

Az öngyilkossági kísérletezés pszichoszociális háttértényezőinek vizsgálata

Doktori tézisek

Tóth Mónika Ditta

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezetők: 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

Bevezetés

Az öngyilkosság az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint olyan cselekvés, mely során az egyén saját maga vet véget életének. Az öngyilkossági magatartás igen jelentős népegészségügyi probléma egész Európában és a világon is. 2012-ben az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint összesen 804 000 ember választotta az önkezü halált (WHO, 2014). Európában évente nagyságrendileg 150 ezer szuicidium történik, mely szám az Európai Unióban 58.000 (WHO, 2008). Az öngyilkossági ráták különböznek régiók, életkori csoportok, nemek, etnikai hovatartozás és a halálozási statisztikák regisztrációja szerint. Magyarországon Európa más országaihoz képest nagyobb terhet jelent az öngyilkosság, évről évre az elsők között szerepelünk a szuicid statisztikákban (Rihmer és Fekete, 2012). 2012-ben a világon az öngyilkossági ráta 11.4 (WHO, 2014), míg Magyarországon csaknem kétszeres, 23.6 volt. Kedvező tény, hogy 2013-ban a szuicid ráta 21.2-re csökkent Magyarországon, mely összesen 2093 ember halálát jelentette (KSH, 2014).

Az öngyilkossági magatartás számos rizikófaktorral rendelkező, ún. multikauzális jelenség, melyet sosem lehet egyetlen okra visszavezetni. Elsődleges, másodlagos és harmadlagos rizikófaktorokat különböztetünk meg, melyek együttes fennállása szükséges az öngyilkossági magatartás létrejöttéhez (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”), a családban 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.

Nem minden öngyilkossági kísérlet kimenetele halálos, de csak becsléseink vannak arra vonatkozóan, hogy hány kísérlet jut egy befejezett szuicidiumra. Befejezett öngyilkossági kísérletekhez képest 10-15-ször több kísérletet feltételeznek (Diekstra, 1989; Lonnqvist, 2009). Az egyén életében a korábbi kísérletet súlyos, primér rizikófaktornak tekintjük, mivel 50-100-szorosra növeli a későbbi, letális kimenetelű öngyilkosság rizikóját (Hawton és van Heeringen, 2009). A kutatások kimutatták, hogy önártalom, vagy öngyilkossági kísérlet az esetek legalább 40%-ában előfordult az anamnézisben, mások szerint az öngyilkosságban elhunytak közel kétharmadának volt már megelőző kísérlete. Prospektív kutatásokban azt találták, hogy szándékos önsértés miatt hospitalizált személyek 1-6%-a egy éven belül öngyilkosságban halt meg, mely rizikót tovább növelte, ha az önártalmat kifejezett öngyilkossági szándékkal követte el a páciens (Owens, 2002; Rihmer, 2007).

A kisebbségi identitás, etnikai csoporthoz tartozás rizikófaktornak számít az öngyilkossági magatartás szempontjából (Wahlbeck, 2009). A világon egyedül Magyarországon történt átfogó epidemiológiai vizsgálat a romák öngyilkosságával kapcsolatban 1970 és 1980 között. A vizsgálat során csaknem háromszor magasabb öngyilkossági kísérleti rátát találtak a romák körében, mint az általános populációban (Lester, 2015; Zonda és Lester, 1990).

Buda Béla (1997) 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 (Buda, 1997). 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 bűntudatkeltés, mások véleményének befolyásolása és helyzetének megkönnyítése voltak (Osváth, 2001). Az öngyilkosságnak különböző megközelítésmódjai vannak: pszichiátriai, biológiai, pszichológiai, szociológiai, kulturális és integratív.

Célkitűzések

Dolgozatom fő célja az *integratív megközelítés* szemléletmódját követve együttesen vizsgálni a 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 háttérben meghúzódó etnikai különbségek vizsgálata demográfiai, pszichológiai és motivációs tényezők figyelembevételével.
8. A vizsgált változók és összefüggések kapcsán a magyarországi öngyilkosság prevenció szempontjából hatékony, nem és kultúra specifikus prevenciók lehetőségei megfogalmazása.

Módszerek

A doktori értekezésem tárgyát képező vizsgálatokat az OSPI-Europe (Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe) program keretében végeztem, mely 2008. október 1. és 2012. december 31. között valósult meg Magyarországon (Hegerl és mtsai, 2009).

