Az elítéltek öngyilkossági attitűdjei

A Börtönügyi Szemle 2002/2. számában, a Büntetés-végrehajtási Szervezet által kiírt tudományos pályázat győztes dolgozata

1. Bevezetés

Az öngyilkosság az emberi élet talán legtragikusabb eseménye. Minden korban és kultúrában előfordul, bár eltérő gyakorisággal.

Öngyilkossági rizikófaktorok és protektív tényezők

Az öngyilkosság rendkívül komplex, multikauzális jelenség, mégis körvonalazható több, olyan tényező, amelyek fennállása esetén a suicidum esélye jelentősen megnő. Az öngyilkossági rizikófaktorok klinikai, előre jelző értéke rendkívül különböző mértékű. A suicidum pszichiátriai, pszichoszociális és demográfiai rizikófaktorait a következőképpen csoportosíthatjuk:

Elsődleges rizikófaktorok

(1) pszichiátriai betegségek: depresszió, schizophrenia, alkoholizmus / drogabúzus,
(2) megelőző öngyilkossági kísérletek,
(3) suicidum a családban,
(4) az öngyilkossági szándék / halálvágy kommunikációja,
(5) csökkent központi idegrendszeri szerotonin aktivitás, illetve alacsony szérumkoleszterin szint.

Másodlagos rizikó faktorok

(1) kora gyermekkori veszteségek (szülő halála, válás),
(2) izoláció, magányosság,
(3) súlyos, negatív életesemények,
(4) munkanélküliség, komoly anyagi problémák,
(5) dohányzás.

Harmadlagos rizikófaktorok

(1) férfi nem,
(2) adolescens / serdülőkor férfiaknál, időskor nőknél,
(3) vulnerábilis (*„sebezhető"*) periódus (tavasz, premenstruum).

A másodlagos és harmadlagos rizikófaktorok előrejelző értéke önmagában igen csekély, de ha egyidejűleg egy vagy több, elsődleges rizikó faktor is fenn áll, az öngyilkossági kockázat komolynak mondható.

A számos rizikófaktor mellett csupán kevés úgynevezett protektív tényezőt ismerünk, amelyek védelmet nyújtanak az öngyilkossággal szemben. A jó családi, szociális háttéren kívül a terhesség, a szülést követő első év, a nagyobb gyermekszám, illetve a gyakorló (nem formális) vallásosság bizonyultak olyan tényezőknek, amelyek fennállása esetén a suicidum esélye csökken.

A depresszió és az öngyilkosság

Az öngyilkosság kérdése szorosan kapcsolódik a depresszió problematikájához. Vizsgálatok bizonyítják azt, hogy a befejezett öngyilkosságok 50-70%-át kezeletlen, vagy nem megfelelően kezelt *„major depresszió"* állapotában követik el – és ezen esetek legalább felében az öngyilkosságot elkövető személynek semmilyen kapcsolata nincs orvossal, szakemberrel.

A problémát a kilencvenes évek elején a WHO ismerte fel, s a szervezet egy 1995-ös tel-avivi öngyilkossággal foglalkozó nemzetközi konferencián figyelmeztetett az öngyil-

kosságok számának növekedésére, elsősorban a fiatal férfiak körében.

A helyzet a kelet-európai országok többségében aggasztónak mondható, bár a nyugat-európai szituáció sem megnyugtató, elsősorban a vidéki körzetekben, ahol az öngyilkosság a leggyakoribb halálokok egyike.

Azért válnak a férfiak jelentősen veszélyeztetett csoporttá, mert az öngyilkosságot gyakran nem előzi meg semmilyen figyelmeztető jel vagy segítségkérés. A férfiak gyakran igen drasztikus és erőszakos (violens) módját választják az öngyilkosságnak (önakasztás, lőfegyver, magasból való leugrás stb.), amely nem sok esélyt ad a túlélésre.

Az esetek nagy többségében a férfiak az öngyilkosságot megelőzően nem beszélnek erről senkinek, félelmeiket és kétségeiket nem osztják meg másokkal, nem keresnek segítséget.

A férfiak döntő többségének az öngyilkosságot megelőzően nincs semmiféle kapcsolata az egészségügyi ellátással, szakemberrel, vagy ha mégis, gyakran szomatikus panaszokkal fordulnak orvoshoz, így nem ismerik fel a depressziót és elmarad a terápia.

Depresszió a férfiaknál – teoretikus megfontolások

Az etológia és antropológia mai ismeretei szerint a férfiak és a nők különbözőképpen reagálnak a rendkívül reménytelennek tűnő helyzetekben. A nők nyitottabbak a segítségkérésben és keresésben, és védik magukat azáltal, hogy nyugodt, visszafogott és visszahúzódó magatartásmintákat vesznek fel a szélsőségesen kilátástalan helyzetekben. Teszik mindezt azért is, hogy biztosítsák a család fennmaradását.

A férfiak gyakran máshogy reagálnak. Ha sarokba szorítva érzik magukat, akkor ingerlékenyek, viselkedésük sztereotípiákra épül és vad kitörésre, kirobbanásra hajlamosak. Harcos ösztöneik kerülnek előtérbe, nyugtalanok, agresszívek lesznek, elvesztik toleranciájukat és reális belátásukat arra nézve, hogy segítségre lenne szükségük.

Elképzelhető, hogy mély etológiai gyökerei vannak a férfiak és a nők reménytelen helyzetben tanúsított viselkedésbeli különbségei mögött.

A depresszió diagnosztikájának tudományos alapjait, önmagukat depressziósnak minősítő és segítségért forduló emberek által lejegyzett tünetek jelentették.. Ezek többsége nő volt. Ennek következtében ez a tüneti kép nem tükrözi pontosan a férfiak depressziójának és öngyilkosságának jellegzetességeit.

A férfiak depressziójának tüneti képe

Szemben a *„típusos depresszióval"* – amelyben a segítségért forduláskor a gátoltság, bűnösség-érzés, pesszimizmus és apátia dominál –, a férfiakra jellemző depressziós képet a külvilág felé eltúlzott cselekedetek, az agresszivitás, a tolerancia hiánya és az öngyógyszerelés jellemez. Az alább felsorolt szimptómák speciális részei lehetnek a férfi depresszió tüneti képének:

- alacsony toleranciaszint,
- a külvilág felé irányuló, agresszív viselkedés, csökkent impulzus kontroll,
- antiszociális viselkedés,
- időszakos dühkitörések,
- regresszió, csökkent önértékelés, elégedetlenség,
- abúzusra (visszaélésre) való hajlam.

A tüneti kép gyakran hasonló lehet az egyes személyiségzavarokban, illetve az általános stressz esetén észleltekhez. Az agresszivitás a türelmetlenség és az alacsony impulzus kontroll gyakori jellegzetességek.

Másik jelentős tényező a férfi öngyilkosság és a depresszió diagnosztikájában az időfaktor. Azon férfiak egy részével nehéz bánni, akiknek a viselkedése jelentős változást mutat az idő függvényében. Ezen férfiak viselkedése *„pszichopátiás"* jellegű. Normális körülmények között ők szociálisan jól funkcionáló, jó képességű emberek, akiknek a viselkedése a depressziós periódus idején nehezen tolerálható, és ezt az időszakot leszámítva saját maguk számára sem elfogadható. A gyors személyiség- és viselkedésváltozás férfiakban figyelmeztet a depresszió lehetséges fennállására

A férfiak depressziójának diagnosztikus nehézségei

Ahogy fentebb említettem, a férfiak nehezebben adják jelét pszichológiai értelemben vett gyengeségüknek. Ezért inkább szomatizálnak. Gyakran előfordul az, hogy utolsó kísérletként a férfiak felkeresik háziorvosukat, de nem tudják elmondani problémájukat, hanem jelentéktelen szomatikus bajokról panaszkodnak. Gyakran a képet valamilyen abúzus takarja, például a *„munkaalkoholizmus"*, az extrém sporttevékenység, a szerencsejáték, a kockázat- kereső magatartás, a döntésképtelenség, a gyermeki viselkedéshez való regresszió, az önsajnálat, az egyre növekvő lehangoltság. Ebbe – érthető módon – egy idő után, a közeli hozzátartozók és a szakemberek egyaránt belefáradnak, ami pedig nem javítja a segítséghez jutás esélyét. Ahogy a Gotland-vizsgálat is mutatja, még a depresszió és az öngyilkosság szimptómáinak széles körben való elterjesztése mellett is gyakran a nők kerestek és kértek segítséget férjeik számára. (Rhimer, Rutz 2000)

Suicidum a büntetés-végrehajtásnál

A fogvatartottak öngyilkosságai, annak kísérletei, valamint a szándékos önsértések a büntetés-végrehajtás szempontjából az egyik legkritikusabb rendkívüli eseménynek számítanak. Kevés olyan probléma van a bv. rendszerén belül, melyet olyan nehéz lenne megközelíteni, mint a fenti cselekményeket.

