

Pszicho-szocio-demográfiai sajátosságok elemzése öngyilkossági gondolatokkal küszködő, pszichiátriai osztályon kezelt férfi betegek körében

Dimény Edina¹, Brassai Attila²

¹Marosvásárhelyi Orvosi, Gyógyszerészeti, Tudomány- és Technológiai Egyetem, Doktori Iskola

²Marosvásárhelyi Orvosi, Gyógyszerészeti, Tudomány- és Technológiai Egyetem, Farmakológia Tanszék

AUTHOR AFFILIATION

¹University of Medicine, Pharmacy,
Sciences and Technology of Tîrgu-Mureş,
Doctoral School

²University of Medicine, Pharmacy,
Sciences and Technology of Tîrgu-Mureş,
Department of Pharmacology

CORRESPONDING AUTHOR

Dimény Edina

Institution: Municipal Hospital of
Tîrgu-Secuiesc, Chronic Psychiatry
Department

Postal address (international): 525400

Tîrgu-Secuiesc, strada Gării Nr.35.

Email: dimenyedina@yahoo.com

ARTICLE HISTORY

Received: 23-Mar-2021

Accepted: 2-Sep-2021

DOI: 10.2478/orvtudert-2021-0003

Analysis of psycho-sociodemographic features in referred male psychiatric patients with suicidal ideation

ABSTRACT

Suicide is defined by the World Health Organization as an act in which an individual ends his or her own life. Suicidal behavior is a major public health problem worldwide. According to the World Health Organization, the global suicide rate is 10,5/100.000 – 13,5/100.000 in case of men and 7,7/100.000 in case of women and is the 2nd most common cause of violent death. Suicide is a multifactorial phenomenon that can be approached from different perspectives. In Romania, this rate is similar to the global rate: in 2016, the estimated suicide rate was 10,4/100,000, well below the European average. Suicide rates vary by region, age group, gender, ethnicity, and registration of mortality statistics. The aim of the present study is to investigate the psycho-socio-demographic indicators of a cohort of patients with suicidal thoughts emergency referred to a particular psychiatric ward in one year. In our research, we performed a case-control, analytical, randomized, observational study at the Clinical Hospital of Neurology and Psychiatry Brasov among adult psychiatric patients admitted during 2014. The following data on patients were processed: demographic data (age, gender, place of residence), psychosocial data (social background, marital status, education), chronic somatic comorbidities, family history of psychiatric illness, pre-existing psychiatric illnesses, previous suicide attempts and their characteristics. The risk of suicide was assessed by the Modified Scale for Suicide Ideation - Miller et al. Questionnaire and distinguished 3 categories. In our sample of 77 cases we identified 14 patients with low suicide risk, 17 with moderate risk and 46 with high suicide risk. The focus of our study was on suicidal behavior. Suicide attempt, as a complex clinical problem with a waste complexity of etiology, has high demands on psychiatric care. Being familiar with the different psycho-socio-demographic profiles by gender is proved to be a useful tool in both "screening" and in subsequent case management. These principles can facilitate decision-making, can increase adherence to treatment, and reduce the risk of repetitive attempts.

Keywords: suicide, sociodemographic parameters, psychiatric background, risk factors

KIVONAT

Az öngyilkosság az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint olyan cselekmény, amely során az egyén saját maga vet véget életének. Az öngyilkossági magatartás jelentős népegészségügyi probléma az egész világon. Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint a globális öngyilkossági ráta 10,5/100.000 – 13,5/100.000 férfiak és 7,7/100 000 nők esetén – illetve a 2. leggyakoribb ok az erőszakos halálesetek közt 2016-ban. Romániára vonatkozóan ez az arány hasonló a globális rátával, 10,4/100.000 jóval az európai átlag alatt (15,4/100.000). Az öngyilkossági ráták különböznek régiók, életkori csoportok, nemek, etnikai hovatartozás és a halálozási statisztikák regisztrációja szerint. Jelen tanulmány célja az egy év alatt, egy bizonyos pszichiátriai osztályra sürgősségileg beutalt szuicid gondolatokkal küzdő férfibetegekből álló minta pszicho-szocio-demográfiai mutatóinak vizsgálata. Kutatásunkban eset-kontroll, analitikus, randomizált, obszervációs vizsgálatot végeztünk a Brassói Neurológia és Pszichiátria Klinika II. és III. számú Felnőtt Pszichiátria Osztályára bekerült öngyilkossági szándékot közlő férfibetegek közt a 2014-es év folyamán. A betegekkel kapcsolatos következő adatok kerültek feldolgozásra: demográfiai adatok (kor, nem, lakhely), pszichoszociális ada-

tok (szociális háttér, családi állapot, iskolázottság), krónikus szomatikus társbetegségek, családi és személyes pszichiátriai kórelőzmény, előzetes öngyilkossági kísérletek és azok karakterisztikája. Az öngyilkossági veszélyt a Modified Scale for Suicide Ideation – Miller et al. kérdőív segítségével mértünk és az alapján 3 kategóriába soroltuk őket. A 77 esetből álló mintánkban 14 enyhe fokozatú beteg (1. kategória), 17 közép súlyos (2. kategória) és 46 súlyos rizikójú (3. kategória) azonosítható. Vizsgálatunk fókuszpontjában a szuicid magatartás állt. Az öngyilkossági kísérlet komoly elvárásokkal bír a pszichiátriai szakellátásban, hisz etiológiája összetett és gyakori komplex klinikai probléma is. A nemek szerinti különböző pszicho-szocio-demográfiai profil ismerete és annak alkalmazása hasznos eszközként bizonyult mind a „screening”, mind pedig az ezt követő eset-menedzsmentben. Ezek alapelveinek ismerete megkönnyítheti a döntéshozatalt, növelheti a kezeléshez való adherencia mértékét és csökkentheti a későbbi kísérletek előfordulásának kockázatát.