Minta

Az első, nagy elemszámú **nemzetközi adatbázis (n=8175)** az OSPI program beavatkozásának három éve alatt a négy beavatkozási régiójában történt valamennyi, regisztrált öngyilkossági kísérletet tartalmazza. A második, **interjú vizsgálatom** eredményeképp kialakított adatbázis szándékos önmérgezést elkövető páciensekkel (**n=150**) készült félig-strukturált interjúk adatait tartalmazza, mely az OSPI program fő eredményeit kiegészítve átfogóbb képet ad az öngyilkossági kísérletezők demográfiai, pszichoszociális és pszichológiai jellemzőiről.

Mérőeszközök

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). Ezt a protokollt alkalmaztuk valamennyi beavatkozási régióban az öngyilkossági cselekmények értékelésére, kórházi zárójelentések alapján. A kiértékelő kódrendszer fontos részét képezi az öngyilkossági szándékok besorolására alkalmas Feuerlein skála, mely a következő kategóriákat különbözteti meg: (1) *Szándékos önsértés* (deliberate self-

harm) ahol a személy a feszültségét fizikai fájdalom formájában vezeti le, saját magának okozott fájdalmas sérülés által. (2) *Parasuicid szünet* (parasuicide pause): egy elviselhetetlen, a személy által megoldhatatlannak tűnő helyzetből való kilépés a cél, a dolgozatban „helyzetből menekülés”. (3) *Parasuicid gesztus* (parasuicide gesture) – manipulatív, gesztus értékű tett, halálvágy nélkül, a dolgozatban „manipulatív szándékként” szerepel. (4) *Öngyilkossági szándék* (Serious intent to die) – a cél az élet befejezése, a dolgozatban „kifejezett halálvágy”. A háttérben meghúzódó motivációt, szándékot két független bíráló, a jelen disszertáció szerzője és intézetünk korábbi szakdolgozója jelölte le, a zárójelentésben rögzített körülmények alapján, az OSPI program kiértékelő protokolljának megfelelően. A független kiértékelések közötti megfelelés 95%-os volt, a fennmaradó eseteket megbeszélték a bírálók és egyezsége jutottak.

A félig-strukturált interjúkkal vizsgált önmérgező mintában információt gyűjtöttem a potenciális öngyilkossági rizikófaktorokról: demográfiai adatok, pszichiátriai diagnózis és kezelés, önkárosító magatartásformák, családban előforduló korábbi öngyilkosságok, illetve korábbi kísérletek az egyén életében. Az interjú fő részét a jelen kísérlettel kapcsolatos nyílt végű kérdések adták, melyek kitértek annak okára, módszerére, a háttérben meghúzódó motivációkra, tervezettségére. Az interjú végén a páciensek kitöltötték a Rövidített Beck Depresszió, a Társas Támogatás, az Élet Értelme és a Reménytelenség kérdőíveket.

Statisztikai elemzések

A zárójelentéseket és az interjúkat tartalomelemzés módszerével elemeztük egy másik független bírálóval. A szöveget előre meghatározott kulcsszavak alapján kategóriákba soroltuk. A demográfiai mutatók, az öngyilkosság elkövetési módszere és az öngyilkossági szándék elemzésére leíró statisztikát használtunk. Bináris logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltuk a különböző motivációk háttérben meghúzódó rizikófaktorokat, a teljes mintán és Magyarországra nézve külön. Az elemzések során az egyes szándék

típusok összefüggéseit a pszichológiai mutatókkal ANOVA módszerével elemeztük.

A nemi és etnikai különbségeket az öngyilkossági kísérlet kiváltó okairól, az elkövetés módszeréről, a háttérben meghúzódó motivációról és a pszichiátriai jellemzőkről khi-négyzet-próbával elemeztük. A pszichológiai mutatók nemi és etnikai különbségeit kétmintás t-próbával elemeztük.

ANOVA módszerét alkalmaztuk a depressziós skálán elért pontok összehasonlítására azoknál, akik valamilyen interperszonális konfliktust jelöltek meg a kísérletük kiváltójaként és azoknál, akik nem. Lépésenkénti lineáris regresszió analízissel vizsgáltuk a sokszoros kísérletezésnek a lehetséges szociodemográfiai és pszichológiai prediktorait.

