

Depresszió és öngyilkosság a büntetés-végrehajtásban

Láng Károly őrnagy

Kulcsszavak : depresszió, elítéltek öngyilkossága, attitűd, depresszió skála, előrejelzés

A fogvatartottak öngyilkosságai, annak kísérletei, valamint a szándékos önsértések a büntetés-végrehajtás szempontjából az egyik legkritikusabb rendkívüli eseménynek számítanak. A cselekményeket kiváltó okok ugyanis az esetek nagy többségében rejtve maradnak. Tovább színezi a problémát, hogy a manipulatív önkárosítások egy részére azért kényszerül a fogvatartott, mert közvetlen környezete (zárkatársa, munkahelyi környezete) lelki, vagy fizikai támadásának, pressziójának van kitéve.

A vizsgálat célja olyan módszer kialakításának elősegítése, amely nagy biztonsággal kiszűri a veszélyeztetett fogvatartottakat.

A szerző a Beck-féle depresszió kérdőív teljes változatát dolgozta fel, illetve erre építette a vizsgálatot. Az alkalmazott statisztikai eljárások: reliabilitás-vizsgálat és egyszempontú variancia-analízis, attitűd vizsgálat.

A vizsgálat során az ún. ATTS kérdőív került feldolgozásra. Az attitűd vizsgálat során alkalmazott statisztikai eljárások:

- főkomponens analízis,
- egyszempontú variancia analízis,
- klaszter-analízis,
- diszkriminancia-analízis.

A főkomponensek alapján képzett csoportok egymástól erősen eltérő tulajdonságokat mutatnak suicid-veszélyeztetettség szempontjából, azaz igazolódott, hogy az öngyilkosságról vallott különféle attitűdök alapján a minta szétválasztható és rangsorolható veszélyeztetettség szempontjából.

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

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

1. Öngyilkosság és depresszió a „civil” és a bv. populációban

1.1 *Suicidum a büntetés-végrehajtásnál*

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

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

A büntetés-végrehajtás esetén azonban ez a definíció kettéválik.

A fogvatartottak esetében egyrészt beszélhetünk a fenti definíció szerinti cselekményről, másrésztől viszont

– és ez jellemzőbb – van egy alapvetően manipulatív okokkal jellemezhető megközelítése is.

A büntetés-végrehajtás szempontjából ezek a cselekmények okozzák a legnagyobb és legnehezebben kezelhető problémát.

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

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

1.2 *Depresszió a férfiaknál – teoretikus megfontolások*

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

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

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

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

1.3 A férfiak depressziójának tüneti képe

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

- alacsony toleranciaszint,
- a külvilág felé irányuló, agresszív viselkedés, csökkent impulzus kontroll,

- antiszociális viselkedés,
- időszakos dühkitörések,
- regresszió, csökkent önértékelés, elégedetlenség,
- abúzusra való hajlam.

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

Másik jelentős tényező a férfi öngyilkosság és a depresszió diagnosztikájában az időfaktor. Azon férfiak egy részével nehéz bánni, akiknek a viselkedése jelentős változást mutat az idő függvényében, ezen férfiak viselkedése „pszichopátiás” jellegű. Normális körülmények között ők szociálisan jól funkcionáló, jó képességű emberek, akiknek a viselkedése a depressziós periódus idején nehezen elfogadható, és ezen időszakot leszámítva saját maguk számára sem elfogadható. A gyors személyiség- és viselkedésváltozás férfiakban figyelmet a depresszió lehetséges fennállására (Rhimer, Rutz 2000).

A fogalmak meghatározásai

Az öngyilkosság (és annak kísérlete), valamint a szándékos önsértés fogalmi meghatározásának összetettségét már korábban érintettem, az alábbiakban a vonatkozó definíciókat írom le:

Öngyilkosságot az a személy követ el, aki életének saját maga vet véget.

Az öngyilkossághoz három kritérium

tartozik:

1. a meghalás tudatos szándéka,
2. egy módszer képzelete, amely alkalmas az élet kioltására,
3. a módszer cselekvéssémájának megvalósítása.

Az öngyilkossági kísérletről, definíciója szerint akkor beszélünk, ha:

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

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

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

A szándékos önsértés – klinikai – meghatározása szerint:

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

2. A vizsgálat célja

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

A módszer lehetőség szerint legyen

egyszerű, könnyen kezelhető, viszonylag gyors és pontos.

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

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

A vizsgálat során a *Beck-féle depresszió kérdőív* teljes változatát dolgozom fel, illetve erre építem a vizsgálatot.

