

# NEMI KÜLÖNBSÉGEK A SZUICID VISELKEDÉSBEN<sup>1</sup>

Vörös Viktor, Osváth Péter, Fekete Sándor

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika

Érkezett: 2004. 03. 22. Elfogadva: 2004. 05. 15.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Az utóbbi évek szuicidológiai közleményei gyakran hangsúlyozzák az öngyilkos magatartás során észlelt nemi különbségeket. Ezen vizsgálatok eredményei szerint jelentős nemi különbségek észlelhetők az epidemiológiai, szociokulturális és gazdasági rizikótényezők vonatkozásában, valamint a mentális betegségeket, a módszerválasztást, a segélykérő magatartást, illetve a protektív, preventív és terápiás tényezőket illetően is.

Vizsgálatunk része a WHO/EURO Európai Multicentrikus szuicídium Kutatásnak, mely során több mint 50,000 szuicid kísérletet regisztráltak; a pécsi centrum az elmúlt 5 évben több mint 1200 öngyilkossági kísérlet adatait dolgozta fel. A befejezett szuicídiumok száma a férfiak körében lényegesen magasabb, az öngyilkossági kísérletek a nők körében gyakoribbak. A módszerválasztásra jellemző, hogy a férfiak mind a befejezett, mind a megkísérelt öngyilkosságoknál violensebb módszert választanak, a nők gyakrabban alkalmaznak gyógyszeres intoxikációt. Logisztikus regressziós modell alkalmazásával az alábbiak szerint írható le egy „tipikus férfi szuicid kísérletező”: munkanélküli, egyedül él, soha nem volt házasság, alkoholproblémákkal küzd, inkább violens módszert alkalmaz, ha gyógyszert vesz be, akkor az leginkább meprobamat, vagy karbamazepin. Nők esetében a válás vagy özvegyülés, a rokkantnyugdíj, a depresszió megjelenése az élet során, az ismételt kísérlet és a benzodiazepin bevétele volt jellemző.

Mivel a szuicídium multikauzális jelenség, a terápiás és prevenciók eljárásokat is komplex szemlélet mentén kell kialakítani, figyelembe véve a szuicid magatartás vizsgálata során észlelt nemi különbségeket is.

**KULCSSZAVAK:** szuicídium, öngyilkossági kísérlet, nemi különbségek, rizikótényezők, protektív faktorok, megelőzés.

## GENDER DIFFERENCES IN SUICIDAL BEHAVIOUR RESULTS OF THE WHO/EURO MULTICENTRE STUDY ON SUICIDAL BEHAVIOUR

Gender-specific differences in suicidal behaviour have been analysed in a number of recent studies. According to these, several socio-economic, demographic, psychiatric, familial, help-seeking differences can be identified in protective and risk factors between males and females. Gender is one of the most replicated predictors for suicide.

In the framework of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour, more than fifty thousand suicide attempts have been registered so far. Until now data on more than 1200 monitored suicidal events have been collected in Pecs centre.

In most countries male suicide rates are higher. In contrast to suicides, rates of suicide attempts are usually higher in females. Concerning the differences in methods, it is a recognised fact that males use violent methods of both suicide and attempted suicide more often than females. The summarised clinical impression suggests that compliance of male patients is poorer than that of females.

According to our data, a typical male attempter is characterised as follows: unemployed, never married, lives alone. He tends to use violent methods; if he takes drugs, it is mostly meprobamate or carbamazepine. A lot of male attempters have alcohol problems or dependence. As for the females, we found high odds ratios in the following cases: divorced or widowed, economically inactive, depressive state in the anamnesis. Female attempters are mainly repeaters using the method of self-poisoning, mostly with benzodiazepines.

As suicide is a multicausal phenomenon, its therapy and prevention should also be complex and gender differences should be taken into account in building up our helping strategies.

**KEYWORDS:** suicide, attempted suicide, gender differences, risk factors, protective factors, prevention.

<sup>1</sup> A szerkesztőség kérésére, a VI. Neuropszichofarmakológiai Kongresszuson (2003. okt. 9-11.) elhangzott előadás alapján.

## BEVEZETÉS

Az utóbbi évek szuicidológiai közleményei gyakran hangsúlyozzák az öngyilkos magatartás vizsgálata során észlelt nemi különbségeket (Canetto és mtsai 1998, Hawton 2000, Moscicki 1994, Osváth és mtsai 2003, Qin és mtsai 2000, 2003). Ezen felmérések eredményei szerint jelentős nemi különbségek észlelhetők az epidemiológiai, szociokulturális és gazdasági rizikótényezők vonatkozásában, valamint a mentális betegségeket, a módszerválasztást, a segélykérő magatartást, illetve a protektív, preventív és terápiás tényezőket illetően (Crombie 1990, Goldney 2000, Mortensen és mtsai 2000, Hawton 2000, Platt és mtsai 2000, Qin és mtsai 2000, Rihmer és mtsai 2002). Tanulmányunkban a vonatkozó irodalmi adatok áttekintését követően vizsgálatunk eredményeit mutatjuk be.