A gyakorlatban nehéz meghatározni és kezelni az öngyilkossági kísérleteket és szándékos önsértéseket. A cselekményeket kiváltó okok ugyanis az esetek nagy többségében rejtve maradnak. Ehhez a problémához társul az is, hogy a cselekményeket a fogvatartottak jelentős hányada alapvetően manipulatív indíttatásból követik el, így remélvén helyzetén – az adott keretek között – változtatni. Tovább színezi a problémát, hogy a manipulatív önkárosítások egy részére azért kényszerül a fogvatartott, mert közvetlen környezete (zárkatársa, munkahelyi környezete) lelki, vagy fizikai támadásának, pressziójának van kitéve.

A fogalmak meghatározásai:

Az öngyilkosság (és annak kísérlete), valamint a szándékos önsértés fogalmi meghatározásának összetettségét már korábban érintettem, az alábbiakban a vonatkozó definíciókat írom le: *Öngyilkosságot az a személy követ el, aki életének saját maga vet véget.*

Az öngyilkossághoz három kritérium tartozik:

1. a meghalás tudatos szándéka,
2. egy módszer képzete, amely alkalmas az élet kioltására,
3. a módszer cselekvés sémájának megvalósítása.

Az *öngyilkossági kísérletről*, definíciója szerint *akkor beszélünk*, ha:

Az egyén a meghalás szándékával károsítja szervezetét, de ennek következtében nem hal meg.

Az *öngyilkossági kísérlet* négy körülmény – vagy ezek kombinációjának – következtében lehet *sikertelen:*

1. a meghalás szándéka nem elég erős vagy nem egyértelmű,
2. az öngyilkosság módszere nem elég hatékony,
3. az öngyilkossági cselekedet nem megfelelő,
4. külső segítség megakadályozza, megállítja vagy megszünteti a szervezet károsítását.

A *szándékos önsértés* – klinikai – meghatározása szerint:

Szándékos (önbüntető) sérülésokozás, fatális kimenetel nélkül (Buda 1997).

A büntetés-végrehajtás esetén azonban ez a definíció kettéválik.

A fogvatartottak esetében egyrészt beszélhetünk a fenti definíció szerinti cselekményről, másrészről viszont – és ez jellemzőbb – van egy alapvetően manipulatív okokkal jellemezhető megközelítése is.

A bv. szempontjából ezek a cselekmények okozzák a legnagyobb és legnehezebben kezelhető problémát.

A manipulatív szándék és az önbüntető attitűd sok esetben együtt jár. Nehéz megítélni, hogy a cselekmény egyfajta segélykiáltást helyettesít, ahol az elkövető kilátástalan élethelyzetének megoldására ilyen módon próbálja késztetni szociális környezetét, vagy tudatosan manipulatív szándékkal próbál előnyökhöz jutni.

Az attitűd

Az attitűdök pozitív és negatív viszonyulások: tárgyak, személyek, csoportok, helyzetek vagy a környezet bármely más azonosítható mozzanatai, akár absztrakt eszmék vagy politikai irányzatok iránti vonzalmak, s tőlük való idegenkedések. Attitűdjeinket gyakran véleményként fogalmazzuk meg. Bár az attitűdök érzéseket fejeznek ki, gyakran kapcsolódnak ismereteinkhez, nevezetesen az attitűd tárgyára vonatkozó vélekedésekhez.

Ezen felül az attitűdök olykor, olyan cselekedetekhez kapcsolódnak, amelyek az attitűd tárgyára vonatkoznak. Ennek megfelelően az attitűdöket egy kognitív, egy affektív és egy viselkedéses összetevő együtteseként fogják fel.

Az attitűdök konzisztenciája (állandósága)

Legtöbbször úgy tűnik, az emberek attitűdjei rendelkeznek egyfajta belső logikával, de ez rendszerint nem valamilyen szigorú formális logika. Ez inkább egyfajta *„pszicho-logika"*, és ez az, amit *kognitív konzisztencia* címkével illetnek. A kognitív konzisztencia elemeinek alapvető kiinduló pontja, hogy mindannyian arra törekszünk, hogy vélekedésünkben, attitűdjeinkben és viselkedésünkben következetesek legyünk és, hogy az inkonzisztencia arra késztet bennünket, hogy a három komponens közül egyet vagy többet addig módosítsunk, míg csak ki nem alakul belőlük egy (ha nem is logikus, de) koherens csomag. (Abelson et al. 1968)

Az attitűdök funkciói

Az attitűdök számos pszichológiai funkciót látnak el. Különböző emberek ugyanazokat az attitűdöket különböző helyzetekben vallhatják és egy attitűd fenntartását több ok is indokolhatja. Az, hogy egy attitűd milyen funkciót szolgál, azt is meghatározhatja, hogy mennyire lesz konzisztens a személy más attitűdjeivel és, hogy mennyire könnyen lesz megváltoztatható.

Instrumentális funkció: a praktikus vagy hasznossági indokból fenntartott attitűdökről azt mondjuk, hogy instrumentális funkciót

töltenek be. Ezek egyszerűen annak az általános vágynak a sajátos megnyilvánulásai, hogy előnyöket szerezzünk, jutalmakat kapjunk és elkerüljük a büntetéseket. Az ilyen attitűdök megváltoztatásához csak arról kell meggyőzni a személyt, hogy valamilyen alternatíva több hasznot hozna.

Ismereti funkció: azok az attitűdök, amelyek abban segítenek, hogy értelmet adjunk a világnak, be tudjuk fogadni a mindennapi élet sokféle információit, ismereti funkciókat látnak el. Ezek az attitűdök lényegében sémák, amelyek lehetővé teszik, hogy a sokféle információt hatékonyan szervezzük meg és dolgozzuk fel, anélkül, hogy a részletekre is figyelnünk kellene. Mint minden séma, ezek az attitűdök is gyakran túlságosan leegyszerűsítik a valóságot és eltorzítják az események észlelését.

Értékkifejező funkció: az értékeinket kifejező és énképünket tükröző attitűdök értékkifejező funkciót látnak el. Mivel az értékkifejező attitűdök a személy mögöttes értékeiből és énképéből származnak, általában konzisztensek egymással. Ezek az attitűdök nehezen változnak, arról kell meggyőzni, hogy egy alternatív attitűd jobban megfelelne mögöttes alapvető értékeinek.

Érvédő funkció: azok az attitűdök, amelyek a szorongástól és az önértékelésünket fenyegető veszélyektől védenek.

Szociális igazodási funkció: azok az attitűdök, amelyek abban segítenek, hogy egy társadalmi közösség részének érezhessük magunkat. (Atkinson1995)

A bv. felelősséggel tartozik a fogvatartottak testi és lelki egészségéért, ezért meg kell akadályoznia – illetve minimumra csökkenteni – az öngyilkossági kísérletek és az önkárosító cselekmények számát. Ezért szükséges egy olyan módszer kidolgozása, mely lehetővé teszi a fokozottan veszélyeztetett elítéltek kiszűrését, illetve további kezelését.

2. A vizsgálat célja

Olyan módszer kialakításának elősegítése, amely nagy biztonsággal kiszűri a veszélyeztetett fogvatartottakat.

A módszer lehetőség szerint legyen egyszerű, könnyen kezelhető, viszonylag gyors és pontos.

A módszeren belül olyan objektív mérőeszköz ismertetése, felhasználása, amely jól használható és olyan tényezők vizsgálata, melyek elősegítik a kiválasztást.

Feltérképezni, hogy a Beck-féle depresszió kérdőív milyen hatékonysággal ad felvilágosítást az öngyilkossági kísérlet, szándékos egészség károsítás és egyéb öndestruktív magatartás (étkezés megtagadás), elkövetésére az elítéltek körében, valamint egy olyan kérdőív, kérdéssor kialakítása, amely a vizsgálati személyek attitűdjei alapján is besorolja őket..

3. A vizsgálat módja

A bevezetőben már megállapítottuk, hogy a suicidum nem jelentkezik önálló betegségként, hanem leggyakrabban a depresszió egyik tünete, ismérve. Ebből a feltevésből kiindulva azt kell elsősorban meghatározni, hogy milyen depressziót mérő kérdőívek alkalmazhatók.

Jelenleg az alábbi depressziót valószínűsítő kérdőívek lelhetők fel, illetve használatosak:

- Beck-féle depresszió kérdőív teljes, illetve rövidített változata,
- Hamilton-féle depresszió kérdőív,
- MMPI személyiség kérdőív,
- Zung-féle depresszió kérdőív.

A fenti kérdőívek közül a Beck-féle depresszió kérdőív teljes változatát dolgozom fel, illetve erre építem a vizsgálatot.

Azért került ez a kérdőív kiválasztásra, mert, mind a vizsgálati személy, mind a vizsgálat vezető részéről egyszerű a használata.

A kérdőív jól alkalmazható, mint:
- szelektáló eszköz a depresszió felfedésében,
- kiegészítő eszköz a diagnosztikus munkában,
- depressziós betegek állapot változásainak követésében.

Az alábbi előnyök is e kérdőívvel történő vizsgálatot támasztották alá:
- egyénileg és csoportosan is felvehető,
- a nyerspontokat nem kell átszámolni, mivel azonnal használható értékeket kapunk,
- a vizsgálati személy intelligenciájától független.

