

*Doktori /Phd/ értekezés tézisei*

---

**AZ ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEK  
DIAGNOSZTIKUS ÉS PREVENCIÓS HÁTTERE**

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

**Dr. Osváth Péter**

*Programvezető: Dr. Lénárd László egyetemi tanár*

*Alprogramvezető: Dr. Szabó Imre egyetemi tanár*

*Témavezető: Dr. Fekete Sándor egyetemi docens*

***Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar***

***Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika***

***Pécs, 2002***

# TARTALOMJEGYZÉK

## *I. BEVEZETÉS*

---

---

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

---

---

## *III. KUTATÁSUNK ELMÉLETI HÁTTERE ÉS CÉLKITŰZÉSEI*

---

---

## *IV. KUTATÁSUNK ANYAGA ÉS MÓDSZERE*

---

---

## *V. EREDMÉNYEK*

---

---

### *V.1. A VIZSGÁLT RÉGIÓ ÖNGYILKOSSÁGI HALÁLOZÁSA*

---

---

### *V.2. A MONITOR VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI (AZ ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEZŐK JELLEMZŐI)*

---

---

### *V.3. A RÉSZLETES INTERJÚS VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI*

---

---

A pszichológiai skálák elemzése

---

---

Az öngyilkossági kísérlet háttérében álló okok és motivációk

---

---

A korábbi öngyilkossági kísérletet követő érzések és környezeti reakciók

---

---

Alkoholfogyasztás mintái a szuicid kísérletezők csoportjában

---

---

A modellkövetés szerepe a mintában

---

---

A szociális integráció vizsgálata

---

---

Életesemények a szuicid kísérletezők csoportjában

---

---

A testi és lelki állapot összefüggése az öngyilkossági kísérlettel

---

---

Az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat sajátosságai

---

---

### *V.4. A KÖVETÉSES VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI*

---

---

## *VI. A VIZSGÁLAT LEGFONTOSABB EREDMÉNYEI – ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSOK*

---

---

## *VII. A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK KLINIKAI ÉS PREVENCIÓS JELENTŐSÉGE*

---

---

## *AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK*

---

---

## *KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS*

## I. BEVEZETÉS

A modern szuicidológiában széles körben elfogadott, hogy az öngyilkosság egy komplex folyamat végpontjaként értelmezhető, így pszichológiai, szociokulturális és biológiai tényezők mikro- (individuális) és makro- (társadalmi) szintű interakciójának eredménye. Az önpusztító cselekedet egyfajta "final common pathway" – nek tekinthető, melyben a fenti összetevők - esetről-esetre változó arányban - játszanak szerepet. Ennek következtében az önpusztítás rendkívül komplex jelenségének megértése, leírása nehéz problémát jelent és interdiszciplináris megközelítést igényel. A korszerű regionális kutatások illetve inter-regionális összehasonlító vizsgálatok egységes metodológiát, validált eszközöket alkalmazva próbálják elkerülni a mintavételi hibákból, adatkezelési különbözőségekből, szemléleti eltérésekből adódó tévesztéseket.

Az öngyilkos viselkedés – a befejezett, illetve megkísérelt önpusztítás – az utóbbi évtizedekben tagadhatatlanul fontos, megkerülhetetlen népegészségügyi kérdéssé vált. Az öngyilkossági trendek az 1970-es és részben a 80-as években észlelt növekedése (mind a befejezett, mind a kísérletek vonatkozásában, jelentős súllyal a fiatal korosztályokban) számos európai országban indított el a kérdéssel foglalkozó ámde nagyrészt eltérő metodikájú kutatásokat. Napjainkban a hazai kutatások az öngyilkosság különféle összefüggéseit a komplexitás és a módszertani szigorúság változó igényével próbálják megragadni. A kutatási spektrum a biológiai pszichiátriai kérdésfeltevéstől az epidemiológiai leírásokon át a társadalmi-gazdasági változások elemzése mellett, az attitűd- és médiavizsgálatokig, valamint a magyar kultúra sajátos jelentéstulajdonító szerepének ill. a kommunikációs sajátosságainak kutatásáig terjed. A befejezett szuicidiumok gyakoriságának a 80-as évek közepe óta észlelt csökkenése számos fontos kérdést vetett fel. A komplex változások protektív, illetve dezintegráló összetevőinek vizsgálata új kutatási területek keresésére ösztönözte a kutatókat.

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

Az előbbieken vázolt problémák miatt a WHO kezdeményezésére a 80-as évek végén ill. a 90-es évek elején egységes módszertannal összehasonlító multicentrikus európai vizsgálat indult a szuicid kísérletek vonatkozásában is, ahol eddig reálisan összevethető, megbízható adatbázisok nem álltak rendelkezésre. A WHO/EURO multicentrikus kollaboratív európai vizsgálat a résztvevő centrumok régióiban teljes körű adatfelvétellel kísérli meg az öngyilkossági helyzet reális felmérését, a jelenség pontos monitorizálását, ill. az érvényesülő időbeli trendek felismerését. Célja a szuicidalitás szempontjából magas rizikójú populáció jellemzőinek leírása, az ismétlődés előrejelzése, ill. az eredmények alapján interventív, preventív programok kialakítása, majd azok hatékonyság-vizsgálata. A szuicidium közös definíciójára, az egységesen alkalmazott kutatási eszközökre és protokollra építve célozza a jelenség minél teljesebb keresztmetszeti és hosszmetzeti leírását. Ez a WHO program 1989-ben indult, jelenleg már 13 európai ország 16 kutatócentrumának részvételével zajlik. A világon eddig egyedülálló, azonos kutatási protokollt használó, óriási szuicidológiai adatbázist létrehozó kutatás két részből áll. Egyik része az egészségügyi ellátással kapcsolatba került öngyilkossági kísérletezők megtalálását, a rizikófaktorok felmérését célozza meg (*monitoring study*). (A kutatás ezen részében ezidáig több, mint 46 ezer szuicid kísérletet regisztráltak.) Ezen kívül a szuicidiumot megkíséreltek reprezentatív mintájában részletes, strukturált interjúval, majd követéses vizsgálattal (eddig 9 résztvevő centrumban több mint 1700 interjú készült) keresi azokat a jellemzőket, pszichopatológiai állapotot és mentális betegségeket, melyek e magas rizikójú csoportnál a későbbi öngyilkos viselkedést, ismétlődést előre jelezhetik (*repetition-prediction study*). A multicentrikus kutatási program egységes definíciója szerint: *a szuicid kísérlet egy nem végzetes kimenetelű aktus, melyben az egyén tudatos - nem habituális - viselkedésmódja mások beavatkozása nélkül önkárosítást okoz; ill. tudatosan a szokásosnál ill. előírtnál nagyobb dózisu mérgező anyag bevétele történik. Mindezen cselekmények az aktuális vagy várt fizikai következményeken keresztül a személy környezetének, kapcsolatrendszerének változtatására irányulnak* (Kerkhof és mtsai, 1994).