Az epidemiológia adatok szerint a *befejezett szuicídiumok* száma világszerte lényegesen *magasabb a férfiak körében*, a férfi/nő arány átlagosan 2-4/1 (Canetto 1990). Kivételnek számít Kína, ahol a vidéken élő fiatal nők szuicid halálózása rendkívül magas, így a férfi/nő arány csupán 0,8. Az alacsony képzettségű és szociális státuszú fiatal, vidéki, kínai nők körében gyakoriak az impulzív aktusok, gyakori a peszticidekkel történő halálos önmérgezés és általában nem társulnak mentális zavarok a szuicid cselekményekhez. Az urbánus kínai populáció szuicid mintázata inkább az európai országokéhoz hasonló (Cheng és mtsai 2000).

Az utóbbi évek statisztikai adatai alapján a legtöbb országban csökken a befejezett szuicídiumok száma. Egyes országokban, illetve bizonyos korcsoportokban azonban ezzel ellentétes irányú változások is megfigyelhetők, például az Egyesült Királyságban különösen a fiatal férfiak körében nő a befejezett öngyilkosságok száma. Ugyanitt a nők körében a befejezett öngyilkosságok száma nagyrészt stabil, főleg a fiatal nők esetében, vagy inkább csökkenő tendenciát mutat, mely az idősebb korosztályra jellemző (Hawton 2000).

Közismert, hogy szemben a befejezett szuicídiumokkal, az öngyilkossági kísérletek aránya a nők között jóval magasabb, az arány körülbelül 5-10/1. Ezt a jelenséget hívjuk a szuicidológiában „nemi paradoxonnak” (Canetto 1990).

Érdekes megfigyelés, hogy hazánkban az öngyilkossági halálózások száma – a világszerte tapasztalható folyamattal párhuzamosan – az elmúlt 15 évben körülbelül 30%-al csökkent (45-ről 30

alá százezer lakosra vonatkozóan), míg a vizsgált mintánkban a szuicid kísérletek száma gyakorlatilag változatlan maradt.

A szuicídium prediktív és protektív tényezőinek vizsgálata során Qin, egy Dániában készült longitudinális vizsgálat során azt találta, hogy a befejezett szuicídium legfontosabb rizikótényezője mindkét nemből a mentális zavar miatti hospitalizáció az anamnézisben; különösen az emissziót követő időszak veszélyeztető. Vizsgálati eredményei közül továbbá kiemelendő, hogy *férfiaknál a házasság önmagában* bizonyult védőfaktorának a szuicídium szempontjából. A nők esetében azonban a *2 éven aluli gyermek nevelése volt a leghatékonyabb* protektív tényező, olyannyira, hogy kiderült, hogy náluk a házasság protektív szerepét valójában a szülőség hordozza, tehát nem a házastárs, hanem a gyermek a tulajdonképpeni preventív tényező (Qin és mtsai 2000, 2003). Más vizsgálatokban a terhesség protektív szerepét is kimutatták (Appleby 1996).

Hawton, egy angol áttekintő tanulmányban – a befejezett és megkísérelt szuicídiumokat vizsgálva – a nemek közötti ellentétes irányú statisztikai mozgások (férfiak között nő, nők között csökken a befejezett szuicídiumok száma, mindkét nemből főleg a fiatal korosztály mutatói változnak ilyen irányokban) háttérében a szociális szerepek változását, a férfiak kezeléssel összefüggő gyengébb compliance-ét feltételezi. Hawton és mások álláspontja szerint a férfiak érzékenyebben reagálnak a változó szociális és gazdasági körülményekre, ezekhez kevésbé képesek alkalmazkodni, az instabilitás okozta válságra fogékonyabbak, hiszen nagyobb mértékben függenek ezen szociális, gazdasági tényezőktől (Hawton 1998, Hawton 2000).