Kulcsszavak: öngyilkosság, szocio-demográfiai paraméter, pszichiátriai kórelőzmény, kockázati tényezők

Bevezetés

Az öngyilkosság az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint olyan cselekvés, amely során az egyén saját maga vet véget életének [1]. Az öngyilkosság egy komplex folyamat, mely magába foglalja az első szuicid gondolatokat, a tervezést és maga a kísérlet végrehajtását. Az öngyilkosság három kritériuma a meghalás tudatos szándéka, egy élet kioltására alkalmas módszer képzete és ennek a módszernek a megvalósítása. Mivel ez a cselekmény feltételezi a szándékosságot és a tudatosságot, ezért az öngyilkosság humánspecifikus jelenség.

Az öngyilkossági magatartás igen jelentős népegészségügyi probléma az egész világon. Az Egészségügyi Világszervezet legutóbbi adatai szerint a globális öngyilkossági ráta 10,5/100.000 és a második leggyakoribb ok az erőszakos halálesetek közt 2016-ban; Európában ez az arány 12,8/100.000. A globális öngyilkossági ráta 2016-ban 13,5/100.000 férfiak és 7,7/100 000 nők esetében, míg ez az arány Európára vetítve: 24,7/100.000 férfiak és 6,6/100.000 nők esetén. A befejezett öngyilkossági ráta hatványozottan nagyobb férfiak esetén minden országban, míg az öngyilkossági kísérletek száma nők esetén dominál. [1]. Romániára vonatkozóan ez az arány hasonló a globális aránnyal: 2016-ban 10,4/100.000, illetve 9,74/100.000 a 2019-ben felbecsült öngyilkossági

arány, jóval az európai átlag alatt [1, 3]. Az öngyilkossági ráták különböznek régiók, életkori csoportok, nemek, etnikai hovatartozás és a halálozási statisztikák regisztrációja szerint. Európában megfigyelhető tendencia, hogy az északabbra eső országokban magasabb, míg délebbre alacsonyabb az öngyilkossági halálozás [2].

Az öngyilkosság multifaktoriális jelenség, melyet különböző perspektívákból közelíthetünk meg: teológiai, filozófiai, demográfiai, szociológiai, pszichológiai, biológiai, evolúciós, egészségügyi, biokémiai, jogi, prevenciós, globális, politikai és nemzetek feletti, viszont a legerősebb alapja a pszichiátriai megközelítésnek van [4, 5].

Az öngyilkossági kísérletek oka többféle lehet: akár egyetlen, akár több, különböző faktor kombinációjából adódhat. A szakirodalom taglalja mind az öngyilkosság megvalósulását elősegítő hajlamosító, illetve kiváltó tényezőket is.

Az öngyilkossági kockázat „virtuális” modelljeiben azonosított prediktorok számos demográfiai jellemzőket, a mentális és szomatikus diagnózisok karakterisztikáit, illetve a pszichotróp kezelés mutatóit tartalmazzák. A prediktív modellek azonban nem helyettesíthetik a „real-time” klinikai megítélést, de a különböző kockázati csoportok mindenképpen tájékoztató jellegűen hatnak egyes klinikai attitűdök alkalmazásában.

Bár kevés tudományos bizonyíték támasztja alá a következő tényezők protektív jellegét, mégis, ajánlott ezek

figyelembe vétele egy adott beteg öngyilkossági kockázati tényezőjének értékelésekor: megfelelő mentális egészségi állapot, stabil munkahely, gondozásban levő gyermekek, a család iránti felelősség érzete, erős vallási meggyőződés, hibátlan realitás érzékelése, elégedettség az élettel, pozitív megküzdési mechanizmusok, pozitív problémamegoldó készség, erős társadalmi védőháló, jó terápiás kapcsolat, együttműködő készség.

Az **1. táblázat** szemlélteti az Adam K. által megfogalmazott öngyilkossági szándék kockázatának becslését szocio-demográfiai, egészségügyi, magatartásbeli, illetve egyéni és szociális erőforrások szempontjaiból [6]. A társadalmi életkörülmények rendkívül fontosak; azoknál, akik hátrányos gazdasági és társadalmi helyzetűek, megnövekedett az öngyilkossági halálozások és

az öngyilkossági kísérletek száma. Ebben a felmérésben életkor szerint a magas kockázati csoport a 45 év feletti, viszont e tény több tanulmány is megcáfolta, melyek szerint a fiatal korosztály jelenti a legkiszolgáltatottabb csoportot. A családi állapotot vizsgálva, elváltaknál, illetve özvegyeknél magasabb az arány, mint a házasoknál, viszont az egyedülálló állapot is növeli a kockázatot [6, 7, 8]. Vulnerabilitási tényezők továbbá az egyik vagy mindkét szülő korai elvesztése, a gyermekkori bántalmazás, a munkanélküliség és a diszfunkcionális család. Sok beteg úgy véli, hogy problémái megoldhatatlanok, és bár az önkárosítás azonnali, de nem hosszú távú válasz, gyakran nem tudnak más kiutat találni az akkori helyzetükből [9].