A Beck-féle depresszió kérdőív, illetve annak rövidített változata a depressziós tünetegyüttes súlyosságának egyik legmegbízhatóbb mérési módszere, a Van Riezen és Segal (1988) féle kézikönyv szerint a pszichiáterek által végzett depresszió-súlyossági becsléssel igen jól korrelál.

A többi kérdőívben kisebb nehézségek fedezhetők fel:
- nem önkitöltő, a v.v. szubjektív megítélése belekerül (Hamilton),
- nem lehet csoportosan felvenni (Hamilton, MMPI),
- különböző számítások szükségesek az értékeléshez (Zung, MMPI),
- hosszú időt vesz igénybe (MMPI),

Exploráció

Az exploráció alapvetően a bevezetésben említett elsődleges rizikó faktorok közül a:
- pszichiátriai betegségek, elsősorban depresszió,
- megelőző öngyilkossági kísérletek,
- suicidum a családban,
- az öngyilkossági szándék / halálvágy kommunikációja.

a másodlagos rizikó faktorok közül a:
- kora gyermekkori veszteségek (szülő halála, válás), mivel a többi faktor a jelenlegi helyzetből adódnak.

Az alkalmazott statisztikai eljárások: reliabilitás-vizsgálat és egyszempontú variancia-analízis.

Attitűd vizsgálat

A vizsgálat során az ún. ATTS kérdőív került feldolgozásra. A kérdőívet a PTE Általános Orvosi Kar Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika kutatócsoportja bocsátotta rendelkezésünkre. A kérdőív alapvetően az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdöket hivatott feltérképezni. A kérdések négy nagy témakör köré csoportosíthatók:
1. családi terheltségre vonatkozó adatok,
2. az öngyilkossággal kapcsolatos vélemények (attitűdskála),
3. személyes adatok,
4. hangulati életre vonatkozó kérdések.

Az attitűd vizsgálat során alkalmazott statisztikai eljárások:
- főkomponens analízis,
- egyszempontú variancia analízis,
- klaszter-analízis,
- diszkriminancia-analízis.

A vizsgálat résztvevői

A vizsgálati személyek a Sopronkőhidai Fegyház és Börtönben szabadságvesztés büntetést töltő elítéltek, korra, bűncse-

lekmény jellegére és idejére nem kerültek megkülönböztetésre.

A vizsgálat, mind csoportosan, mind egyénileg került lebonyolításra.

A vizsgálatban 570 fő elítélt vett részt, önkéntes alapon.

A vizsgálatokat az intézet ún. közösségi helységeiben, illetve kihallgató helységeiben végeztem.

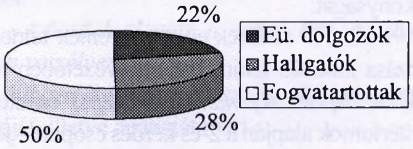
A vizsgálat során már említettem 570 fő töltött ki kérdőívet, ebből 140 fő került explorálásra, illetve 22 fő adatai kerültek feldolgozásra, akik f. évben autodestruktív magatartást tanúsítottak. (Az autodestrukció körébe soroltam az öngyilkossági kísérlet, a szándékos egészség károsítás, és az étkezés megtagadás cselekményeket.)

Az attitűd vizsgálat két nagy csoportban került felvételre: egyfelől az egészségügyben dolgozók, illetve egyetemi hallgatók között felvett kérdőívek eredményeinek, másrészt az ország különböző büntetés-végrehajtási intézeteiben végzett felmérések eredményeinek kiértékelése történt meg. A minta a következőképpen állt össze:

Foglalkozás	Minta elemszám	Százalékos megoszlás
Nővér vagy ápoló	31	4,7
Egészségügyi főiskola	22	3,3
Orvostanhallgató V. évf.	82	12,4
Joghallgató	37	5,6
Orvostanhallgató II. évf.	45	6,8
Orvosok	113	17,0
Fogvatartottak	333	50,2
Összesen	**663**	**100,0**

Mint a fenti táblázatból is látható, a minta felét a fogvatartotti állomány adja, így az elemszámok homogenizálása miatt célszerűnek látszott az első hat csoport két nagy csoportba történő összevonása, így a feldolgozás során az alábbi három, foglalkozás szerinti csoporttal dolgoztunk:

Foglalkozás szerinti megoszlás



4. A vizsgálat értékelése

A Beck-skála reliabilitásának vizsgálata

Az első lépés annak vizsgálata, hogy vajon a skála megfelel-e a reliabilitás követelményének. Ennek érdekében reliabilitás-vizsgálatot végeztem, melynek során 3 itemet (ismétlődés, hasonlóság), (6, 10, 19) kellett kiemelni, a maradék 18 item már nagyon pontos eredményt ad.

A statisztikák a következők:

Itemszám	α	N	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
18	0.88	479	13.95	9.45	0	54

Annak magyarázatára, hogy a kiesett kérdések miért nem megfelelőek, azt találjuk, hogy a 6. item arra kérdez rá, hogy mennyire szolgált rá a vizsgált személy a büntetésre, ami nyilvánvalóan a normál populációtól eltérően nem a depresszió mértékét vizsgálja, tapasztalataim szerint ugyanis az elítéltek közül mindenki túlzottnak találja a bíró által kiszabott jogerős büntetést. A 10. kérdés börtönpopulációra nem releváns (meghatározó), tekintettel arra, hogy a börtönben sírni a gyengeség jele, a belső hierarchiában elfoglalt hely pedig elsősorban az erőn múlik, így még az sem vallja be, aki valóban szokott sírni. A 19. kérdés a súlycsökkenésre kérdez rá, ami azon-

ban ismét nem vonatkoztatható a depresszióra, tekintve, hogy nem azt, nem annyit és nem akkor esznek, mint egy szabad ember.

A vizsgálat három témakörben vizsgálja a Beck-féle depresszió kérdőív működését, hatékonyságát.

1. Az 569 fő Beck eredményeinek feldolgozása különös tekintettel a bevezetőben *(A férfiak depressziójának tüneti képe)* említett kritériumok alapján a 2-es kérdés csoport – jövőkép, az 5-ös kérdés csoport – önvád (önhibáztatás), a 9-es kérdés csoport – öngyilkosság, a 11-es kérdés csoport – ingerlékenység, a 12-es kérdés csoport – érdeklődés (emberi kapcsolatok).

2. Az explorációban feltárt – a bevezetésben meghatározott – rizikó faktorokkal élő vizsgálati személyek Beck értékeinek vizsgálata.

3. Az intézetben autodestruktív magatartást tanúsított elítéltek vizsgálata rizikó faktor, Beck érték és motiváció vonatkozásában.

A Beck eredmények feldolgozása

A kérdőív 21 itemére 0; 1; 2; 3 sorszámok bekarikázásával kellett válaszolni, a növekvő számok az adott kérdéscsoport súlyossági fokát is jelzik.

A teljes minta (N=569) az alábbi megoszlásban töltötte ki a kérdőívet. (*1 sz. táblázat*)

A legtöbb normál fokozatot az alábbi kérdés csoportokra adták:

– munkavégzés N = 482,
– szexuális érdeklődés N = 445,
– öngyilkosság N = 407.

A legtöbb enyhe fokozatot az alábbi kérdés csoportokra adták:

– megelégedés N = 320,
– önhibáztatás N = 240,
– alvás N = 220.

A legtöbb közepes fokozatot az alábbi kérdés csoportokra adták:

– döntés képesség N = 150,
– kudarc N = 114,
– büntetés N = 114.

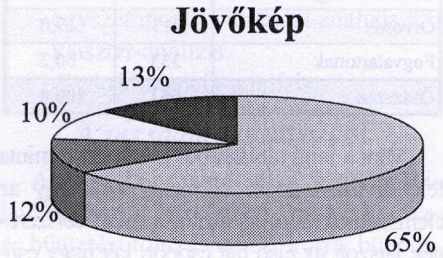
A legtöbb súlyos fokozatot az alábbi kérdés csoportokra adták:

– sírás N = 251,
– ingerlékenység N = 132,
– kudarc N = 80.

1 sz. táblázat

	0	1	2	3
szomorúság	238	187	91	53
jövő	371	67	59	72
kudarc	199	177	**114**	**80**
megelégedés	130	**320**	45	74
önhibáztatás	215	**240**	69	45
büntetés	227	217	**114**	11
csalódás	280	214	26	49
gyengeség, hiba	345	85	87	52
öngyilkosság	**407**	103	24	35
sírás	230	60	28	**251**
ingerlékenység	191	160	86	**132**
érdeklődés	245	155	99	70
döntés képesség	259	122	**150**	38
külső megjelenés	390	51	100	28
munka	**482**	44	24	19
alvás	191	**220**	93	65
fáradás	296	214	35	24
étvágy	239	202	93	35
testsúly	299	125	88	57
betegségek	306	197	46	20
szex	**445**	66	31	27

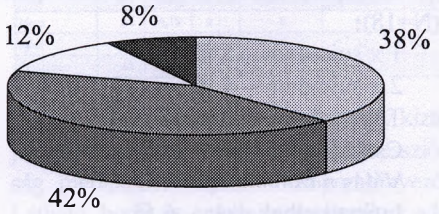
Jövőkép: a v. sz. jövőtől való félelmeit, elvárásait vizsgálja.



