

A gyermekkori bántalmazás mint a későbbi öngyilkossági kísérletek rizikófaktora

Tisztelt Felelős Szerkesztő Úr!

Érdeklődéssel olvastam a *Psychiatria Hungarica* hasábjain *Herpay és mtsai* (1) cikkét a gyermekkori bántalmazás és a felnőttkori szuicid magatartás összefüggéséről. A szerzők pszichiátriai osztályon kezelt 215 beteg kórtörténetének és egyes személyiségdimenzióinak elemzése során azt találták, hogy két megelőző vizsgálathoz hasonlóan a felnőttkori biztonságos kötődés a szuicid magatartás szignifikáns protektív tényezője. Ugyanakkor nem volt szignifikáns különbség a gyermekkori traumák (érzelmi elhanyagolás, érzelmi bántalmazás és szexuális bántalmazás) gyakoriságában a 101 öngyilkossági kísérletet elkövető és a 114 nem szuicidális beteg között (a megadott p-értékek: 0,626, 0,336 és 0,305 még a trend $[0,1 > p \geq 0,05]$ szintjét sem érik el). Ezt az eredményt úgy diszkutálják, hogy a vonatkozó szakirodalomban vannak adatok, amelyek támogatják a gyermekkori traumák és a későbbi szuicid kísérletek kapcsolatát és vannak olyanok, amelyek a szerzők jelen eredményéhez hasonlóan, nem találtak szignifikáns összefüggést a két jelenség között. Az igazság azonban az, hogy több mint 260 000 vizsgált személyről szóló, 68 tanulmányt magában foglaló metaelemzés szerint néhány vizsgálat kivételével a cikkek túlnyomó többsége erős (és szignifikáns) összefüggést közölt a korai bántalmazás és a felnőttkori szuicid magatartás között. Az adatok összesítése is azt mutatta, hogy a gyermekkori szexuális, fizikális és érzelmi abúzus szignifikánsan, két-háromszorosára növeli a felnőttkori szuicid kísérletek rizikóját, a legnagyobb mértékben a szexuális bántalmazás esetén, és akkor, ha mind a három (érzelmi, fizikális és szexuális) abúzusforma is jelen volt (2). Ugyanezen következtetésre jutott az összesen közel 340 000 fiatal felnőttet magában foglaló 79 közlemény metaelemzése is (3). A szerzők által nem említett három megelőző hazai vizsgálat is igen erős kapcsolatot talált a gyer-

mekkori abúzusok és a későbbi szuicid kísérletek között (4–6). *Herpay és mtsai* (1) ezen eredményei tehát ellentétben állnak nemcsak a nemzetközi és hazai szakirodalommal, de a mindennapi klinikai tapasztalattal is.

Ez természetesen nem baj, de ezen – a szakirodalom konklúziójának szögesen ellentmondó – eredmény részletesebb, elmélyültebb, több releváns szempontot figyelembe vevő megvitatást igényel. A szerzők nem közlik a *gyermekkori bántalmazások számát és fajtáját* (érzelmi elhanyagolás, érzelmi bántalmazás, szexuális bántalmazás), és azt sem, hogy hány személynél fordult elő egy, hányánál kettő és hányánál mind a három bántalmazástípus, illetve kiknél fordult elő egyszerre többféle traumatizáció. Fontos lett volna egy táblázatban bemutatni a három különböző vizsgált bántalmazási forma, illetve a kombinált formák százalékos gyakoriságát a szuicid kísérletező és nem szuicidális pszichiátriai betegek csoportjaiban, és ennek tükrében elemezni a bántalmazások formájának és számának az öngyilkossági kísérletek előfordulására, illetve azok számára gyakorolt hatását. Metaanalízisekben közölt eredményekhez hasonlóan (2, 3) az USA-ban végzett National Comorbidity Survey adatai szerint is a szexuális bántalmazás erősebb prediktora a későbbi szuicid magatartásnak, mint az egyéb fizikai vagy verbális abúzus (7). Fontos szempont továbbá *az áldozat életkora a bántalmazás idején* is. Mindezen egyszerű és könnyen elérhető releváns változók elemzése újabb fontos és tágabb kontextusban értelmezhető eredményekhez vezethet.