A súlyos prognózissal járó belgyógyászati vagy sebészeti betegség is kockázati tényező, különösen, ha

1. táblázat. Az öngyilkossági szándék kockázatának értékelése

Paraméter	Magas kockázat	Alacsony kockázat
Szociodemográfiai profil		
Életkor	45 év fölött	45 év alatt
Nem	férfi	nő
Foglalkoztatottsági státusz	munkanélküli	alkalmazott
Családi állapot	elvált, özvegy	házas
Családi háttér	konfliktuális	stabil
Személyközi kapcsolatok	konfliktuális	stabil
Egészségi állapot		
Szomatikus betegségek	krónikus társbetegség jelenléte hipochondria	egészséges vagy egészségesnek érzi magát
Mentális zavarok	Súlyos depresszió Pszichózis Súlyos személyiségzavar Pszichoaktív szer vagy alkohol abúzus	Enyhe depresszió neurózis kiegyensúlyozott személyiség
Szuicid magatartás		
Szuicid gondolatok	gyakori, intenzív és hosszas	átmeneti jellegű, rövid ideig tartó
Szuicid cselekmény	többszörös kísérlet megtervezett nem valószínű mentési félbeszakítás megalapozott meghalási vágy befeje irányuló kommunikáció halálos és elérhető módszer	első kísérlet impulzív a mentés elkerülhetetlen változás utáni vágy kifeje irányuló kommunikáció alacsony kockázatú módszer
Erőforrások		
Egyéni	elégtelen megvalósítások hiányos önkritika érzelmi kontrollzavar	Elfogadható megvalósítások reális önkritika stabil érzelmi kontroll
Szociális	Elégtelen szociális védőháló szociális izoláció felelőtlen családi környezet	Elégséges szociális védőháló szociális integráltság nem közömbös családi környezet

elviselhetetlen fájdalommal jár, vagy, ha krónikus, terminális lefolyású. Az öngyilkosságok száma duplája azoknál az egyéneknél, akiknél daganatos betegséget diagnosztizáltak. A kockázat különösen magas a betegség megjelelése, diagnosztizálása elején [10, 11].

A mentális zavarok számos öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet alapját képezik. A mentális zavarral diagnosztizált egyének között ez a szám legalább tízszer nagyobb, mint az átlag populációban [12].

A pszichiátriai kórképek diagnosztikáját tekintve, a leggyakrabban lejegyzett kategóriák: depressziós zavar (8-15% befejezett öngyilkosság), függőségek (15%), bipoláris zavar (10% befejezett szuicidum), pszichotikus zavarok (a skizofrének kevesebb, mint 10%-a követ el öngyilkosságot), delírium, demencia a korai szakaszban (gyakoribbak a kísérletek), pánikbetegség és személyiségzavarok. Különös figyelmet kell fordítani a kiutalást követő első 4-12 hétben [13]. Az öngyilkosságot elkövető egyének 50% -a depresszióban szenved, továbbá a depressziós betegek 15%-a követ el öngyilkosságot. Az öngyilkosságot elkövetők 10%-a jelentős téveszmékkel küzd, és autolitikus tartalmú imperatív akusztikus hallucinációi vannak, melyek öngyilkosságra kényszerítő, parancsoló verbális hallucinációk. Az öngyilkosság ezen imperatív hangokra adott válasz vagy épp a téveszmék elkerülésének módja. A szerhasználati zavar növeli az öngyilkosság kockázatát, különösen, ha az illető depressziós is. A borderline és az antiszociális személyiségzavar a paraszuicid viselkedés magas arányával jár. A demencia, a delírium, a pánikzavar növeli a kockázatot [14].

Az öngyilkossági kísérletek orvosi jelentősége az, hogy ez a befejezett öngyilkosság legfontosabb kockázati tényezője. Az öngyilkosságot megkísérlők körében a halálos kimenetel kockázata 40-szer nagyobb, mint az átlag lakosság körében.

A befejezett öngyilkosságok száma háromszor gyakoribb a férfiaknál, mint a nőknél; viszont az öngyilkossági kísérletek fordítottan arányosak. Az öngyilkossági kísérletek száma akár 30-szor gyakoribbak a befejezett öngyilkosságokéhoz képest; de ezek továbbra is fontos előrejelzői a repetitív próbálkozásoknak, valamint a befejezett öngyilkosságoknak is [15].

Az önkárosító („deliberate self-harm”) személyek gyakran kórházi sürgősségi ellátásban részesülnek az önkárosítás következtében fellépő komplikációk miatt. Ezért fontos csoportot alkotnak az önmagukat akár demonstratív akár szuicidum céljából károsító betegek pszichoszociális profiljának megértésében. Ezzel a háttérrel tanulmányunk

célja a szándékosan önkárosító egyének szocio-demográfiai és pszicho-klinikai profiljának vizsgálata.

Célkitűzés

Jelen tanulmány célja az egy év alatt, egy bizonyos pszichiátriai osztályra sürgősséggel beutalt szuicid gondolatokkal küszködő férfibetegekből álló minta pszicho-szocio-demográfiai mutatóinak vizsgálata.

