inventory: A Useful StressManagement Instrument. *Int J Stress Manag*, 9(2): 61–70.
- Range LM, Leach MM, McIntyre D, Posey-Deters PB., Marion MS, Kovac SH, Banos JH, Vigil J. (1999) Multicultural perspectives on suicide. *Aggress Violent Behav* 4(4): 413–430.
- Reinecke MA, DuBois DL, Schultz TM. (2001) Social Problem Solving, Mood, and Suicidality Among Inpatient Adolescents. *Cognit Ther Res*, 25(6): 743–756.
- Rihmer A, Rózsa S, Rihmer Z, Gonda X, Akiskal KK, Akiskal HS. (2009) Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord*, 116(1-2): 18–22.
- Rihmer Z. (2007) Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20(1): 17–22.
- Rihmer Z, Fekete S. Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Öngyilkossági rizikó- és protektív faktorok. In: Kalmár S, Németh A., Rihmer Z. (szerk.): *Az öngyilkosság orvosi szemmel* Budapest: Medicina, Budapest, 2012: 91-112.
- Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. (1995) Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord*, 35(4): 147–152.

- Roy A, Janal M. (2005) Family history of suicide, female sex, and childhood trauma. separate or interacting risk factors for attempts at suicide? *Acta Psychiatr Scand*, 112(5): 367–371.
- Rózsa S, Réthely J, Stauder A, Susánszky É, Mészáros Á, Skrabski Á, Kopp M. (2003) A HUNGAROSTUDY 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatr Hung*, 18(2): 83–94.
- Rutz W, Walinder J, Pihlgren H, von Knorring L, Rihmer Z (1996). Lessons from the Gotland study on depression, suicide and education: Effect, shortcomings and challenges. *Int J of Methods in Psychiatric Res.* (6) 9.
- Schmidtke A. (2010) Monitoring Suicidal Behaviour in Europe. Final report. Forrás: http://ki.se/sites/default/files/final_report_monsue.pdf
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepaf P, Haring C, Hawton K, Lönnqvist J, Michel K, Pommereau X. (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93(5): 327–33.
- Shneidman E. Definition of suicide. Jason Aronson, Northvale, NJ, 1985: 23-43.
- Sorketti E, Zuraida N. (2007) Motives and psychosocial stressors in parasuicides: comparison of self-poisoners and self-cutters. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 16(2): 36-40.
- Sudhir Kumar CT, Mohan R, Ranjith G, Chandrasekaran R. (2006) Gender differences in medically serious suicide attempts: a study from south India. *Psychiatry Research*, 144(1): 79–86.
- Szántó K, Kalmár S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. (2007) A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry*, 64(8): 914–920.
- Székely A, Konkoly Thege B, Mergl R, Birkás E, Rózsa S, Purebl Gy, Hegerl U. (2013) How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). *PloS One*, 8(9): e75081.

- Székely A, Purebl Gy. A depresszió területi megoszlása Magyarországon 1995-ben és 2002-ben In: Csépe A. (szerk.), Összefogás a depresszió ellen. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2007: 28-46.
- Värnik A, Kõlves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, Reisch T, Scheerder G, Arensman E, Aromaa E, Giupponi G, Gusmao R, Maxwell M, Pull C, Szekely A, Perez Sola V, Hegerl U. (2008) Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. *J Epidemiol Community Health*, 62(6): 545–551.
- Velamoor VR, Cernovsky ZZ. (1992) Suicide with the motive „to die” or „not to die” and its socioanamnestic correlates. *Soc Behav Pers*, 20(3): 193–198.
- Vijayakumar L. (2005) Suicide and mental disorders in Asia. *Int Rev Psychiatry*, 17(2): 109–114.
- Vijayakumar L, Pirkis J, Whiteford H. (2005) Suicide in developing countries (3): prevention efforts. *Crisis*, 26(3): 120–4.
- Wahlbeck K. (2009). Background document for the Thematic Conference on Prevention of Depression and Suicide. Luxembourg.
- Forrás:
file:///C:/Users/M%C3%B3ni/Downloads/depression_background_en.pdf
- WHO (2008) European Pact for Mental Health and Well-Being. Forrás: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
- WHO (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. Forrás: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Williams MG, Crane C, Barnhofer TH, Duggan D. Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. In: Hawton, K. (szerk.) *Suicide and Suicidal Behaviour: From Science to Practice*. Oxford University Press, Oxford, 2004: 71-90.
- Williams MG, Pollock LR. The Psychology and Suicidal Behaviour. In Hawton K, van Heeringen K (szerk.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley, Sons Ltd., New York, 2000: 79-93.