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

*A monitoring kutatás céljai:*

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

*A részletes interjú és követéses vizsgálat (repetition-predicition study) céljai:*

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

### **III. KUTATÁSUNK ELMÉLETI HÁTTERE ÉS CÉLKITŰZÉSEI**

Kutatásunk alapkoncepciójában az öngyilkosságot egy olyan komplex emberi cselekvésnek tekintettük, melyben a tett motivációs háttere, célja, körülményei, ill. a személyiségjellemzők és az aktuális lélektani állapot, valamint a környezettel való kapcsolat és kommunikáció bonyolult interakciója eredményezi a szuicid viselkedés kialakulását. Így az öngyilkos viselkedés (a befejezett és megkísérelt önpusztítás) epidemiológiai megközelítésén túl a tett körülményeire és a kísérletezők személyiségére vonatkozó információk gyűjtése képezte vizsgálatunk jelentősebb részét.

A fentiek alapján vizsgálatunk alapvető célkitűzései. az alábbiakban körvonalazhatók:

1. A korábbi vizsgálatok nyomán (elsősorban az 1984-91 között lezajlott Baranya megyei TBZ vizsgálatokra utalunk) Pécssett és környékén kívántuk felmérni a *befejezett öngyilkosságok*, valamint az *öngyilkossági kísérletek* gyakoriságát, különös tekintettel a hazai szuicid ráták az elmúlt évtizedben észlelt csökkenésére.

2. Az *öngyilkossági kísérletet* elkövetők szociodemográfiai adatainak vizsgálata mellett részletesen elemeztük a szuicid viselkedés olyan jellemzőit, mint a módszerválasztás és az ismétlődés. Ezen kívül jelentős szerepet kapott a *nemi különbségek*, valamint az *ismételt kísérletet elkövetők* ill. az *idős szuicid kísérletezők* alcsoportjának vizsgálata, azon sajátosságokat kutatva, melyek az öngyilkos magatartás szempontjából különösen veszélyeztetett rizikócsoportokat jellemzik.
3. A *részletes interjúk mintában* az epidemiológiai megközelítésen túl a szuicid viselkedés háttérében álló pszichés problémák és lélektani folyamatok vonatkozásában kívántunk adatokat gyűjteni, különböző pszichológiai és tünetbecslő skálák segítségével. A személyiséget olyan faktorok mentén vizsgáltuk, mint a depresszió, a reménytelenség, a szuicid intenciók megjelenése, az indulatosság ill. az önértékelés.
4. Az öngyilkossági kísérlet háttérében álló okok és motivációk ill. az alkoholfogyasztás szerepének vizsgálata mellett a szuicid tettet követő *érzések* és *környezeti reakciók*, a *modellhatás* és a *szociális interakciók* felmérése is kiemelt szerephez jutott.
5. A szakirodalmi adatok alapján mintánkban részletesen elemeztük a *negatív életesemények* előfordulását ill. ezek szerepét a szuicid viselkedés kialakulásában.
6. A szuicid kísérletezők *testi és lelki állapotát* is felmértük és azt is vizsgáltuk, hogy a krónikus testi és lelki problémák (különös tekintettel a depresszió és a reménytelenség faktorára) milyen mértékben játszottak szerepet az öngyilkossági kísérletben és hogyan befolyásolták a tettet megelőző segélykérő viselkedést.
7. Prevenációs jelentősége miatt öngyilkossági kísérletet elkövetők *egészségügyi* (különös tekintettel az *alapellátásra*) ill. *mentálhigiénés szolgálatokkal való kapcsolatát* is elemeztük, kutatva a tett előtti segélykérő viselkedés mintáit.
8. Vizsgálatunk *követéses részében* a kísérletet követő egy éves időszak történéseit derítettük fel, kiemelt figyelmet fordítva a pszichés segítségnyújtás jellemzőinek feltárására és a szuicid viselkedés ismétlődésére.
9. Eredményeink értékelése során a szakirodalmi adatok tükrében kíséreltük meg a legjelentősebb különbségek értelmezését. Ebben kiemelt szerephez jutott a pécsi adatok összehasonlítása a multicentrikus vizsgálatban résztvevő *más európai centrumok* eredményeivel. A nemzetközi összehasonlító elemzések alapján a magyar kultúrára jellemző sajátosságok feltérképezését is megkíséreltük.

#### IV. KUTATÁSUNK ANYAGA ÉS MÓDSZERE

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

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

2. A vizsgálat másik részében a szuicidiumot megkíséreltek reprezentatív mintájában részletes, strukturált interjúval (EPSIS I – European Parasuicide Study Interview Schedule), majd követéses vizsgálattal (EPSIS II) kerestük azokat a jellemzőket, pszichopatológiai állapotot és mentális betegségeket, melyek e magas rizikójú csoportnál a későbbi öngyilkos viselkedést, ismétlődést előre jelezhetik (*repetition-prediction study*). A kutatás strukturált interjúja (EPSIS I.) részében olyan 15 évnél idősebb páciensek szerepeltek, akiket klinikánk pszichiátriai ill. krízisosztályán vagy ambulanciáján észleltünk a szuicid kísérletet követően. A multicentrikus kutatás vezetői által kidolgozott - több mint 800 változót magában foglaló - interjú (Kerkhof és mtsai, 1993) a standard demográfiai változók mellett premorbid személyiségjellemzőket, pszichoszociális környezeti tényezőket, életeseményeket, megelőző kezelési formákat, továbbá pszichopatológiai jellemzőket (depresszió, reménytelenség, agresszió, önértékelés stb.) vizsgál. A fentiekén kívül információkat szolgáltat a testi-lelki betegségeket ill. aktuális test és lelki állapotot, a rendszeres gyógyszereszedést, valamint a háziorvossal és a mentálhigiénés szolgálatokkal való kapcsolatot illetően is.

3. A szuicid kísérletezőkre vonatkozó vizsgálat során **1997. július 1. és 2001. június 30.** között összesen **1158 szuicid kísérletet** elkövető páciens adatait gyűjtöttük össze. A strukturált interjúja (EPSIS I) vizsgálat 1997. július és 1998. szeptember között történt. Ezen időszak alatt **101 interjút** vettünk fel öngyilkos kísérletezőkkel. A kezdeti interjú mintából **58 páciensnél** került sor az 1 éves követéses vizsgálatra. A részletes interjú minta reprezentatívnak tekinthető a teljes monitorizált szuicid kísérletes csoportra, kor, nem és végzettség tekintetében

4. A vizsgálat területe (catchment area) főként **Pécs** városát, de részben a **városkörnyéki** régiót is lefedte, ez megközelítőleg **160 000 lakost** jelent. A szuicid kísérletekre vonatkozó információk a mentőszolgálaton keresztül a felvételes kórházakba történt beutalásokon alapultak, az egészségüggyel kapcsolatba nem kerülő páciensekről így az információ természetesen hiányos. A legtöbb európai centrumhoz hasonlóan vizsgálatunkban az összes területen működő és szuicid kísérletezők ellátást végző egészségügyi intézmény nem volt elérhető, így a teljes régióra vonatkozóan az öngyilkossági kísérletek gyakoriságának megállapításában a kutatási protokoll által javasolt becslési módszert alkalmaztuk. A mentőktől, az ambuláns és kórházi ellátó rendszerektől származó információk szerint a monitor rendszerünk által elért pécsi szuicid kísérletezők az összes kísérletező kb. 70 %-át teszik ki. Így az adott ellátó rendszer és a mentők által szolgáltatott kontroll alapján az 1,4-es "estimation factor" (a tényleges paraszuicidium szám és az adatgyűjtés által elért minta aránya) volt megállapítható (ez nagyjából megfelelt az összeurópai átlagnak). **Adatgyűjtésünk pontosságának ellenőrzése** érdekében a monitor kutatás és a mentőszolgálat adatbázisának összehasonlítását is elvégeztük a szuicid kísérletezőkre vonatkozóan. Ennek során a két minta összetételének jelentős kor- és nembeli egyezését találtuk, mely igazolta adatgyűjtésünk megbízhatóságát. Az **adatok feldolgozása és statisztikai elemzése** Excel 7.0, valamint SPSS Windows 7.5 számítógépes statisztikai programok segítségével történt. A statisztikai vizsgálatban deskriptív módszereket (keresztábrák elemzés -  $\chi^2$  próba), nem-parametrikus próbákat (Kruskall-Wallis, Mann-Whitney), valamint a Pearsons-féle korrelációs próbát alkalmaztunk. Ezen kívül az ismétlők jellemzőinek vizsgálata során az egyes tényezők szerepének pontosabb értékelése érdekében logisztikus regressziós modellt használtunk.