Khi-négyzet-próbával és kétmintás t-próbával vizsgáltuk a különbséget az első és többszörös kísérletezők között a potenciális rizikófaktorok tekintetében mindkét etnikai csoportban. Esélyhányados elemzéssel azonosítottuk a potenciális rizikófaktorokat a többszörös öngyilkossági kísérletezés háttérében a romák és nem romák csoportjában. A jelen doktori dolgozatban a $p < 0,050$ értékét tekintjük statisztikailag szignifikánsnak. Az elemzés során az SPSS statisztikai program 20.0 verzióját használtuk.

Eredmények

Demográfiai mutatók

A nemzetközi mintában 43:57 a férfi-nő arány, mely női túlsúlyt jelez. A vizsgált minta átlagéletkora 37,3 év (SD:16,3), melyben nemi különbség nem mutatkozott. Az interjú vizsgálatban 150 fő vett részt, melyből 97 nő és 53 férfi, az átlagéletkor 40,6 év (SD: 13,5). Legtöbben egyedülállók (32%), melyet a házasságban élők (27,3%) és az elváltak, vagy különélők (28,7%) követnek. A minta 40%-a roma etnikumúnak vallotta magát. A minta többsége középfokú (56,7%), vagy 8 osztálynál alacsonyabb végzettségű (34,7%). 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%).

Öngyilkossági kísérletek elemzése a nemzetközi mintában (n=8175)

Az összesen 8175 főből legtöbben *gyógyszerrel* (67,9%) követték el az önmérgezést, a nők szignifikánsan többen (ffi: 58,4% és nő: 75,1%; $\chi^2_{(1)}=255,015$; $p<0,001$). *Alkoholabúzus* a minta 34,6%-ánál történt, a férfiaknál gyakrabban (ffi: 42,7% és nő: 28,4%, $\chi^2_{(1)}=182,757$; $p<0,001$). *Szűrő/vágó eszközt* (20,2%) is több férfi, mint nő használt (ffi: 24,1% és nő: 17,2%, $\chi^2_{(1)}=59,420$; $p<0,001$). *Mérgező anyagokban* is férfi dominancia volt megfigyelhető (ffi: 3,7% és nő: 2,2%, $\chi^2_{(1)}=15,922$; $p<0,001$). *Önakasztás* az esetek 5,4%-ában fordult elő, férfi többséggel (ffi: 8,5% és nő: 3,1%, $\chi^2_{(1)}=113,119$; $p<0,001$). Volt olyan páciens, aki egyszerre több módszert (maximum 4) is alkalmazott, így az elemzésbe valamennyi elkövetési mód bekerült.

Az öngyilkossági kísérlet háttérében meghúzódó szándékról 5215 esetben volt információnk, mely az összes eset 63,7%-a. Legtöbben *kifejezett halálvágygal* követték el tettüket (51,2%), férfi túlsúllyal (ffi: 57,1% és nő: 48,6%, $\chi^2_{(1)}=35,743$; $p<0,001$). *Manipulatív szándékkal* kísérletezett 1073 fő (20,6%) (ffi: 17,4% és nő: 22,8%, $\chi^2_{(1)}=22,617$; $p<0,001$). A minta 14,7%-a egy elviselhetetlen *helyzetből szeretett volna kimenekülni* a kísérlete által (ffi: 13,3% és nő: 15,3%, $\chi^2_{(1)}=5,438$; $p=0,020$). Szándékos önsértést követett el 662 fő (12,7%) (ffi: 12,3% és nő: 13,0%, $\chi^2_{(1)}=0,516$; $p=0,472$). A minta 40,9%-ának volt már korábbi kísérlete (ffi: 38,1% és nő: 43,2%, $\chi^2_{(1)}=16,669$; $p<0,001$).

A kifejezett halálvágy rizikófaktorai a nemzetközi mintában

Bináris logisztikus regresszió elemzés során az összes potenciális rizikófaktorot együttesen bevonva egyedül a magyar mintában mutatkozott rizikófaktornak a **többszörös kísérletezés** (OR=2,18, CI: 1,2-3,9; $p=0,010$). Emellett az **idősebb életkor** (OR=1,02, CI: 1,01-1,04; $p=0,001$), a **méreg** (OR=12,2, CI: 2,36-62,73; $p=0,003$), és a **gyógyszer intoxikáció** (OR=3,74, CI: 1,55-9,01; $p=0,003$), valamint a kísérlet során használt **kevesebb elkövetési mód** (OR=2,18, CI: 1,20-

3,97; $p=0,016$) voltak még szignifikáns rizikótényezők. A modell a kifejezett halálvágy varianciájának 12%-át magyarázza.