- Zonda T. (1989) A cigányok öngyilkossági cselekményeiről. *Psychiatr Hung*, 4(1): 31–38.
- Zonda T. Az öngyilkosság kultúrtörténete. Végeken alapítvány, Budapest, 1991: 11–209.
- Zonda T. (2006a) One-hundred cases of suicide in Budapest: a case-controlled psychological autopsy study. *Crisis*, 27(3): 125–9.
- Zonda, T. Öngyilkosság, statisztika, társadalom. Kairosz Kiadó, Budapest, 2006b: 89–98.
- Zonda T, Lester D. (1990) Suicide among Hungarian Gypsies. *Acta Psychiatr Scand*, 82(5), 381–382.

11. Saját publikációk jegyzéke

A témában megjelent publikációk

Tóth MD, Ádám Sz, Birkás E, Székely A, Stauder A, Purebl, Gy. (2014) Gender differences in deliberate self-poisoning in Hungary: analyzing the effect of precipitating factors and their relation to depression. *Crisis*, 35 (3): 145-153. **IF: 1.482**

Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Székely A, **Tóth MD**, Gusmao R, Quintao S, Arensman, E, Coffey C, Maxwell M, Värnik A, Audenhove C, McDaid D, Sarchiapone M., Schmidtke A, Genz A, Coyne J, Hegerl U. (2015) What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries. *Plos One* 10(7), e0129062. **IF: 3.234**

Egyéb publikációk

Koburger N, Mergl R, Rummel-Kluge C, Ibelshäuser A, Postuvan V, Roskar S, Székely A, **Tóth MD**, van der Feltz-Cornelis C, Meise U, Hegerl U. (2015): Celebrity suicide on the railway network: Can one case trigger international effects? *Journal of Affective Disorders*, 185: 38-46. **IF: 3.383**

Arensman E, Koburger N, Larkin C, Karwig G, Coffey C, Maxwell M, Harris F, Rummel-Kluge C, van Audenhove C, Sisask M, Alexandrova-Karamanova A, Perez V, Purebl G, Cebria A, Palao D, Costa S, Coppens E, Mark L, **Tóth MD**, Gecheva M, Ibelshäuser A, Gusmão R, Hegerl U. (2015): Depression awareness and self-management through the internet: An internationally standardised approach. *JMIR Research Protocols*, 4(3):e99.

Zonda T, Kmetty Z, Lester D, **Tóth MD**. (2015) Effects of Parliamentary Elections on Suicide Rates in Hungary. *Crisis*, 36 (2): 1-4. **IF: 1.482**

Tóth MD, Kovács J. (2011) „Magyar kesergő” – Otthon és külföldön tanuló magyar és nem magyar egyetemisták optimizmusának és szubjektív jóllétének összevetése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 12 (4): 277-298.

Kmetty Z, Zonda T, **Tóth MD** (2014) Az országgyűlési választások hatása az öngyilkosságokra Magyarországon. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 15 (4): 317-326.

Purebl Gy, **Tóth MD**. (2015) Alkalmazhatunk-e pszichoterápiát interneten keresztül? Orvostovábbképző Szemle, 1: 21-27.

Hajnal Á., **Tóth MD**, Székely A, Purebl Gy. (2013): Stigmatizál-e a depresszió? A depresszió stigma kérdőív. In: Susánszky É., Szántó Zs. (szerk): Magyar lelkiállapot 2013, Semmelweis Kiadó, Budapest: 175-184.