Megállapítható, hogy a vizsgált minta 65%-a rendelkezik megfelelő jövőképpel, míg a minta 25%-a kilátástalannak látja jövőjét. Ez több oknak is tudható be, egyrészt a visszailleszkedés nehézségei, illetve a távoli szabadulási idő játszott markáns szerepet.

Önvád (önhibáztatás): a v. sz. önvádló érzéseit vizsgálja.

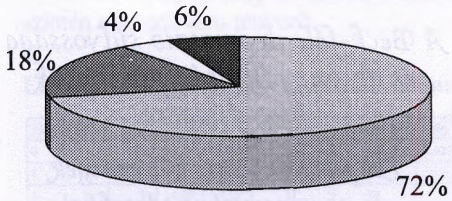
Önhibáztatás



A minta 38%-a nem tartja magát hibásnak, míg 20% az, aki problémái bekövetkezése miatt saját magát tartja felelősnek.

Öngyilkosság: a v. sz. öngyilkossággal kapcsolatos gondolatait, késztetését vizsgálja.

Öngyilkosság



72%-a a mintának nem foglalkozik az öngyilkosság gondolatával, illetve elutasítja azt.

18%-nak gondolati szinten, alkalomszerűen megjelenik, de a cselekmény végrehajtásáig nem jut (-na) el, ez a réteg a szituációfüggően depresszív élményszínezetűek csoportja.

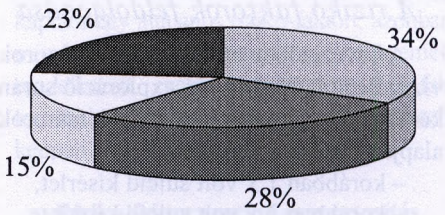
4% erőteljes késztetést érez arra, hogy a cselekményt elkövesse, de a cselekmény még nem kerül megvalósításra.

6% aki a végrehajtás módjával is erőteljesen foglalkozik, keresi a technikát, helyet, időt.

A fentiek alapján a minta 10%-a súlyosan veszélyeztetett!

Ingerlékenység: a v. sz. feszültség toleranciáját, illetve apátiáját méri.

Ingerlékenység



A minta 34%-a megtartotta korábbi tolerancia szintjét, feszültségeit megfelelően tudja kezelni.

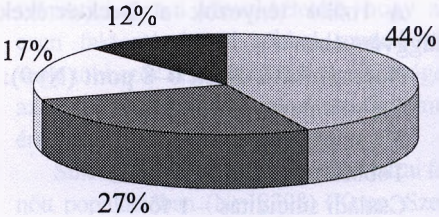
28% ingerlékenyebb, mint korábban, a fokozott frusztrációt már nem tudja kezelni korábbi coping mechanizmusaival, de alkalmazkodási problémák még nem merültek fel.

15% fokozott feszültségben él, gyakoriak a konfliktusok, alkalmazkodási problémák.

23% viszont átesett az apátiában, nem érdekli őket senki és semmi.

Érdeklődés: az emberi kapcsolatokra való igényt vizsgálja.

Érdeklődés



A minta 44%-a megtartotta korábbi érdeklődését az emberek iránt.

44%-nál változott (csökkent) az érdeklődés (igaz, a változás motivációját nem kutattam, csupán feltételezésekre hagyatkozhatok, így pl. félelem, szégyen, gyenge kapcsolati szálak a hozzátartozókkal).

12% elvesztette érdeklődését, nem kíván senkivel sem kapcsolatot tartani, elítélt társaival sem tud, illetve akar kontaktust kiépíteni.

A rizikó faktorok feldolgozása

A bevezetőben említett rizikó faktorok vizsgálata az N=140 fős exploráció során került feldolgozásra. Az alábbi faktorok alapján történt a vizsgálat:

- korábban 1 x volt suicid kísérlet,
- korábban 2 x volt suicid kísérlete,
- korábban több, mint 2 alkalommal volt suicid kísérlete,
- a családban volt suicid kísérlet, illetve sikeres öngyilkosság,
- válás volt a családban,
- a v. sz. volt intézetben (javító-nevelő, nevelő, stb.).

A rizikó faktorok vizsgálatában részt vett N=140 főből 74 esetben találtam valamilyen tényezőt, amelyek a fentiek közül, több esetben halmozottan is megjelentek.

A 74 főből 27 fő (36,5 %) volt halmozottan terhelt, ebből 25 fő 2x-en, míg 2 fő 3x-an.

A rizikó tényezők a Beck-értékek függvényében

Normál Beck érték 0–8 pont (N=9):
1 x suicidum – 5 fő
2 x suicidum – 0 fő
Többszörös suicidum – 0 fő
Családi suiciditás – 1 fő
Válás a családban – 5 fő
Intézeti elhelyezés – 3 fő
Halmozott – 3 fő

Enyhe Beck érték 9–18 pont (N=32):
1 x suicidum – 12 fő
2 x suicidum – 3 fő
Többszörös suicidum – 1 fő
Családi suiciditás – 2 fő
Válás a családban – 8 fő
Intézeti elhelyezés – 15 fő
Halmozott – 9 fő

Közepes Beck érték 19–26 pont (N=18):
1 x suicidum – 5 fő
2 x suicidum – 4 fő
Többszörös suicidum – 2 fő
Családi suiciditás – 1 fő
Válás a családban – 7 fő
Intézeti elhelyezés – 6 fő
Halmozott – 6 fő

Súlyos Beck érték 26< (N=16):
1 x suicidum – 4 fő
2 x suicidum – 3 fő
Többszörös suicidum – 5 fő
Családi suiciditás – 2 fő
Válás a családban – 2 fő
Intézeti elhelyezés – 10 fő
Halmozott – 9 fő

A Beck-féle depresszió súlyossága és az öngyilkossági kísérletek összefüggése

Csoportok közötti különbségek az anamnesztikus adatokkal rendelkezők körében

A rizikófaktorok megjelenésétől függően a következő csoportosítások léteztek, illetve azok átlaga és egyéb leíró statisztikái a mintában (megjegyzés: az összehasonlítás a reliabilitás-vizsgálat alapján bennmaradt 18 item összege alapján történt):

Családi szuicidium

	N	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum	Sig.
Nem tud róla	59	14,54	8,20	0	35	0,270
Volt	4	19,50	14,57	10	41	
Összesen	**63**	**14,86**	**8,64**	**0**	**41**	

Mint látható, ez a csoportba sorolás nem szerencsés, tekintettel arra, hogy igen alacsony az érintettek száma. Ennek megfelelően szignifikáns különbség sem mutatható ki.

Intézeti nevelés

	N	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum	Sig.
Nem	36	15,19	9,11	0	41	0,724
Igen	27	14,40	8,14	2	32	
Összesen	**63**	**14,86**	**8,65**	**0**	**41**	

Ez az összehasonlítás arra jó, hogy kizárjuk az intézeti neveltetést, mint a depressziósság mértékét befolyásoló csoport-tényezőt. Látható, hogy az egyéb anamnesztikus adatokkal rendelkezőktől alacsonyabb értéket produkáltak.

Válás a családban

	N	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum	Sig.
Nem	46	14,86	9,25	0	41	0,985
Volt	17	14,82	6,99	5	30	
Összesen	**63**	**14,86**	**8,65**	**0**	**41**	

Itt azt láthatjuk, hogy a válás a családban szintén nem releváns tényező.

Elkövetett öngyilkossági kísérletek száma

Hányszor	N	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum	Sig.
0	26	13,77	6,53	2	30	0,029
1	23	12,61	10,52	0	41	
2	8	19,00	7,19	11	32	
3	6	22,66	4,89	19	32	
Összesen	**63**	**14,86**	**8,64**	**0**	**41**	

Jól látható, hogy a többszörös öngyilkossági kísérletet elkövetők szignifikánsan jóval magasabb pontszámot érnek el, mint azok, akik nem, vagy csak egyszer követtek el öngyilkosságot. Még a minimum-pontszámaik is jóval magasabbak, mint a másik két csoportban. Ennek alapján feltételezhető, hogy a depresszió kérdése nagyon szoros összefüggésben van az öngyilkossági kísérletek számával.