Németországban az **önakasztás** (OR=2,29, CI: 1,09-4,82; $p=0,029$) és az **idősebb kor** (OR=1,02, CI: 1,01-1,02; $p<0,001$) voltak szignifikáns rizikófaktorok. Írországbán **férfi nem** (OR=1,25, CI: 1,00-1,55; $p=0,035$), az **idősebb életkor** (OR=1,00, CI: 1,00-1,01; $p=0,028$), az **önakasztás** (OR=6,55, CI: 4,07-10,55; $p<0,001$), a **gyógyszer** (OR=1,36, CI: 1,05-1,78; $p=0,020$) és **alkohol intoxikáció** (OR=2,09, CI: 1,04-2,98; $p<0,001$) és az elkövetés során használt **kevesebb módszer** (OR=0,45 CI: 0,34-0,61; $p<0,001$) mutatkoztak szignifikáns rizikófaktornak. A portugál adatbázisban **férfi nem** (OR=1,91 CI: 1,29-2,83; $p=0,001$), a **méreg intoxikáció** (OR=5,07 CI: 1,71-15,03; $p=0,003$), az **alkoholabúzus** (OR=3,75 CI: 1,54-9,09; $p=0,003$) és az **elkövetési módok alacsony száma** (OR=0,32 CI: 0,15-0,70; $p=0,004$) voltak rizikófaktorok.

A szándékos önmérgezők interjú mintájának jellemzői (n=150)

A szándékos önmérgezést leggyakrabban **gyógyszerrel** követték el (87,3%), több nő választotta ezt a módszert (ffi: 75,5% és nő: 93,8%, $\chi^2_{(1)}=10,424$; $p<0,001$). Az önmérgezés során **alkoholabúzus** 32%-ban történt, a férfiaknál gyakrabban (ffi: 41,5% és nő: 26,8% $\chi^2_{(1)}=3,406$; $p=0,065$). A férfiak szignifikánsan többen használtak valamilyen **vegyszert** kísérletük során (ffi: 22,6% és nő: 6,2%, $\chi^2_{(1)}=6,257$; $p=0,003$). A bevett tabletták számában nem mutatkozott szignifikáns nemi eltérés, átlagosan 48,2 (SD: 56,2) szem gyógyszert szedtek be a vizsgált személyek, a legkevesebb 1 szem volt, míg a legtöbb 337.

A szándékos önmérgezők pszichológiai jellemzői

A vizsgált személyek 74%-ának minimum enyhe depressziója volt. A teljes mintában a depresszió átlaga 22,6 (SD: 14,7) pont és a depressziós átlag pontszámokban a nők magasabb értékeket értek el, azonban a különbség nem tekinthető szignifikánsnak (ffi: 19,1 és nő: 23,6, $p=0,076$). A minta legnagyobb része közepsúlyos (10,0%), vagy súlyos depressziós pontszámokat mutatott (42,0%), nemi különbség

nélkül. A reménytelenség skálán elért átlagos pontszám 8,6 (SD: 5,7) és a minta 38,6%-a érte 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 sem mutatkozott nemi különbség.

A teljes minta 43%-a többszörös kísérletező, tehát legalább a második alkalommal került kórházba szándékos önártalom miatt. Szignifikánsan több nőnek, mint férfinak (nő: 50,0% és ffi: 30,2%, $\chi^2_{(1)}=5,470$; $p=0,019$) volt minimum a második kísérlete. A nők 85,6%-a követte el az önmérgezést hirtelen felindulásból, míg ez a szám a férfiaknál kevesebb, 65,4% volt ($\chi^2_{(1)}=8,177$; $p=0,004$). A kísérlet kimenetele miatt csalódott volt a férfiak több mint egyötöde, míg a nők szignifikánsan kevesebben (ffi: 22,0% és nő: 7,6%, $\chi^2_{(1)}=6,061$; $p=0,014$).