12. Köszönetnyilvánítás

Szeretnék köszönetet mondani mindenekelőtt Kopp Máriának, aki iránymutatásával és támogatásával elindított kutatásom rögzös útján. Hálával tartozom neki, hogy bizalmat szavazott és doktori hallgatója lehettem. Lendülete, elkötelezettsége és embersége mai napig inspirál és erővel tölt fel, megtiszteltetésnek érzem, hogy személyesen tanulhattam tőle. Dolgozatomat az Ő emlékének ajánlom.

Hálával tartozom témavezetőmnek, Purebl Györgynek, aki Mária halála után nem hagyta, hogy elveszítsem motivációm és továbblendített a munkámban. Az elmúlt években szakmailag és emberileg is rendkívül sok támogatást kaptam tőle, amit utólag is nagyon köszönök. Köszönöm másik témavezetőmnek Stauder Adriennének szakmai iránymutatását és meglátásait, melyek nagyban hozzájárultak munkám sikeres befejezéséhez.

Szeretnék külön köszönetet mondani Ádám Szilviának és Székely Andrásnak, akik a kutatásom során rendkívül sok emberi és szakmai támogatást adtak a nehéz időszakokban is. Külön megköszönöm Zonda Tamásnak a rám fordított időt és energiát, aki a szuicidológiában való jártasságával és bölcsességével inspirált az elmúlt évek során. Köszönöm Birkás Emmának a statisztikai elemzésekben nyújtott segítségét, iránymutatását.

Szavakkal nem kifejezhető az a hála, ami a családomat illeti, akik támogatása nélkül nem született volna meg ez a disszertáció. Külön köszönöm szüleimnek, akik egész életemben teljes odaadással támogatták tanulmányomat és pályaválasztásomat.

Köszönet illeti a vizsgálatban résztvevő valamennyi interjúalanyt, akik rendkívül nehéz élethelyzetükben őszintén beszéltek érzéseikről, lelki fájdalmaikról. A toxikológiai osztály dolgozóinak is külön köszönöm támogatásukat, akik hivatásuknak tekintik munkájukat és kitartásuk tiszteletreméltó. Zacher Gábornak is köszönöm támogatását, aki karizmatikus személyiségével sokszor adott erőt munkám során.

Közeli barátnőim hosszú évek óta állnak mellettem, biztatnak és hisznek bennem a nehéz időszakokban is, amit nagyon köszönök nekik.

13. Mellékletek

13.1 MONSUE questionnaire for OSPI-Europe

Q03. IDENTIFICATION NUMBER: 6 DIGITS

The centre has to create the personal identification code, which specifically identifies persons who make more than one attempt. It must be possible to recognise a repeater, therefore the id number must be created in a way where a certain id number always represents the same person. In countries where the use of personal id numbers is allowed, use this number. If a centre uses personal id number, these numbers have to be re-coded, due to data protection rules, before the data are sent to the coordinating centre.

Q04. SEX: 2 DIGITS

01 = male

02 = female

03 = changed sex from male to female

04 = changed sex from female to male

09 = not known

Q06. AGE: 3 DIGITS

xxx = years

999 = not known

Q07. DATE OF SUICIDE ATTEMPT: 8 DIGITS

Example: DDMMYYYY

Not known: 99999999

Q08. TIME OF SUICIDE ATTEMPT: 2 DIGITS

Time in hours, 24-hour system, start with 00, highest number is 23.

Q17. RESIDENCE WITHIN THE CATCHMENT AREA AT TIME OF SUICIDE ATTEMPT: 5 DIGITS

xxxxx = code

99999 = not known

Number of digits should be adopted to local conditions.

Q20. CURRENT LEGAL CIVIL STATE: 2 DIGITS

01 = never married

02 = widowed

03 = divorced

04 = separated

Separated means legal arrangement before divorce (possibly not applicable in all centres).

05 = first marriage

06 = second or subsequent marriage

07 = legal cohabiting

Legal cohabiting means legal arrangement of partners living together (possibly not applicable in all centres).

09 = not known

Q22. HOUSEHOLD COMPOSITION AT THE TIME OF SUICIDE ATTEMPT: 2 DIGITS

Code the household as the person identifies as usual independent of the time.

01 = living alone

02 = living alone with children

03 = living with partner without children

Partner can also mean partner of the same sex.