## V. EREDMÉNYEK

### V.1. A vizsgált régió öngyilkossági halálozása

1. A vizsgált hat éves időszakban (1995-2000) Pécsen **268 befejezett öngyilkosság** történt (198 férfi és 70 nő). 1995-től kezdődően fokozatos csökkenés volt megfigyelhető, ez a tendencia 1999-ig tartott, 2000-ben ismét némi növekedés volt észlelhető (a férfiaknál kifejezettebb mértékben) A szakirodalmi adatokhoz hasonlóan a **férfiak** jelentős túlsúlyát találtuk (férfi/nő arány: 2,8/1). A kormegoszlást tekintve a férfiak között a nagyobb volt a **fiatalok ill. középkorúak** (20-49 év – 50% vs. 23 %), míg nőknél az **50 év feletti aránya** (74 vs. 48 %). A pécsi befejezett öngyilkosságot elkövetők populációjának vizsgálata során nyert eredményeink nagyjából megfeleltethetők a vonatkozó szakirodalmi adatoknak (férfi dominancia, közép-és időskorúak magas aránya, violens módszerek gyakorisága). Figyelemre méltó, hogy a pécsi mintában a **gyógyszermérgezések** viszonylagosan alacsonyabb arányát tapasztaltuk, a korábbi adatokhoz képest (Arató és mtsai, 1988). Ez egybevág a “soft” módszerek használatának országosan is csökkenő tendenciájával (Zonda, 2001). Úgy tűnik, hogy ebben a kifejezett toxicitással bíró **pszichofarmakonok háttérbe kerülése** is jelentős szerepet játszhat.
2. Vizsgálatunkban a halottak pszichiátriai anamnézisének feltérképezését is megkíséreltük. Ennek során a PTE ÁOK Pszichiátriai Klinika (mely a terület pszichiátriai ellátást végzi) adatbázisában 1994-2000 között gyűjtöttünk adatokat a tett elkövetését megelőző időszakra (minimálisan 1 évre) vonatkozóan. A szakirodalmi adatokhoz képest viszonylag alacsonyabb számban (a minta közel egyötödében) szerepelt **megelőző pszichiátriai hospitalizáció** (Pirkis, Burges, 1998). Az irodalmi adatokhoz (Ozsváth, Kóczán, 1985, Arató és mtsai, 1988, Buda, 1997) hasonlóan számottevő arányban (közel 50 %-ban) szerepelt ebben a mintában **korábbi kísérlet**, ezt gyakran fél ill. egy éven belül követte a befejezett szuicidium.
3. A pszichiátriai kezelésben részesültek diagnosztikus besorolását tekintve az **affektív zavarok** (különösen a nők között) és az **alkoholfüggőség** (főleg férfiaknál) fordult elő leggyakrabban. Az öngyilkossági kísérletet elkövetőkhöz képest az affektív zavarok, addikciók, az organikus és pszichotikus zavarok magasabb ill. az alkalmazkodási zavarok alacsonyabb aránya a befejezett szuicidiumot elkövetők **súlyosabb pszichés problematikájára** hívja fel a figyelmet.
4. Vizsgálatunk eredményei arra utalnak, hogy az öngyilkosságot elkövetők populációján belül megkülönböztethető egy olyan alcsoport, melyre **jelentős pszichopatológiai problémák**

fennállása és a **korábbi szuicid viselkedés** kifejezett gyakorisága jellemző. Emiatt többször részesültek pszichiátriai kezelésben is, nagy arányban a tettet megelőző időszakban. Tehát mintánkban is igazolódott, hogy a fatális kimenetel szempontjából a súlyosabb pszichopatológiai eltérések (pszichés zavarok) és a korábbi öngyilkossági kísérlet fokozott rizikót jelent. Eredményeink azonban arra is utalnak, hogy bár számos esetben került sor osztályos kezelésre röviddel a tettet megelőzően, ennek ellenére sem volt megelőzhető az öngyilkosság, ez pedig a **pszichiátriai ellátás hatékonyságának** problémáira hívhatja fel a figyelmet.

## V.2. A MONITOR VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI (Az öngyilkossági kísérletezők jellemzői)

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

2. Az elmúlt évtizedben az öngyilkossági kísérletek gyakorisága **alig változott**, míg a halálozás **jelentősen csökkent**. A pécsi minta nemi megoszlása nagyjából megfelelt a korábbi epidemiológiai adatoknak. A fiatalok mellett azonban a **középkorú és idős** populációban (elsősorban a nőknél) is gyakoribb volt az öngyilkossági kísérlet.

3. A korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan a kísérletezőket **instabilabb interperszonális és egzisztenciális tényezők** jellemezték, melyek az ismétlők esetében még kifejezettebben jelentek meg. Fontos eltérést jelentett az európai adatokhoz képest, hogy a pécsi mintában a magány ill. izoláció jóval ritkábban fordult elő, ez alapján a **konfliktuózus interperszonális viszonyok** szerepe fontosabbnak látszik.

4. A módszerválasztás tekintetében a pécsi adatok nem különböztek jelentősen a korábbi ill. az európai vizsgálatok eredményeitől, viszont a választott pszichofarmakonok megoszlása igen jellegzetes volt. Ez összefüggésbe hozható az egyes gyógyszerek **elérhetőségével** ill. a hazai **gyógyszerfelírás és fogyasztás anomáliáival** is. A módszerválasztásban észlelt változások (elsősorban a kevésbé toxikus gyógyszerek elterjedése) fontos szerepet játszhatnak a befejezett öngyilkosság rátájának csökkenésében is.