Szignifikánsan több nő, mint férfi számolt be hangulatzavar diagnózisáról (ffi: 26,4% és nő: 56,3%, $\chi^2_{(1)}=10,291$; $p=0,001$). Az alkohollal és egyéb pszichiátriai zavarokkal kapcsolatos diagnózisban nem mutatkozott nemi eltérés a mintán belül. A minta több mint fele, 56.7%-a kap jelenleg is valamilyen mentálhigiénés kezelést, a nők szignifikánsan többen (nő: 62,9% és ffi: 45,3%, $\chi^2_{(1)}=4,325$; $p=0,038$). A vizsgált személyek 66%-a dohányzik rendszeresen, nemi eltérés nélkül. Rendszeresen fogyaszt alkoholt a páciensek 20%-a, a férfiak gyakrabban, mint a nők (ffi: 34,0% és nő: 12,4%, $\chi^2_{(1)}=9,986$; $p=0,002$).

A kísérlet háttérében megjelölt kiváltó ok és szándék

A páciensek leggyakrabban egy interperszonális konfliktust jelöltek meg tettük háttérében (60,7%), a nők többen, mint a férfiak (nő: 68,0% és ffi: 47,2%, $\chi^2_{(1)}=6,257$; $p=0,012$). A vizsgált személyek legtöbbször (45%) a *partnerével való konfliktust* nevezte meg kiváltó oknak. *Anyagi, vagy pénzügyi probléma* az esetek közel 40%-ában jelent meg. Közelebbi személy elvesztése miatti gyász 18%-ban került említésre, míg a munkahely elvesztését 10% sorolta a kiváltó okok közé: Fizikai, vagy lelki betegséget okozott 8,6%, míg alvászavart 8%. A családtagokon belül a szülővel és gyerekkel való konfliktus egyaránt 8%-ban jelent meg a

kiváltó okok között. Egy-egy személy egyszerre több okot is megjelölt, melyek mindegyike bekerült az elemzésbe.

A vizsgált személyek nagyobbik fele egy bizonyos, elviselhetetlen helyzetből kívánt **kimenekülni** a kísérlet által (52%). 13,3%-uk egy másik személyt próbál **manipulálni**, befolyásolni. Ebben a csoportban meghatározó motívum volt a büntudatkeltés, a másik fél megfélemlítése. A harmadik csoportba azok tartoznak, akik szerettek volna **véget vetni az életüknek** (34,7%), verbalizálták halálvágyukat. A nemek között nem volt kimutatható különbség a kísérletek háttérében meghúzódo motívációt tekintve az interjúk mintában.

A kísérlet háttérében meghúzódo szándék pszichológiai jellemzői

Azok a személyek, akik szerettek volna *meghalni*, a leginkább depressziósak (29,5 pont = súlyos depresszió, SD: 14,0), és reménytelenek (13,6 pont SD: 5,1), illetve legkevésbé látják értelmese az életüket (5,9 pont SD: 3,6). A reménytelenség skálán ez az egyetlen csoport, ahol 9 pontnál magasabb az átlagérték, mely öngyilkossági veszélyre hívja fel a figyelmet. A társas támasz pontszámok is nekik a legalacsonyabbak a mintában (20,2 pont, SD: 4,8). Egyutas varianciaanalízissel szignifikáns különbséget találtam az egyes szándék kategóriák között a következő pszichológiai mutatók tekintetében: depresszió ($F=13,0$, $p<0,001$), reménytelenség ($F=47,8$, $p<0,001$) és élet értelme ($F=24,1$, $p<0,001$). A szignifikánsnak talált változókat Bonferroni post-hoc teszttel tovább vizsgálva a **halálvágy kategóriája** különbözött szignifikánsan a másik két csoporttól. A kimenekülés és a manipulációs szándékkal önmérgezők pszichológiai pontszámok nem különböztek szignifikánsan egymástól.

Az interperszonális konfliktus, mint megnevezett kiváltó ok

A korábbi kutatásoknak megfelelően a leggyakrabban személyközi konfliktust jelölték meg a vizsgált személyek (60,7%). 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 tetteket.

Az interperszonális konfliktusok hatása a depresszióra

A mintában az elvárásoknak megfelelően magas volt a depresszió aránya, átlagosan 22,6 pont. Varianciaanalízissel a nem $F_{(1,149)}=5,515$, $p=0,020$, $\eta^2 = 0,04$ és az interperszonális konfliktus főhatását azonosítottuk $F_{(1,149)}=10,510$, $p=0,001$, $\eta^2 = 0,07$. 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.

Az eredmények értelmezése során 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.

