

**Árvai Györgyi–Bartók Ágnes–Pilinszki Attila:
Öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek társadalmi háttere**

Absztrakt

Tanulmányunkban az öngyilkossági kísérlet elkövetése és különböző szociodemográfiai háttérváltozók, valamint életesemények közötti összefüggést vizsgáltuk. A kutatási kérdéseket a Nyírő Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet pszichiátriai osztályaira öngyilkossági kísérlet elkövetése miatt felvételre kerülő páciensek (N=52) kérdőíves megkérdezésével vizsgáltuk. Az eredmények szerint az öngyilkosságot elkövetők között felülreprezentáltak az egészségkárosodás miatt leszázalékoltak, az egyedülálló férfiak és a munkanélküliek csoportja. Fontos rizikótényezőként kell tekinteni a különböző negatív életeseményekre, különösen az anyagi helyzet jelentős romlására, valamint a közeli családtagokat érintő betegségekre, vagy a hozzátartozók elvesztésére. Összefüggés tapasztalható a negatív életesemények halmozódása és az öngyilkosság elkövetése között. A vizsgálat során rizikófaktorként azonosított tényezőket fontos figyelembe venni a segítő kapcsolatban, valamint a szociális szolgáltatások tervezésekor.

Kulcsszavak: szuicídium, krízis, negatív életesemények, pszichiátria, társadalmi háttér

Abstract

Social background of suicide attempters

The study examines the relationship between suicide attempt and socio-demographic factors and life-course events. The research was conducted through a questionnaire survey among the patients of Gyula Nyírő Hospital – National Institute of Psychiatry and Addictions, who were attended on the Psychiatric wards after a suicide attempt (N=52). The results suggest that persons with disability pension, single males and unemployed are overrepresented among suicide attempters. Negative life-course events proved to be important risk factors, especially significant financial decline, illness or death of relatives. There is a correlation between suicide attempt and the accumulation of negative life-course events. In the helping process and the design of social services these risk factors must be taken into consideration.

Keywords: suicide, crises, negative life-course events, psychiatry, social background

Bevezetés

A szociális munkának csaknem minden területén találkozhatunk olyan személyekkel vagy hozzátartozóikkal, akik öngyilkosságot kíséreltek meg, illetve akiknek hozzátartozójuk öngyilkosság miatt halt meg. A pszichiátriai osztályon végzett szociális munka során talán még gyakrabban van erre példa. A hatékony segítés érdekében fontosnak tartjuk, hogy a szakemberek ismerjék a klienskör sajátosságait.

A halálokokra vonatkozó társadalomstatistikai adatok szerint hazánkban rendkívül magas az öngyilkosságok száma. A férfiaknál és a nőknél is az európai átlagérték kétszeresét jelzik a hazai adatok (http 1). Bár Magyarországon a befejezett öngyilkosságok regisztrálása kiemelt alaposággal történik, világviszonylatban nincs egységes regisztrációs rendszer, számos ország nem szolgáltat adatokat a témában. Ennek ellenére a rendelkezésre álló adatok mindenképp a téma társadalmi fontosságát támasztják alá. A hazai, öngyilkossággal foglalkozó irodalmat áttekintve is kitűnik, hogy több szakma (pl.: pszichiátria, jog, szociológia, közgazdaság-tudomány) képviselői kiemelten fontosnak tartják a kérdés vizsgálatát (Bakó 2004; Buda 2001; Filó 2013; Kalmár, Németh, Rihmer 2012; Moksony 2005).

Komoly közegészségügyi problémaként jelenik meg az öngyilkosság, prevenciója és befolyásolása bonyolult feladat. Főként a halmozottan jelentkező szociális krízishelyzetek megoldási nehézségei jelentenek nagy terhet, a direktív, gyors és azonnali megoldást elváró beavatkozások, melyek az esetek nagy részében a rendelkezésre álló eszközrendszer hiányosságai miatt esetleg csak részben valósíthatók meg. Így a kliens számára is csak ideig-óráig nyújtanak megnyugvást. Jellemző a hiányzó intézmények problémája, a szuicídiumot megkísérelt kliens továbbirányítása komoly nehézségekbe ütközik (pl. közösségi pszichiátriai ellátás hiányosságai). A különböző prevenciós lehetőségek mellett meghatározó jelentőségű, hogy az adott társadalompolitika hogyan szabályozza a környezeti kockázati faktorokat, mennyire jellemző a témakört érintő információk széles körű terjesztése és mennyire valósul meg a társadalmi tudatosság (Gyémánt 2013: 213).

Minden esetben rendkívül megrázó, amikor a kliens saját életének kioltásával „kilép” az életből és egyúttal a segítő kapcsolatból is. A tapasztalatok alapján a szociális munkás ilyenkor nagyrészt magára marad a helyzet feldolgozásában. Büntudatával, dühével, a megkérdőjeleződött kompetenciaérzéssel, a kudarcérzéssel, kérdéseivel, kételyeivel saját magának kell megbirkóznia.

Tanulmányunk célja az, hogy a leíró jellegű kutatással részletesebb képet nyújtsunk az öngyilkosságot elkövetett személyek sajátosságairól, rávilágítva a veszélyeztetett csoportokra, s ezzel empirikus háttérrel adjunk az érintettekkel foglalkozó szakemberek számára.

Irodalmi kitekintés

Kezdetben az öngyilkosságról szóló értelmezéseket a több évezredes múltra visszatekintő moralizáló szemlélet jellemezte. A későbbiekben ehhez kapcsolódtak az egyéni tulajdonságokat (pszichikai állapot, öröklött hajlamok, adottságok) is vizsgáló eszmefuttatások. Az öngyilkosság *társadalmi tényként* való felismerése jelentős mérföldkő volt a kutatás területén. A szuicídium vizsgálata során az egyéni tulajdonságok és az egyént körülvevő környezet jellemzőinek, kölcsönhatásuknak együttes megfigyelése vált hangsúlyossá (Fekete 2001: 157). Durkheim a különböző öngyilkosságtípusok bemutatásánál anómiás öngyilkoságnak nevezi, amikor a szuicídium oka, hogy meggyengül a társadalom szabályozó ereje, s így érték- és normarendszerével kevésbé tudja irányítani az egyén cselekedeteit, illetve célt és értelmet adni az egyén életének (Durkheim 2003: 281). Több szerző is megállapította, hogy az öngyilkosság valódi okai mélyebben, a helyi társadalom egyedi kultúrájában találhatóak, „abban az érték- és normarendszerben, amely kimondva-kimondatlanul elfogadja az öngyilkosságot, mint az életben fölmerülő nehézségek és konfliktusok »megoldásának« egyik lehetséges eszközét” (Moksony 2003: 204). Az öngyilkosság jelenségének vizsgálatakor fontos szerepet kell tulajdonítani mind a társadalmi folyamatok jelenségének, mind az egyéni vulnerabilitásnak (Osváth, Vörös, Fekete 2004: 37; Rihmer, Fekete 2009: 670). Az öngyilkosság oka tehát nem határozható meg egyetlen tényezővel. Minden esetben komplex, multikauzális cselekmény, melynek bekövetkezését társadalmi, interperszonális, individuális, pszichológiai, pszichopatológiai és biológiai tényezők kölcsönhatása eredményezi (Osváth 2009: 114).

A statisztikai adatok alapján 2013-ban 2093 (1588 férfi, 505 nő) haláleset történt szándékos önártalom következtében ([http 2](http://2)). Az öngyilkossági kísérletek számáról nincsenek pontos adatok, becslések szerint tízszer, tizenötször annyi kísérlet történik, mint amennyi a befejezett öngyilkosságok száma ([http 3](http://3); Sakinofsky 2007: 14). Magyarországon a felnőtt lakosság körében végzett reprezentatív felmérés alapján a szuicid kísérletek „élettartam”-prevalenciája 3,2% (nők 4,0%, férfiak 2,2%) (Szádóczky és mtsai. 2000: 344). Fontos megjegyezni, hogy

az öngyilkossági kísérletek egy része titokban marad, mivel a kísérletet elkövető nem jelenik meg az egészségügyi ellátásban, vagy nem egyértelmű az öngyilkossági szándék, illetve az egyén tagadja a cselekedet valódi célját. Ozsváth szerint a befejezett szuicídiumot elkövetők 30%-a korábban már kísérelt meg öngyilkosságot, a kísérletet elkövetők 10%-a pedig öngyilkosság miatt hal meg. Rámutat továbbá arra is, hogy a társadalmilag hátrányos helyzetű, szakképzettséggel nem rendelkező egyének között statisztikailag gyakrabban fordul elő önpusztító magatartás (Ozsváth 2009: 114–115).