Az elemszámok tekintetében ez a minta nem tűnik elég homogénnek, így készítettem egy újabb változót, amit egyszerűen rizikónak neveztem el. A lényege, hogy – mivel a mintában többen is rendelkeztek több tényezővel, tehát a szülők elváltak, a v.sz. intézetben nevelkedett és már háromszor volt öngyilkossági kísérlete – összegeztem azokat a tényezőket, amiket az anamnézisből megtudtunk, így kaptam egy általános rizikó-faktort, azonban, mivel 4 és 5 pontszámmal csak két személy rendelkezett, ezeket hozzávettem a 3 faktorosokhoz. Ennek statisztikái a következőképpen alakultak:

Rizikó-faktor szerinti csoportosítás

Hányszoros a rizikó	N	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum	Sig.
1	32	12,13	7,33	0	35	0,009
2	21	15,95	9,77	5	41	
3	10	21,30	6,48	12	32	
Összesen	**63**	**14,86**	**8,64**	**0**	**41**	

Vagyis minél több rizikó-faktorral rendelkezik valaki, tekintet nélkül annak milyenségére, az hatással lesz a depressziósságának mértékére. Jól látható, hogy már a két pontot elért vizsgálati személyek is magasabb értéket produkáltak, mint a teljes minta átlaga, bár ez a különbség még nem lenne szignifikáns, azonban a három vagy több ponttal rendelkezők rendkívüli mértékben magas pontszámot értek el. Tehát levonhatjuk azt a következtetést, hogy aki ezen faktorok közül többel rendelkezik, vagy többször kísérelt meg öngyilkosságot, az veszélyeztetett, és mint olyan, figyelmet érdemel.

Suicid kísérlet az anamnézisben hazai felnőtt populációban (N=12398) (Kopp, Szed-

mák 1997), és a bv. intézet mintájában (N=140) (%-ban).

	Hazai populáció	Bv. intézet
Teljes minta	4,0	31,0
Nincs Beck depresszió	2,2	3,5
Enyhe Beck depresszió	5,2	11,0
Középsúlyos Beck depresszió	9,2	8,0
Súlyos Beck depresszió	14,4	8,5

Az önkárosító cselekményt elkövetett elítéltek értékeinek feldolgozása

2001. évben a vizsgálatban résztvevő intézetben N=22 fő követett el valamilyen, önkárosító cselekményt. Ezen cselekmények körébe soroltam az öngyilkossági kísérletet, a szándékos egészség károsítást és az étkezés megtagadását. A cselekmények ilyen jellegű meghatározása azért vált szükségessé, mivel a cselekmény elkövetése folyamán, illetve annak végén lehet megállapítani, hogy a cselekmény valóban autodestrukció, vagy manipuláció jellegű volt-e.

De a cselekmény megléte már felszólító jelleggel bír a problémákkal szembeni gyengeségre, a labilis állapotra.

A személyek a Beck értékek tükrében:

Normál	0 – 8 pont	0 fő	0%
Enyhe	9 – 18 pont	10 fő	48%
Közepes	19 – 25 pont	2 fő	9%
Súlyos	26 < pont	5 fő	15%
Nem töltött ki kérdőívet		4 fő	18%

A fenti százalékok arányában az alábbiakat lehet megállapítani:

A legmagasabb értéket az enyhe Beck-értékeknél lehet tapasztalni, ami arra utalhat, hogy ezek az elítéltek többnyire aktuális konfliktusuk, és affektív labilitásuk miatt viszonylag gyakran, de többnyire felhívó jelleggel hajtanak végre autodestruktív magatartást.

A súlyos értékeket elért elítéltek már komolyabb problémát jelentenek, hiszen ha ezt az értéket összehasonlítjuk a 4. fejezetben (*A Beck eredmények feldolgozása*) talált 10%-os veszélyeztetett létszámmal, akkor a közel hasonló értékek megerősíthetik, hogy a vizsgált mintában, mind a kérdőívet kitöltők, mind az autodestruktív cselekményt elkövetettek között, a veszélyeztettek száma 10-15% között mozoghat.

Természetesen ez csak feltevés, mivel a vizsgált mintához képest kicsi az önkárosító cselekményt elkövetettek száma.

A fenti eredmények elemzése során azt tapasztaltuk, hogy találhatók olyan vizsgálati személyek, akik viszonylag magas rizikó értékek mellett sem követtek el önkárosítást, illetve ennek ellenkezője, azaz alacsony rizikó értékek mellett önkárosítást követett el.

Felmerült a kérdés, hogy van-e olyan beállítódás (attitűd), amely hajlamosítja az egyént az öngyilkosság végrehajtására, vagy csupán manipulatív jellegűek az önkárosító cselekmények.

Ezen kérdések alapján kezdődött el az attitűd vizsgálat, melyet a következőkben tárgyalok.

Az attitűd vizsgálat eredményei

A feldolgozás első lépcsőjében a kérdőív attitűd-felmérő, második részén főkomponens-analízist végeztünk. Ennek célja olyan, a kérdőív itemeiből következő tartalmi csoportok feltárása volt, melyek segítségével az öngyilkossággal kapcsolatos vélekedések általános jellemzői megfogalmazhatóak. Az itemek alapvetően nem homogének, így az alábbi főkomponenseket sikerült elkülöníteni:

(1) Eutanázia: ide olyan itemek kerültek besorolásra, melyek a súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenvedők által elkövetett öngyilkosságra vonatkoznak.

(2) Prevenció: itt alapvetően két főkomponens figyelhető meg, az egyik a megelőzés általános kérdéseivel foglalkozik, olyan itemeket reprezentál, mint pl.: Az öngyilkosság megelőzhető; a másik komponens a saját, személyes bevonódás a megelőzésben, olyan itemeket reprezentál, mint pl.: Kész vagyok arra, hogy segítséget nyújtsak, ha valaki öngyilkossági krízisben erre kér.

(3) Az elkövető: itt is két csoportba tartozó kérdések jelennek meg, egyfelől egy általános megállapítás az elkövetőkre, olyan itemekkel, mint: bárki követhet el öngyilkosságot; illetve egyfajta hozzáállás a manipulatív szándékú elkövetőkhöz, mely legjellemzőbb állítása: azok, akik fenyegetőznek az öngyilkossággal, valójában ritkán teszik meg azt.

(4) Motiváció: ez is két alapvető csoportot tartalmaz, egyfelől egy megengedő-megértő attitűdöt, mely bizonyos élethelyzetekben megoldásként látja az öngyilkosság elkövetését; másfelől egyfajta értetlenséget képvisel, mely az öngyilkosságot elkövetőkkel szemben nyilvánul meg, olyan item jellemzi, mint pl.: egészében véve nem értem, hogyan követhetnek el az emberek öngyilkosságot (érdekes, hogy a látszólagos tartalmi ellentét ellenére, a két komponens egymástól független, nem állnak egymással ellentétes kapcsolatban!).

Az összesen tehát hét főkomponens mentén minden egyes embernél megállapítható egy érték, amely az ő attitűdjét képviseli az adott főkomponens mentén. Erre azért volt szükség, hogy az egyes itemek által mért hozzáállásokban jelentkező mérési hibák átlagolódjanak. Ezt követően már a főkomponensek személyekre lebontott értékeivel dolgoztunk tovább.

A *2-es számú táblázat* a fent leírt három csoport attitűdjeinek különbségeit mutatja, az alkalmazott statisztikai eljárás egyszempontú variancia-analízis volt.

Mint látható, az adatok – a főkomponens-analízis következtében – sztenderdizáltak, az átlag 0, a szórás 1. A negatív értékek az adott attitűddel való szembenállást, míg a pozitív értékek azok elfogadását jelentik. Az átlagtól való eltérés csoportonkénti összehasonlításban az alábbi következtetéseket valószínűsíti:

(1) Az eutanázia megítélésében a csoportok nem különböznek egymástól jelentősen. Tendencia-szerűen fellelhető, hogy az egészségügyben dolgozók és a hallgatók inkább egyetértenek, míg az elítéltek inkább nem értenek egyet az eutanázia alkalmazásával, a különbség azonban nem szignifikáns.

(2) A megelőzéssel általában érdekes módon az egészségügyi dolgozók értenek egyet a legkevésbé, és a felsőoktatásban tanulók a leginkább, a különbség azonban itt is csak tendencia-szerű, nem szignifikáns.

(3) Nagyon éles a különbség azonban a saját felelősséggel kapcsolatosan: míg az egészségügyben dolgozók és a felsőoktatási hallgatók egyöntetűen (még a szórás is nagyon alacsony) úgy gondolják, hogy akarnak és tudnak is segíteni más embereknek öngyilkossági krízis esetén, addig az elítéltek ezzel az állítással szembehelyezkednek: nem kívánnak beleavatkozni mások életébe, és nem érzik azt, hogy bármit is tenniük kellene társaik megmentésére.