*Szociális-gazdasági* szempontokat figyelembe véve a férfiakra az alábbi rizikótényezők jellemzők a befejezett szuicídium szempontjából. A munkanélküliség, a nyugdíjazás, az elhúzódoó betegségek miatti munkaképtelenség, valamint az egyedül élés voltak kiemelt veszélyeztető faktorok (Crombie 1990, Hawton 1998, Platt és mtsai 2000, Qin és mtsai 2000)

A *mentális zavarok* vonatkozásában ismert, hogy a befejezett szuicídiumok fő rizikófaktorainak tekinthetők mindkét nemből. Qin adatai szerint a nők esetében ez a rizikó még kifejezettebb. Mindkét nemből az affektív kórképek hordozzák a legkiemeltebb rizikót, gyakran – mintegy 40%-ban – személyiségzavarhoz, vagy egyéb pszichiatriai zavarhoz társulva. Férfiak körében a szki-zofrénia és az addiktív kórképek jelenléte gyakoribb, hazánkban leginkább az alkoholdependencia

jelentős. Nőknél az evészavarok, kiemelten az anorexia nervosa hordoznak magasabb rizikót (Harris 1997, Mortensen 2000, Qin és mtsai 2003, Rihmer 2002).

A *módszerválasztásra* jellemző, hogy a férfiak mind a befejezett, mind a megkísérelt öngyilkosságokhoz általában violensebb módszereket használnak (akasztás, vágás, leugrás, lövés). A lehetséges magyarázatok között szerepel az erősebb meghalási szándék, a nagyobb agresszivitás, impulzivitás, a violensebb módszerek pontosabb ismerete és kivitelezési képessége (Hawton 2000). A nők leggyakrabban gyógyszeres intoxikációt alkalmaznak (Osváth és mtsai 2003).

## MÓDSZER

A WHO/EURO kutatás – melynek keretében jelen vizsgálatunk is zajlott – célkitűzései egyrészt az epidemiológiai, szociodemográfiai jellemzők megismerése, másrészt a pszichológiai okok, életesemények, testi és lelki betegségek szerepének felkutatása, az egészségügyi ellátó rendszerek és azok hatékonyságának feltérképezése, valamint a terápiás és prevenciós lehetőségek vizsgálata (Fekete és mtsai 2001, Schmidtke és mtsai 1996).

Jelenleg 12 ország 14 központja vesz részt a vizsgálatban, hazánkat a pécsi centrum képviseli. A nemzetközi *WHO/EURO Európai Multicentrikus szuicidium Kutatás* két fő részből áll. A monitorizálás során eddig több mint 46,000 szuicid kísérlet regisztrációja történt meg (monitoring study), részletes utánkötéses interjú (repetition-prediction study) pedig több mint 1700 esetben zajlott. A pécsi központ az elmúlt 5 évben több mint 1200 öngyilkossági kísérlet adatait dolgozta fel és 101 esetben történt meg az utánkötéses vizsgálat. Ez a minta felöleli ezen időszak során Pécs felvevőkörzetében az egészségügyi intézményekkel kapcsolatba került összes szuicid kísérletet elkövetőt (Fekete és mtsai 2000).

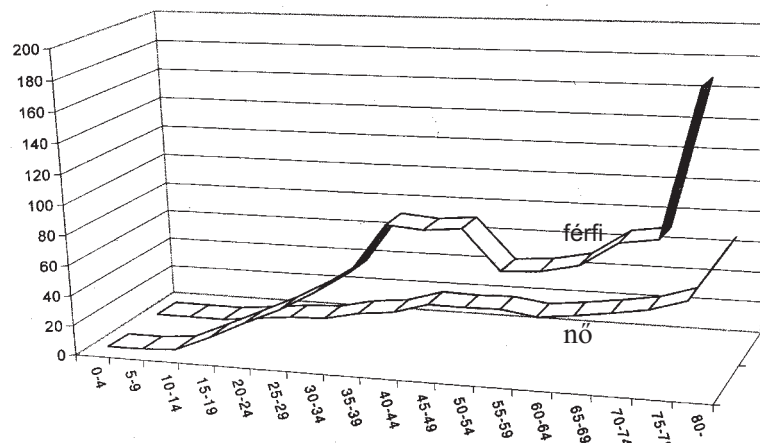
A szuicid viselkedés nemi különbségeinek vizsgálatához a fenti adatbázisokat használtuk fel, a statisztikai elemzéseket az SPSS programcsomaggal – logisztikus regresszió, valamint  $\chi^2$  próba alkalmazásával – végeztük.

## EREDMÉNYEK

Eredményeinket az epidemiológiai adatok, a mentális zavarok szerepének, a módszerválasztás jellegzetességeinek, valamint a szociokulturális, szocioökonómiai prediktív és protektív tényezők áttekintése alapján mutatjuk be.