Az öngyilkossági kísérletek és a befejezett öngyilkosságok megoszlása szerint különbséget kell tenni a nemek között. A befejezett szuicídium szinte mindenhol a világon lényegesen gyakoribb a férfiak körében (65–75%). Ennek okát abban látják, hogy a férfiak mind a befejezett szuicídium, mind a kísérletek esetében gyakrabban választanak violens módszereket (akasztás, lőfegyver, magasból való leugrás stb.), amelyek letalitása értelemszerűen nagyobb (Rihmer, Fekete 2012; Vörös, Ozsváth, Fekete 2004: 65). Az öngyilkossági kísérletek tekintetében fordított a nők és férfiak aránya: a kísérletek háromnegyedét nők követik el. A nők többnyire a kevésbé „radikális” elkövetési módokat (pl.: gyógyszerek túladagolása) választják, melyek esetében a szükséges segítséggel „visszafordítható” az öngyilkosságot elkövető személy (Gyémánt 2013: 216). A nemek közötti különbségek esetében a férfiak tette gyakrabban magyarázható a külső, aktuális – gazdasági, illetve szociális – változásokkal, az ezekhez történő alkalmazkodási nehézségekkel, a rögzült szociológiai szerepekből adódó elvárásokkal, továbbá biológiai adottságokkal (pl.: agresszív viselkedésre és megoldásra való hajlam, átgondoltság és megfontoltság hiánya). A nők esetében az öngyilkossági kísérlet hátterében általában mélyebb, a kulturális meghatározottság vagy tradicionális értékek átalakulásával kapcsolatos tényezők állnak (Zonda 2006: 34).

A témával foglalkozó szakirodalom hangsúlyozza, hogy a *családi állapot* tekintetében mindkét nem esetében elmondható: a házások öngyilkossági arányszámai számottevően alacsonyabbak az egyedülállók, az özvegyek és az elváltak arányszámaihoz képest (Gönczöl, Kerezsi 1993: 251; Smith, Mercy, Conn 1988: 78). A családszerkezet szempontjából Qin és munkatársai Dániában végzett vizsgálatukban is megállapították, hogy az egyedülállók nagyobb valószínűséggel követnek el öngyilkosságot. Rámutattak továbbá arra is, hogy szignifikánsan magasabb az öngyilkosság kockázata az élettársi kapcsolatban élők esetében, annak ellenére, hogy az élettársi kapcsolat a dánok többsége szerint majdnem egyenértékű a házasságkötéssel. Továbbá kiemelték, hogy a hagyományos családszerkezet összefüggésben állhat az alacsonyabb öngyilkossági kockázattal, habár nem egyértelmű, hogy az alacsonyabb kockázat a házasság protektív hatásának eredménye vagy egyfajta szelekciós hatás: azaz elképzelhető, hogy azok a személyek kötnek házasságot, akiknek esetében eleve alacsony az öngyilkosság kockázata. Kutatásukban azonban igazolták a Durkheim által megfogalmazott hipotézist, mely szerint a nők esetében a házasság protektív hatása az öngyilkosság elkövetésének szempontjából a gyermekvállalással valósul meg (Qin, Agerbo, Mortensen 2003). Keyvanara és munkatársai Iránban végzett kutatásukban azt találták, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövetettek családi állapot szerinti megoszlásában 58,7%-uk házas, 38% egyedülálló, 2,2% elvált és 1,1% özvegy családi állapotú (2013). Az iráni átlaglakosság adataival összevetve ezek az értékek nem mutatnak jelentős különbséget (http 4).

Az *iskolai végzettség* szempontjából általánosan érvényesnek látszik, hogy a magasabb iskolai végzettségűek öngyilkossági rátája kedvezőbb értéket mutat, mint a kevésbé iskolázott rétegeké (Gyémánt 2013). A Baranya megyében végzett öngyilkosság-kutatások szerint az öngyilkosságot elkövetők között magasabb az alacsony iskolai végzettségűek aránya (Ozsváth 2009: 108). Összességében elmondható, hogy a kulturális/környezeti hatások és a szocializáció lényeges meghatározói az öngyilkos magatartásnak, ezenfelül jelentőségük

erőteljesen megnyilvánul a módszerválasztásban (Moksony 2003). Keyvanara és munkatársai a társadalmi státusz fő dimenziói (iskolai végzettség, munkaerő-piaci státusz, jövedelmi helyzet) és egyéb kategóriák (családi állapot, életmód stb.) összehasonlításakor azt találták, hogy a válaszadók többsége az átlagos, 24,6% az alacsony, 20,1% a magas társadalmi státuszúak közé tartozik. Szignifikáns kapcsolatot találtak továbbá a társadalmi státusz és az öngyilkosság elkövetésének módja között. A magas és az átlagos társadalmi státuszúakra jellemző a túladagolás és a mérgezés, az alacsony társadalmi státuszúak önmaguk felgyújtását alkalmazták gyakrabban. A korábbi öngyilkossági kísérletek és a társadalmi státusz között nem találtak összefüggést (Keyvanara, Mousavi, Karami 2013: 56).

A társadalmi anomia durkheimi és mertoni fogalmából kiindulva, az intergenerációs mobilitás és az öngyilkosság kutatása során Moksony két hipotézist fogalmazott meg: 1. dezorganizációs hipotézis: az öngyilkosság elkövetésének kockázata magasabb azok körében, akiknek helyzete pozitív vagy negatív irányba jelentősen módosult, azokhoz képest, akiknek helyzete változatlan maradt; 2. deprivációs hipotézis: a felfelé irányuló mobilitás csökkenti az öngyilkosság kockázatát, a lefelé irányuló mobilitás esetében pedig a kockázat növekedésére számít (Moksony 2005: 10). Moksony 1994-ben végzett vizsgálatában 182 öngyilkossági esetet vizsgált, összehasonlítva a nem öngyilkosokra vonatkozó információkkal, melyek a Magyar Háztartás Panel 1994. évi harmadik hullámának adataiból származtak. Elemzését a társadalmi mobilitás változója mentén végezte, a vizsgált személy és az apa legmagasabb iskolai végzettsége közötti különbség összehasonlításával. Eredményeiben a deprivációs hipotézis igazolódott: a lefelé történő mobilitás esetében 23%-kal nagyobb az öngyilkosság kockázata, mint a változatlan státusz, illetve a státuszemelkedés esetében, tehát „a társadalmi lesüllyedés fokozza, a felemelkedés pedig mérsékli az önpusztítás kockázatát” (Moksony 2005: 17).

Az öngyilkossági veszélyeztetettség kialakulása rendkívül sokrétű jelenség, amelyben módosítható, illetve nem módosítható kockázati tényezők játszanak szerepet (Perczel Forintos 2011: 280). Rihmer a befejezett öngyilkosságra és az öngyilkossági kísérletre vonatkozó rizikófaktorokat közösen tárgyalja, a két magatartásforma rizikótényezői között nagymértékű átfedést állapított meg.

- Az elsődleges (pszichiátriai) rizikótényezők közé sorolja a különböző pszichiátriai betegségeket (pl.: major depressziós epizód; szkizofrénia; alkoholdependencia), a korábbi öngyilkossági kísérletet, a családban előforduló öngyilkosságot és az öngyilkossági szándék kommunikációját.
- Másodlagos (pszichoszociális) rizikótényezőnek tekinti a kora gyermekkori veszteségeket, traumákat, a kapcsolati izolációt, a munkanélküliséget és anyagi problémákat, továbbá a különböző negatív életeseményeket.
- A harmadlagos (demográfiai) rizikótényezők között említi a nemet (férfi), az életkort (serdülő fiúk és mindkét nemnél az idősek), valamint különböző vulnérabilis periódusokat (tavasz/kora nyár; premenstruális időszak; reggeli, délelőtti órák) (Rihmer, Fekete 2012: 99).

Pszichiátriai betegség mint rizikótényező

Vörös és munkatársai vizsgálatukban azt találták, hogy hasonlóan a befejezett öngyilkosságot elkövetőkhöz, az öngyilkosságot megkísérlő páciensek legnagyobb részénél (80–90%) mentális zavar jelenléte állapítható meg. A WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicídium Kutatás pécsi centrumának összesített adatai alapján elmondható, hogy pszichiátriai kórképek tekintetében a depresszió előfordulási aránya a legmagasabb (33–80%), magas a

személyiségzavarok – különösen a borderline személyiségzavar – aránya (26–58%), gyakoriak az addikciók (22–36%), az alkalmazkodási zavar (10–31%) és a szorongásos zavarok (10–20%) a szuicid kísérletezők között. A férfiak esetében gyakoribb az alkoholdependencia (Vörös, Osváth, Fekete 2002: 399). Az öngyilkosság kockázata magas a szkizofréniában, akár 40%-os is lehet. Különösen nagy az öngyilkosság veszélye a betegség megállapítását követő első években (Ozsváth 2009: 117).