Módszer

Kutatásunkban eset-kontroll, analitikus, randomizált, obszervációs vizsgálatot végeztünk a Brassói Neurológia és Pszichiátria Klinika II. és III. számú Felnőtt Pszichiátria Osztályára bekerült öngyilkossági szándékot közlő férfibetegek közt a 2014-es év folyamán. A vizsgálat során betartottuk a Helsinki Deklaráció ajánlásait. A vizsgálati protokollt az intézet etikai bizottsága engedélyezte.

A vizsgálatba való beválasztás előtt minden beteg beleegyezési nyilatkozatot írt alá. Kizárásos kritériumként szerepelt, ha a beteg elutasító szándékát fejezte ki a tanulmányban való részvétellel kapcsolatban, illetve, ha 18 év alatti volt.

A bevont betegek adatait a kórházi elektronikus adatbázis segítségével tekintettük át, majd a vizsgálatunkban használt standardizált táblázatba anonimizált módon rögzítettük.

A betegekkel kapcsolatos következő adatok kerültek feldolgozásra: demográfiai adatok (kor, nem, lakhely), pszicho-szociális adatok (szociális háttér, családi állapot, iskolázottság), krónikus szomatikus társbetegségek, családi pszichiátriai kórelőzmény, meglévő pszichiátriai betegségek, illetve azok krónikus kezelése, előzetes öngyilkossági kísérletek és azok karakterisztikája.

Összesen 77 pszichiátriai beteg adata került feldolgozásra.

Az öngyilkossági veszélyt a Modified Scale for Suicide Ideation – Miller et al. kérdőív segítségével mértünk és az alapján 3 kategóriába soroltuk őket. Ezt a pszichológiai diagnosztikai eszközt 1979-ben Aaron Beck, Maria Kovacs és Arlene Weissman fejlesztette ki (Scale for Suicide Ideation). Célja az öngyilkossági szándék intenzitásának kvantitatív mérése. Három részre kategorizálható: a meghalás tudatos szándéka, megvalósítással kapcsolatos módszerek, passzív halál utáni vágy. 19

elemet tartalmaz, melyek 0-tól 2-ig értékelhetőek, a teljes pontszám 0-38 közti intervallumban helyezkedik el [16]. Ennek továbbfejlesztése a „The Modified Scale for Suicide Ideation” (MSSI), amelyet Miller és munkatársai dolgoztak ki felhasználva 13 elemet az eredeti „Scale for Suicide Ideation” tesztből és bevezetve 5 új elemet. Ez a változtatás megnövelte a teszt hitelességét és érvényességét [17]. A páciensekkel félstrukturált interjú módszerével folytatott felmérés során a kiértékelt pontszámok alapján 3 kategóriába soroltuk őket: 1. kategória (0-8 pont): enyhe fokozatú szuicid szándékkal rendelkezők, 2. kategória (9-20

pont): közepsúlyos és 3. kategória (21 pont fölött): súlyos, kifejezett meghalási szándékot verbalizáló betegek.

Eredmények

A 77 esetből álló mintánkban 14 enyhe fokozatú beteg (1. kategória), 17 közepsúlyos (2. kategória) és 46 súlyos rizikójúként (3. kategória) azonosítható. A szocio-demográfiai jellemzőket a **2. táblázat** foglalja össze. A következő demográfiai adatokat elemeztük: életkor, lakhely,

2. táblázat. Pszichoszociodemográfiai változók a vizsgálati mintában, 3 alkategóriára lebontva az elért MSSI pontszám alapján

Paraméter	Minta (n=77)	1. kategória	2. kategória	3. kategória
MSSI pontszám alapján besorolt esetszám (n, %)	n.a.	14 (18,18%)	17 (22,07%)	46 (59,74%)
Életkor (év, medián $\pm$ IQR, min-max)	50 $\pm$ 21 (18 – 81)	54,5 $\pm$ 14 (24 – 79)	53 $\pm$ 15,5 (26 – 62)	45,5 $\pm$ 22 (18 – 81)
Lakhely				
vidéki (n, %)	18 (23,37%)	2 (14,28%)	2 (14,76%)	14 (30,43%)
városi (n, %)	59 (76,62%)	12 (85,71%)	15 (88,23%)	32 (69,56%)
Iskolai végzettség				
elemi (n, %)	3 (3,89%)	0	0	3 (6,52%)
szakiskolai (n, %)	31 (40,25%)	6 (42,85%)	8 (47,05%)	17 (36,95%)
középiskolai (n, %)	11 (14,28%)	2 (14,28%)	2 (14,76%)	7 (15,21%)
líceumi (n, %)	19 (24,67%)	4 (28,57%)	4 (23,52%)	11 (23,91%)
felsőfokú (n, %)	13 (16,88%)	2 (14,28%)	3 (17,64%)	8 (17,39%)
Szociális létfeltételek				
munkanélküli (n, %)	24 (31,16%)	5 (35,71%)	3 (17,64%)	16 (34,78%)
alkalmazott (n, %)	19 (24,67%)	4 (28,57%)	3 (17,64%)	12 (26,08%)
nyugdíjas (n, %)	11 (14,28%)	2 (14,28%)	1 (5,88%)	8 (17,39%)
betegnyugdíjas (n, %)	18 (23,37%)	3 (21,42%)	9 (52,94%)	6 (13,04%)
rokkantnyugdíj (n, %)	3 (3,89%)	0	1 (5,88%)	2 (4,34%)
szociális segély (n, %)	2 (2,59%)	0	0	2 (4,34%)
Családi állapot				
egyedülálló (n, %)	25 (32,46%)	3 (21,42%)	6 (35,29%)	16 (34,78%)
házas (n, %)	28 (35,36%)	7 (50%)	5 (29,41%)	16 (34,78%)
elvált (n, %)	18 (23,37%)	2 (14,28%)	4 (23,52%)	12 (26,08%)
özvegy (n, %)	6 (7,79%)	2 (14,28%)	2 (14,76%)	2 (4,34%)
Szociális védőháló				
elégtesen (n, %)	49 (63,63%)	6 (42,85%)	11 (64,70%)	32 (69,56%)
elégteséges (n, %)	28 (36,36%)	8 (57,14%)	6 (35,29%)	14 (30,43%)
Kórelőzményben				
szomatikus társbetegség (n, %)	29 (37,66%)	7 (50%)	6 (35,29%)	16 (34,78%)