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

A kérdőív jól alkalmazható, mint

- szelektáló eszköz a depresszió felfedésében,
- kiegészítő eszköz a diagnosztikus munkában,
- depressziós betegek állapot változásainak követésében.

Az alábbi előnyök is ezen kérdőívvel történő vizsgálatot támasztották alá:

- egyénileg és csoportosan is felvehető,
- a nyerspontokat nem kell átszá-

molni, mivel azonnal használható értékeket kapunk,

– a vizsgálati személy intelligenciájától független.

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

Exploráció

Az exploráció témakörei a következők:

- pszichiátriai betegségek, elsősorban depresszió,
- megelőző öngyilkossági kísérletek,
- suicidum a családban,
- az öngyilkossági szándék/halálvágy kommunikációja,
- kora gyermekkori veszteségek (szülő halála, válás), mivel a többi faktor a jelenlegi helyzetből adódnak.

Attitűd vizsgálat

A vizsgálat során az ún. ATTS kérdőív került feldolgozásra. A kérdőívet a PTE Általános Orvosi Kar Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika kutatócsoportja bocsátotta rendelkezésünkre. A kérdőív alapvetően az öngyilkossággal kapcsolatos

attitűdöket hivatott feltérképezni. A kérdések négy nagy témakör köré csoportosíthatók:

1. családi terheltségre vonatkozó adatok,
2. az öngyilkossággal kapcsolatos vélemények, (attitűdskála),
3. személyes adatok,
4. hangulati életre vonatkozó kérdések.

Az attitűd vizsgálat során alkalmazott statisztikai eljárások:

- főkomponens analízis,
- egyszempontú variancia analízis,
- klaszter-analízis,
- diszkriminancia- analízis.

2.1 A Beck-skála reliabilitásának vizsgálata

Az első lépés annak vizsgálata, hogy vajon a skála megfelel-e a reliabilitás követelményének. Ennek érdekében reliabilitás-vizsgálatot végeztem, amelynek során 3 itemet [6, 10, 19] kellett kiemelni, a maradék 18 item már nagyon pontos eredményt ad. A statisztikák a következők (I. táblázat).

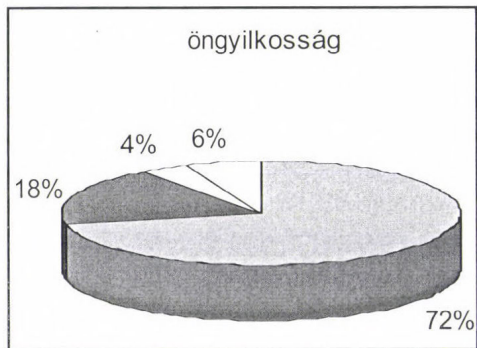
Annak magyarázatára, hogy a kiesett kérdések miért nem megfelelőek, azt találjuk, hogy a 6. item arra kérdez rá, hogy mennyire szolgált rá a vizsgált személy a büntetésre, ami nyil-

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

I. táblázat

vánvalóan a normál populációtól eltérően nem a depressziósság mértékét vizsgálja, tapasztalataim szerint ugyanis az elítéltek közül mindenki túlzottan találja a bíró által kiszabott jogerős büntetést. A 10. kérdés börtönpopulációra nem releváns, tekintettel arra, hogy a börtönben sírni a gyengeség jele, a belső hierarchiában elfoglalt hely pedig elsősorban az erőn múlik, így még az sem vallja be, aki valóban szokott sírni. A 19. kérdés a súlycsökkenésre kérdez rá, ami azonban ismét nem vonatkoztatható a depresszióra, tekintve, hogy nem azt, nem annyit és nem akkor esznek, mint egy szabad ember.

Öngyilkosság (1. ábra) a vizsgált személy öngyilkossággal kapcsolatos gondolatait, késztetését vizsgálja.



1. ábra

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

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

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

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

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

2.2 *A Beck-féle depresszió súlyossága és az öngyilkossági kísérletek összefüggése.*

Csoportok közötti különbségek az anamnesztikus adatokkal rendelkezők körében:

Családi szuicidium,

Intézeti nevelés,

Válás a családban.

Elkövetett öngyilkossági kísérletek száma

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

Rizikó-faktor szerinti csoportosítás (II. táblázat)

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

II. táblázat

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

Suicid kísérlet az anamnézisben hazai felnőtt populációban (N=12.398) /Kopp, Szedrnák 1997/, és a bv. intézet mintájában (N=140) (%-ban).