Alkoholfogyasztás mint rizikófaktor

Az alkoholfogyasztás és az öngyilkosság összefüggését vizsgálva többen felhívják a figyelmet a két jelenség összekapcsolódására. Menninger az alkoholbetegséget valójában „lassú öngyilkosságnak” tartja (Menninger 1938 idézi: Zonda, Bozsonyi, Elekes 2010: 6). Cavanagh és munkatársai kiemelik, hogy a major depresszió után az alkoholabúzus és az alkoholdependencia a második legnagyobb pszichiátriai diagnózis a szuicídiumot elkövetőknél (2003: 404). Az öngyilkosság kockázata az alkoholbetegek körében hatszor nagyobb az átlagpopulációéhoz viszonyítva, 17–29%-uk kísérel meg szuicídiumot (Boenisch és mtsai. 2010: 414). Hasonló eredményekre jutottak Pirkola és munkatársai, miszerint a befejezett öngyilkosságok 35%-ában jelen van alkoholabúzus vagy -dependencia (2000: 70). Németh megjegyzi továbbá, hogy „az öngyilkosságban jelentős szerepet játszanak az alkoholfogyasztás okozta pszichoszociális zavarok: az egzisztenciális nehézségek, a munkahely elvesztése, az interperszonális zavarok, a válás és az egészségügyi problémák” (2012: 149).

Korábbi öngyilkossági kísérlet

Fokozottan veszélyeztetettnek tekintendő az a személy, akinek élettörténetében szerepel szuicid kísérlet. Magyarországon magas az egy éven belül megismételt öngyilkossági kísérletek száma (25%), és emellett – európai viszonylatban – a magyar betegeknek a legmagasabb a pszichiátriai hospitalizáció aránya. Ennek ellenére gyakran egy éven belül ismét bekövetkezik az újabb szuicid kísérlet. Az adatokból arra lehet következtetni, hogy egyrészt hazánkban jelenleg nem megfelelő a szuicídiumot megkísérlők ellátása, másrészt pedig nem a kórházi kezelés időtartamának, hanem annak minőségének van döntő szerepe a visszaesések megelőzésében (Perczel Forintos 2011: 280). Az öngyilkosságban meghaltak kb. egyharmadának már volt korábban legalább egy szuicid kísérlete, és az első öngyilkossági kísérlet több mint 50-szeresére emeli a befejezett öngyilkosság lehetőségét. Ebben az is szerepet játszik, hogy a nem violens kísérletet elkövetők számos esetben választanak a következő alkalommal drasztikusabb módszert, míg ennek ellenkezője ritka (Rihmer 2007: 21). Korábbi vizsgálatok rámutattak arra is, hogy akiknek már volt öngyilkossági kísérletük, gyakrabban számolnak be az életükben történt negatív életeseményekről és súlyos problémákról (Osváth, Fekete 2002: 410).

Negatív életesemények

A jelentős krízist okozó negatív életesemények alapos áttekintését adják Hajduska (2010, 2012) munkái, melyekben a következő tényezőket tárgyalja: válás, súlyos betegség, gyász, munkanélküliség és anyagi nehézségek. A negatív életesemények a mindennapi élet veszteségeit, negatív élményeit foglalják magukba, melyek bármikor, bárkivel előfordulhatnak (Vörös és mtsai. 2009: 219). A negatív életesemények mindenképpen változást idéznek elő, új megküzdési stratégiákat és alkalmazkodást kívánnak az egyéntől. Ha az alkalmazkodást kívánó események halmozottan jelentkeznek az egyén életében egy időszakon belül, növekszik annak valószínűsége is, hogy az egyén testi-lelki egyensúlyában kritikus fordulat következik be (Hajduska 2012: 257).

A szuicid viselkedés szempontjából fontos kockázati faktornak tekinthetők a traumatikus életesemények. A WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicídium Kutatás során több tényező mellett felmérésre került a különböző negatív életesemények előfordulása is. A válaszadók által említett negatív életesemények gyakorisága szerint első helyen szerepelt a *halálvesztés*, második helyen a *kapcsolati konfliktusok*, harmadik helyen az *addikció*, majd a *szexuális vagy fizikai abúzus* és az *öndestruktív magatartás a családban*. A megkérdezettek 61%-a beszámolt komoly partnerkapcsolati konfliktusról, 30%-uk említette partnere alkoholfüggőségét (Osváth, Fekete 2002: 410).

A kutatás folyamata

Az öngyilkosság témakörét három kórházi osztályon végzett, célzott vizsgálat adataira támaszkodva vizsgáltuk. A Nyíró Gyula Kórház – Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézetben végzett kismintás-kutatásban részletes kérdőívvel tudtuk vizsgálni az öngyilkossági kísérletet elkövetők jellemzőit és életkörülményeit, továbbá az öngyilkossági motivációkat nyitott kérdésekkel mértük fel. A vizsgálat célcsoportját a Nyíró Gyula Kórház – OPAI I., II. és III. Pszichiátriai osztályaira 2014. január – 2014. augusztus között öngyilkossági kísérlet elkövetése miatt felvételre került 18 év feletti személyek képezték. Az I., II. és III. Pszichiátriai osztályok Budapest IV., V., XIII. és XIV. kerületi lakosainak pszichiátriai ellátását végzik.

Az elsősorban leíró jellegű vizsgálat célkitűzése az volt, hogy a kórház pszichiátriai osztályaira felvételre kerülő személyekről szociális helyzetre és különböző társadalmi jellemzőkre vonatkozóan pontosabb képet kapjunk. A vizsgált témáról kérdőíves módszerrel gyűjtöttünk adatokat, melynek lekérdezését kérdezőbiztosok segítették.

A Nyíró Gyula Kórház – OPAI I., II. és III. Pszichiátriai osztályaira öngyilkossági kísérlet elkövetése miatt felvételre került 18 év feletti személyek teljes körű lekérdezését végeztük, azonban nem tartoztak a vizsgált csoportba azok a személyek, akik öngyilkossági kijelentések vagy öngyilkossági gondolatok miatt kerültek felvételre. A kutatásban történő részvétel önkéntesen, anonim módon történt. A részt vevő személyek előzetesen beleegyező nyilatkozatot tettek, mely tartalmazta, hogy a kutatásban való részvételük kórházi kezelésüket semmilyen módon nem befolyásolja.

A vizsgálati időszakban 54 személy került felvételre öngyilkossági kísérlet miatt, 2 fő kivételével vállalták a kutatásban való részvételt.

A minta bemutatása

A vizsgálat válaszadói között több a nő (61,5%), mint a férfi, és a nők valamennyivel idősebbek (nők $53,9 \pm 16,9$; férfiak $48,1 \pm 13,0$). A minta néhány fontos jellemzőjének gyakorisági eloszlását az 1. táblázatban mutatjuk be. Az életkor szerinti bontást vizsgálva láthatjuk, hogy az öngyilkosságot elkövetők jellemzően az 50 év feletti korcsoporthoz tartoznak (53,9%). A mintában alulreprezentáltak az alacsony iskolai végzettségűek (15,7%; országos átlag: 24% – [http 5](#)). Az öngyilkossági kísérletet elkövetők havi nettó jövedelmét vizsgálva azt láthatjuk, hogy a jelentős hányaduk (48,1%) minimálbér alatti jövedelemmel rendelkezik, 12 főnek (23%) semmilyen rendszeres jövedelme nincs. A munkaerő-piaci státusz szerinti megoszlásnál szembetűnő az aktív-inaktív csoportok közötti aránykülönbség, s az inaktívak között kiemelkedő értéket (26,9%) láthatunk az egészségkárosodás miatt leszázalékoltak csoportjában.

1. táblázat. A minta szociodemográfiai sajátosságai (%)

Korcsoportok	N=52	Iskolai végzettség	N=51
30 év alatt	9,6	legfeljebb 8 általános	15,7
31–40 éves	17,3	szakiskola és OKJ	33,3
41–50 éves	19,2	érettségi	35,3
51–60 éves	30,8	felsőfokú	15,7
61 év felett	23,1		

Munkaerő-piaci státusz	N=52	Havi nettó jövedelem (Ft)	N=52
Alkalmazott	17,3	30 000 alatt	26,9
Öregségi nyugdíjas	19,2	30 001–66 000	21,2
Leszállékolt	26,9	66 001–100 000	25,0
Tanuló	5,8	100 001 felett	26,9
Munkanélküli	26,9		
Egyéb	3,8		

Eredmények

Az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek életkörülményei

Az életkörülmények témakörében vizsgáltuk az öngyilkosságot elkövetett személyek kapcsolataira, jövedelmi és munkaerő-piaci helyzetére és jelentős életeseményekre vonatkozó kérdéseket.

A kapcsolatok témájában a megkérdezett családi állapotán kívül a következő kérdésekre támaszkodhattunk: „Az elmúlt két hétben volt-e valaki, akire számíthatott?” „Elfogadják-e olyannak, amilyen?” Az öngyilkosság elkövetésének okaként többen jelölték meg a kapcsolatok minőségét, illetve a kapcsolatok hiányát, de erre a kérdésre az öngyilkossági motivációknál térünk majd ki.