Az eredmények részletes ismertetése és értelmezése előtt érdemes megvizsgálni a *kor és nemek szerinti szuicid halálozási görbe* alakulását Magyarországon a 2001-es évben a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján (1. ábra). A férfi dominancia minden korosztályban egyértelmű. Az idős korcsoport magas halálozási aránya mindkét nemben megfigyelhető, mely azzal is magyarázható,

1. ábra. Öngyilkossági halálozás korcsoportok és nemek szerint Magyarországon (KSH, 2001, 100,000 lakosra)



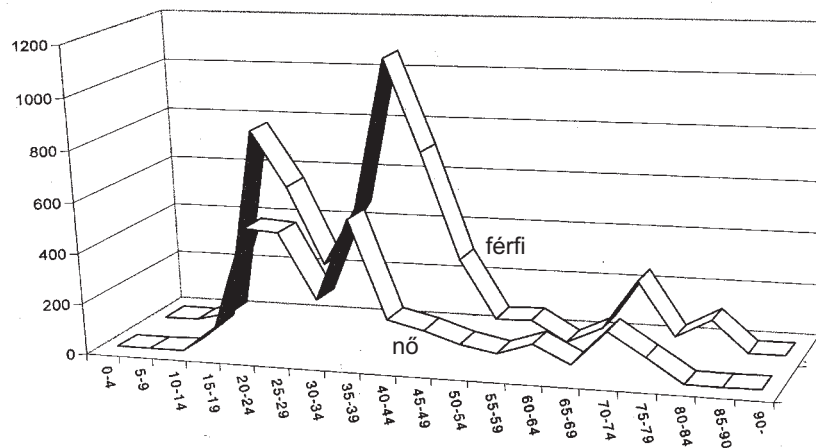
hogy ugyanaz a noxa idősebb szervezetekben gyakrabban okoz halált, mint a fiatalabbakéban. Férfiak esetében az időskori szuicid halálozás igen magas arányú, a görbe maximumát adja, emellett a középkorú férfiak magas halálozása jelentős. A nők görbéje praktikusán lineáris emelkedést mutat a kor előrehaladtával, tehát minél idősebb egy nő, annál inkább valószínű, hogy belehal a szuicid cselekménybe.

A 2. ábra a pécsi öngyilkossági kísérletek kor és nemek szerinti megoszlását mutatja vizsgálati mintánk adatai alapján, szintén a 2001-es évben. A nők szinte minden korosztályban többször próbálnak öngyilkosságot elkövetni. A legmagasabb szuicid kísérleti szám a fiatal korosztályt, valamint a középkorúakat jellemzi. Érdemes kiemelni, hogy a görbe nem lineárisan csökkenő lefutású, ahogy azt korábban többen feltételezték, hanem mindkét nemben három jól elkülöníthető helyi maximummal bír. Az első, a már említett fiatal

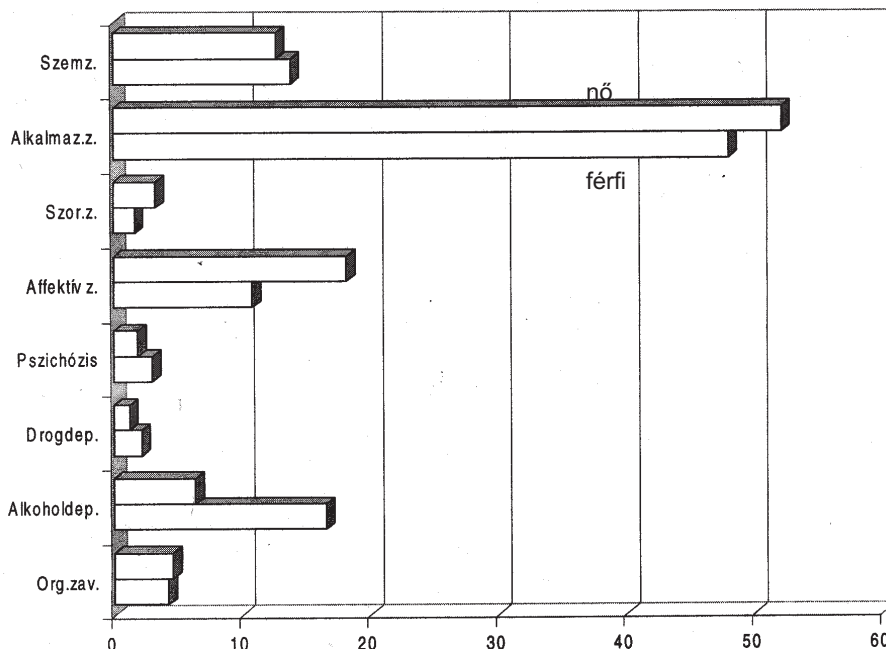
korosztály csúcsa, mely megfelelhet az adolescens krízis időszakának, a második a középkorúak csúcsa a 44 év körüli maximummal az életközepi krízis (mid-life crisis) éveire utal, végül az idős populációban jelentkezik még magas kísérleti szám, mely az életvégi időszakot jelenti.