04 = living with partner and children

Partner can also mean partner of the same sex.

05 = living with parents

06 = living with other relatives / friends

07 = living in psychiatric institution

08 = living in jail

09 = living in institutions

Institution means a place where you have to follow certain rules and with special administration (e.g. home for students, home for apprentices, boarding house)

10 = living in homes for elderly

11 = other, specify _ _ _ _ _

99 = not known

Q23. LEVEL OF EDUCATION (HIGHEST COMPLETED EDUCATION): 2 DIGITS

01 = below compulsory level

02 = compulsory level

03 = high school or vocational level

04 = university/similar institution level

09 = not known

Q26. LEVEL OF ECONOMIC POSITION, EMPLOYMENT STATUS: 2 DIGITS

01 = full-time permanently employed (including self-employed)

02 = part-time permanently employed (including self-employed)

03 = employed, but on sick leave

04 = full-time temporary work

05 = part-time temporary work

06 = unemployed: Unemployed means possibly economically active, looking for a job, but not necessarily officially registered as unemployed.

07 = full-time student or apprentice: This category includes also persons, who have to make compulsory practices as a part of their study program.

08 = military service: Code this only if the person is a conscript. If the military is a profession, code 01.

09 = imprisoned

10 = disabled, permanently sick or early retired due to sickness

Sickness means somatic or psychiatric illness.

11 = retired

12 = housewife/homemaker
 13 = not working
 14 = other, specify _ _ _ _ _
 99 = not known

Q27. DURATION OF BEING FACTUALLY UNEMPLOYED: 3 DIGITS

xxx = weeks

888 = not applicable

999 = not known

1 year = 52 weeks

Unemployed means possibly economically active, looking for a job, but not necessarily officially registered as unemployed.

Q29. METHOD(S) OF THE SUICIDE ATTEMPT (1-4 methods): 2 DIGITS for each method

Use list of methods WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth Revision, ICD-10:

60 = X60 – Intentional self-poisoning by and exposure to nonopioid analgesics, antipyretics and antirheumatics

61 = X61 – Intentional self-poisoning by and exposure to antiepileptic, sedative-hypnotic, antiparkinsonism and psychotropic drugs, not elsewhere classified

62 = X62 – Intentional self-poisoning by and exposure to narcotics and psychodysleptics (hallucinogens), not elsewhere classified

63 = X63 – Intentional self-poisoning by and exposure to other drugs acting on the autonomic nervous system

64 = X64 – Intentional self-poisoning by and exposure to other and unspecified drugs, medicaments and biological substances

65 = X65 – Intentional self-poisoning by and exposure to alcohol

66 = X66 – Intentional self-poisoning by and exposure to organic solvents and halogenated hydrocarbons and their vapours

67 = X67 – Intentional self-poisoning by and exposure to other gases and vapours

68 = X68 – Intentional self-poisoning by and exposure to pesticides

69 = X69 – Intentional self-poisoning by and exposure to other and unspecified chemicals and noxious substances

70 = X70 – Intentional self-harm by hanging, strangulation and suffocation

71 = X71 – Intentional self-harm by drowning and submersion

72 = X72 – Intentional self-harm by handgun discharge

73 = X73 – Intentional self-harm by rifle, shotgun and larger firearm discharge

74 = X74 – Intentional self-harm by other and unspecified firearm discharge

75 = X75 – Intentional self-harm by explosive material

76 = X76 – Intentional self-harm by smoke, fire and flames

77 = X77 – Intentional self-harm steam, hot vapours and hot objects

78 = X78 – Intentional self-harm by sharp object

79 = X79 – Intentional self-harm by blunt object

80 = X80 – Intentional self-harm by jumping from a high place

81 = X81 – Intentional self-harm by jumping or lying before moving object

82 = X82 – Intentional self-harm by crashing of motor vehicle

83 = X83 – Intentional self-harm by other specified means

84 = X84 – Intentional self-harm by unspecified means

To code the methods use the following rank order for coding and evaluating suicide attempt methods:

Group 1

X70	Hanging
X72-X75	Firearms and explosives
X81, X82	Lying before moving objects and car accidents
X80	Jumping
X76, X77	Fire, flames and steam
X78, X79	Sharp and blunt objects
X71	Submersion
X66-X69	Herbicides, pesticides, etc.