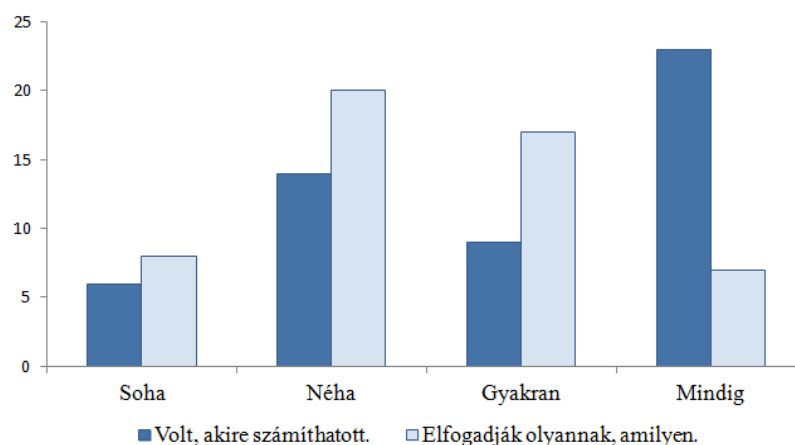
A családi állapot szerinti megoszlást vizsgálva a 2. táblázatban láthatjuk, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövetők az átlaglakossághoz képest kevesebben élnek párkapcsolatban. Különösen igaz ez a kórházban kezelt férfiakra, akiknek mindössze egynegyedük él párkapcsolatban, alapvetően a nőtlen és az elvált kategóriába tartoznak. Fontos megemlíteni továbbá, hogy az öngyilkosságot elkövetők körében a nők között található özvegy családi állapotú, azonban a férfiaknál senki sem jelölte meg ezt a kategóriát.

2. táblázat. A megkérdezettek és az országos lakosság családi állapot szerinti megoszlása (%)

	NYGYK		Népszámlálás 2011	
	Nő N=32	Férfi N=20	Nő	Férfi
Nőtlen, hajadon	12,5	45,0	27,0	38,8
Házass vagy bejegyzett élettársi kapcsolat	28,1	20,0	41,9	47,2
Élettársi kapcsolat	12,5	5,0		
Özvegy	15,6	0	18,2	10,1
Elvált	31,3	30,0	12,8	3,8

A társas támogatásra vonatkozó kérdésekre adott válaszokból úgy tűnik, hogy a kórházi osztályon megkérdezettek többsége körül van(nak) olyan személy(ek), akikre számíthat és akikkel szemben önmaga lehet (1. ábra).

1. ábra. Társas támogatás, melyet az elmúlt két hétben tapasztalt (fő)



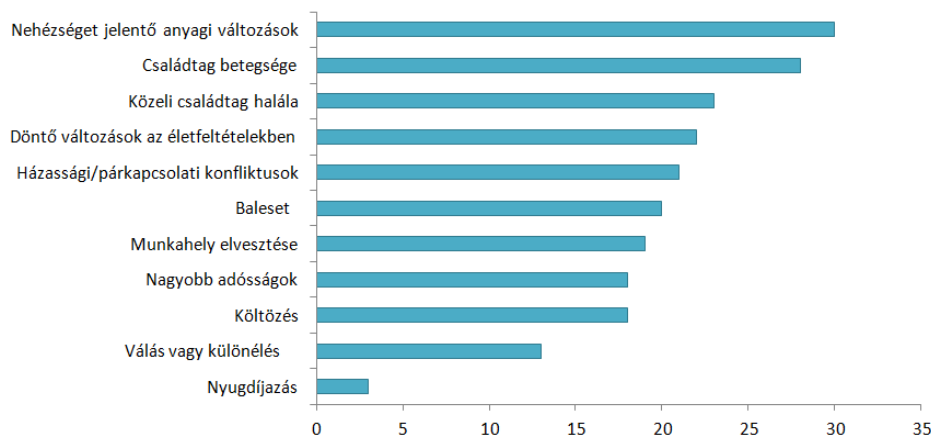
Néhány válaszadó (6–8 fő) teljesen elszigeteltnek érzi magát. A kérdés azonban nem kizárólag a személyes kapcsolathálózatra vonatkozik, a megkérdezett a válaszadáskor gondolhatott a hivatásos segítőkre is.

A következőkben a *munka-jövedelem-pénzügyi nehézségek* témák kapcsán mutatjuk be a megkérdezettek jellemzőit, ami a társadalmi státusz egyik fontos mutatóját adja. Már a minta bemutatásánál is utaltunk rá (1. táblázat), hogy az öngyilkosságot megkísérlők körében alulreprezentáltak a munkaviszonnal rendelkezők (17,3%). A munkaképesség csökkenése miatt leszázalékoltak tekinthetők az öngyilkosság egyik kiemelt rizikócsoportjának, a megkérdezettek több mint negyede (26,9%) egészségkárosodottnak tekinthető. Hasonló tendenciát figyelhetünk meg a munkanélkülieknél is. A megkérdezettek közül az elmúlt 3 évben 14 főt érintett a munkanélküliség rövidebb-hosszabb ideig, azonban ennek másfélszerese veszítette el állását. Még a jelenleg dolgozók csoportjában is vannak olyanok, akik átérték ezt a veszteséget. A 19 állásvesztő közül hárman tudtak másik munkahelyet találni, a többieknél státuszváltozás történt: a különböző „inaktív” csoportok létszámát növelték.

Az egyéni jövedelmet tekintve az öngyilkossági kísérletet elkövetők közel fele a két legalacsonyabb (66 ezer alatti), azaz a nettó minimálbér alatti jövedelemkategóriába tartozik. A jövedelmi viszonyokról elmondható továbbá, hogy a megkérdezettek havi nettó jövedelme átlagosan 68 941 Ft, ami körülbelül a minimálbérnek felel meg. A háztartásban közös kasszán együtt élők egy főre jutó nettó jövedelmét vizsgálva valamennyivel magasabb összeget láthatunk, 85 073 Ft-ot.

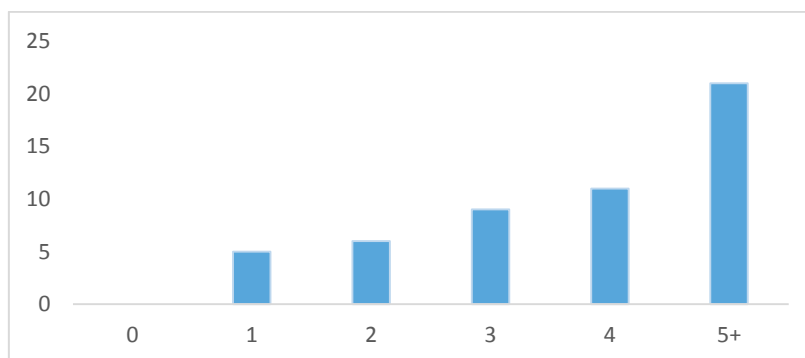
Az életkörülményekkel összefüggésben nagymértékben befolyásolják az egyén jólétét azok a *rendkívüli életesemények*, melyeket Caplan nyomán akcidentális krízisnek is nevezhetünk. A kutatás során megkérdezettek körében nagy arányban fordulnak elő különböző rendkívüli életesemények, különösen magas az anyagi körülményekben felmerülő változások; a családtag betegségének és a közeli családtag halálának előfordulása (mintegy a válaszadók felénél előfordult). Ezeken kívül több rendkívüli életesemény (költözés, munkahelyvesztés, döntő változások az életfeltételekben) érintette a megkérdezettek több mint egyharmadát (2. ábra).

2. ábra. Rendkívüli életesemények előfordulása az elmúlt 3 évben (fő)



A különböző életesemények halmozódása különös stresszhatással bírhat az egyén életében, és azt láthatjuk, hogy ezen a mintán gyakorinak számít ezeknek a pszichoszociális stresszfaktoroknak az együttes előfordulása. Nem volt olyan válaszadó, akinek ne történt volna legalább egy jelentős változás az életében – jellemzően legalább három rendkívüli életesemény fordult elő, sőt a megkérdezettek közel felénél (21 fő) öt vagy annál több stresszforrás jelent meg. A 3. ábrán láthatjuk a halmozódó stresszfaktorok és az öngyilkossági kísérlet elkövetésének összefüggéseit.

3. ábra. Pszichoszociális stresszfaktorok száma az elmúlt 3 évben (fő)



Az öngyilkossági motiváció

Az öngyilkossági motivációval kapcsolatban két nyitott kérdés szerepelt a kérdőívben. A kérdésekre adott válaszokat első lépésben kategóriákba soroltuk, egy-egy válaszban jellemzően több kategória is említésre került. A „Jelenleg a legnagyobb probléma az életemben az, hogy...” kérdésre adott válaszok alapján az alábbi négy kategória emelkedik ki az említések gyakorisága alapján: 1. kapcsolati problémák (17 fő), 2. anyagi problémák (12 fő), 3. egészségi állapot miatti problémák (10 fő), 4. magány, egyedüllét (8 fő).