Az alkoholfogyasztás hatása a depresszióra

Az alkoholfogyasztást, mint az öngyilkosság egyik legjelentősebb rizikófaktorának a hatását is vizsgáltuk, hogy hatással van-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 ($\chi^2_{(1)}=30,241$, $mp < 0,001$), az alkoholfogyasztást 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 ($F_{(1,149)}=4,065$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,03$), míg az alkoholfogyasztás főhatása csak tendenciát mutatott ($F_{(1,149)}=2,632$, $p=0,070$, $\eta^2=0,040$).

Nem találtunk interakciós hatást. A Bonferroni post hoc teszt szignifikáns különbséget talált a rendszeres és az alkalmi ivók között (átlag különbség =9,016, $p=0,022$).

A többszörös (rekurrens) kísérletezés prediktorai

Mivel a mintában nagy arányban fordultak elő (43%) a sokszoros kísérletezők, bináris logisztikus regresszió analízissel azonosítottuk a többszörös kísérletezés potenciális szociodemográfiai és a pszichológiai prediktorait. Ezek közül a **roma etnikumot** (OR: 3,57, CI: 1,34-9,50; $p=0,011$) és **mentálhigiénés kezelést** (OR: 5,46, CI: 1,37-21,69; $p=0,016$) azonosítottam a sokszoros kísérletezés szignifikáns rizikófaktoraiként.

A szándékos önmérgezés demográfiai és 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. Kétmintás t-próbával vizsgálva a romák életkora szignifikánsan alacsonyabb, mint a nem romáké (34,8 (SD: 11,1) és 44,59 (SD: 13,5), $t_{(148)}=4,634$; $p<0,001$), több gyermekük van (1,77 (SD: 1,6) és 1,18 (SD: 1,2) , $t_{(148)}= -2,474$; $p=0,014$) és alacsonyabb iskolai végzettségűek, több körükben a munkanélküli (53,3% és 36,7%, $\chi^2_{(1)}=4,072$; $p=0,044$). A kísérlet módszerét és megnevezett kiváltó okát tekintve nem mutatkozott szignifikáns különbség a magukat romának és nem romának vallók között. Szintén nem volt eltérés az interjú során mért depresszió (roma: 21,1 és nem roma: 22,6, NS), reménytelenség (roma: 8,1 és nem roma: 8,9, NS), társas támasz (roma: 20,7 és nem roma: 21,8, NS) és élet értelme (roma: 8,4 vs. nem roma: 9,1, NS) átlagpontok között.

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. A roma páciensek 4,2-szer több korábbi kísérletről számoltak be, mint a nem romák (3,5 és 0,8, $t_{(148)}=-4,025$; $p<0,000$).

Meglepő összefüggést találtam a pszichiátriai diagnózisok és a jelenleg is zajló kezelések között. A romák szignifikánsan többen számoltak be arról, hogy jelenleg is részesülnek valamilyen mentálhigiénés kezelésben, de a különbség nem volt szignifikáns (roma: 62,2% és nem roma: 48,3%, $p=0,093$). Az öngyilkossági magatartás szempontjából kiemelkedő jelentőségű hangulatzavar a nem romák körében került magasabb arányban diagnosztizálásra, legalábbis az önbevallás alapján (33,3% és 51,1%, $\chi^2_{(1)}=4,618$; $p=0,032$). A dohányzás és a rendszeres alkoholfogyasztás nem mutatott etnikai eltérést a mintában.

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 (17,7% és 11,1%, $p=0,323$) állt a háttérben.

Első és többszörös kísérletezők összehasonlítása

A többszörös kísérletezés potenciális rizikófaktorok feltárásához, megvizsgáltam a pszichoszociális változóban mutatkozó különbségeket az első és többszörös kísérletezők között mindkét etnikai csoportban. Az elemzések során mind a romák és nem romák ismétlői körében magasabb szintű pszichológiai distressz volt azonosítható: A sokszoros kísérletezők mindkét alcsoportban súlyos depressziós átlagpontszámokat mutattak (roma: 26,1 és nem roma: 26,8), és mindkét csoportban meghaladta a szuicid rizikót jelző értéket a reménytelenség pontszáma (roma: 10,4 és nem roma: 10,5, NS) is. A romák között az ismétlők körében szignifikánsan több öngyilkosság fordult elő a családban (0,2 és

0,9, $t_{(55)}=2,940$ $p=0,005$), és több ideje voltak munkanélküliek, mint azok a romák, akik először követtek el szándékos önmérgezést (9,4 hónap és 35,6 hónap, $t_{(58)}=2,392$ $p=0,020$). 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 körében szignifikánsan nagyobb arányú volt a diagnosztizált hangulatzavar, mint a romák között (roma: 51,6% és nem roma: 72,7%, $\chi^2_{(1)}=3,040$ $p=0,001$). 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%, $\chi^2_{(1)}=8,787$ $p=0,003$).