Group 2

X61-X63	Drugs effecting the nervous system
X60, X64	Rheumatics and other drugs

Group 3

X65	Poisoning by alcohol
-----	----------------------

If more than one parasuicide method is used in combination with other methods, please use the highest ranking method of the first group as method 1, followed by the next highest ranking method (of course, first of group 1, then of group 2) using the alcohol method last. Each method is coded once.

Q32. PLACE OF SUICIDE ATTEMPT: 2 DIGITS

01 = home

02 = medical institution

03 = other public place, specify _ _ _ _ _

To identify possible hot spots, the place should be coded as specific as possible (e.g. ... bridge, train, railway tracks between ..., and ... place, ... tower)

09 = not known

Q33. NUMBER OF PREVIOUS SUICIDE ATTEMPTS: 2 DIGITS

00 = never

xx = number

Number of all suicide attempts despite the contact with health system. Health system means all professional facilities including counselling services.

99 = not known

Q36. NUMBER OF SUICIDE ATTEMPTS WITHIN ONE YEAR: 2 DIGITS

00 = never

xx = number

Number of all suicide attempts despite the contact with health system. Health system means all professional facilities including counselling services.

99 = not known

Q39. DID YOU HAVE CONTACT WITH HEALTH SYSTEM AFTER THE MOST RECENT SUICIDE ATTEMPT?: 2 DIGITS

The most recent suicide attempt means before the present suicide attempt.

01 = no

02 = yes, with emergency doctor

03 = yes, GP

04 = yes, non-psychiatric (somatic) inpatient

05 = yes, psychiatric inpatient

06 = yes, non-psychiatric (somatic) outpatient

07 = yes, psychiatric outpatient

08 = yes, psychotherapeutic inpatient

09 = yes, psychotherapeutic outpatient

10 = yes, professional counselling services

11 = yes, voluntary services (e.g. telephone hot-line, other voluntary services)

12 = yes, addiction treatment

13 = other, specify _ _ _ _ _

88 = not applicable

99 = not known

Q41. PSYCHIATRIC DIAGNOSES (1-3 diagnoses) : 6 DIGITS for each diagnose

The prioritising is made according to ICD-10, sub-classification in chapter V.

Rank order for coding psychiatric diagnoses:

F30-F39 Mood [affective] disorders

F60-F69 Disorders of adult personality and behaviour

F40-F48 Neurotic, stress-related and somatoform disorders

F10-F19 Mental and behavioural disorders due to use of psychoactive substances

F20-F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

F00-F09 Organic, including symptomatic, mental disorders

F50-F59 Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors

F70-F79 Mental retardation

F80-F89 Disorders of psychological development

F90-F98 behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

F99 Mental disorder, not otherwise specified

Fxx.xx = first (main) diagnosis according to ICD-10

Fxx.xx = second diagnosis according to ICD-10

Fxx.xx = third diagnosis according to ICD-10

999999 = not known

Q42. CLASSIFICATION OF SUICIDE ATTEMPT: 2 DIGITS

01 = **deliberate self-harm** (non-habitual) This doesn't include the habitual deliberate self-harm (e.g. of border-liners cutting themselves).

02 = **parasuicide pause / temporary rest**: Parasuicide pause is, if the person wanted only to escape from the situation/problems.

03 = **parasuicide gesture**: Parasuicide gesture is a suicidal act (not ideas or threats if no act was performed), appellative or manipulative without suicidal intent.

05 = **serious suicide attempt** - Intention is to die.