A kapcsolati problémákat jól tükrözik az alábbi válaszok:

Párkapcsolatom két hete véget ért. Nem ismertem a hibáimat korábban és lehetőséget sem kaptam, hogy változtatni tudjak ezeken. (19 éves nő)

Nem vagyok képes megteremteni a belső békémet. Állandó frusztráció alatt vagyok. A párkapcsolataim, emberi kapcsolataim általában eléggé kisinylettek, de most van remény a változásra. (21 éves férfi)

Az anyagi probléma említése több válaszadónál párosul a családért, gyerekekért való felelősségvállalással:

Nem tudok semmin sem változtatni. Nővérem agyvérzést kapott, anyagilag nem tudom támogatni. (58 éves nő)

Megfelelő életkörülményeket próbáljak teremteni a családomnak. Becsülettel felnevelni a kisfiamat. (47 éves férfi)

Az egészségi állapottal kapcsolatos problémaként két megkérdezett válaszát idézzük:

Pszichiátriai beteg vagyok [szkizofrénia], ez a legnagyobb problémám az életemben, ez biztos. (34 éves nő)

Találtak a tüdőmben valamit, de az orvosok nem tudják, hogy mi az. Szenvedek a kivizsgálásoktól és a kezelésektől. Nem akarják megmondani nekem az igazságot. (71 éves nő)

A „Jelen esetben miért jutott arra a döntésre, hogy öngyilkosságot kísérel meg?” kérdés esetében is kategóriákat alkottunk, az adott válaszokban itt is megfigyelhető bizonyos kategóriák dominanciája:

1. kapcsolati konfliktusok (15 fő), 2. anyagi problémák (12 fő), 3. kilátástalanságérzés (11 fő), 4. veszteség (párkapcsolati szakítás, haláleset) (10 fő).

Kapcsolati konfliktusokra vonatkozóan a megkérdezettek például az alábbi válaszokat adták:

A férjem, hogy örüljön neki, ha én meghalok, legyen övé a lakás és nekem nem kell szenvedni. Az összes pénzemet elveszi. Ő azt mondja, hogy nagyon szeret, de én nem így érzem. (43 éves nő)

Mert úgy érzem, nem tudom tovább elviselni az élettársamat. (50 éves nő)

A családban történt halálesettel kapcsolatosan idézzük két megkérdezett választát:

Láttam egy felvételt a bátyámról, és hirtelen rádöbbsentem, hogy nincs többé. Nem gondoltam, hogy ennyire hiányzik. Találkozni akartam vele. A bátyám pap volt. (46 éves nő, megjelölt hozzátartozója öngyilkosságot követett el)

Családi tragédia: a testvérem váratlanul meghalt 46 évesen, édesanyámnak demenciája van. A két esemény egyszerre történt. (58 éves nő)

Két válasz esetében nyilvánvaló, hogy a megjelölt okok pszichiátriai betegség tünetei (téveszmék), és ezek állnak az elkövetés hátterében:

A szomszédaim miatt. Kizsákmányolnak, megakadályozzák az életemet, inkább már meghalok, így nem lehet élni. Megfűrjék a falat, befecskendezik a mérget és azt belélegzem. Meg akarnak ölni, inkább én ölöm meg magamat. (80 éves nő)

Nagyon összezapott fölöttem a dolog. A gondnok keze is benne volt, a lakáshivatalban is benne vannak. Ki akarnak tenni a nyugdíjasházból. (82 éves nő)

A társadalmi mobilitás és az öngyilkossági kísérlet

Elemzésünk során az intergenerációs mobilitást mindkét szülő és a leszármazott (megkérdezett) iskolai végzettsége alapján vizsgáltuk. Az iskolai végzettség összevont kategóriáival kereszt táblát készítettünk (3. táblázat), melyből magasabb elemszám esetén jól látszanak az adott kategóriából kilépők és a kategóriába belépők aránya.

3. táblázat. Iskolai mobilitási tábla (fő)

		<i>Megkérdezett iskolai végzettsége</i>			
		8 általános	szakiskola	érettségi	felsőfokú
<i>Apa iskolai végzettsége</i>	8 általános	2	6	0	1
	szakiskola	1	6	11	3
	érettségi	1	1	1	1
	felsőfokú	1	1	5	2
<i>Anya iskolai végzettsége</i>	8 általános	2	7	6	3
	szakiskola	1	5	8	0
	érettségi	3	3	3	3
	felsőfokú	0	0	1	1

Az alacsony elemszám miatt három kategóriát képeztünk: ugyanolyan végzettséggel rendelkezik, mint az apja/anyja; felfelé mobil; lefelé mobil. Az apa és az anya iskolai végzettsége alapján számolt mobilitási mutatók hozzávetőlegesen hasonló képet mutatnak. A válaszadók több mint fele magasabb végzettséggel rendelkezik, mint szülője.

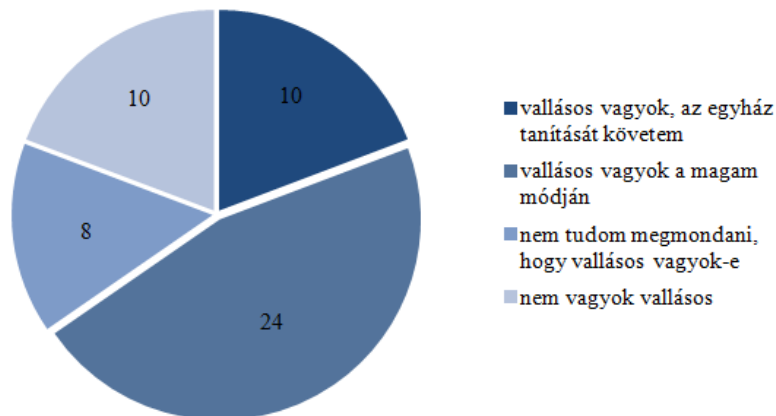
4. táblázat. Iskolai mobilitási kategóriák

	Apa iskolai végzettsége	Anya iskolai végzettsége
Ugyanolyan végzettséggel rendelkezik	11	11
Felfelé mobil	22	27
Lefelé mobil	10	8

Egyéb kockázati és védő tényezők

A *vallásosságra* vonatkozóan egy kérdés került felvételre, ami egyfajta vallásos önbesorolásként definiálható. Egyetlen megkérdezett sem jelölte meg a „Kifejezetten nem vallásos, ateista vagyok” választ. A válaszadók jelentős hányada magát vallásosnak tartja, bár a többség (24 fő) a „maga módján vallásos” kategóriát választotta. A néhány fő bizonytalan mellett mindössze a válaszadók negyede jelölte meg a „nem vallásos” kategóriát (4. ábra). Ez arra utal, hogy az öngyilkosságot elkövetők körében nem mondható ritkának a vallásos hit előfordulása.

4. ábra. Vallásos önbesorolás – N=52 (fő)



A vizsgálat válaszadóinak *alkoholfogyasztási szokásairól* elmondható, hogy kb. 20%-uk (12 fő) fogyaszt rendszeresen alkoholt, azonban az öngyilkosság elkövetésének napján a megkérdezettek több mint 40%-a (22 fő) ivott alkoholt. Mindezekből talán arra lehet következtetni, hogy az alkohol szerepet játszik az öngyilkosság elkövetésében, de inkább mint a cselekedet végrehajtását „segítő” szert alkalmazzák.

A megkérdezettek válaszai alapján mindenképp kockázati tényezőként szükséges kezelni a pszichiátriai előzményeket (71%), a korábbi öngyilkossági kísérletet (48,1%) és a családban elkövetett öngyilkosságot (30,8% fő).

Az öngyilkossági kísérlet elkövetésének módja

Amint fentebb utaltunk rá, a válaszadók közel fele (25 fő) korábban már kísérelt meg öngyilkosságot.

Az öngyilkossági kísérlet módszerének tekintetében a gyógyszerrel történő szándékos önmérgezés a leggyakoribb (40 fő), közülük 13 fő a bevett gyógyszereket alkohollal kombinálta. 3 fő önakasztás által, 2 fő magas helyről való leugrás által, 2 fő szűrő-vágó eszközzel, 2 fő tüzzel, füsttel és lángokkal, 1 fő kézi lőfegyver használatával, 1 fő vízbe fulladás által, 1 fő pedig tárgynyelés által kísérelt meg öngyilkosságot.

Bár a gyógyszerrel történő elkövetési módot az alacsony letalítású módok közé szokás sorolni, tíz esetben a bevett gyógyszerek mennyisége miatt magas kockázatúként kezeltük (mind a tíz fő esetében a megkérdozett intenzív osztályon történt kezelés után került a pszichiátriára). A válaszadók közül az öngyilkossági kísérlet kockázati szintje tekintetében 30 fő alacsony, 22 fő pedig magas letalítású kísérletet követett el. Következő lépésben az elkövetés letalítása és a különböző háttérváltozók kapcsolatát kereszttáblázatokkal vizsgáltuk. A nem, az életkor¹, a családi állapot² nem mutat összefüggést az elkövetés letalításával. Ezenkívül a korábban elkövetett öngyilkossági kísérlet sem áll kapcsolatban az elkövetés kockázati szintjével – pedig azt várnánk, hogy a magas letalítás inkább azokra jellemző, akiknek korábban volt már öngyilkossági kísérletük.

Fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy a mintában szereplő 52 személy közül 4 fő került be ismételten öngyilkossági kísérlet elkövetése miatt a pszichiátriai osztályokra a kutatás 8 hónapos időtartama alatt.