Régóta tudjuk, hogy a korai pszichotraumák/abúzusok/bántalmazások és a későbbi szuicid magatartás között a közvetítő tényezők személyiség szinten az impulzív és agresszív vonások (amelyek a szuicidalitás legerősebb pszichológiai korrelátumai), míg a szuicid cselekmény idején a legfontosabb közvetítő a klinikai szinten megjelenő major depressziós epizód. A gyermekkori

bántalmazás tehát egyaránt hajlamossít ciklotím/irritábilis temperamentumra, agresszív/impulzív/borderline személyiségvonásokra és major depresszióra. De az öngyilkos viselkedés többnyire csak akkor jelenik meg, ha mindezek mellett az (unipoláris vagy bipoláris) major depressziós epizód is kialakul (6, 8–13). Ezért kár, hogy a szerzők nem adják meg az akut felvételes pszichiátriai osztályon hospitalizált és általuk vizsgált betegek pszichiátriai diagnózisait, illetve ezek megoszlását a szuicid kísérletet elkövetők (n=101) és el nem követők (n=114) csoportjaiban. Mivel mind a befejezett öngyilkosságot elkövetők, mind a szuicid kísérletezők kétharmada-háromnegyede major depressziós epizódban szenved a cselekmény idején, és a megelőző szuicid kísérlet mellett a major depresszió képezi a legerősebb, klinikailag könnyen feltárható és előnyösen befolyásolható öngyilkossági rizikófaktort (10–12, 14, 15), jó lenne tudni a *major depressziós epizód* (valamint az egyéb diagnózisok) megoszlását a két vizsgált betegcsoportban, és érdemes lenne a gyermekkori traumák gyakoriságának megoszlását a depresszió vonatkozásán is elemezni.

A negatív eredmény oka szinte biztosan az, hogy a kontrollcsoport is pszichiátriai betegek-ből állt, és mint tudjuk, a gyermekkori bántalmazás nemcsak szuicid magatartásra, hanem depresszióra és általában pszichiátriai betegségre hajlamossít (6, 8, 9, 11, 13), és mivel nem minden depressziós vagy pszichiátriai beteg kísérel meg vagy követ öngyilkosságot, a szuicidális és nem szuicidális betegek közötti különbség ebben a vizsgálatban nem jelenik meg. A szignifikáns eltérés bizonyára kimutatható lett volna, ha egészséges kontrollokat használnak, hiszen a témáról szóló bőséges szakirodalom a gyermekkori traumatizáció szuicídiumra (és depresszióra) hajlamossító hatását szinte minden esetben egészséges vagy populációs kontrollokhöz hasonlítva mutatta ki, és amely vizsgálatokban a korai bántalmazás a kontrollokhöz képest legalább háromszor, de sok tanulmányban több mint ötször gyakrabban fordul elő (2, 3, 6, 7). Ezt a lehetséges magyarázatot a szerzők a diszkusszió során egy mondatban maguk is említik: „Továbbá a pszichiátriai zavarok hátterében

magas a traumatizáltság (47), így lehetséges, hogy a két csoport között nem jelentkezett szignifikáns eltérés”. Nem lehetséges, hanem a fent kifejtettek alapján gyakorlatilag biztos. Ez a diszkusszió lényege (vagyis, hogy a kontrollok is pszichiátriai betegek voltak, akiknél szintén gyakori a korai traumatizáltság), ezt jobban kell hangsúlyozni, és ennek a félreértések, illetve félreértelmezések elkerülése végett az összefoglalásban és a címben is meg kell jelennie. Ennek hiányában az olvasó azt gondolhatja, hogy a gyermekkori bántalmazás nem hajlamossít felnőttkori szuicid viselkedésre.

Közleményük végén „A kutatás korlátai” részénél a szerzők említik, hogy „...az életkort és nemet sem emeltük be kovariánsként a modellekbe. Márpedig ez szintén befolyásolhatja a kapott eredményeket”. A gyermekkori bántalmazás különböző formáinak előfordulása és hosszútávú pszichológiai hatása nemenként eltérő. A szexuális abúzus lányoknál lényegesen gyakoribb és a későbbi szuicid kísérletekhez való hozzájárulása is nagyobb, mint fiúk esetében, de a szexuális abúzuson átesett fiúknál relatíve gyakrabban alakul ki későbbi öngyilkossági kísérlet (5, 6, 8, 16). Érdemes lett volna a hét külön hipotézis tesztelését 9 táblázatban bemutató bőséges és rendkívül szofisztikált statisztikai elemzésbe a pszichiátriai diagnózisok mellett ezt a szintén egyszerű, de szakmailag releváns változót (nő/férfi) is bevenni. Ugyancsak itt írják, hogy „Az öngyilkosság kialakulásának vizsgálatát az esemény multikauzalitásából kiindulva komplexen kell vizsgálni. Így korábbi vizsgálatok eredményeit nem lehet predikcióra felhasználni”. Ez nyilván félreértésen nyugszik, hiszen a bizonyítottan szignifikáns szuicid rizikófaktorok azonosítása korábbi vizsgálatokon alapul. Az öngyilkosság komplex, multikauzális jellege a pszichiátriai szakirodalomból, illetve az egyetemi és továbbképző tananyagokból régóta ismert jelenség. A komplexitáshoz vezető különböző prediktív értékű orvosi-pszichiátriai, pszichológiai, szociális, demográfiai, klimatikus és kulturális (spirituális, táplálkozási stb.) *öngyilkossági rizikófaktorok* nagyon jól (ha nem is teljes mértékben), ismertek. Ezek a könyvtárnyi anyagot kitevő *korábbi kutatási beszámolók eredményein alapul-*

nak és az így feltárt, a nemzetközi és hazai szakmai irányelvekben is rögzített, rizikótényezők segítségével a szuicid magatartás nagy valószínűséggel előre jelezhető (11, 12, 17, 18).