Az első két ábrát összevetve felmerülhet a kérdés, mi történik a halálozás szempontjából a fiatal férfiakkal, valamint a fiatal és középkorú nőkkel, hiszen a halálozási görbék itt elsimul-

2. ábra. Öngyilkossági kísérletek korcsoportos és nemek szerinti megoszlása (Pécsi monitor vizsgálat, 2001, 100,000 lakosra)



3. ábra. Pszichiátriai diagnózisok megoszlása szuicid kísérletezők csoportjában (Pécsi monitor vizsgálat, BNO-10, N=1158)



tak, szemben a kísérleteket mutató görbe csúcsaival. Ez alapján az sejthető, hogy ezen kísérletek során a kommunikatív aspektus jelentős, vagy elképzelhető, hogy e populáció módszerismerete hiányos, netán szervezetük ellenállóbb.

Az eddigiek során feldolgozott szuicid kísérletek főbb demográfiai mutatóit foglaltuk össze az 1. táblázatban. A 4 év során orvosi ellátásban részesült 1158 kísérletező több mint 60%-a nő. A nők átlagéletkora 3 évvel magasabb, 37 év. A szuicid kísérletek több mint fele ismételt öngyilkossági kísérlet, mindkét nemben körülbelül azonos arányban. Az ismételt kísérletek negyede az index kísérletet megelőző 1 éven belül történt. A prospektív repetíciós ráta a 4 év során 30% körüli.

A *pszichiátriai diagnózisok* közül legnagyobb számban – mindkét nemben – az alkalmazkodási zavarok szerepeltek, mely diagnózis lényegében a lélektani krízisállapotnak felel meg (3. ábra). Ugyanakkor figyelemre méltó – ahogy ezt egy korábbi vizsgálatunkban kimutattuk -, hogy ezen páciensek nagy részénél strukturált diagnosztikus interjú (M.I.N.I. Plusz) használatával major depresszív epizód, illetve szorongásos zavar jelenléte volt verifikálható (2. táblázat) (Vörös és mtsai 2002, 2003). *Nők esetében a depresszív kórképek, férfiaknál pedig az alkohol abúzus vagy dependencia száma kimagasló.* A legtöbb kórkép körülbelül egyazon értéket mutat a két nemben, e két görbe (depresszió és alkohol) azonban szinte



reciprokai, tükörképei egymásnak, ami megerősíti azt a teóriát, mely szerint a férfi alkoholproblémák nagy része tulajdonképpen depressziós tünetek, illetve látens, maszkolt depresszióról van szó. Vagy másik megközelítésből: netán a nők „nyúlnak” alkohol helyett a depresszióhoz?

Ahogy az a korábbi adatokból ismert volt, mintánkban is nagy a személyiségzavarok aránya mindkét nemből, női dominancia jellemzi viszont a szorongásos zavarokat, de több férfi kísérletező szenved pszichotikus zavarban, vagy addiktív betegségben.

A módszerválasztás tekintetében mintánkban a szedatohipnotikumok által elkövetett szuicid kísérletek voltak a leggyakoribbak, nőknél kifejezettebben (4. ábra). Az alkoholos intoxikáció szintén mindkét nemből gyakori, ez leginkább, mint kísérőmódszer szerepelt, gyógyszerbevitelhez vagy vágáshoz társultan. Nők a gyógyszeres intoxikációkban „vezetnek”, férfiak a violens (vágás, akasztás) módszereket „uralják”, bár abszolút számban náluk is a gyógyszerbevitel a leggyakoribb.

1. táblázat. A vizsgált szuicid kísérletezők fontosabb demográfiai mutatói

	Nők	Férfiak
Kísérletek száma	728 (62,9%)	430 (37,1%)
Esemény/személy	1,24	1,24
Átlagéletkor (év)	37,38	34,67
Életkori határok	14–89	16–80
SD	16,36	13,32
Ismételt kísérlet	52,1	53,3
Egy éven belül	24,9	25,8
Prospektív ismétlők	32	29

Érdeemes áttekinteni az önmérgezések jellegzetességeit, hiszen jelentős különbségek észlelhetők kor, nemek és ismétlők tekintetében. A gyógyszermérgezés során a benzodiazepinek (inkább nőkre jellemző), a meprobamát és a karbamazepin (utóbbiakat főleg férfiak használták) voltak a leggyakrabban használt molekulák. Ez kapcsolatban

állhat, főleg férfiak esetében az alkoholdependencia magas gyakoriságával, hiszen hazánkban ezen gyógyszereket kiterjedten alkalmazzák az alkoholbetegek körében.