2001. évben a vizsgálatban résztvevő intézetben N=22 fő követett el valami-

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

lyen önkárosító cselekményt. Ezen cselekmények körébe soroltam az öngyilkossági kísérletet, a szándékos egészség károsítást és az étkezés megtagadását. A cselekmények ilyen jellegű meghatározása azért vált szükségessé, mivel a cselekmény elkövetése folyamán, illetve annak végén lehet megállapítani, hogy a cselekmény valóban autodestrukció, vagy manipuláció jellegű volt-e.

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

A személyek a Beck értékek tükrében:

A fenti százalékok arányában az alábbiakat lehet megállapítani:

Normál 0 – 8 pont	0 fő	0 %
Enyhe 9 – 18 pont	10 fő	47%
Közepes 19 – 25 pont	2 fő	9 %
Súlyos 26 < pont	5 fő	24 %
Nem töltött ki kérdőívet	4 fő	20 %

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

A súlyos értékeket elért elítéltek már komolyabb problémát jelentenek, hiszen ha ezt az értéket összehasonlítjuk a 4.1 pontban talált 10 %-os veszélyeztetett létszámmal, akkor a közel hasonló értékek megerősíthetik, hogy a vizsgált mintában, mind a kérdőívet kitöltők, mind az autodestruktív cselekményt elkövetettek között, a veszélyeztetettek száma 10-15 % között mozoghat.

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

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

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

Ezen kérdések alapján kezdődött el az attitúd vizsgálat, amelyet a következőkben tárgyalok.

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

Mint a III. táblázatból is látható, a minta felét a fogvatartotti állomány

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

III. táblázat

adja, így az elemszámok homogenizálása miatt célszerűnek látszott az első hat csoport két nagy csoportba történő összevonása, így a feldolgozás során az alábbi három, foglalkozás szerinti csoporttal dolgoztunk (2. ábra):



2. ábra

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

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

IV. táblázat

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

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

krízisben erre kér.

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

4. *Motiváció*: ez is két alapvető csoportot tartalmaz, egyfelől egy megengedő-megértő attitűdöt, amely bi-

zonyos élethelyzetekben megoldásként látja az öngyilkosság elkövetését; másfelől egyfajta értetlenséget képvisel, amely az öngyilkosságot elkövetőkkel szemben nyilvánul meg, olyan item jellemzi, mint pl.: Egészsében véve nem értem, hogyan követhetnek el az emberek öngyilkosságot. (Érdekes, hogy a látszólagos tartalmi ellentét ellenére, a két komponens egymástól független, nem állnak egymással ellentétes kapcsolatban!)

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

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

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

1. Az eutanázia megítélésében a csoportok nem különböznek egymástól jelentősen. Tendencia-szerűen fellelhető, hogy az egészségügyben dol-

gozók és a hallgatók inkább egyetértenek, míg az elítéltek inkább nem értenek egyet az eutanázia alkalmazásával, a különbség azonban nem szignifikáns.

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

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

4. Az elkövetőkről szóló általános hozzáállás, amely főként azt tartalmazza, hogy szinte mindenkivel előfordulhat, hogy öngyilkossági gondolatai vagy szándékai vannak, nem mutat szignifikáns különbségeket a csoportok között. Tendencia-szerűen azért látható, hogy ezzel az állítással leginkább az egészségügyi dolgozók, legkevésbé a fogvatartottak értenek egyet. Azaz a fogvatartottak körében inkább népszerű egy olyan hozzáállás, hogy az öngyilkosság elkövetését valamilyen személyiség-tulajdonságként írják le, mint a másik két csoportnál.

5. A manipulatív szándékú öngyilkossági kísérlet esetében nagyon egy-

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

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

7. A motiváció elutasító attitűdjénél

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

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

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

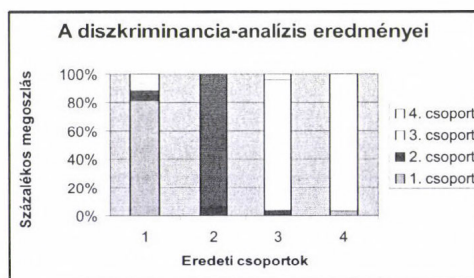
V. táblázat

A táblázatból jól látható, hogy a klaszteranalízis segítségével képzett csoportok valóban jól elkülöníthetők egymástól a főkomponensek tükrében. Ezek alapján szinte biztosra vehető, hogy az öngyilkosságról vallott attitűdök meghatározzák egy személy veszélyeztettségének mértékét, így egy attitűd-vizsgáló kérdőívvel a vizsgálati személyek rangsorolhatók suicid-veszélyeztettség szempontjából.