Diszkusszió

Vizsgálatunk célkitűzése az öngyilkossági kísérlet elkövetése miatt pszichiátriai osztályra került személyek életkörülményeinek megismerése volt.

A *családi állapot* tekintetében megfigyelhető, hogy a párkapcsolat egyfajta protektív tényezőként jelenik meg. Ez valamelyest érvényesül a nőknél is, az öngyilkossági kísérletet elkövető férfiaknál azonban szinte kizárólag olyan személyeket találunk, akik nem párkapcsolatban élnek.

Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy *munkaerő-piaci státusz* tekintetében rendkívül alacsony létszámú a foglalkoztatottak csoportja, ellenben igen jelentős az egészségkárosodás miatt leszázalékoltak aránya. Szintén az életkörülmények között vizsgáltuk különböző *életesemények* előfordulását, melyek közül minden válaszadót érintett legalább egy, azonban a megkérdozettek több mint felénél legalább öt pszichoszociális stresszor jelenik meg. Legtöbbsen a nehézséget jelentő anyagi változásokat, a közeli családtag halálát és betegségét említették. Az életesemények egy része felfogható úgy is, mint intragenerációs mobilitás. A társadalmi státusz változására vonatkoznak az anyagi változások, a költözés, a változások az életfeltételekben és a munkahely elvesztése.

Az öngyilkossági kísérlet *motivációs* hátterére vonatkozó nyitott kérdések alapján elmondható, hogy a kapcsolati és anyagi problémákat, a kilátástalanságérzést és a veszteséget (párkapcsolati szakítás, haláleset) említették nagyobb gyakorisággal a megkérdozettek.

¹ Az életkorváltozót az elemszám miatt kétértékűvé alakítottuk: 50 év alattiak és 50 felettek.

² A családiállapot-változót az elemszám miatt kétértékűvé alakítottuk: párkapcsolatban él vagy nem él párkapcsolatban.

A *társadalmi mobilitást* mindkét szülő iskolai végzettsége és a megkérdezett iskolai végzettsége összevetésével vizsgáltuk. Az alacsony elemszám miatt messzemenő következtetés természetesen nem vonható le, úgy tűnik azonban, hogy az iskolai mobilitás és az öngyilkosság elkövetése között nincs összefüggés – mindegyik mobilitási csoport közel azonos létszámú.

A *vallásosságra* vonatkozó kérdésre adott válaszokból úgy tűnik, hogy ez a tényező – legalábbis a vallásos önbesorolás kérdéssel mérve – nem befolyásolja jelentős mértékben az öngyilkosság elkövetését.

A szociális és egészségügyi alapellátás során és az öngyilkosság megelőzését segítő prevenciós programok tervezésénél kiemelt figyelmet kell szentelni azokra a személyekre, akiknél különböző rendkívüli életesemények halmozottan fordultak elő az elmúlt években, valamint a nem foglalkoztatott csoportokra (munkanélküliek, egészségkárosodottak). Rizikótényezőként említhetjük a párkapcsolat hiányát, ezért indokolt lehet prevenciós csoportok szervezése elváltak, magányosok részére.

Ugyan Durkheim még nem tekintette az alkoholizmust releváns tényezőnek az öngyilkosság vizsgálata szempontjából, azonban Zonda és munkatársai felhívják a figyelmet arra, hogy az individuál szintű kutatások erős kapcsolatot mutatnak a két deviáns viselkedés, az öngyilkosság és az alkoholdependencia között. Minél magasabb mértékű az alkohol-összfogyasztás egy kultúrán belül, annál magasabb az alkohol hatása alatt lévő egyének száma, akikben a latens öngyilkossági impulzusok aktiválódhatnak. Az idült nagyívás hatással van a mentális zavarok kialakulására, és markánsan emeli a szociális kapcsolatok széthullásának esélyét, a személyiség marginalizálódását, melyek kétségtelenül fokozzák az öngyilkosság veszélyét. Magyarországon a magas alkoholfogyasztási és az öngyilkossági ráták igen szoros kapcsolatot mutatnak. Hangsúlyozzák továbbá, hogy a prevenció terén az alkoholizmus elleni teendőknek kiemelt prioritást kellene kapniuk (Zonda, Bozsonyi, Elekes 2010: 5–13). Ezt támasztja alá az is, hogy a megkérdezettek egyötöde rendszeresen fogyaszt alkoholt. Fontosnak tartjuk felhívni a figyelmet az alkoholfogyasztás magas társadalmi elfogadottságára, valamint felvetni a kérdést, hogy a prevenciót hogyan segítik az olyan intézkedések, mint például a pálinka házi főzésének engedélyezése.

Pszichiátriai szempontból kiemelkedő jelentősége van tehát az alkoholfüggőség és a depresszió gyakori komorbiditásának. A szuicídiumot elkövetők egy része az alkoholt „bátorításként” használja tettének elkövetéséhez.

Az eredményeket összegezve elmondható, hogy a különböző pszichiátriai tényezők (korábbi öngyilkossági kísérlet, pszichiátriai betegség, öngyilkosság a családban) összefüggést mutatnak az öngyilkosság elkövetésével. Ezek mellett azonban számos olyan társadalmi-kapcsolati jellemzőt lehet említeni, melyek szintén kapcsolatban vannak a szuicídium elkövetésével. A kérdéskör vizsgálata azt a meggyőződésünket erősítette meg, hogy az öngyilkosság komplex problémája integrált megközelítést igényel, melyben az orvosi-pszichiátriai-pszichológiai segítség mellett a generális és célzott prevenció sikere érdekében helyet kell hogy kapjanak a szociális szolgáltatások is.

A prevenció eszközei

Az öngyilkosság prevenciójának eszköztára kiterjedt, folyamatosan fejlődik, igyekeznek követni a szakértői irányvonalakat és kreatívan felhasználni a technológiai innovációkat (infokommunikációs eszközök).

Orvosi felelősség: Kalmár szerint az öngyilkosság ugyan nem betegség, mégis legtöbbször az orvosok tehetnek ellene. Ha időben felismerik az egyes pszichiátriai zavarokat, komplex terápiával jelentősen csökkenthető az öngyilkosok száma (Kalmár 1990, 2012b: 67). Abban egyetértenek a szakértők, hogy a háziorvosok kiemelkedő szerepet töltenek be a megelőzés kérdésében, mivel az öngyilkosságot elkövetők nagyobb része rendszeres kapcsolatban áll háziorvosával vagy más egészségügyi szakemberrel, akit sok esetben röviddel tettük előtt felkeresnek. Azonban ezekben a helyzetekben sem könnyű felismerni a szuicid veszélyt. A páciens által meghatározott panaszok (szomatikus panasz vagy gyógyszerfelíratás) hátterében rejtve maradhat az öngyilkossági szándék, és a felírt gyógyszer nemritkán a szuicídium elkövetésének eszközévé válik (Osváth, Fekete 2008: 275). Korábbi vizsgálatok és a tapasztalat szerint a szociális és gyermekjóléti jelzőrendszerben a szakemberek részéről megmutatókozó passzivitás problémája leginkább a házi- és gyermekorvosok körében jelenik meg (Dávid, Magvas 2011: 13; Dávid 2013: 19–20). Mindezeket figyelembe véve kiemelt fontosságúnak tartjuk a háziorvosok jelzőrendszerbeli szerepének erősítését, illetve a szorosabb együttműködés kiépítését a szociális és egészségügyi szolgáltatók között.

Telefonszolgálatok: Magyarországon több mint 40 éve működnek öngyilkosság-megelőző telefonszolgálatok, ma már szinte minden nagyobb városban. Működésüket a Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége (LESZ) koordinálja. A telefonszolgálatok segítségével lehetővé válik, hogy a krízisben lévők azonnali segítséget kapjanak. Céljuk az emocionális támogatás nyújtása és az öngyilkosság közvetlen és hosszabb távú veszélyének csökkentése (Kalmár 2012a: 334).