2. táblázat. Mentális zavarok megoszlási aránya szuicid kísérletezők között a klinikai (BNO-10) diagnózisok szerint és strukturált diagnosztikus interjúval (M.I.N.I. Plusz) (a M.I.N.I. interjúk mintában szembevetve az alkalmazkodási zavar alacsony, a depresszív és szorongásos körképek magas aránya a klinikai diagnózisokkal szemben)

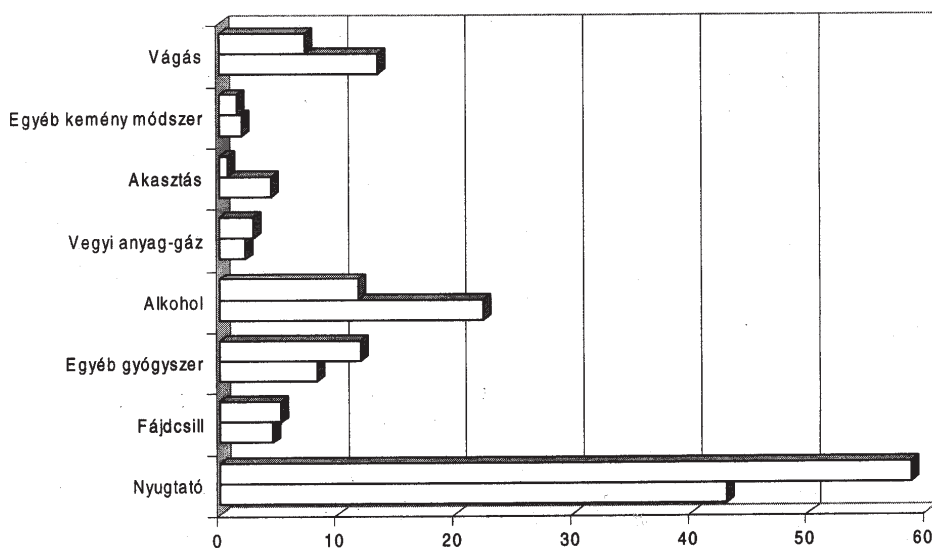
Mentális zavarok (%-ban)	Monitor vizsgálat (N=1158)	M.I.N.I. interjú (N=100)	
		Klinikai diagn.	M.I.N.I. diagn.
Diagnosztikus eszköz	Klinikai diagn.	Klinikai diagn.	M.I.N.I. diagn.
Alkalmazkodási zavar	50,4	31,5	7
Affektív zavarok	15,1	21,2	38,2
Szorongásos zavarok	2,6	4,9	23,1
Személyiségzavarok	13,1	14,7	3,3
Addikciók	12	23,3	18,9
Pszichotikus zavarok	2,3	4,3	5,7

Az ismétlő szuicid kísérletezőkre mindkét nemből jellemző az antidepresszívumok, a karbamazepin és az antipszichotikumok bevitelének nagyobb aránya, mely a pszichiátriai kórállapotok gyakoribb fennállását, az egészségügyi szervekkel való gyakoribb kapcsolatfelvételt jelentheti ezen ismétlő populációban, ugyanakkor a kezelés sikerességére is utalhat. A nyugtató-altatószerek gyakoribb bevétele az antidepresszívumokkal szemben – főleg az idősebb populációban – a nem adekvát módszerválasztásra hívja fel a figyelmet. Fentiek alapján felmerül, hogy sok kísérletező csak tüneti kezelésben részesül, a szorongásos és alvási problémák hátterében álló depressziós kórállapotok pedig nem kerülnek felismerésre, kezelésre. Tehát eredményeink alapján a szedatohipnotikumok felírása fokozottabb figyelmet igényel.

3. táblázat. Nemi különbségek szuicid kísérletezőkben (logisztikus regressziós modell)

	Férfiak	Nők
Gazdasági státusz	Inaktív (munkanélküli)	Inaktív (rokkantnyugdíjas)
Családi állapot	Egyedül élő (nem volt házasság)	Elvált, vagy özvegy
Mentális zavar	Alkoholproblémák	Depresszív zavarok
Módszer	Violens (vágás, akasztás)	Gyógyszerbevitel
Bevett gyógyszer	Meprobamát, karbamazepin	Benzodiazepinek
Egyéb	–	Ismételt kísérletek

4. ábra. A módszerválasztás jellemzői szuicid kísérletezők csoportjában (Pécsi monitor vizsgálat, 2001, N=1158)



nyelne, különösen az idős, valamint a szuicid kísérletet már elkövetett betegek esetében. Prevenációs szempontból emellett a gyógyszerhasználat szigorúbb követése és ellenőrzése szükséges, valamint a veszélyes, idejüket múlt gyógyszerek alkalmazásának korlátozása látszik előremutónak (Fekete és mtsai 2000, Osváth és mtsai 2000, 2003).