legmagasabb iskolai végzettség, foglalkoztatottsági státusz, illetve a szociális létfeltételek, családi állapot és az ezekből adódó szociális védőháló minősége. Bizonyos demográfiai mutatók megnövekedett öngyilkossági magatartással asszociálhatóak.

Az átlagéletkor jelentősen alacsonyabb a 3. kategóriába sorolt eseteknél (median 45,5 év), viszont a nagymértékű variabilitás minden kategóriára jellemző.

A lakhely szerinti megoszlás nem szolgál sem protektív, sem rizikófaktorként jelen felmérés szerint.

Az iskolai végzettség tükrében, a felsőfokú végzettség sem protektív jellegű. Minden tanulmányi szinten a felmért kockázati kategória hasonló eloszlási arányt mutat – megközelítőleg 20-25% került az 1. illetve a 2. rizikócsoporthoz, míg kb. 50% a 3.-ba.

Az életkörülményeket tekintve, a pénzügyi helyzet megváltoztatása tényező minősége összefüggésbe hozható az öngyilkossági magatartás rizikójával. A vizsgált összmunkanélküliek, 24 esetből 16 sorolható a súlyos kategóriába (66,66%). Hasonló a tendencia az alacsony jövedelemmel rendelkező kategóriák esetében is, függetlenül, hogy betegnyugdíjas, rokkant segélyen él, vagy épp szociális segéllyel rendelkező kategóriákat nézünk. Statisztikailag szemnyifikatív eredmény nem mutatható ki az alacsony esetszám miatt (rokkantnyugdíjas: 3 eset, szociális segéllyel rendelkezők: 2 eset).

A családi állapotot vizsgálva, az alábbi következtetés vonható le: a szuicid rizikó férfiak esetén kvázi hasonlóak, függetlenül a családi állapottól: az egyedülállóak 64%-a, az elváltak 66,66%-a, a házasságok 57,14%-a a 3. kategóriába sorolható. Az özvegyek esetén nem mérhető az eredmény a kis esetszám miatt – 6 eset.

Összegezve, az interperszonális kapcsolatok és a pénzügyi háttér által nagymértékben meghatározott szociális védőháló minőségét tekintve, az elégtelen körülményekkel rendelkező esetek 65%-a súlyos rizikójú csoportba sorolható (49-ből 32 eset), míg az elégséges szociális védőhálójával rendelkezők esetén is 50% magas rizikójú (28-ből 14 eset).

Az anamnézisből rögzítettük a krónikus szomatikus társbetegségek jelenlétét is, mely variáns számottevően befolyásolja a különböző rizikójú csoportok közti eloszlást. A szomatikus betegségben szenvedők 55%-a került a súlyos rizikócsoporthoz.

A 3. táblázat igazolja a szakirodalomban leírt öngyilkossági kockázatként szereplő szomatikus betegségek prevalenciáját: cardiovascularis eredetű 18 eset (pitvarfibrilláció, magasvérnyomás, szívelégtelenség, myocardialis

3. táblázat. Leggyakoribb szomatikus társbetegségek a vizsgált mintában

Társbetegség	Esetszám
Szív-érrendszeri	18
Neurológiai	5
Gyomor-bélrendszeri	6
Cukorbetegség	8
Fertőzőes eredetű	7
TBC	3
Hepatitis A	1
Hepatitis B	1
Hepatitis C	1
HIV - AIDS	1
Krónikus obstruktív tüdőbetegség	1
Krónikus veseelégtelenség	1
Autoimmun (reumatoid arthritis)	1
Daganatos megbetegedés (húgyhólyag karcinóma)	1

infarktus stb), cukorbetegség 8 eset, gasztrointesztinális 6 eset, fertőzőes 7 eset (TBC, HIV/AIDS, A hepatitisz, B hepatitisz, C hepatitisz), neurológiai 5 eset (Parkinson-kór, epilepszia, stroke), daganatos megbetegedés 1 eset (húgyhólyag karcinóma), autoimmun reumatoid arthritis 1 eset, krónikus obstruktív tüdőbetegség 1 eset és krónikus veseelégtelenség 1 eset. Gyakori volt azonban a társbetegségek halmozott előfordulása is.

A 4. táblázat szemlélteti az esetek pszichiátriai mutatóinak sajátosságait: családi kórelőzményben fellelhető mentális zavar, egyéni pszichiátriai kórelőzmény, krónikus pszichotrop kezelés, előzetes szuicid kísérletek száma és azok karakterisztikája a 6. táblázatban található összefoglalva.