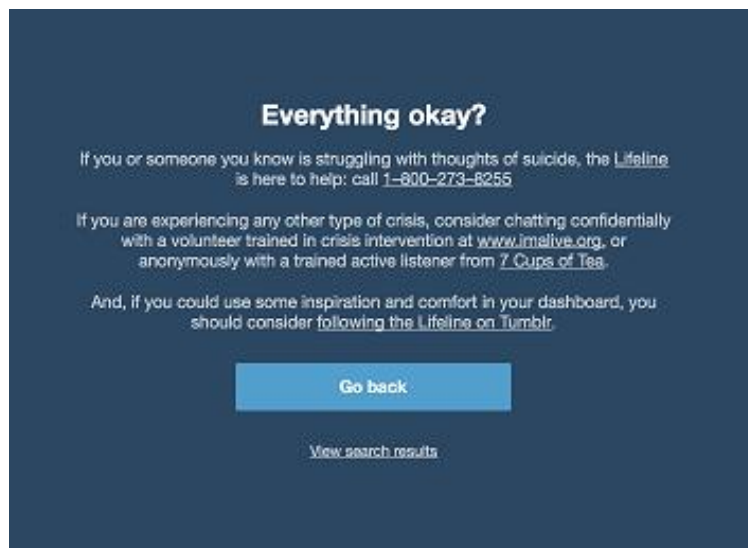
Konfliktusmegoldó stratégiák fejlesztése: A sürgősségi ellátás, a pszichiátriai osztályos kezelés és a gyógyszerbeállítás – amennyiben szükséges – után a problémamegoldó készségek fejlesztése és a negatív gondolkodásmód átformálása a szuicid prevenció leghangúlyosabb része (Perczel Forintos 2011: 284). Hajduska is kiemeli a konfliktusmegoldó stratégiák fontosságát mint a megelőzés leghatékonyabb formáját. Krízishelyzetben az egyén „saját erőfeszítéseit, öngyógyító törekvéseit érdemes támogatni, önbizalmát erősíteni”, és ezzel megalapozni egy későbbi krízisállapot eredményes megoldását (Hajduska 2012: 267). A konfliktushelyzetek kezelése, az új képességek, új eszközök elsajátítása és fejlesztése csökkenthetik a kilátástalanság és a kiszolgáltatottság érzését.

Utógondozás, nyomon követés: Az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyekkel történő rendszeres kapcsolattartás csökkenti az ismételt elkövetés előfordulásának lehetőségét. A pszichoterápia és a pszichoedukáció alkalmazása is kiemelt jelentőséggel bír a prevenció területén. A kutatás során megerősítést nyert az a tapasztalat, mely szerint az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek jelentős többségben nyitottak a helyzetüket és nehézségeiket megosztani. Nagy jelentősége lehet az utánkövetésben, ha van olyan személy, akivel kapcsolatba tudnak lépni, ha újabb krízis adódik, ha van valaki, akivel meg tudják ezt beszélni titkolózás nélkül, akiben megbíznak, aki meghallgatja a problémáikat, sikereiket, kudarcaikat. Szükséges tehát feltérképezni az elérhető erőforrásokat, természetes támaszokat, az egyén támasznyújtó kapcsolathálózatát. Számításba kell venni mind a formális, mind az informális támaszokat. Fontos ismét kiemelni a szociális és egészségügyi alapellátások szerepét a prevencióban, de emellett a laikus segítők (pl. családtagok, barátok, szomszédok) is a megelőzés eredményes eszközeként jelenhetnek meg.

Az internet: A szakértők szerint az internet lehetőségeinek kihasználása is fontos tényező az öngyilkosság prevenciójában (Hajduska 2010; Kalmár 2012a: 192). Az egyre inkább digitalizálódó világban bárki számára hozzáférhető eszköz, és már nem kizárólag a fiatal korosztály érintett a használatában. A legnépszerűbb kereső oldalak segítségével (Google, Yahoo³) a beírt kulcskifejezésekre (öngyilkosság, suicide) keresve azonnal preventív vagy tudományos tartalmú linkek jelennek meg. A Yahoo első találati oldala egy felhívással (Call the National Suicide Prevention Lifeline) és egy telefonszám megadásával kezdődik. Azonban ha a képek keresésére váltunk, már nem találkozunk semmilyen preventív lehetőséggel, helyette konkrét módszereket bemutató, néhány esetben kifejezetten brutális fotót, illusztrációt láthatunk.

A legnépszerűbb videomegosztó honlap (YouTube) nem alkalmaz semmilyen korlátozást vagy figyelmeztetést a számtalan találat megjelenítése előtt. Természetesen mindenki eldöntheti, hogy a felkínált videókat megtekinti vagy sem, azonban fontosnak tartanánk a tartalomra utaló figyelmeztetést.

A legnagyobb képmegosztó honlap a Tumblr., amely részben példaértékűen kezeli a prevenció kérdését. A keresőbe írt kifejezés (suicide) találati nem jelennek meg azonnal. Beiktattak egy blokkoló oldalt, amely megad egy telefonszámot és két honlapot, ahol segítséget lehet kérni. (Ha magyarul keresünk, a honlap nem ismeri fel a kifejezést, és a magyar nyelvű találatokat figyelmeztető jelzés nélkül jeleníti meg.)



A prevenció tekintetében az egészségügyi és szociális területen dolgozók felelőssége ugyan hangsúlyos, de semmiképpen sem lehet kizárólagos. Az életminőség, illetve az egészségügyi és szociális ellátások támogatása és minőségének emelése, az alkohol- és drogprobléma elleni küzdelem eredményességének fokozása, a halálos öngyilkossági módszerek korlátozása meghaladják az egészségügyi és szociális ellátás lehetőségeit, és a közszereplők és policy-formálók felelősségi körébe és kompetenciájába tartozik (Rihmer, Fekete 2009: 677).

A témához kapcsolódó további kérdésként felmerül, hogy a szociális munkás szakemberek hogyan küzdenek meg kliensük szuicídium miatti elvesztésével. Kihez fordulhatnak, hogy érdemi segítséget kapjanak a feldolgozásban, kétségeik, kételyeik tisztázásában? Az egyes intézmények a gyakorlatban milyen eszközöket alkalmaznak a szociális munkások mentálhigiénés gondozására és ennek keretében a burn-out prevencióra? Különösen fontos

³ A google.com, tumblr.com, yahoo.com és youtube.com oldalak felkeresésének dátuma: 2014. 09. 14.

kérdés, hogy a pszichiátriai osztályokon végzett szociális munkában hogyan jelennek meg/megjelennek-e szupportív eszközök (pl. szupervízió) az esetmunkához kapcsolódóan. A szakemberek milyen alapokat kapnak a feldolgozáshoz képzésük során (alapképzésben, továbbképzésekben)? Az USA-ban végzett kutatások szerint a szociálismunka-képzésekben nem jelenik meg kellő hangsúllyal a szuicid klienskorre történő felkészítés (Feldman, Freedenthal 2006; Osteen, Jacobson, Sharpe 2014). Tapasztalataink alapján a hazai szociálismunkás-képzésben is részletesebb feldolgozást igényelne az öngyilkosság témaköre.

Javaslatok

A szociális esetmunka első interjúja során – vagy legalábbis a kapcsolat kiépítésének szakaszában – kiemelt fontosságú lehet (a prevenció tekintetében is) rákérdezni a kliens pszichiátriai kezelésére, az öngyilkossági kísérletre a kliens és családja vonatkozásában is, továbbá, hogy történt-e haláleset a közelmúltban a kliens kapcsolatrendszerében. Ezen kérdések a segítő kapcsolat folyamatában is megjelenhetnek, a segítő szakembernek kiemelt figyelmet szükséges ezekre fordítani.

Az öngyilkosság prevencióját segítheti különböző csoportok szervezése az ismert rizikótényezők mentén, különös tekintettel az egészségkárosodás miatt leszázalékoltak, a munkanélküliek és az egyedülállók, magányosok célcsoportjára koncentrálni.

A szociális szakemberek öngyilkossági kísérletet elkövetett kliensekkel, illetve családjukkal való munkára történő felkészítésében indokolt lenne az öngyilkosság témájának hangsúlyosabb megjelenése a szociálismunka-, szociálpedagógia-képzések tantervében.

Fontosnak tartjuk továbbá a téma jelen kutatáson túlmutató, rendszeres vizsgálatát is, melynek során a vizsgált tényezőket részletesebben és nagyobb elemszámmal szükséges felmérni, melyek feltárhadják a társadalmi változásoknak az öngyilkossági motivációkra gyakorolt hatását és az öngyilkossággal kapcsolatos tényezők időbeli változását is.

Korlátok, reflexió

A kutatás egyik korlátja az alacsony elemszám, ezért többváltozós vizsgálatok nem, vagy csak kiemelt körülményekkel végezhetőek. Ennek ellenére fontosnak tartjuk az eredmények közzétételét, hiszen egy olyan célcsoportról van szó, mely nehezen elérhető a kutatások számára. A korlátok között említendő, hogy a társadalmi mobilitásra vonatkozóan keresztmetszeti vizsgálatban csak korlátozottan volt lehetőségünk az egyén életútjában megjelenő társadalmi státusz változásának vizsgálatára, ezért alapvetően az intergenerációs iskolai mobilitást vettük figyelembe ennél a kérdéskörnél.

A kutatás folyamatára reflektálva megemlíteném a lekérdezésben részt vevő kollégák fenntartása az adatfelvétel megkezdése előtt, hogy miként fogadják majd a megkérdezettek a kérdőívet. Mennyire zaklatja fel őket az öngyilkossággal kapcsolatos kérdéssor? Különös tekintettel arra, hogy a lekérdezés többnyire egy-négy nappal az öngyilkossági kísérlet elkövetése után történt. Különösen érdemesnek tartjuk hangsúlyozni, hogy a vizsgálati célcsoport alanyai közül mindössze ketten utasították vissza a kutatásban történő részvételét. Tapasztalatunk az, hogy a megkérdezettek közlékenyek, sok esetben az eldöntendő kérdésekre adott válaszaikat is indokolták. Szívesen fogadták a rájuk fordított figyelmet és időt. A célcsoport sajátossága miatt a téma vizsgálatánál fontosnak tartjuk a szakterületek ismeretét, hiszen a kérdezőbiztos részéről fokozott érzékenységet és odafigyelést igényel.