09 = not known

13.2 Az interjú mintában felvett kérdőívek

13.2.1 Rövidített Beck Depresszió Kérdőív

Az utóbbi két hétben mennyire okoztak Önnek problémát az alábbi panaszok?	Egyáltalán nem jellemző	Alig jellemző	Jellemző	Teljesen jellemző
1. Minden érdeklődésem elvesztettem mások iránt	0	1	2	3
2. Semmiben sem tudok dönteni többé	0	1	2	3
3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni	0	1	2	3
4. Túlságosan fáradt vagyok ahhoz, hogy bármit is csináljak	0	1	2	3
5. Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni	0	1	2	3
6. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni	0	1	2	3
7. Úgy látom, hogy jövőm reménytelen, és helyzetem nem fog változni	0	1	2	3
8. Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok	0	1	2	3
9. Állandóan hibáztatom magam	0	1	2	3

13.2.2 Reménytelenség Skála

1. Reményekkel telve és lelkesedéssel nézek a jövő elébe.	Igen	Nem
2. Akár fel is adhatnám, mert nincs semmi, amit tehetnék azért, hogy a dolgok jobbra forduljanak.	Igen	Nem
3. Amikor a dolgok rosszul mennek, azzal vigasztalom magam, hogy ez nem tarthat így örökké.	Igen	Nem
4. Nem tudom elképzelni, hogy milyen lenne az életem 10 év múlva.	Igen	Nem
5. A számomra legfontosabb dolgok megvalósítására tudok elég időt szakítani.	Igen	Nem
6. Számítok rá, hogy a jövőben sikeres leszek azon a téren, ami a legfontosabb számomra.	Igen	Nem
7. Sötétben látom a jövőmet.	Igen	Nem
8. Nagyon szerencsés vagyok, és bízom benne, hogy nekem több jó jut osztályrészül, mint egy átlagembernek.	Igen	Nem
9. Egyszerűen nem vagyok szerencsés, és nincs okom azt hinni, hogy a jövőben az leszek.	Igen	Nem
10. Múltbeli tapasztalataim alaposan felkészítettek a jövőre.	Igen	Nem
11. Csak a kellemetlen dolgokat látom a jövőben és nem a kellemeseket.	Igen	Nem
12. Nem bízom benne, hogy elérem, amit igazán akarok.	Igen	Nem
13. Amikor előre tekintek a jövőben, remélem, hogy boldogabb leszek, mint amilyen most vagyok.	Igen	Nem
14. Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogyan én akarom.	Igen	Nem
15. Erősen bízom a jövőben.	Igen	Nem
16. Sosem sikerül elérni azt, amit akarok, ezért örültség bármit is akarni.	Igen	Nem

17. Több mint valószínűtlen, hogy igazi elégedettséget érezzek a jövőben.	Igen	Nem
18. A jövő homályosnak és bizonytalannak tűnik számomra.	Igen	Nem
19. Több jóra, mint rosszra számíthatok a jövőben.	Igen	Nem
20. Fölösleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.	Igen	Nem

13.2.3 Társas Támogatás Kérdőív

Nehéz élethelyzetben mennyire számíthat az alábbi személyek segítségére?				
	egyáltalán nem	kevésbé	átlagosan	nagyon
1. szülő	1	2	3	4
2. házastárs / élettárs	1	2	3	4
3. iskolatárs	1	2	3	4
4. szomszéd	1	2	3	4
5. munkatárs	1	2	3	4
6. barát	1	2	3	4
7. gyermek	1	2	3	4
8. rokon	1	2	3	4
9. segítő foglalkozású	1	2	3	4
10. egyházi csoport	1	2	3	4
11. egyesület, polgári csoport	1	2	3	4

13.2.4 Élet Értelme Kérdőív

Karikázza be minden állítás után annak a válasznak a kódszámát, amelyik a legjobban leírja az Ön érzéseit az elmúlt időszakban:			
0 – ritkán	1 – néha	2 – gyakran	
1. Úgy érzem, életem egy nagyobb terv része.	0	1	2
2. Életemnek nincs célja és értelme.	0	1	2
3. Az életben sok minden okoz nekem nagy örömet.	0	1	2
4. Képes vagyok megbocsátani magamnak és másoknak.	0	1	2
5. Kétlem, hogy életemnek bármilyen jelentősége volna.	0	1	2
6. Az értékeim és hitem vezérelnek mindennapjaimban.	0	1	2
7. Összhangban vagyok a körülöttem lévő emberekkel.	0	1	2
8. Meg vagyok békélve a helyemmel az életben.	0	1	2