Már önmagában a családi előfordulás, illetve halmozódás mint tanult viselkedésminta, illetve mint genetikailag átörökölt hajlam, rizikófaktoroként szerepel az önkárosító magatartás kialakulásában, súlyossági kategóriáktól független eloszlásban. A vizsgált mintánkban csupán 12 eset családi kórelőzményében fordult elő pszichiátriai kórkép, alig az összesetek 16%-ában, mely egyenletes megoszlást mutatott a különböző rizikójú kategóriákban.

Egyéni pszichiátriai kórelőzmény 49 esetben volt regisztrálható, (az össz-esetszám 63,63%-a), melyből 29 sorolható a 3. kategóriába (63%). A következő pszichiátriai fődiagnózisok voltak a leggyakoribbak: depresszió, skizofrénia-spektrum zavar, bipoláris zavar, alkohol

4. táblázat. Pszichiátriai változók a vizsgálati mintában, 3 alkategóriára lebontva az elért MSSI pontszám alapján

Paraméter	Minta (n=77)	1. kategória (n=14)	2. kategória (n=17)	3. kategória (n=46)
Családi kórelőzményben pszichiátriai kórkép (n, %)	12 (15,58%)	4 (28,57%)	4 (23,52%)	4 (8,69%)
Pszichiátriai kórelőzmény (n, %)	49 (63,63%)	8 (57,14%)	12 (70,58%)	29 (63,04%)
Pszichiátriai diagnózis (n, %):				
- depresszió	17 (22,07%)	6 (42,85%)	1 (5,88%)	10 (21,73%)
- skizofrénia-spektrum zavar	13 (16,88%)	0	5 (29,41%)	8 (17,39%)
- bipoláris zavar	9 (11,68%)	2 (14,28%)	3 (17,64%)	4 (8,69%)
- alkohol használati zavar	4 (5,19%)	0	0	4 (8,69%)
- személyiségzavar	4 (5,19%)	0	3 (17,64%)	1 (2,17%)
- alkalmazkodási zavar	1 (1,29%)	0	0	1 (2,17%)
- szerencsejáték-használati zavar	1 (1,29%)	0	0	1 (2,17%)
Krónikus, előzetes pszichiátriai kezelés alatt (n, %)	35 (45,45%)	7 (50%)	9 (52,94%)	19 (41,30%)
Szuicid kísérlet a kórelőzményben (n, %)	38 (49,35%)	1 (7,14%)	6 (35,29%)	31 (67,39%)
Krónikus kezelés alatt álló és szuicid kísérlettel rendelkezők (n, %)	14 (18,18%)	1 (7,14%)	3 (17,64%)	10 (21,73%)
Előzetes szuicid kísérletek száma (n, %):				
- egy sem	39 (50,64%)	13 (92,85%)	11 (64,70%)	15 (32,60%)
- egy	24 (31,16%)	1 (7,14%)	6 (35,29%)	17 (36,95%)
- kettő	7 (9,09%)	0	0	7 (15,21%)
- három	3 (3,89%)	0	0	3 (6,52%)
- négy	2 (2,59%)	0	0	2 (4,34%)
- hat	2 (2,59%)	0	0	2 (4,34%)

használati zavar, krízishelyzet miatti személyiségzavar dekompenzáció, alkalmazkodási zavar és szerencsejáték-használati zavar. Diagnózisainkat a DSM-V kritériumrendszere alapján állítottuk fel, és csupán a beutaláskor lejegyzett fődiagnózist vettük figyelembe.

Jelen tanulmányban, igazolva a szakirodalomban leírtakat, kiugróan magas a depresszióval küszködő betegek száma, 17 a 49-ből (34,69%). Ezen esetekből 10-en kerültek a 3. kategóriába. Továbbá, érdekes tény, hogy 13 eset a skizofrénia spektrumzavarban szenvedők (akut pszichózis, paranoid skizofrénia, skizoaffektív zavar, deluzív zavar) és csak ezután következik a bipoláris zavar, mint rizikótényező, 9 esettel képviselve. Alkohol abúzus és személyiségzavar dekompenzációja csak 4-4 esetben volt lejegyezhető. Alkalmazkodási zavar és szerencsejáték-használati zavar csupán 1-1 esetben volt regisztrálva.

Érdekes összefüggés figyelhető meg azonban a krónikus pszichiátriai kezelés alatt álló betegek közt. A 77 vizsgált személyből 49-nek volt a vizsgálat elkezdése előtt pszichiátriai kórtörténete, viszont csak 35-nél rögzíthető előzetes krónikus pszichotrop kezelés. A 3. kategóriába soroltaknál a 46 esetből 29 rendelkezett előzetes

diagnózissal, de csak 19-en rendelkeztek krónikus gyógyszeres kezeléssel.

A kezelés fontosságát hangsúlyozza az a tény, mely szerint a kezeléssel rendelkezők csupán 28%-a mutatott megalapozott, komoly szuicid gondolatokat (a 35 kezelés alatt álló esetből 10).

Az **5. táblázat** szemlélteti az alkalmazott pszichotrop kezelést a vizsgált mintában; különböző csoportbeli antidepresszánsokat 21 esetben, antipszichotikumokat 24 esetben, hipnoinduktorokat 10 esetben, benzodiazepineket szorongásoldó és szedatív hatású koncentrációkban 16 esetben, illetve hangulatszabályzó szereket 20 esetben használtak. Ezeket mind a megfelelő gyógyszer-kombinációban ajánlották.