Felhasznált irodalom

- BAKÓ, T. (1996): *Verem mélyén: könyv a krízisről*. Budapest, Cserépfalvi Könyvkiadó.
- BOENISCH, S.–BRAMESFELD, A.–MERGL, R.–HAVERS, I.–ALTHAUS, D.–LEHFELD, H.–NIKLEWSKI, G.–HEGERL, U. (2010): The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts—A secondary analysis of 1921 suicide attempts. *European Psychiatry*, 7. 414–420.
- BUDA, B. (2001): *Az öngyilkosság – Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok*. Budapest, Animula Kiadó.
- CAVANAGH, J. T.–CARSON, A. J.–SHARPE, M.–LAWRIE, S. M. (2003): Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 3. 395–405.
- DÁVID, B.–MAGVAS, M. (2011): „A munkakapcsolat határozza meg a jelzőrendszert”: Az észlelő- és jelzőrendszer működése Veszprémben. *Esély*, 5. 11–30.
- DÁVID, B. (2013): Social Network Analysis: Applied Tool to Enhance Effective Collaboration between Child Protection Organisations by Revealing and Strengthening Work Relationships. *European Journal of Mental Health*, 1. 3–28.
- DURKHEIM, É. (2003): *Az öngyilkosság*. Budapest, Osiris Kiadó.
- FEKETE, S. (2001): *Deviancia és társadalom*. Pécs, Comenius Bt.
- FELDMAN, B. N.–FREEDENTHAL, S. (2006): Social work education in suicide intervention and prevention: An unmet need? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 4. 467–480.
- Filó, M. (szerk.) (2013): *Halálos bűn és szabad akarat – Öngyilkosság a jogtudomány tükrében*. Budapest, Medicina.
- Gönczöl, K.–Kerecsi, K. (szerk.) (1993): *A deviancia szociológiája: szöveggyűjtemény a szociális szakképzés számára*. Budapest, T-Twins Kiadó.
- GYÉMÁNT, R. (2013): Öngyilkosságok a hazai statisztikai adatok tükrében. In FILO, M. (szerk.): *Halálos bűn és szabad akarat*. Budapest, Medicina, 211–229.
- HAJDUSKA, M. (2010): *Krízislélektan*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- HAJDUSKA, M. (2012): Krízishelyzet – krízisintervenció és szuicid prevenció. In KALMÁR, S.–NÉMETH, A.–RIHMÉR, Z. (szerk.): *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest, Medicina, 254–272.
- KALMÁR, S. (1990): *Reverzing the rising trends in suicides in Bács Kiskun Country*. Moscow International WHO Training Course for Public Health Administrators.
- KALMÁR, S. (2012a): Az internet lehetőségei az öngyilkosság megelőzésében. In KALMÁR, S.–NÉMETH, A.–RIHMÉR, Z. (szerk.): *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest, Medicina, 354–375.
- KALMÁR, S. (2012b): Az öngyilkossági halálozás alakulása a világban, Európában és Magyarországon az elmúlt években. In KALMÁR, S.–NÉMETH, A.–RIHMÉR, Z. (szerk.): *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest, Medicina, 19–70.
- KALMÁR, S.–NÉMETH, A.–RIHMÉR, Z. (szerk.) (2012): *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest, Medicina.
- KEYVANARA, M.–MOUSAVI, S. G.–KARAMI, Z. (2013): Social Class Status and Suicide Characteristics: A Survey among Patients Who Attempted Suicide in Isfahan. *Materia Socio-Medica*, 1. 56–59.
- MOKSONY, F. (2003): Születési régió és öngyilkosság: létezik-e az önpusztítás területi szubkultúrája? *Demográfia*, 2–3. 203–225.
- MOKSONY, F. (2005): Társadalmi mobilitás és öngyilkosság. *Demográfia*, 1. 7–22.

- NÉMETH, A. (2012): Addiktív betegségek és öngyilkosság. In KALMÁR, S.–NÉMETH, A.–RIHMER, Z. (szerk.): *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest, Medicina, 148–156.
- OSTEEN, P. J.–JACOBSON, J. M.–SHARPE, T. L. (2014): Suicide Prevention in Social Work Education: How Prepared Are Social Work Students? *Journal of Social Work Education*, 2. 349–364.
- OSVÁTH, P.–FEKETE, S. (2002): Életesemények szerepe a szuicid viselkedés kialakulásában. *Psychiatria Hungarica*, 4. 409–420.
- OSVÁTH, P.–FEKETE, S. (2008): Az öngyilkossági kísérletet elkövetett orvos-beteg találkozás kommunikációs sajátosságai. In PILLING, J. (szerk.): *Orvosi kommunikáció*. Budapest, Medicina, 273–292.
- OSVÁTH, P.–VÖRÖS, V.–FEKETE, S. (2004): Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology*, 1. 36–40.
- OZSVÁTH, K. (2009): Deviancia, öngyilkosság, pszichopatológia. In CSÜRKE, J.–VÖRÖS, V.–OSVÁTH, P.–ÁRKOVITS, A. (szerk.): *Mindennapi kríziseink: a lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Budapest, Oriold, 105–124.
- PERCZEL FORINTOS, D. (2011): Célzott pszichoterápiák és szuicid prevenció. In KALMÁR, S.–NÉMETH, A.–RIHMER, Z. (szerk.): *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest, Medicina, 280–297.
- PIRKOLA, S. P.–ISOMETSÄ, E. T.–HEIKKINEN, M. E.–LÖNNQVIST, J. K. (2000): Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol and Alcoholism*, 1. 70–75.
- QIN, P.–AGERBO, E.–MORTENSEN, P. B. (2003): Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981–1997. *American Journal of Psychiatry*, 4. 765.
- RIHMER, Z. (2007): Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 1. 17–22.
- RIHMER, Z.–FEKETE, S. (2009): Öngyilkosság. In FÜREDI, J.–NÉMETH, A.–TARISKA, P. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest, Medicina.
- RIHMER, Z.–FEKETE, S. (2012): Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Öngyilkossági rizikó és protektív faktorok. In KALMÁR, S.–NÉMETH, A.–RIHMER, Z. (szerk.): *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest, Medicina, 91–112.
- SAKINOFSKY, I. (2007): The current evidence base for the clinical care of suicidal patients: strengths and weaknesses. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 6. 7–20.
- SMITH, J. C.–MERCY, J. A.–CONN, J. M. (1988): Marital Status and the Risk of Suicide. *American Journal of Public Health*, 1. 78–80.
- SZÁDÓCZKY, E.–VITRAI, J.–RIHMER, Z.–FÜREDI, J. (2000): Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *European Psychiatry*, 6. 343–347.
- VÖRÖS, V.–OSVÁTH, P.–AMBUS, N.–CSÜRKE, J. (2009): Trauma és krízis. In CSÜRKE, J.–VÖRÖS, V.–OSVÁTH, P.–ÁRKOVITS, A. (szerk.): *Mindennapi kríziseink: a lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Budapest, Oriold, 215–238.
- VÖRÖS, V.–OSVÁTH, P.–FEKETE, S. (2002): Mentális zavarok felmérése öngyilkossági kísérletet elkövetők csoportjában: Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Psychiatria Hungarica*, 4. 399–408.
- VÖRÖS, V.–OSVÁTH, P.–FEKETE, S. (2004): Nemi különbségek a szuicid viselkedésben. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2. 65–71.
- ZONDA, T. (2006): *Öngyilkosság, statisztika, társadalom*. Budapest, Kairosz Kiadó.

ZONDA, T.–BOZSONYI, K.–ELEKES, Z. (2010): Az öngyilkosság és az alkoholfogyasztás összefüggése a hosszú távú, populáció szintű vizsgálatok alapján. *Addiktológia*, 1. 5–15.

Internetes források

http 1 – *Öngyilkosság miatti halálozás, nemeként (1999–2010)*.

http://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/tabl/tps00122.html (Látogatva: 2014. 09. 01.)

http 2 – *Halálozások a gyakoribb halálokok szerint*.

http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html (Látogatva: 2014. 09. 01.)

http 3 – *A fiatal felnőttek billentették meg az öngyilkossági statisztikát*.

<http://www.origo.hu/itthon/20110803-tobb-a-psziches-zavar-a-gyerekek-kozt-megugrott-a-fiatalkori.html#> (Látogatva: 2014. 02. 12.)

http 4 – *Selected findings of the 2011 national population and housing census*.

<http://www.amar.org.ir/Portals/1/Iran/census-2.pdf> (Látogatva: 2014. 09. 14.)

http 5 – *A 15–74 éves népesség száma legmagasabb iskolai végzettség szerint*.

http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf015.html (Látogatva: 2015. 03. 12.)