Többszörös kísérletezés rizikófaktorai romák és nem romák körében

Megvizsgáltuk a rizikófaktorokat a többszörös kísérletezés szempontjából a roma etnikumúak körében. Az elemzések során az aktuális **mentálhigiénés kezelés** (OR:7,6 CI: 2,4-24,2; $p<0,001$), a **diagnosztizált hangulatzavar** (OR: 6,6 CI:1,8-23,7; $p=0,002$), a 9 pont feletti **reménytelenség** (OR: 4,0 CI:1,2-12,7; $p=0,016$) és a **major depresszió** (OR: 3,0 CI: 1,6-8,8; $p=0,035$) mellett a **dohányzás** (OR:5,4 CI: 1,5-19,7; $p=0,006$), a **családban előforduló öngyilkosság** (OR:4,9 CI: 1,4-16,5; $p=0,007$) és az egy évnél hosszabb ideje fennálló **munkanélküliség** (OR: 4,6 CI: 1,4-14,6; $p=0,007$) bizonyultak szignifikáns rizikófaktoroknak.

A nem roma csoportban viszont ezek közül csak a **major depresszió** (OR: 3,1 CI: 1,2-7,6 $p=0,012$), a **reménytelenség** (OR: 4,4 CI: 1,7-11,3; $p=0,041$), a **mentálhigiénés kezelés** (OR: 8,3 CI: 2,5-26,9; $p<0,001$), és a **diagnosztizált hangulatzavar** (OR: 4,4 CI: 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.

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 violensebbnek 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. Jelentőségük ellenére az öngyilkossági kísérletezők kevesebb, mint felénél rendelkezünk információval a korábbi szuicid aktusokról a klinikai gyakorlatban.
4. Kísérlet okaként leggyakrabban személyközi és pénzügyi problémákat jelöltek meg a vizsgált személyek, melyek kockázati tényezőnek számítottak a helyzetből való kimenekülés háttérében. Ez az eredmény maladaptív problémamegoldási mechanizmusként azonosítja a helyzetből való kilépés motívumát a szándékos önméregzés háttérében.
5. Az interperszonális konfliktust okként megjelölő férfiak depressziójának átlagpontszáma a minta minden más csoportjánál szignifikánsan alacsonyabb, mely eredmény arra utal, hogy esetükben az adekvát személyközi konfliktusmegoldó képességek hiánya nagyobb jelentőségű, mint a depresszió.
6. A vizsgált mintában a nők fele, míg a férfiak egyharmada volt többszörös kísérletező, mely rizikófaktorának mutatkozott a kifejezett halálvágy tekintetében a nagy kórházi mintán. A többszörös kísérletezés háttérében rizikófaktoraként azonosítottam a roma etnikumot és a 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 depressziós pontszámokban nem mutatkozott szignifikáns eltérés a különböző nemű és etnikumú csoportok között.

A szuicid prevencióval kapcsolatban megfogalmazható ajánlások:

1. A **mentális betegségek szűrése és kezelése**, különös tekintettel a hangulatzavarokra, valamint a reménytelenség szűrése nagyobb hangsúlyt kellene 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 rizikófaktora, 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 **konfliktusmegoldó készségek fejlesztésének** nagyobb hangsúlyt kellene kapnia a 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 prevenció programok tekintetbe kellene, hogy vegyék a **kisebbségi csoportok speciális szükségleteit**, melyek 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 képezhetnék az öngyilkosságot célzó beavatkozásoknak. A családi kötelékek központi szerephez juthatnának a hatékonyabb egészségmegőrzésben és öngyilkosság megelőzésben.

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: 1.48**

Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Székely A, **Tóth MD**, Gusmao R, Quintao S, Arensman E, Coffey C, Maxwell, M., Varnik, 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: 3.23**

Tóth MD, Ádám Sz, Zonda T, Birkás E, Purebl Gy (2016): Risk factors for multiple suicide attempts in Hungary: The role of Roma ethnicity. *Transcultural Psychiatry* (In press) **IF: 2.11**

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? *J Affect Disord*, 185: 38-46. **IF: 3.38**

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 M.D**, 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*, 23: 1-4. **IF: 1.48**

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

Könyvfejezet:

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