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

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

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

### **V.3. A RÉSZLETES INTERJÚS VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI**

#### ***A pszichológiai skálák elemzése***

1. Vizsgálatunkban a szakirodalmi adatok alapján kísérletet tettünk a szuicid kísérletet elkövetők lelkiállapotának pontosabb feltérképezésére. A kísérletezőkkel felvett részletes interjú

több pszichológiai és tünetbecslő skálát is magában foglalt: úgymint a **Beck Depressziós Skála** (Beck és mtsai, 1961), a **Beck Reménytelenség Skála** (Beck és mtsai, 1974, Perczel és mtsai, 2001), **Beck Szuicid Intenció Skála** (Beck és mtsai, 1974), valamint a harag ill. az agresszív indulatok megjelenését vizsgáló **Harag Skála** (Spielberger, 1980) és az önértékelést felmérő **Rosenberg Önbizalom Skála** (Rosenberg, 1965). Ezen skálák átlagpopulációs értékei nem állnak rendelkezésre, így az öngyilkossági kísérletezők normál kontrollal való összehasonlítása csak részlegesen volt kivitelezhető. Mindazonáltal megállapítható, hogy a legtöbb skálában viszonylag **magas átlagértékeket** találtunk, míg az Önbizalom Skálánál inkább az alacsony átlagpontok voltak jellemzők. Jelentős nemi különbséget az egyes skálák vonatkozásában nem észleltünk. Normál kontrollcsoporttal való összehasonlítás során a szuicid kísérletezők mintája a depressziós skálában szignifikánsan magasabb, míg az önbizalom skálában lényegesen alacsonyabb átlagértéket ért el.

2. A tesztben szereplő pszichológiai skálák alapján a kísérletezőket **kifejezettebb depressziós tünetek** ill. **reménytelenségérzés** jellemezte. Az alacsony önértékelés mellett a **temperamentumbeli eltérések** (kifejezett indulatosság mind aktuálisan, mind a személyiségre általában jellemző módon) is jelentősek voltak. Ezen adatunk figyelemreméltó összefüggést mutat az impulzivitás szuicid viselkedésben játszott szerepét vizsgáló kutatásokkal (Brodsky és mtsai, 1997, Mann és mtsai, 1999).

3. Az ismételt szuicid kísérletet elkövetők csoportjára jellemző volt a kifejezettebb depressziós hangulat, reménytelenségérzés, indulatosság (nemcsak az aktuális, hanem a személyiséget általában jellemző faktora) és az alacsonyabb önértékelés. Ez a tény pedig az ismétlők vonatkozásában az aktuálisan megjelenő súlyosabb pszichés tünetek mellett, a **személyiség mélyebb patológiájára** hívja fel a figyelmet.

4. Az egyes skálák egymással való korrelációjának vizsgálata - a szakirodalmi adatokhoz hasonlóan - igazolta a depresszió és reménytelenség faktorának **szoros összefüggését**, de emellett ezen skálák erős korrelációját az **indulatosság** faktorával is. Míg a szuicidium tervezettségével való összefüggés jóval lazább volt. Ez az eredmény a kísérletekben az **agresszív indulatok** kezelésének - aktuális tüneti képen túlmutató – problémájára hívja fel a figyelmet. Feltételezésünknek megfelelően a pszichopatológiai eltéréseket jelző skálák negatívan korreláltak az önbizalommal. Az egyes skálák összefüggéseinek a teoretikusan szempontból koherensnek tekinthető mintázata mintegy igazolta a tesztek szuicid populációban való alkalmazhatóságát.

### ***Az öngyilkossági kísérlet háttérében álló okok és motivációk***

1. A kísérletek háttérében megjelölt okok és motivációk között leggyakrabban a különböző **interperszonális problémák** ill. **konfliktusok**, ill. a menekülés vágya szerepeltek (Kóczán, 1994). Érdekes módon ezen adatunk jelentős egyezést mutat a korábbi vizsgálatokkal (Kádár és Cselkó, idézi Buda, 1997), vagyis a közeli emberi kapcsolatokban megjelenő problémák az eltelt közel három évtized jelentős társadalmi változásai ellenére napjainkban is kiemelkedő szerephez jutnak az öndestruktív magatartás háttérében. Vizsgálatunkban jelentős nemi különbségekre is fény derült, ezek közül a férfiaknál a jóval gyakrabban megjelenő **munkanélküliség** ill. **krónikus alkoholizálás** emelhető ki (Gubacsi, 1998). Az ismételt öngyilkossági kísérletet elkövetők között (különösen a nőknél) markáns módon jelentek meg a **kapcsolati problémák**.

2. Az összeurópai adatokhoz képest (Bille-Brahe és mtsai, 1998) a pécsi mintában jóval gyakrabban számoltak be partnerkapcsolati **konfliktusokról** ill. **veszteségekről** az öngyilkossági kísérlet háttérében, a motívumok között pedig gyakrabban jelent meg a ragaszkodás kifejezése, a büntudatkeltés, mások véleményének befolyásolása ill. mások helyzetének megkönnyítése. Ennek alapján úgy tűnik, hogy a magyar kultúrában az öndestruktív viselkedés **kapcsolati** ill. **kommunikatív** aspektusa különös fontossággal bír (a búcsúlevelek transzkulturális összehasonlító elemzésével foglalkozó kutatásunk hasonló eredményekhez vezetett /Osváth és mtsai, 1996, Lenaars és mtsai, 1998).

### ***A korábbi öngyilkossági kísérletet követő érzések és környezeti reakciók***

1. A kísérletezőkre jellemző volt, hogy a tettet követően elsősorban saját magukkal kapcsolatos **negatív érzések** ill. **bizonytalanság** volt észlelhető, a pozitív érzelmek kevésbé szerepeltek (a férfiaknál inkább). A környezet részéről azonban gyakrabban jelent meg a kísérletezőkhöz való **pozitív viszonyulás** (különösen a nőket illetően). A párhuzamosan megjelenő **negatív megítélés** pedig az önpusztítással kapcsolatos **ambivalens környezeti reakcióra** utal (Fekete és mtsai, 1998). Az összeurópai adatokban sokkal inkább domináltak a kísérletet követő negatív érzések és a bizonytalanság és kevésbé volt jelen az elfogadó attitűd (Bille-Brahe, 1998). Ezen adatunk megerősíti a **pozitív környezeti reakciók** szerepét a hazai öngyilkossági kultúrában (Buda, 1997).

### ***Alkoholfogyasztás mintái a szuicid kísérletezők csoportjában***

A kísérletezők között – hasonlóan a korábbi hazai adatokhoz (Temesváry, Szilárd, 1985, Kóczán, 1994) - jelentős arányban szerepeltek azok, akik az **átlagot meghaladó mértékben** ill.

**gyakorissággal** fogyasztottak alkoholt. A férfiak között jóval többen voltak a rendszeres alkoholfogyasztók (ez egybevág az alkoholfüggőségnek a teljes monitorizált csoport pszichiátriai diagnózisai között észlelt magasabb előfordulásával). Az ismétlők csoportjában a rendszeres alkoholfogyasztók aránya jóval magasabb volt és ennek súlyosabb formái is gyakrabban jelentek meg (a nőknél kifejezettebb volt az eltérés a két csoport között). Eredményeink egybevágóak a szakirodalmi adatokkal, melyek szerint ezen devianciaformák gyakran társulnak egymással (Andorka és mtsai, 1972, Buda, 1997). A súlyosabb pszichopatológiai eltérésekkel jellemezhető ismétlő populációban (különösen a férfiak esetében) ez az összefüggés különösen markánsnak bizonyult.