(4) Az elkövetőkről szóló általános hozzáállás, mely főként azt tartalmazza, hogy szinte mindenkivel előfordulhat, hogy öngyilkossági gondolatai vagy szándékai vannak, nem mutat szignifikáns különbségeket a csoportok között. Tendencia-szerűen azért látható, hogy ezzel az állítással leginkább az egészségügyi dolgozók, legkevésbé a fogvatartottak értenek egyet. Azaz a fogvatartottak körében inkább népszerű egy olyan hozzáállás, hogy az ön-

2. sz. táblázat

Főkomponens	Foglalkozás	Minta elemszám[1]	Átlag	Szórás	Sig.
Euthanázia	Eü. dolg.	143	0,0350	1,0709	0,777
	Felsőokt. hallg.	182	0,0214	0,8804	
	Fogvatartottak	321	-0,0278	1,0327	
	Összesen	**646**	**0,0000**	**1,0000**	
Prevenció: általános megelőzés	Eü. dolg.	144	-0,1417	0,9537	0,144
	Felsőokt. hallg.	176	0,0191	0,8347	
	Fogvatartottak	318	0,0536	1,0964	
	Összesen	**638**	**0,0000**	**1,0000**	
Prevenció: személyes bevonódás	Eü. dolg.	144	0,8324	0,4966	0,000
	Felsőokt. hallg.	176	0,7594	0,4132	
	Fogvatartottak	318	-0,7972	0,7288	
	Összesen	**638**	**0,0000**	**1,0000**	
Az elkövető: általános hozzáállás	Eü. dolg.	144	0,0852	0,9609	0,228
	Felsőokt. hallg.	186	0,0499	1,0163	
	Fogvatartottak	320	-0,0674	1,0060	
	Összesen	**650**	**0,0000**	**1,0000**	
Az elkövető: manipulatív öngyilkosság	Eü. dolg.	144	-0,0131	0,9271	0,000
	Felsőokt. hallg.	186	-0,3837	0,8620	
	Fogvatartottak	320	0,2289	1,0390	
	Összesen	**650**	**0,0000**	**1,0000**	
Motiváció: megértő attitűd	Eü. dolg.	143	0,2610	1,0376	0,000
	Felsőokt. hallg.	183	-0,1994	0,7530	
	Fogvatartottak	320	-0,0026	1,0796	
	Összesen	**646**	**0,0000**	**1,0000**	
Motiváció: elutasító attitűd	Eü. dolg.	143	0,4012	0,9791	0,000
	Felsőokt. hallg.	183	0,2510	0,9188	
	Fogvatartottak	320	-0,3228	0,9489	
	Összesen	**646**	**0,0000**	**1,0000**	

[1] Az elemszámok különbözőségét a meg nem válaszolt itemek okozzák.

gyilkosság elkövetését valamilyen személyiség-tulajdonságként írják le, mint a másik két csoportnál.

(5) A manipulatív szándékú öngyilkossági kísérlet esetében nagyon egyértelműek a csoportok közötti különbségek: míg a diákok vélekedése az, hogy minden öngyilkossági utalást komolyan kell venni, addig az ilyen típusú öngyilkossági kísérlettel gyakran találkozó fogvatartottak szerint aki igazán meg akarja tenni, az nem fenyegetőzik vele, hanem cselekszik. Erre egyébként a büntetés-végrehajtás gyakorlatában valóban vannak megerősítő példák, a fogvatartottak egy része azért folyamodik ehhez a megoldáshoz, mert ettől reméli helyzete jobbra fordulását (ami általában be is szokott következni, ezáltal mi magunk adunk pozitív megerősítést, felerősítve a viselkedés adaptív jellegét).

(6) A motivációs főkomponens első eleme azt reprezentálja, hogy léteznek olyan élethelyzetek, ahol az öngyilkosság megoldást jelenthet az érintett számára. Ebben a kérdésben is szignifikáns különbségek mutatkoznak: míg az egészségügyi dolgozók, akik munkájuk kapcsán az élet számos zsákutcáját résztvevőként szemlélik, és a betegeik között sok olyannal találkoznak, akinek talán valóban elkeserítő helyzete megindítja őket, magas fokban egyetértenek ezzel a kérdéscsoporttal, míg a felsőoktatási hallgatók, akik életkoruknál és a tanulmányok folytatásával együtt járó fiatal felnőtt szerepnél fogva életüket egyfajta búra védelmében élik, az élet negatív oldalával kevéssé szembesülve, ezzel az állítással szembehelyezkednek, az öngyilkosságot, mint megoldást elutasítják. A fogvatartottak ebben a kérdésben semleges álláspontot képviselnek.

(7) A motiváció elutasító attitűdjénél (alátámasztva, hogy a két komponens valóban független egymástól) már másfajta szignifikáns különbségeket láthatunk: míg az egészségügyi dolgozók és a hallgatók egyetértenek a főkomponens által reprezentált állításokkal (melyek azt fejezik ki, hogy értetlenül állnak az öngyilkosság jelenségével szemben), addig az elítéltek markánsan eltérően elutasítják ezt az állítást. Ezek szerint a fogvatartottak számára nem annyira érthetetlen az öngyilkosság létezése, mint a másik két csoport szerint. Megfigyelhető egyébként egy olyan attitűd a fogvatartottak vélekedéseiben (melyek elsősorban csak szóbeli vizsgálattal megközelíthetőek), hogy a börtönben elkövetett öngyilkosság egyfajta saját kezűleg végrehajtott halálos ítélet és azok követik el, akik egyébként a saját maguk számára is halált szabtak volna ki büntetésül. Ez a vélekedés eléggé elterjedt, és mindenképpen valamilyen elítélő értékítéletet tartalmaz az öngyilkosságot elkövetőkkel szemben.

Mivel vizsgálataink alapvető célja olyan kérdőív kialakítása, amellyel a suicid veszélyeztetés kiszűrhető, ezért a főkomponensek alapján a vizsgálati személyeket klaszteranalízis módszerével (K-Means Cluster) négy csoportra bontottuk. Ha a vizsgált attitűdök alapján valóban megállapítható a veszélyeztetettség mértéke, akkor az így kialakított négy csoport között jól értelmezhető, szignifikáns különbségeket kell felfedeznünk. Ennek érdekében a csoportokat egyszempontú variancia-analízissel hasonlítottuk össze (*3. sz. táblázat*). A következő eredmények adódtak:

A táblázatból jól látható, hogy a klaszteranalízis segítségével képzett csoportok valóban jól elkülöníthetők egymástól a főkomponensek tükrében. Ezek alapján szinte biztosra vehető, hogy az öngyilkosságról vallott attitűdök meghatározzák egy személy veszélyeztetettségének mértékét, így egy attitűd-vizsgáló kérdőívvel a vizsgá-

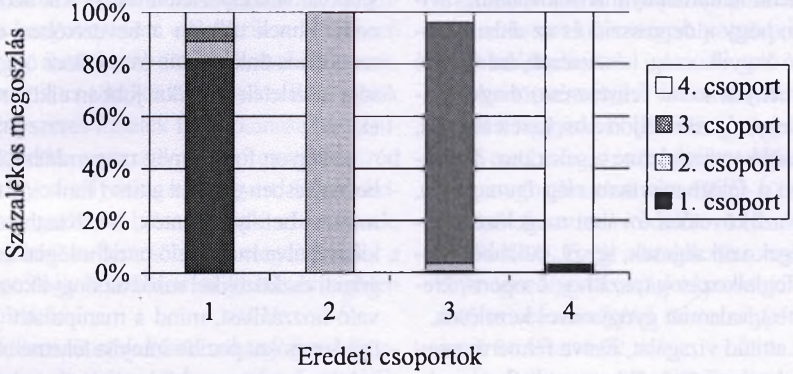
3. sz. táblázat

Főkomponens	Csoportba tart.	Minta elemszám	Átlag	Szórás	Sig.
Euthanázia	1	248	-0,0084	0,9436	0,000
	2	59	-0,6244	0,8141	
	3	247	0,5321	0,7443	
	4	65	-1,1396	0,8165	
Prevenció: általános megelőzés	1	248	-0,5217	0,8300	0,000
	2	59	0,8385	0,8432	
	3	247	0,4873	0,8082	
	4	65	-0,6003	0,9461	
Prevenció: személyes bevonódás	1	248	-0,4231	0,9509	0,000
	2	59	-0,7567	0,7983	
	3	247	0,4078	0,8360	
	4	65	0,7588	0,6437	
Az elkövető: általános hozzáállás	1	248	-0,0929	0,9174	0,000
	2	59	-0,7002	0,9774	
	3	247	0,4645	0,8718	
	4	65	-0,6349	0,8940	
Az elkövető: manipulatív öngyilkosság	1	248	0,5004	0,7776	0,000
	2	59	-0,7291	0,8252	
	3	247	0,0196	0,9018	
	4	65	-1,1001	0,9164	
Motiváció: megértő attitűd	1	248	-0,2610	0,8721	0,000
	2	59	-0,4030	0,8673	
	3	247	0,5823	0,9208	
	4	65	-0,8702	0,5713	
Motiváció: elutasító attitűd	1	248	-0,5320	0,7839	0,000
	2	59	-0,5785	0,6810	
	3	247	0,4065	0,9136	
	4	65	0,9764	0,7871	

4. sz. táblázat

A diszkriminancia-analízis eredményei

Eredeti klaszter	Az adatok alapján számított klaszterbe sorolás				
	1	2	3	4	Összes
1	81,9%	6,9%	4,8%	6,5%	100%
2	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100%
3	0,4%	3,2%	92,3%	4,0%	100%
4	3,1%	0,0%	0,0%	96,9%	100%



lati személyek rangsorolhatók suicid-veszélyeztetettség szempontjából.

A korábban egyenként vizsgált változók halmazán stepwise módszerrel végzett diszkriminancia-analízis eredményeit a *4. számú táblázat* ábrázolja:

Az eredeti csoportba sorolásból 89,3% lett helyesen osztályozva.