A 3. táblázatban a szuicid kísérletet elkövetett páciensek adatainak *logisztikus regressziós elemzése* során kapott eredmények összefoglalása látható (3. táblázat). E modell alkalmazásával az alábbiak szerint írható le egy „ideáltipikus férfi szuicid kísérletező”: munkanélküli, egyedül él, soha nem volt házas, alkoholproblémákkal küzd, inkább violens módszert alkalmaz; ha mégis gyógyszert vesz be, akkor az leginkább meprobamat, vagy karbamazepin. Nők esetében a válás, vagy özvegyülés, a rokkantnyugdíjazás, a depresszió megjelenése az élet során, az ismételt szuicid kísérlet és a benzodiazepin bevétele volt jellemző.

## MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunkban jelentős nemi különbségeket észleltünk a szuicid kísérletet elkövetők populációjában. Van-e ezen nemi különbözőségeknek jelentősége, úgymond „nem” specifikus terápiás konzekvenciája, preventív aspektusa?

Eredményeink a pszichiátriai kórállapotok, különösen a *férfi depresszió* adekvát felismerésének és kezelésének fontosságára hívják fel a figyelmet. Vizsgálataink, illetve a korábbi közlemények a nemek közti segélykérő és a segítséghez viszo-

nyuló általános attitűdbeli különbségekre mutatnak rá, ezért kiemelt jelentőséggel bír a férfiak adekvátabb segélykérő magatartásának és a kezeléssel kapcsolatos compliance-ének előmozdítása, hiszen a klinikai tapasztalok, Hawton leírása, valamint egyéb kontrollált vizsgálatok (Gotland study) szerint a *férfiak gyengébb compliance-e tovább rontja azok túlélési esélyeit*. Emellett előremutató lehet a *szociális, gazdasági háttértényezők* feltérképezése, kiváltképp a férfiak esetében. A rizikó és protektív faktorok áttekintése, a *magas kockázatú csoportok* (mint az ismétlők, az idősek, a krónikus testi vagy lelki betegségekben szenvedők) fokozottabb követése elengedhetetlen.

Mivel a szuicídium multikauzális jelenség, ezért a *terápiás és preventív eljárásokat* is komplex szemlélet mentén kell kialakítani. Mindez nem csupán az egészségügy feladata, egyéb szervezetek, szakemberek bevonására is szükség van. Nemzetközi tanulmányok kimutatták, hogy olyan intézkedések, mint a különböző mérgező anyagok toxicitásának csökkentése, ezek, illetve egyéb potenciálisan veszélyes gyógyszerek elérhetőségének korlátozása, a fegyverviselés szigorúbb kontrollja, következetesebb drog- és alkoholpolitika is képesek csökkenteni egyes területek szuicid mortalitását (Osváth és mtsa 2003). Bár más adatok szerint valamely módszer elérhetőségének korlátozása egy másik előtérbe kerülését eredményezheti (Ohberg és mtsai 1995). Mindazonáltal a hazai *gyógyszerrendelési szokások* megváltoztatása (szedatohipnotikumok körültekintőbb alkalmazása), illetve a ma már korszerűtlennek tekinthető gyógyszerek (például meprobamat, barbiturátok) kereskedelmi forgalomból

kivonása mellett a mentális zavarok (különös tekintettel a hangulatzavarokra és az alkoholfüggőségre) pontosabb felismerése (Osváth és mtsa 2003) és adekvát kezelése játszhatja a főszerepet.

Mivel az öngyilkosságot megkísérlők a tett előtt gyakran keresik fel orvosukat, kiemelt jelentőségűnek tekinthető a *házi orvosok* (mint „gatekeeper” funkciót ellátó szakemberek) modern szuicidológiai szemléletű továbbképzése is (Osváth és mtsai 2000). Az alapellátás és a mentálhigiénés rendszerek elérhetősége fontos szerephez jut ezen szolgálatok szuicidprevenációs hatékonyságának vonatkozásában. Továbbá a kor követelményeihez igazodva *egyéb kommunikációs csatornák* bevonására is szükség van, így az internet adta lehetőségek – például on-line krízisinterven-

ciós oldalak, információs bázisok, levelezőcsoportok – kihasználása is fontos jelentőséggel bírhat. Ugyanígy a szuicídium során elhunytak hozzátartozóinak támogatása, például öngyilkos csoportok szervezése értékes preventív stratégia.