Vizsgáltuk továbbá a kórtörténetben a szuicid kísérletek számát: mely szerint az összesetszámból 38-an kíséreltek meg korábbi szuicid cselekményt. Első kísérletek, számszerint 39 eset, egyenlő arányban oszlottak meg a 3 rizikócsoportban (13 eset az 1. kategóriában, 11 a 2. kategóriában és 15 a 3. kategóriában). Többszörös öngyilkossági kísérlet több mint 81%-ban a 3. kategóriába sorolható: 17 esetben egy korábbi kísérletet, 7 esetben

5. táblázat. Alkalmazott pszichiátriai kezelés a vizsgált mintában

Gyógyszercsoport	Esetszám
Antidepresszánsok	21
SSRI (escitalopram, paroxetin, sertralin, fluoxetin)	6
SNRI (venlafaxin)	6
Triciklikus antidepresszánsok (mirzaten, doxepin, clomipramin)	7
SSRE (tianeptin)	1
SARI (trazodon)	1
Antipszichotikumok	24
Atípusos antipszichotikumok (Quetiapin, Olanzapin, Amisulpirid, Sulpirid, Aripiprazol, Clozapin, Risperidon)	17
Neuroleptikumok (Haloperidol, Levomepromazin, Clopixon)	7
Hipnoinduktorok, Z-szerek (zolpidem, zopiclon)	10
Benzodiazepinek (lorazepam, alprazolam, clonazepam, diazepam)	16
Timostabilizátorok (valproát, karbamazepin, lítium)	20

6. táblázat. Alkalmazott öngyilkossági módszerek

Módszer	Esetszám
Violens módszerek	29
Perifériás erek felvágása	10
Centrális ér (nyaki verőér) elmesztése	4
Önakasztás	6
Önégetés	1
Ugrás (magasból, folyóba vagy vonat elé)	4
Hasba vagy mellkasba szúrás	4
Non – violens módszerek	17
Gyógyszeres túladagolás	4
Önmérgezés mérgező szerekkel (benzin, klór, növényvédő szerek, rágcsálóirtó szerek)	1
Vitális kezelés (inzulin) megtagadása	1
Éhezés, táplálkozás megtagadása	1

két korábbi kísérletet, 3 esetben három korábbi kísérletet regisztráltunk, de megemlítendő, hogy lejegyeztünk 4, illetve 6 korábbi kísérlettel is próbálkozó egyéneket.

Az alkalmazott öngyilkossági módszereket taglalva a **6. táblázatban**, igazoltan dominálnak a violens módszerek alkalmazása. 29 esetben violens módszereket alkalmaztak, míg 17 esetben non-violenseket, ezzel is igazolva az öngyilkosságot megkísérítő férfiakkal kapcsolatos szakirodalmi tényeket.

Megbeszélés

Jelen vizsgálatunk egy transzverzális képet mutat egy adott minta pszicho-szocio-demográfiai karakterisztikáját illetően. Számos paraméter növeli az öngyilkos magatartás rizikóját. Felmérésünk szerint a vizsgált mintánkban semleges fontosságú a szociális védőháló illetve a demográfiai mutatók karakterisztikája.

Öngyilkossági kísérlet okaként leggyakrabban személyközi és pénzügyi problémákat jelöl meg a szakirodalom.

Ez egy maladaptatív probléma-megoldási mechanizmust takar. A stabil interperszonális kapcsolatok protektív jelleget sem sikerült tükrözni. Ennek okát képezheti a vizsgált társadalmi közösségben mért relatív kevés esetszám (77) illetve a vizsgált populáció sajátosságaiból adódó nagymértékű homogenitás.

Tanulmányunk korlátozását képezik a következő tények: a relatív kevés betegszám nem tükrözte kellőképp a várt összefüggések mértékét, sőt, teljesen nem várt következtetések vonhatóak le. A longitudinális utánkövetés megvalósítása hiányos. Vizsgálatunk sajátosságának tekinthető, hogy mintánkat csak a sürgősségi beutalásba beleegyező férfibetegek képezték, kizárva mindazon személyeket, akik hasonló helyzetben nem fordultak szakirányú segítséghez, vagy a primér (családorvosi) ellátásban részesültek, vagy a sürgősségi betegellátás után távoztak – visszautasítva a pszichiátriai szakellátást.

Következtetések

Vizsgálatunk fókuszpontjában a szuicid magatartás állt. A vizsgált mintánk érdekessége közé tartozik, hogy legtöbb szocio-demográfiai mutató semleges faktorként szerepel. Se nem protektív, se nem kockázati tényező a tanulmányi végzettség, a családi állapot, illetve összességében a szociális védőháló sem szolgált védő faktorként. Minden vizsgált csoportban az önkárosító szándék mértéke arányos volt.

A pszichiátriai háttérben meghúzódó paraméterek annál inkább szolgálnak vészjelzőként. A családi kórelőzményben felidézhető mentális betegség, mint tanult önkárosító viselkedésminta, illetve mint genetikai hajlam, elsődleges rizikófaktor jellegű. Az egyéni kórtörténetből minden major pszichiátriai kórkép kockázati tényező. Tanulmányunkban első helyen a depresszió állt, második helyen az skizofrénia spektrumzavar, majd a bipoláris zavar. Ezt követi az alkoholhasználati zavar, krízishelyzetben dekompenzált személyiségzavar, majd alkalmazkodási zavar és szerencsejáték-használati zavar. A rekurrens önkárosító magatartás is önmagában hordozza a veszélyt a kifejezett öngyilkossági szándék megvalósításában.