Az adatok jól szemléltetik, hogy a főkomponensek alapján képzett csoportok egymástól erősen eltérő tulajdonságokat mutatnak suicid-veszélyeztetettség szempontjából, azaz igazolódott, hogy az öngyilkosságról vallott különféle attitűdök alapján a minta szétválasztható és rangsorolható veszélyeztetettség szempontjából. Azaz egy egyszerű attitűdvizsgáló kérdőív segítségével mérhetővé válik az egyes személyek öngyilkosságra való hajlandósága, az, hogy mennyire preferált megoldási módot képvisel ez az egyén stresszkezelési repertoárjában.

5. Összefoglalás

A depresszió és az öngyilkosság komoly probléma mindenütt. Tény, hogy nem érhető el mindenütt adekvát diagnosztika, terápia és betegkövetés. A férfiakra fokozottan érvényes ez, csak ritkán ismerik fel, még ritkábban kezelik a körükben gyakran előforduló depressziót, reménytelenséget és az öngyilkossági kísérletet.

Sajnos nem minden öngyilkosság előzhető meg. Ugyanakkor a suicidumok többségét klinikai depresszió állapotában követik el, amely bizonyosan gyógyítható, feltérképezhető.

A depresszió mögött álló szenvedés összetett, és gyakran pszichoszociális és egzisztenciális problémákon alapszik. Nagyon gyakran a rendszer nem tudja megoldani az olyan problémákat, mint a magányosság, a munkanélküliség, az identitásválság, a perspektívátlanság.

Önmagában a depresszió a kialakulását, illetve a diagnosztizálást követően gyógyítható, a mögötte húzódó problémák egy részével pedig már meg tud birkózni a személy.

A fenti tanulmánnyal arra kívántam rávilágítani, hogy a depresszió és az ehhez kapcsolódó öngyilkossági késztetések, önkárosító cselekmények korai felismerése, diagnosztizálása lehetségessé váljon a bv. keretein belül, ezzel csökkenthető lenne a suicidum. Természetesen a felismerés nem elég önmagában, hanem azt követően további megelőző tevékenységek szükségesek, így pl. különböző terápiás foglalkozások (pszicho-, csoport-, kreatív-, stb.), valamint gyógyszeres kezelések.

Az attitűd vizsgálat, illetve felmérés nagy előnye, hogy a börtönökben az elítéltek gyakran gyanakvóak, főként a valamilyen szempontból problémásak szeretik kivonni magukat a vizsgálatok, beszélgetések alól, azonban egy, csak néhány *„ártatlan"* kérdést tartalmazó kérdőív kitöltésére gyakorlatilag minden írni-olvasni tudó fogvatartott rábeszélhető. Ennek alapján lehetőség van olyan prevenciós program kidolgozására, mely számtalan, sokszor nem is eléggé prediktív környezeti és szociális tényező figyelembe vétele helyett az aktuális, öngyilkossággal kapcsolatos attitűd felmérésén keresztül közel 90%-os valószínűséggel képes megjósolni, hogy ki tekinthető valóban veszélyeztetettnek, és kik azok, akik nem. Ennek alapján a bevezetőben említett szándékos önkárosítás és a valódi öngyilkossági kísérletek is sokkal jobban elkülöníthetőek.

Nagyon fontos még megemlíteni, hogy a bevezetésben említett attitűd funkciók milyen módon befolyásolhatók, változtathatók, ezt kihasználva megfelelő pszichológiai és pedagógiai eszközökkel mind az öngyilkossághoz való hozzáállást, mind a manipulatív jellegű önkárosítókat pozitív irányba lehetne befolyásolni.

Láng Károly – Csiha Krisztina

Mellékletek

I. melléklet

BNO 10 Depressziós epizód diagnosztikai kritériumai

Az enyhe, közepes vagy súlyos depresszió tipikus esetében a páciens a hangulat esésétől, érdektelenségtől, energiáinak, az örömre való képességének csökkenésétől szenved, ez fáradékonysághoz és tevékenységének az elsivárosodásához vezet. Nem ritka, hogy már enyhe próbálkozás is kifejezett fáradékonyságot vált ki. Egyéb gyakori tünetek a következők:

a) koncentráló készség és a figyelemműködés csökken,

b) az önértékelés és az önbizalom is megfogyatkozik,

c) bűntudat és értéktelenség érzése lép fel (már enyhe epizódokban is),

d) a jövőkép pesszimista vagy sivár,

e) önmagára ártalmas vagy öngyilkossági gondolatok, vagy cselekedetek,

f) alvászavar alakul ki,

g) az étvágy csökken.

Az alacsonyan fekvő hangulat csak mérsékelten változik napról napra és relatíve független a környezettől, egy jellegzetes diurnális mintát mutathat az idő előrehaladtával.

A mániában a klinikai kép számtalan variációt mutathat; és atipusos megjelenés különösen gyakori adoleszcenseknél.

Egyes esetekben a szorongás, a kellemetlenségek (distress), a motoros agitáció sokkal kifejezettebb lehet, mint a depresszív hangulat, a hangulatzavart elfedhetik a következő tünetek, mint irritábilitás, alkohol abúzusok, hisztrionikus viselkedés és a korábbi fóbiák és kényszeres tünetek felbukkanása, vagy hipochondriás panaszok. A depressziós epizód bár milyen súlyosságú is legyen, a diagnózisához legalább 2 hetes tünetek szükségesek, de ésszerűen kevesebb is elegendő, ha a szimptómák különösen súlyosak és hirtelen alakultak ki.

A fenti tünetek közül néhány igen kifejezett lehet, és széles körben ezeknek speciális klinikai jelentőséget tulajdonítanak. A legtipikusabb példa erre az úgynevezett *„szomatikus"* tünetek (lásd a könyv bevezetőjében): érdektelenség, örömteli érzések hiánya, amelyek korábban örömet okoztak. Az érzelmi válaszkészség elvesztése a normálisan kellemes környezetre és örömteli eseményekre; 2 vagy több órával a megszokott idő előtt való felébredés; a depresszió rosszabb a reggeli órákban; jelentős pszichomotoros gátoltság, agitáció egyértelmű jelei (heteroanamnesztikus adatok alapján); étvágytalanság; fogyás (a testsúly több mint 5 %-ának az elvesztése az utolsó hónapban; és a szexuális vágy (libidó) kifejezett csökkenése). A fent említett szomatikus tüneteket csak akkor lehet meglévőnek tekinteni, ha legalább 4 észlelhető belőlük.

Az enyhe (F32.0), a közepes (F32.1) és a súlyos (F32.2 és F32.3) depresszió kategóriáit, melyeket később részletes ismertetésre kerülnek, csak az első depressziós epizód besorolására lehet használni, a további depressziós epizódokat az ismétlődő (rekurrens) depresszió (F33.-) valamelyik alcsoportjába kell besorolni.

A súlyossági fokozatokra osztották a gyakorlatban előforduló depresszió széles skáláját. Az enyhe depresszió gyakori az alapellátásban, míg a pszichiátriai osztályokon csaknem kizárólag súlyos depresszióval lehet találkozni.

Az önveszélyes cselekedetek, melyek közül a leggyakoribb a felírt gyógyszerekkel elkövetett mérgezés (öngyilkossági szándékkal), meghatározásához a BNO-10 XX. fejezetben felsorolt kódokat kell használni (X60–X84). Ezek a kódok nem tesznek különbséget öngyilkosság és parasuicidum között, mivel mindkettő önveszélyes cselekedetek közé tartozik.

Egyrészt a tünetek számának és súlyosságának a függvénye, hogy enyhe, közepes vagy a súlyos depresszióról beszélünk-e. A megszokott társas és munkahelyi aktivitás nagyon hasznos útmutató a súlyossági fokozatok közötti eligazodásban, de individuális, szociális és kulturális különbségek jelentősen torzíthatják az összefüggést a depresszió súlyossági foka és a társas (szociális) tevékenység között, így bölcsebb volt kihagyni a súlyossági fokozat nélkülözhetetlen kritériumai közül.

Dementia (F00-03) jelenléte vagy mentális retardáció (F70-79) nem zárja ki a kezelhető depresszió diagnózisát, de a kommunikációs nehézség miatt sokkal inkább kell hagyatkozni az objektíven megfigyelhető szomatikus tünetekre, mint a pszichomotoros gátoltságra, étvágytalanságra, fogyásra, valamint alvászavarra.

Ide sorolandó:
Egyszeri epizódja a:
(1) depresszív reakciónak,
(2) major depressziónak (pszichotikus tünet nélkül),
(3) pszichogén depressziónak,
(4) relatív depressziónak (F32.0), (F32.1 vagy F32.2).

II. melléklet

DSM IV. Major depresszív epizód diagnosztikai kritériumai:

A. A következő tünetekből öt (vagy több) áll fenn egy kéthetes periódus alatt, és ezek a korábbi tevékenység megváltozásaként jelennek meg; az első két tünetből legalább egy, vagy az (1) depresszív hangulat, vagy a (2) érdeklődés, vagy öröm elvesztése szükséges a diagnózishoz.