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

Eredeti klaszter	Az adatok alapján számított klaszterbe sorolás				Összes
	1	2	3	4	
1	81.9%	6.9%	4.8%	6.5%	100%
2	0.0%	100%	0.0%	0.0%	100%
3	0.4%	3.2%	92.3%	4.0%	100%
4	3.1%	0.0%	0.0%	96.9%	100%

VI. táblázat



3. ábra

Az eredeti csoportba sorolásból 89.3% lett helyesen osztályozva.

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

Összefoglalás

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

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

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

A fenti tanulmánnyal arra kívántam rávilágítani, hogy a depresszió és az ehhez kapcsolódó öngyilkossági késztetések, önkárosító cselekmények

korai felismerése, diagnosztizálása lehetségessé váljon a bv. keretein belül, ezzel csökkenthető lenne a suicidum. Természetesen a felismerés nem elég önmagában, hanem azt követően további megelőző tevékenységek szükségesek, így pl. különböző terápiás foglalkozások (pszicho-, csoport-, kreatív-, stb.), valamint gyógyszeres kezelések.

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

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném köszönetemet kifejezni Csiha Krisztina pszichológus kolléganőmnek az adatgyűjtés és a statisztikai feldolgozásban nyújtott segítségéért, valamint a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar Pszichiátriai és Orvosi pszichológiai Klinika munkatár-

sainak, akik szintén az adatgyűjtésben il-
letve az ATTS kérdőív használatában
voltak segítségemre, nem utolsósorban a
Sopronkőhidai Fegyház és Börtön
vezetésének.

IRODALOM

- [1] A DSM- IV Diagnosztikai Kritériumai, Animula Kiadó, Budapest, 1995.
- [2] Atkinson, R., L., Atkinson, R., C., Smith, E., E., Bem, D., J.: Pszichológia, Osiris Kiadó, Budapest, 1995.
- [3] BNO-10 Zsebkönyv, Animula Kiadó, Budapest, 1996.
- [4] Buda B.: Az öngyilkosság, Animula Egye-
sület, Budapest, 1997.
- [5] Kopp M., Skraltski Á.: Magyar lelkiállapot,
Végeken Alapítvány, Budapest, 1992.
- [6] Rhimer Z., Rutz, W.: Depresszió és öngyl-
kosság férfiaknál, Springer Orvosi Kiadó,
2000.
- [7] Van Riezen, H., Segal M.: Comparative
Evaluation of Rating Scales for Clinical
Psychopharmacology, Elsevier, Amster-
dam, New York, 1988.

Maj. K. Láng

Depression and suicide in imple- mentation of punishment

Suicide of the confined, attempts to
commit such, as well as intentional-
ly doing harm to themselves, count
as some of the most critical extraor-
dinary events from the viewpoint of
implementation of punishment. In
the vast majority of cases, the reasons
precipitating these acts remain well
hidden. The problem may have a fur-
ther trigger when – sometimes -, the
prisoners feels compelled to carry out
manipulative harm to himself being
exposed to emotional-, or physical at-
tack/pressure from those directly sor-
rounding him (station-house fellow,

work-place colleagues)

Aim of the study is to promote the
elaboration of a method with which
the endangered prisoners can be spot-
ted with big certainty.

I treat the full version of Beck's de-
pression questionnaire, i. e. I build
my thesis upon it. Statistical methods
applied are: reliability-study and one-
respect variance analysis.

Examination of Attitude

during the examination the so-called
ATTS questionnaire was worked out.
Statistical method used while exam-
ining the attitude were:

- Main Component Analysis
- One-respect Variation Analysis
- Cluster-Analysis
- Discrimination-Analysis

Groups trained on the basis of the
main components show characteris-
tics very different from one another
from the suicide-danger point of
view. It has therefore been proven
that on the basis of varying attitudes
to suicide declared, the pattern can be
parted and assigned to differing
grades from the endangered view-
point. With the above study I wished
to highlight that depression and the
like inclinations to suicide, early re-
alization of self-harming acts and di-
agnosis should be made possible
within the prison, thus reducing the
number of suicides. Recognition in it-
self is naturally not enough, but pre-
ventive actions should also be put
forth in the aftermath, such as e. g.
various therapeutic counselling (psy-
cho-, group-, creative-, etc.), as well
as medicinal treatments.

Láng Károly őrgy.

9400 Sopron, Margitbányai u. 13.