Az öngyilkossági kísérletekkel összefüggő pszichoszociális és klinikai kockázati tényezők hasonlóak voltak a szakirodalomban leírtakhoz néhány sajátos variációval. Fontos támpont a mentális zavarok korai felismerése, illetve a

szakellátás minél hamarabbi felkutatása és igénybevétele, továbbá az általános egészségügyi személyzet körében a mentális zavarok kezelési lehetőségeinek ismertetése krízishelyzetben, prevenció és utánkövetés esetében is.

Tudott tény azonban, hogy a nem jelentett esetek aránya is magas. Az öngyilkosságok azonban legalább részben megakadályozhatók az öngyilkossági eszközök-höz való hozzáférés korlátozásával, az alapellátásban dolgozó orvosok és az egészségügyi dolgozók képzésével a veszélyeztetett csoportot képező egyének azonosításában, valamint a krízishelyzetek felmérésében és kezelésében, a megfelelő ellátás és utánkövetés biztosításában.

Az öngyilkossági kísérlet, amely összetett eredetű, gyakori komplex klinikai probléma, komoly elvárásokkal bír a pszichiátriai szakellátásban. A nemek szerinti különböző pszicho-szocio-demográfiai profil ismerete és annak alkalmazása hasznos eszközként bizonyult mind a „screening”, mind pedig az ezt követő eset-menedzsmentben. Ezek alapelveinek ismerete megkönnyítheti a döntéshozatalt, növelheti a kezeléshez való adherencia mértékét és csökkentheti a későbbi kísérletek kockázatát. Az öngyilkosság jelentős társadalmi közegészségügyi probléma, ezért globálisan prioritást kell élveznie.

Rövidítések

WHO = World Health Organization, Egészségügyi Világszervezet

MSI = The Modified Scale for Suicide Ideation (Miller et al.)

IQR = interkvartilis tartomány

n.a. = nem alkalmazható

SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor

SNRI = serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor

SSRE = selective serotonin reuptake enhancer

SARI = serotonin antagonist and reuptake inhibitor

Irodalom

1. Suicide in the world: Global Health Estimates. World Health Organization. 2019; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The Lancet Psychiatry. 2016; Volume 3, Issue 7: Pages 646-659.
3. Hawton K, van Heeringen K. (2009) Suicide. Lancet, 373(9672): 1372-1381.

4. Rihmer Z, Fekete S. Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Öngyilkossági rizikó- és protektív faktorok. In: Kalmár S, Németh A., Rihmer Z. (szerk.): Az öngyilkosságorvosi szemmel Budapest: Medicina, Budapest, 2012: 91-112.
5. Shneidman E. Definition of suicide. Jason Aronson, Northvale, NJ, 1985: 23-43.
6. Hjelmeland H. Suicide research and prevention: The Importance of Culture in "Biological Times." In: Colucci E, Lester D (szerk.), Suicide and Culture. Hogrefe, Cambridge: 2013: 3-23.
7. Adam K. Attempted suicide. Psychiatric Clin North Am 1985; 8:183
8. Leenaars Antoon A. Review Edwin S. Shneidman on Suicide. Suicidology Online 2010; 1: 5-18.
9. Hjelmeland H. Suicide research and prevention: The Importance of Culture in "Biological Times". Colucci E, Lester D. Suicide and Culture. Understanding the Context. Hogrefe Publishing: 2013: 3-23.
10. Masquelier B, Hug L, Sharrow D, et al. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Global, regional, and national mortality trends in youth aged 15-24 years between 1990 and 2019: a systematic analysis. Lancet Glob Health. 2021 Mar 1; S2214-109X(21)00023-1. doi: 10.1016/S2214-109X (21)00023-1. Epub ahead of print. PMID: 33662320.
11. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(7):1425. Published 2018 Jul 6. doi:10.3390/ijerph15071425
12. Allebeck, P.; Bolund, C.; Ringback, G. Increased suicide rate in cancer patients. A cohort study based on the Swedish Cancer-Environment Register. J. Clin. Epidemiol. 1989, 42, 611-666.
13. Fujita, T.; Kurisu, E. Suicide deaths among psychiatric patients—A study based on vital statistics. Nihon Kosshu Eisei Zasshi 1992, 39, 858-864. [PubMed] 93. Ganesvaran, T.; Shah, A.K. Psychiatric in-patient suicide rates: A 21-year study. Med. Sci. Law 1997, 37, 202-209.
14. Large, M.M.; Chung, D.T.; Davidson, M.; Weiser, M.; Ryan, C.J. In-patient suicide: Selection of people at risk, failure of protection and the possibility of causation. BJPsych Open 2017, 3, 102-105.
15. Goldacre, M.; Seagroatt, V.; Hawton, K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. Lancet 1993, 342, 283-286.
16. Geddes, J.R.; Juszczak, E.; O'Brien, F.; Kendrick, S. Suicide in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care, Scotland 1968-92. J. Epidemiol. Community Health 1997, 51, 430-434.
17. Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. - Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 343-352. 1979.
18. Miller, I.W., Norman, W.H., Bishop, S.B. - The modified scale for suicidal ideation: Reliability and validity Journal of Consulting and Counseling Psychology, 54, 724-725. 1986