Figyelem! Nem számíthatjuk a tünetek közé azokat, amelyek egyértelműen az általános egészségi állapot következményei, illetve a hangulathoz nem illő hallucinációkat és téveszméket.

(1) A nap legnagyobb részében és csaknem minden nap levert hangulat, amelyet az egyéni beszámoló (pl. szomorúság vagy üresség érzése) vagy mások megfigyelései (pl. könnyezni látják) jelez. Figyelem! Gyerekeknél vagy serdülőknél elegendő az ingerült hangulat jelzése.

(2) Az érdeklődés és öröm jelentős csökkenése minden, vagy majdnem minden tevékenységben a nap túlnyomó részében és majdnem minden nap (akár szubjektív beszámoló, akár mások megfigyelése).

(3) Jelentős súlycsökkenés vagy gyarapodás (havonta a testsúly 5%-át elérő változás) diétázás nélkül, vagy az étvágy jelentős csökkenése/növekedése csaknem minden nap (gyermekekben a súlygyarapodás elmaradása).

(4) Insomnia (álmatlanság) vagy hipersomnia csaknem minden nap.

(5) Motoros agitáció vagy gátoltság csaknem minden nap (mások megfigyelése, nem elegendő csupán a nyugtalanság vagy meglassultság szubjektív érzete).

(6) Fáradtság vagy anergia (erőtlenség) csaknem minden nap.

(7) Értéktelenség érzete vagy kifejezett, ill. inadekvát önvádlás/bűntudat, akár téveszmés fokban is, szinte minden nap (nem pusztán a beteg-lét miatti lelkiismeret-furdalás vagy bűntudat).

(8) Csökkent gondolkodási, összpontosítási, vagy döntési képesség szinte minden nap (akár szubjektív élmény, akár mások megfigyelése).

(9) A halál gondolatával való gyakori foglalkozás (nem csak halálfélelem), visszatérő öngyilkossági gondolatok konkrét terv nélkül, vagy öngyilkossági kísérlet, vagy konkrét öngyilkossági terv.

B. A tünetek nem elégítik ki a kevert epizód ismérveit (ld.138. o.).

C. A tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos működések romlását okozzák.

D. A tünetek nem kémiai anyag (pl. visszaélésre alkalmas szer, gyógyszer) vagy általános egészségi állapot (pl. hypothyreoidismus) közvetlen élettani hatásának tulajdoníthatók.

E. A tünetek nem magyarázhatók jobban gyászreakcióval (azaz egy szeretett személy halálát követően két hónapot meghaladóan is fennállnak) vagy észrevehető funkcionális károsodást jeleznek (beteges értéktelenség-tudat, öngyilkossági gondolatok, pszichotikus tünetek vagy pszichomotoros retardáció).

III. melléklet

A kérdőív csoportosított állításokat tartalmaz. Kérjük, gondosan olvasson át minden egyes állításcsoportot. Válassza ki a csoport többi tagja közül azt az egy állítást, amely legjobban leírja az Ön érzését az elmúlt héttől egészen a mai napig. A kiválasztott állítás számjegyét karikázza be. Ha az adott csoportból több állítást is választana, akkor valamennyit jelölje meg. Kérjük, olvassa el figyelmesen valamennyi állítást az adott csoporton belül, mielőtt választ adna.

1. 0. Nem vagyok szomorú
   1. Szomorú vagy nyomott vagyok
   2. Mindig szomorú vagyok, és nem tudok kikeveredni belőle
   3. Annyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom tovább

2. 0. Nem félek különösebben a jövőt illetően
   1. Félek a jövőtől
   2. Úgy érzem, semmit nem várhatok a jövőtől
   3. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog javulni

3. 0. Nem érzem, hogy kudarcot vallottam
   1. Úgy érzem, több kudarc ér, mint másokat
   2. Visszatekintve életemre kudarcok sorát látom
   3. Úgy érzem, mint ember teljes kudarcot vallottam

4. 0. A dolgok ugyanolyan megelégedéssel töltenek el, mint máskor
   1. A dolgokkal nem vagyok úgy megelégedve, mint máskor
   2. Valójában semmi sem okoz elégedettséget nekem
   3. Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok

5. 0. Nem hibáztatom különösebben magam
   1. Gyakran hibáztatom magam
   2. Majdnem mindig hibáztatom magam valami miatt
   3. Állandóan hibáztatom magam

6. 0. Nem érzem magam különösebben hibásnak
   1. Úgy érzem, lehet, hogy rászolgáltam valami büntetésre
   2. Úgy érzem, rászolgáltam a büntetésre
   3. Azt akarom, hogy megbüntessenek

7. 0. Nem csalódtam magamban
   1. Csalódtam magamban
   2. Nem szeretem magamat
   3. Gyűlölöm magamat

8. 0. Nem érzem, hogy rosszabb lennék, mint bárki más
1. Gyengeségeim és hibáim miatt nagyon bírálom magam
2. Mindig vádolom magam a hibáim miatt
3. Minden rosszért, ami bekövetkezik, vádolom magam

9. 0. Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen tegyek valamit
1. Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni
2. Szeretném megölni magam
3. Megölném magam, ha tudnám

10. 0. Nem sírok többet, mint szoktam
1. Mostanában többet sírok, mint korábban
2. Mostanában mindig sírok
3. Valaha tudtam sírni, most meg nem tudok még akkor sem, ha akarnám

11. 0. Nem vagyok ingerlékenyebb, mint máskor
1. Könnyebben leszek ingerült vagy haragos, mint korábban
2. Mostanában állandóan ingerült vagyok
3. Már nem izgatnak fel olyan dolgok, amik korábban ingerültté tettek

12. 0. Az emberek iránti érdeklődésem nem csökkent
1. Kevésbé érdekelnek az emberek most, mint azelőtt
2. Jelentősen csökkent mások iránti érdeklődésem
3. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt

13. 0. Éppen olyan jól döntök, mint korábban
1. Mostanában elhalasztom a döntéseimet
2. A korábbiakhoz képest igen nehezen döntök
3. Semmiben sem tudok dönteni többé

14. 0. Nem érzem, hogy rosszabbul nézek ki, mint azelőtt
1. Félek, hogy öregnek és csúnyának látszom
2. Úgy érzem, hogy hátrányomra változtam, és kevésbé vagyok vonzó
3. Azt hiszem, csúnya vagyok

15. 0. Éppen olyan jól tudok dolgozni, mint máskor
1. Külön erőfeszítésbe kerül, hogy valami munkába belefogjak
2. Nagy erőfeszítésre van szükségem ahhoz, hogy megcsináljak valamit is
3. Semmi munkát nem vagyok képes ellátni

16. 0. Ugyanolyan jól tudok aludni, mint általában
1. Nem alszom olyan jól, mint azelőtt
2. A szokottnál 2-3 órával korábban ébredek, és nehezen tudok újra elaludni
3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni

17. 0. Nem fáradok el jobban, mint azelőtt
1. Hamarabb elfáradok, mint azelőtt
2. Majdnem minden elfáraszt, amit csinálok
3. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak

18. 0. Az étvágyam nem rosszabb, mint azelőtt
1. Az étvágyam nem olyan jó, mint azelőtt
2. Mostanában az étvágyam sokkal rosszabb
3. Egyáltalán nincs már étvágyam

19. 0. Semmivel sem vesztettem többet súlyomból, mint máskor
1. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 2 kg
2. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 5 kg
3. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 8 kg

Kevesebb evéssel tudatosan igyekszem lefogyni (jelölje be)

igen nem

testsúly: kg testmagasság: cm

20. 0. Nem foglalkozom többet egészségi állapotommal, mint azelőtt
1. Aggódom olyan testi-fizikai problémák miatt, mint fájdalmak, vagy gyomorpanaszok
2. Nagyon aggódom testi-fizikai panaszaim miatt, és nehéz valami másra is gondolnom
3. Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni

21. 0. Nem vettem észre lényeges változást szexuális érdeklődésemben
1. A szokottnál kevésbé érdeklődöm a szex iránt
2. Mostanában jóval kevésbé érdeklődöm a szex iránt
3. Teljesen elvesztettem a szex iránti érdeklődésemet

Irodalomjegyzék

A DSM-IV Diagnosztikai Kritériumai, Animula Kiadó, Budapest, 1995.

Atkinson, R., L., Atkinson, R., C., Smith, E., E., Bem, D., J.,: *Pszichológia,* Osiris Kiadó, Budapest, 1995.

BNO-10 Zsebkönyv, Animula Kiadó, Budapest, 1996.

Buda Béla: *Az öngyilkosság,* Animula Egyesület, Budapest, 1997.

Kopp M, Skraltbski Á.: *Magyar lelkiállapot,* Végeken Alapítvány, Budapest, 1992.

Rhimer Zoltán, Wolfgang Rutz: *Depresszió és öngyilkosság férfiaknál,* Springer Orvosi Kiadó, 2000.

Van Riezen, H., Segal M.: *Comparative Evaluation of Rating Scales for Clinical Psychopharmacolgy,* Elsevier, Amsterdam, New York, 1988.