### **A modellkövetés szerepe a mintában**

1. A szuicid kísérletezők többségénél (nőknél kissé gyakrabban) derült fény a környezetükben szuicid cselekményre, ezekben leggyakrabban a **közeli rokonok** szerepeltek, a barátok ill. távoli rokonok aránya kisebb volt. Az előbbi csoportban az anya, a lánytestvér ill. az apa öngyilkossági cselekménye jelent meg leggyakrabban, összességében a **nőnemű modellszemélyek** aránya volt kiemelkedő.
2. A korábbi hazai (Huszár, Kopp, 1985, Temesváry, 1986) ill. a pécsi modellkövetés vizsgálat (Fekete, Schmidtke, 1995) eredményei megközelítőleg hasonló arányokat mutattak, így vizsgálatunk mintegy megerősítette a **modellkövetés kultúránkra jellemző magas gyakoriságát** (Buda, 1997).
3. Eredményeinket az összeurópai adatokkal összehasonlítva (Schmidtke és mtsai, 1997) kiderült, hogy a pécsi kísérletezők környezetében **több modellszemély szerepelt és közülük több volt a közeli rokon.**
4. Vizsgálatunk megerősítette a korábbi pécsi transzkulturális összehasonlító elemzés (Fekete, Schmidtke, 1995) eredményeit, melyek az öngyilkosság komplex folyamatában a **szociokulturális transzmisszió** szerepére utaltak. A pécsi kísérletezők mélyebb involválódása a modelleseményekbe ill. a családi modellszemélyekkel való gyakoribb kontaktusok a **közvetlen családi minták** jelentőségét emelik ki (Koltai, 1999). Eredményeink felhívják a figyelmet a **túlélő családtagok** számára nyújtott pszichés támogatás fontosságára (Jegesy és mtsai, 1995, Koltai, 1999) is, mivel a modellel való azonosulás ill. mintakövetés megelőzése kifejezett **prevenációs jelentőséggel** bír.

### **A szociális integráció vizsgálata**

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

### **Életesemények a szuicid kísérletezők csoportjában**

1. A pécsi szuicid kísérletezők csoportjában – a vizsgálatban résztvevő más európai centrumokhoz (Arensman, 1997) ill. a korábbi baranyai vizsgálatához (Kóczán, 1994) hasonlóan jelentős arányban szerepeltek különböző **negatív életesemények**. Ezek között gyakoriak voltak a **gyermekkorban** átélt súlyos traumák (pl. fizikális és szexuális abúzus, szeparáció, elhanyagolás vagy lelki bántalmazás, veszteségélmények). Emellett a **diszharmónikus családi működést** közvetve tükröző események (pszichés problémák, kapcsolati konfliktusok) is nagy arányban szerepeltek. Egyes életesemények előfordulásában jelentős nemi különbség is ábrázolódott, a legtöbb életesemény a nők között gyakrabban fordult elő.
2. A negatív történések a páciensek későbbi életkorában is gyakran előfordultak, különösen a **konfliktuózus partnerkapcsolat** volt jellemző. A személyiség fejlődését és érését befolyásoló tényezők mellett a stresszorok jelentős része a kísérletet megelőző évben is jelen volt a páciensek életében.
3. A negatív életesemények gyakorisága kifejezett pozitív korrelációt mutatott olyan kiemelkedő **pszichopatológiai tünetekkel**, mint a depresszió, a reménytelenség, vagy az indulatosság és negatív összefüggésben volt az önértékeléssel.
4. Az öngyilkosságot **ismételten megkísérlők** nagyobb arányban számoltak be negatív életeseményekről, mint az első kísérletet elkövetők.
5. Eredményeink az összeurópai adatokkal (Arensman és mtsai, 2001) való összehasonlítása arra utalt, hogy az életeseményeknek az öngyilkossági kísérletezők csoportjában észlelt magas aránya **általános jellemzőnek** tekinthető, a kulturális faktorok feltehetően kisebb szerepet játszhatnak.
6. Eredményeink a vonatkozó szakirodalmi adatokhoz hasonlóan arra utalnak, hogy a negatív történéseknek szerepe lehet a személyiség **diszharmonikus fejlődésében**, mely jelentős **pszichopatológiai eltérések** kialakulásához vezethet és ezen keresztül, vagy ezzel párhuzamosan

**öndestruktív viselkedésformákat** eredményezhet (stressz-diatézis modell /Mann és mtsai, 1999/). Vizsgálatunk szerint ez az összefüggés különösen jellemző az öndestruktivitás szempontjából kiemelten veszélyeztetettnek tekinthető **ismétlő** csoportra.

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

### ***A testi és lelki állapot összefüggése az öngyilkossági kísérellettel***

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

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

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

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



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

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

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

### ***Az egészségügyi szolgálatokkal való kapcsolat sajátosságai***

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

2. Úgy tűnik, hogy a háziorvosok szuicidprevencióban betöltött szerepének egyik fontos összetevőjét képezheti az alapellátó rendszer **elérhetősége**. Ezt a svájci adatokkal való összehasonlítás során kapott eredményeink is megerősítették, hiszen a háziorvosok jobb elérhetősége elősegítheti a személyesebb és bizalmasabb **orvos-beteg kapcsolat** kialakulását, melyben nemcsak a testi, hanem a lelki panaszok megosztása is lehetővé válik (Michel és mtsai, 1997). Pécsen az elérhetőség korlátozottabb, így inkább csak a **szomatikus ellátásra** nyílik lehetőség, míg **személyes, érzelmi kapcsolat** kialakulására kevés esély kínálkozik. Ez állhat jelen felmérésünk eredményeinek hátterében, vagyis, hogy a beteg krízishelyzetben vagy egyéb

lelki problémák esetén felkeresi ugyan családorvosát, de a formális orvos-beteg viszony ill. a bizalmas beszélgetésre alkalmatlan helyzet miatt nem vagy csak rejtetten képes segítséget kérni ill. nem tudja orvosával lelki problémáit megosztani. Ebből a helyzetből következően a házi orvos sem ismeri fel a súlyos lélektani állapotot és így segíteni sem tud ennek megoldásában. Az orvossal való találkozás során a megfogalmazott testi panaszok mögött rejtőzködő lelki problémák elhallgatásában az orvos és a páciens **hibás "együtműködése"** fontos szerepet játszhat, ebben talán (a magyar kultúrára jellemző módon) az önpusztítással kapcsolatos **ambivalens attitűd** érhető tetten (Fekete és mtsai, 1998).

**3.** Összességében megállapítható, hogy a szuicid kísérletezők között a házi orvosi kontaktus mellett a pszichiátriai szolgálatokkal való kapcsolat is nagy gyakorisággal fordult elő. Ez a tény a magas ismétlődési rátával együtt arra utal, hogy ezen ellátási formák **alacsony hatékonysággal** működnek, vagyis csak kis mértékben nyújtanak segítséget a későbbi öndestruktív viselkedés megelőzésében. Így a pszichiátriai szakellátási formák **elérhetőségének és effektivitásának javítása** nagymértékben hozzájárulhat a szuicidium eredményesebb megelőzéséhez. Ezen kívül a kifejezetten az öngyilkossági kísérletet elkövetőkkel foglalkozó **krízisszolgálatok fejlesztése** a szekunder prevenciót segíthetné elő. Másrészt a **házi orvosok továbbképzése** (Rutz, Rihmer, 1997) is kiemelt szereppel bírhat, hiszen az esetleges depressziós tünetek ill. a preszuicidális lelkiállapot pontosabb felismerése szintén javíthatja az ellátást. Kiváltképp a korábban már öngyilkosságot megkísérelt páciensek kiszűrése és kezelése látszik különösen fontosnak, lehetőség szerint a mentálhigiénés szolgálatok bevonásával.