A preventív szempontok mellett hangsúlyozzuk, hogy a szuicídiumot megkísérlők kezelésében az adekvát farmakoterápia mellett a pszichoterápiás segítségnyújtás is elengedhetetlen, hiszen csak a komplex bio-pszicho-szociális szemlélet alkalmazása nyújt lehetőséget pácienseink életminőségének helyreállítására és a későbbi öndesztuktív viselkedés megelőzésére.

*Levelezési cím:  
Dr. Vörös Viktor  
7623 Pécs, Rét u. 2.*

#### IRODALOM

- Appleby L: Suicidal behaviour in childbearing women. *International Review of Psychiatry* 1996;8:107-115.
- Canetto SS, Sakinofsky L: The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 1998;28:1-23.
- Cheng ATA, Lee CS: Suicide in Asia and the Far East. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (eds K. Hawton and K. Van Heeringen), Chichester, John Wiley and Sons, 2000.
- Crombie IK: Can changes in the unemployment rates explain the recent changes in suicide rates in developed countries? *Int J Epidemiology* 1990;19:412-416.
- Fekete S, Osváth P: A szuicid kísérletek diagnosztikus és preventív háttere – áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai szuicídium Kutatás pécsi centrumának 2 éves adatai alapján. *Orvosi Hetilap* 2000;141:2427-2431.
- Fekete S, Osváth P, Ábrahám I: Ismétlődés és prediktív tényezők a szuicid viselkedésben a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidológiai Kutatás pécsi centrumának 2 éves anyagában. *Psychiatria Hung* 2000;15:566-574.
- Fekete S, Temesváry B, Osváth P: Suicidal behaviour in Pécs and Szeged – results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: *Suicide and suicide attempts in Europe*. Ed. Schmidtke et al. Kluwer, Boston 2001.
- Goldney RD: Prediction of suicide and attempted suicide. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (eds K. Hawton and K. Van Heeringen), Chichester, John Wiley and Sons, 2000.
- Harris EC, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-228.
- Hawton K: Why has suicide increased in young males? *Crisis* 1998;19:119-124.
- Hawton K: Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2000;177:484-485.
- Mortensen PB, Agerbo E, Eriksson T et al: Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2000;355:9-12.
- Moscicki EK: Gender differences in completed and attempted suicides. *Ann Epidemiology* 1994;4:152-158.
- Ohberg A, Lönnquist J, Sarna S: Trends and availability of suicide methods in Finland: proposals for restrictive measures. *Br J Psychiatry* 1995;166:35-43.
- Osváth P, Fekete S: A pszichofarmakonválasztás jellemzői öngyilkossági kísérletekben. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai szuicídium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Orvosi Hetilap* 2003;144:121-124.
- Osváth P, Fekete S, Michel K: Az egészségügyi ellátással való kapcsolat az öngyilkossági kísérlet előtt. Összehasonlító vizsgálat a WHO/EURO Multicentrikus szuicídiumkutatás pécsi és berni centrumának adatai alapján. *Szenvedélybetegségek* 2000;8:252-258.
- Osváth P, Fekete S, Vörös V: Gender specific suicide treatment/prevention strategies on the basis of the Hungarian WHO/EURO Study on suicidal behaviour. *World Health Organization, Regions for Health Network, Workshop on Gender-Specific Suicide Prevention and Treatment Services at the Regional Level*, Győr, Hungary, 2003.
- Platt S, Hawton K: Suicidal behaviour and the labour market. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (eds K. Hawton and K. Van Heeringen), Chichester, Wiley and Sons, 2000.
- Qin P, Agerbo E, Mortensen PB: Suicide risk in relation to Socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003;160:765-772.
- Qin P, Mortensen PB, Agerbo E, Westgard-Nielsen N, Eriksson T: Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000;177:546-550.
- Rihmer Z, Belső N, Kiss K: Strategies for suicide prevention. *Curr Op in Psychiatry* 2002;15:83-87.
- Schmidtke A, Bille Brahe U, De Leo D et al: Attempted suicide in Europe: rates of a sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psych Scand* 1996;93:327-338.
- Vörös V, Osváth P, Fekete S: Mentális zavarok felmérése öngyilkossági kísérletet elkövetők csoportjában. *Psychiatria Hung* 2002;17:398-408.
- Vörös V, Osváth P, Fekete S: Prevalence of mental disorders among patients making suicide attempt. Presentation at the congress of the International Association for Suicide Prevention in Stockholm, 2003.