#### **V.4. A követéses vizsgálat eredményei**

1. Az első interjú után egy évvel a kutatási protokoll szabályai szerint – előzetes beleegyezésük alapján - kíséreltük meg a résztvevőkkel való ismételt kapcsolatfelvételt. Ez **56 esetben** járt sikerrel, ezen kísérletezők esetében került sor a követéses interjú felvételére. **3 esetben** jelezték a hozzátartozók, hogy a páciensek befejezett öngyilkosságot követtek el, közülük két esetben tudunk adatokat nyerni a hozzátartozóktól az első interjú és a szuicidium között eltelt időszak eseményeire vonatkozóan. A követéses vizsgálatban résztvevők csoportja a legfontosabb szociodemográfiai információkat ill. a szuicid kísérlet ismétlési arányát tekintve reprezentatív volt a teljes interjúk mintára vonatkozóan. Vizsgálatunkban a követés időszak alatt történt **befejezett öngyilkosságok** néhány százalékos előfordulása nagyjából megfelelt a szakirodalmi adatoknak (Zonda, 1988).

2. Az első interjút megelőző szuicid kísérletet követően igen nagy arányban pszichiátriai **osztályos kezelésre** került sor, de ez gyakran csak rövid ideig tartott. Ezt többnyire hónapokig tartó **ambuláns kezelés** követte, melynek során rendszeresen találkoztak a terapeutájukkal, a terápiás ülések ideje viszont elég nagy változékonyságot mutatott. A kezelés a kísérletezők jelentős részében farmakoterápiát (is) jelentett. A **nyugtató** szedése volt a leggyakoribb, a nők között a **hangulatjavító** medikáció aránya is jelentős volt. A páciensek az osztályos kezeléssel általában jobban meg voltak elégedve, mint az ambuláns terápiával.

3. A követés időszaka során **újabb öngyilkosságot megkísérlők** sokkal gyakrabban számoltak be testi és lelki problémákról, ill. szuicid gondolatokról. Ennek ellenére ritkábban álltak kapcsolatban házi orvosukkal, de a kapcsolatuk intenzívebb volt és kedvezőbben is értékelték ezt. Ezek az adatok arra utalnak (hasonlóan az EPSIS I. mintában tapasztalhoz), hogy az ismétlők esetében a rendszeres és jónak értékelt házi orvosi kapcsolat ellenére sem került sor a **szuicid veszély felismerésére**, így ennek **megelőzése** is elmaradt.

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

5. Más európai centrumok adataival (Arensman, 1997) való összehasonlítás során kiderült, hogy a pécsi mintában mind a kísérletet követő ambuláns, mind az osztályos pszichiátriai kezelésben részesülők aránya jóval magasabb volt. Az ambuláns kezelés során azonban a holland

mintában a páciensek jóval gyakrabban találkoztak a kezelőorvosukkal és a terápiás ülések is hosszabb ideig tartottak.

6. A követéses vizsgálat eredményei igazolták, hogy ez a populáció **fokozottan veszélyeztetett** a szuicid magatartás ismétlődése szempontjából. Annak ellenére, hogy nagy gyakorisággal részesültek pszichiátriai kezelésben és ambuláns terápiában, ez számos esetben **nem volt eredményes**, jelentős arányban jelentkeztek szuicid intenciók és több esetben **újabb kísérletre** is került sor. Az ismétlők kezelésében észlelt eltérések a korábbiakban részletezett eredményekhez hasonlóan a **mentálhigiénés ellátás insufficienciájára** utalhatnak (ez a páciensek értékelésében is megjelent). A kezelés gyakran csupán a **gyógyszeres terápiában** merült ki, mely sok esetben szolgált az **ismételt kísérlet eszközüül**. Eredményeink arra hívják fel a figyelmet, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövetők kezelésében az általános pszichés/pszichoterápiás segítségnyújtáson túl **speciális terápiás intervenciók** (Arensman, 1997, Buda, 1997) alkalmazása is elengedhetetlen.

## VI. A VIZSGÁLAT LEGFONTOSABB EREDMÉNYEI – ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSOK

1. A korábbi Baranya megyei vizsgálathoz képest adataink szerint az elmúlt évtizedben az öngyilkossági kísérletek **gyakorisága alig változott**, a halálozás viszont **csökkent**. A befejezett öngyilkosságot elkövetők csoportjában az idősebb korosztály dominált, a kísérletezők között a fiatalok mellett azonban a **középkorú és idős populáció** (elsősorban az idős nők) is jelentős arányban szerepeltek.
2. Más vizsgálatokhoz hasonlóan a szuicidiumot elkövetőket a **violens módszerek**, míg a kísérletezőket inkább a **gyógyszermérgezés** gyakorisága jellemezte. A kísérletezők között az önmérgezésben választott pszichofarmakonok megoszlása igen jellegzetes mintát mutatott, mely összefüggésbe hozható az egyes gyógyszerek **elérhetőségével** ill. a hazai gyógyszerfelírás és fogyasztás **anomáliáival** is. A módszerválasztásban észlelt változások (elsősorban a **kifejezett toxicitással bíró pszichofarmakonok** háttérbe kerülése) fontos szerepet játszhatnak a befejezett öngyilkosság rátájának csökkenésében is.
3. A kísérletezőket jelentős depressziós tünetek (érzelmi, kognitív, vegetatív) és kifejezett reménytelenség jellemezte, melyek a pszichiátriai diagnózison túl egy **aktuális emocionális krízisállapot** fennállására utalnak. A háttérben álló **személyiségproblémákra** hívja fel a figyelmet az indulatosság faktorának magas átlaga, ill. az alacsony önértékelés. A kísérletek háttérében a tervezettséggel szemben az **indulatkezelés zavarának** – az aktuális tüneti képen túlmutató - szerepe bizonyult jelentősebbnek.
4. A gyakran előforduló **testi betegségek** szerepe is figyelmet érdemel, hiszen sok esetben társultak depressziós panaszokkal. Mind a **depressziós tünetek** ill. a **reménytelenség**, mind a **krónikus szomatikus betegségek** (különösen együttes előfordulásuk esetén) jelentős rizikófaktor jelentenek a szuicid magatartás kialakulása szempontjából.
5. Az öngyilkossági kísérletezőket jelentős arányban jellemezték **instabil interperszonális és egzisztenciális tényezők** (leginkább a munkanélküliség). Mintánkban a kísérletek háttérében nem annyira a magány és az izoláció szerepe volt kiemelkedő, mint inkább a **konfliktuózus interperszonális viszonyoké**.
6. Mintánkban külön alcsoportot képeztek a **65 év feletti kísérletezők**, akiknél a **hangulat- és az organikus zavarok** kiemelt jelentőségére derült fény, körükben az öngyilkossági kísérlet háttérében ezen megbetegedések **aluldiagnosztizálása és kezelése** ill. az **inadekvát pszichoszociális támogatás** is igen jelentős szerepet játszhatott.

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

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

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

10. Az öngyilkossági kísérletezők (különösen a nők) nagy gyakorisággal állnak a kapcsolatban a **házi orvosi ill. pszichiátriai ellátással**. Ennek ellenére (ellentétben más európai eredményekkel) gyakran **nem észlelték** az öngyilkossági veszélyt és így elmaradt az adekvát segítségnyújtás is. A **depressziós tünetek** növelték az orvoshoz fordulás gyakoriságát, de ez többnyire **nem kerül felismerésre** és csak kevés páciens (különösen a férfiak közül) részesül adekvát kezelésben ill. antidepresszáns terápiaiban. Az ellátás problémáiban az egészségügyi szolgálatok **elérhetősége** különösen fontos faktort jelenthet. Az ismételt kísérletet elkövetők között az egészségügyi és mentálhigiénés ellátásban részesülők aránya különösen magas volt, ez pedig ezen szolgálatok szuicidprevenációs **insufficienciájára** ill. **ineffektivitására** utalhat. A segítségnyújtás elmaradásában a magyar kultúrára jellemző módon az önpusztítással kapcsolatos ambivalens attitűd révén **“az egészségügy szuicidogén mikroklímájának”** nevezett jelenség (Temesváry, 1996) is szerepet játszhat.

11. Vizsgálatunk számos eredménye jelentős egyezést mutatott más európai centrumok adataival. A korábbiakban részletezett különbségek (ismétlők magasabb aránya, interperszonális konfliktusok gyakoribb előfordulása, elfogadó, de egyben ambivalens reakció a környezet részéről, modellkövetés kiemelt szerepe) azonban arra utalnak, hogy az általános jellemzők mellett a **kulturális faktorok** is meghatározó jelentőségűek az öngyilkos viselkedés

kialakulásában. A nemzetközi összehasonlítás alapján a kedvezőtlen hazai öngyilkossági helyzet vonatkozásában az **egészségügyi és mentálhigiénés ellátás anomáliái** is kitüntetett szereppel bírnak.

## VII. A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK KLINIKAI ÉS PREVENCIÓS JELENTŐSÉGE

1. Vizsgálatunk szerint az öngyilkossági veszély felismerésében kiemelkedő jelentőségűek az olyan aktuális pszichés tünetek, mint pl. a **depresszió vagy a reménytelenség**. Ezek felmérésében jelentős segítséget nyújthat az interjú során használt **skálák** mindennapi gyakorlatban való alkalmazása.
2. Vizsgálatunk adatai megerősítették, hogy a szuicid viselkedés szempontjából jelentős **rizikófaktorok** (pl. idős kor, korábbi kísérlet, hosszan tartó testi ill. lelki betegségek) kiemelt figyelmet igényelnek, különösen több tényező **együttes megjelenése** esetén.
3. Elengedhetetlen a szuicid viselkedés szempontjából veszélyeztetett pácienseknek már az **alapellátásban való felismerése és kezelése** (különös tekintettel az olyan inadekvát gyógyszerrendelés elkerülésére, mint pl. a csak tüneti terápiát szolgáló nyugtatók felírása).
4. A pszichiátriai segítségnyújtás során a **mentális zavarokban** (elsősorban a hangulatzavarok ill. az alkoholfüggőség) szenvedők adekvát kezelése különösen fontos, ahogy az **öngyilkosságot ismételten megkísérlők** terápiája is kiemelkedő jelentőségűnek tekinthető a prevenció szempontjából. Mivel ez számos nehézséggel járhat, sok páciens számára - különösen személyiségzavar fennállása esetén - **speciális pszichoterápiás** megközelítés lehet szükséges (Linehan, és mtsai, 1991).
5. A kísérletezők **farmako- és pszichoterápiáját** illetően azonban ma még sok a megválaszolatlan kérdés (Hawton és mtsai, 1998), emiatt ez a téma további intenzív kutatásokat igényel. Annyi azonban bizonyos, hogy a gyakran megjelenő **traumatikus életesemények** feldolgozása központi fontosságú a terápiában. A szuicidiumot megkísérlők kezelésének elméleti hátterét a **komplex bio-pszicho-szociális** szemlélet alkotja. Ebben a megközelítésben a pszicho és farmakoterápia mellett a gyakran előforduló **szociális ill. egzisztenciális problémák** megoldásában nyújtott segítség is fontos szereppel bír.
6. Az öngyilkosság prevenciójában az egészségügyi szolgálatok **elérhetőségének és hatékonyságának** javítása, a mentálhigiénés ill. pszichiátriai ellátó rendszerek **fejlesztése, speciális krízisszolgálatok** kialakítása ill. a jelenleg is eredményesen működő **telefonszolgálatok** továbbfejlesztése kiemelt jelentőségűnek látszik. Ezen kívül az egészségügyi

ellátásban dolgozók (elsősorban a házi orvosok) a modern szuicidológiai szemléletnek megfelelő **továbbképzése** is kulcsszerepet játszik.

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

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



**Az értekezés témájában megjelent közlemények, idézhető absztraktok, könyvfejezetek**I. MAGYAR NYELVEN

- Fekete, S., Jegesy, A., Angyal, M., Osváth, P., Trixler, M.: A gyógyszerválasztás és letalítás összefüggései és a prevenció lehetőségei gyógyszeres befejezett és megkísérelt szuicidiumok 10 éves anyagában. Neuropsychopharmacologia Hungarica, 2000, 2:70-77.
- Fekete, S., Osváth, P.: A szuicid kísérletek diagnosztikus és prevenció háttere – áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának 2 éves adatai alapján. Orvosi Hetilap, 2000, 141:2427-2431.
- Fekete, S., Osváth, P., Ábrahám, I.: Ismétlődés és prediktív tényezők a szuicid viselkedésben a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidológiai Kutatás pécsi centrumának 2 éves anyagában. Psychiatria Hungarica, 2000, 15: 566-574.
- Osváth, P., Fekete, S., Michel, K.: Az egészségügyi ellátással való kapcsolat az öngyilkossági kísérlet előtt. Összehasonlító vizsgálat a WHO/EURO Multicentrikus Szuicidiumkutatás pécsi és berni centrumának adatai alapján. Szenvedélybetegségek, 2000, 8:252-258.
- Osváth, P., Fekete, S., Ábrahám, I.: Testi betegségek, lelki állapot és szuicidalitás. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. Szenvedélybetegségek, 2000, 8:425-432.
- Osváth, P., Fekete, S., Ábrahám, I.: Testi betegségek és öngyilkos viselkedés. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. Orvosi Hetilap, 2001, 142:127-131.
- Fekete, S., Osváth, P.: Szuicidium-kutatás a Pécsi Pszichiátriai Klinikán - A WHO/EURO Multicentrikus Európai Kollaboráció 3 éve. Könyvfejezet. In: Pszichiátria, művészet, kutatás. Szerk: Fekete, S., Tényi, T. PTE, Pécs, 2000, 62-70.o.
- Osváth, P., Fekete, S., Ábrahám, I., Michel, K.: Az egészségügyi ellátással való kapcsolat az öngyilkossági kísérletet megelőzően. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. Psychiatria Hungarica, 2001, 16:279-289.
- Osváth, P., Fekete, S.: Időskor és öngyilkosság. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. Orvosi Hetilap, 2001, 142:1161-64.

Osváth, P., Fekete, S., Jegesy, A., Vörös, V., Mészáros, H.: Pszichiátriai zavarok befejezett öngyilkosságot elkövetők mintájában - adatok a WHO/EURO Multicentrikus Szuicidium Kutatás pécsi centrumának vizsgálatából. Szenvedélybetegségek, 2001, 9:439-443.

Fekete, S., Vörös, V., Osváth, P.: Diagnózis és pszichopatológia öngyilkossági kísérletet elkövetők csoportjában. Neuropsychopharmacologia Hungarica, 2001, 3: 166-171.

## II. ANGOL NYELVEN

Osváth, P., Fekete, S., Michel, K.: Contacts of health care systems before suicidal behaviour – results of Pecs centre of WHO/EURO Multicentre study on parasuicide. Abstract. Psychiatria Danubina, 2000, 12 :148.

S. Fekete, P. Osváth, Gy. Kóczán, Á., Gáti: Self-Destruction and Psychopathology. Clinical validation and some results of the Ego-Structure Test developed by Günter Ammon. Dynamic Psychiatry, 2000, 33: 102-109.

Fekete, S., Osváth, P., Jegesy, A.: Choice of method and lethality in suicidal behaviour – Overdoses during a 14 years period in Baranya region, Hungary. Abstract. European Neuropsychopharmacology, 2000, 10, (Suppl 3): 267.

Osváth, P., Fekete, S., Trixler, M.: Suicidal behaviour in elderly. The role of depressive and organic disorders. Abstract. Clinical Neuroscience, 2000, 53:32.

Osváth, P., Fekete, S., Vörös, V., Trixler, M.: Suicidal behaviour in the elderly – review of results of Pécs Centre in WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Abstract. Neuropsychopharmacologia Hungarica, 2001, 3 (Suppl 3):86.

Fekete, S., Osváth, P., Vörös, V., Trixler, M.: Methods in suicide attempts – characteristics of overdoses in the sample of Pecs Centre, Hungary, in WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behavior, 1997-2000. Abstract, European Neuropsychopharmacology, 2001, 11(suppl 3):357.

Osváth, P., Fekete, S., Michel, K.: Is suicide attempt preventable? The role of health care system's characteristics in the suicide prevention – an international comparison. Psychiatria Danubiana, 2001, 13::45-51.

Osváth, P., Fekete, S., Michel, K.: Contacts of GPs and specialists before suicidal behaviour-comparison of data in Bern and Pecs centre in the WHO/EURO Multicenter Study on suicidal

behaviour. In: Suicide risk and protective factors in the new Millennium. Ed.: Grad, O., Cankarjev dom, 2001, Ljubljana., p313-314.

Fekete, S., Temesváry, B., Osváth, P.: Suicide in Hungary. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Könyvfejezet. In: Suicide and suicide attempts in Europe. (Ed.: Schmidtke, A., et al.) p202-207. Chapter 22. Kluwer, Boston, 2001.

Fekete, S., Osváth, P., Vörös, V.: Contact made to health care systems before suicidal behaviour: results of Pecs Centre of WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Abstract, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002, (Suppl), 411, 105:45.

Osváth, P., Fekete, S., Michel, K.: Contact with health care services before suicide attempt in Bern and in Pecs. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. Accepted for publication 2001.08.01.

### **Az értekezés témájában elhangzott előadások, ill. bemutatott poszterek**

#### I. MAGYAR NYELVEN

Osváth, P., Fekete, S.: Orvoshoz fordulás – cry for help – diagnosztikus és prevenciós lehetőségek a szuicid kísérletek előtt. Előadás. Magyar Szuicidium Prevenciós Társaság Nagyűlése. Pilisszentkereszt, 1999. december. 10.-11.

Osváth, P., Fekete, S.: Ismétlődés és prediktív tényezők a szuicid viselkedésben a WHO/EURO multicentrikus európai szuicidológiai kutatás pécsi centrumának 2 éves anyagában. Előadás. Magyar Pszichiátriai Társaság VIII. Vándorgűlése. Győr, 2000, január 26.-29.

Osváth, P., Fekete, S.: A szuicid kísérletek diagnosztikus és prevenciós háttere – áttekintés a WHO/EURO multicentrikus európai szuicidium kutatás pécsi centrumának adatai alapján (1997-99) Előadás. Pszichiáter Professzorok és Tanítványai Klubja (PP&TC) Második Találkozója, Veszprém, 2000, március 30.-április 1.

Osváth, P., Fekete, S., Ábrahám, I.: Szuicidalitás az időskorban. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján Előadás. Magyar Pszichiátriai Társaság IX. Vándorgűlése, Miskolc, 2001. január 24.27.

Osváth, P., Fekete S., Ábrahám, I., Michel, K.: Megelőzhető-e a az öngyilkos magatartás? Az egészségügyi ellátás szuicid prevenciók szerepe. Adatok a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának vizsgálatából. Előadás. Magyar Pszichiátriai Társaság IX. Vándorgyűlése, 2001.január 24.27., Miskolc.

Osváth, P., Fekete S.: A gyógyítástól az önmérgezésig – a pszichofarmakon választás jellemzői az öngyilkossági kísérletekben – áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kuttás pécsi centrumának adatai alapján. Előadás. Magyar Pszichiátriai Társaság V. Nemzeti Kongresszus, 2002. március 20.-23., Budapest.

## II. ANGOL NYELVEN

Osváth, P., Fekete, S.:WHO/EURO multicentre study on parasuicide – the first results of Pecs centre. Poster. 20<sup>th</sup> Congress of the International Association for Suicide Prevention, Athén, November, 6-10, 1999.

Osváth, P., Fekete, S., Ábrahám, I.: Factors of repetition and prediction in the suicidal behaviour – results of Pecs Centre of WHO/EURO Multicentre study on parasuicide. Poster. 10<sup>th</sup> European Symposium on Psychiatry, Psychiatric Epidemiology and Social Psychiatry. Budapest, April 6-8, 2000.

Osváth, P., Fekete, S., Michel, K.: Contacts of health care systems before suicidal behaviour – results of Pecs centre of WHO/EURO Multicentre study on parasuicide. Poster. 19<sup>th</sup> Danube Symposion of Psychiatry, Linz, June, 15-17, 2000.

Osváth, P., Fekete, S., Ábrahám, I., Michel, K.: Contact of GPs and specialists before suicidal behavior- comparison of data in Bern and Pecs centre in the WHO/EURO Multicenter Study on Suicide behavior. Poster. 8<sup>th</sup> European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, Bled, Slovenia, Sept. 6.-9., 2000.

Osváth, P., Fekete, S., Trixler, M.: Suicidal behaviour in elderly. The role of depressive and organic disorders. Poster. V.Magyar Alzheimer Kór Konferencia, Pécs, Oct., 26-28., 2000.

Osváth, P., Fekete, S., Vörös, V., Trixler, M.: Suicidal behaviour in elderly. Review of results of Pecs Centre in WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Poster. CINP Hungarian Regional Congress, Budapest, Sept., 20-23, 2001.

Osvath, P., Fekete, S., Vörös, V.: Contact made to health care systems before suicidal behaviour: results of Pecs Centre of WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Poster, 11th Symposium of the AEP Section Epidemiology and Social Psychiatry, Aarhus, Dánia, 17-20, April, 2002.

## Köszönetnyilvánítás

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

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

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

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

Klinikai munkatársaimnak a közös munka során nyert tapasztalatokért mondok köszönetet.

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

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

Végezetül köszönetet szeretnék mondani a Soros Alapítványnak azért a támogatásért, mely nagy segítséget jelentett a dolgozat elkészítésében.