Kritikai megjegyzéseim ellenére Herpay és mtsai (1) közleménye fontos információkat tartalmaz, és fő eredménye, hogy pszichiátriai betegség esetén a felnőttkori biztonságos kötődés szignifikáns szuicid protektív faktor, és ez jól megfelel azon régóta ismert ténynek, hogy a családban élés, a nagy gyermekszám és stabil szociális kapcsolatok öngyilkos magatartás tekintetében protektív tényezők (11, 12). Vizsgálatuk másik eredménye, hogy a gyermekkori traumatizáltság tekintetében *pszichiátriai populációban* nincsen különbség a szuicidális és nem szuicidális betegek között, mivel a korai traumák hajlamosító hatása az öngyilkos magatartáson túl kiterjed a depresszióra, illetve egyéb pszichiátriai betegekre is. A szerzők tehát megerősítik azokat a fentebb részletezett eredményeket, amelyek szerint a korai traumatizáció nemcsak szuicid magatartásra, hanem pszichiátriai betegségekre (főleg depresszióra) is hajlamosít (2, 3, 6, 8, 9, 11, 13), és jelen vizsgálatukat ebben a kontextusban kell értékelni. A közleményükben bemutatott anyag hasznos adatbázist képez a fenti szempontok alapján végzett további elemzések számára is. A szerzők jól tették, hogy kutatásuk céljául az öngyilkos viselkedést, ezen népegészségügyileg kiemelt fontosságú problémát választották. Remélem, hogy jelen kritikai megjegyzéseim mögött felismerik a jobbító, segítő szándékot és tovább folytatják kutatásaikat, amelyet magam is fontosnak és feltétlenül folytatandónak tartok.

Rihmer Zoltán

Irodalom

- HERPAY KF, SCHMELOWSKY Á, SZEIFERT NM: A felnőttkori öngyilkossági kísérlet rizikótényezői a gyermekkori traumák, a felnőttkori kötődési stílusok és a személyiségdimenziók összefüggésében. *Psychiat Hung*, 2024; 39:128–141.
- ANGELAKIS I, GILLESPIE EL, PANAGIOTI M: Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychol Med*, 2019; 49(7): 1057–1078.
- ANGELAKIS I, AUSTIN JL, GOODING P: Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people. *JAMA Network Open*, 2020;3(8): e2012563. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.12563
- FEKETÉ S, ANTHEA H, VÖRÖS V, OSVÁTH P: A serdülőkori öngyilkos viselkedés jellemzői egy európai multicentrikus kutatás (case study) pécsi centrumának eredményei alapján. *Psychiat Hung*, 2004; 19:337–345.
- OSVÁTH P, VÖRÖS V, FEKETÉ S: Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology*, 2004; 37:36–40.
- RIHMER A, SZILÁGYI S, RÓZSA S, GONDA X, FALUDI G, RIHMER Z: A gyermekkori abúzusok szerepe a felnőttkori szuicid magatartás kialakulásában. *Neuropsychopharmacol Hung*, 2009/a; 11:237–246.
- JOINER TE Jr, SACHS-ERICSSON NJ, WINTAGE LR, ANESTIS MD, SELBY EA: Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behav Res Ther*, 2007; 45:539–547.
- BEBBINGTON PE, COOPER C, MINOT S, BRUGHA TS, JENKINS R, MELTZER H, DENNIS M: Suicide attempts, gender, and sexual abuse: Data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *Amer J Psychiat*, 2009; 166:1135–1140.
- BRAQUEHAIS MD, OQUENDO MA, BACRA-GARCIA E, SHER L: Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Compr Psychiat*, 2010; 51:121–129.
- ISOMETSA E: Suicidal behaviour in mood disorders – Who, when, and why? *Canad Psychiat*, 2014; 59:120–130.
- TURECKI G, BRENT DA: Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 2016; 387:1227–1239.
- RIHMER Z, NÉMETH A, KURIMAY T, PERCZEL-FORINTOS D, PUREBL GY, DÓME P: A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. *Psychiat Hung*, 2017; 32:4–44.
- BROKKE SS, LANDRO NI, HAALAND VO: Impulsivity and aggression in suicide ideators and suicide attempters of high or low lethality. *BMC Psychiatry*, 2022; 22:753. <https://doi.org/10.1186/s1288802204398-w>
- RIHMER A, RÓZSA S, RIHMER Z, GONDA X, AKISKAL KK, AKISKAL HS: Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord*, 2009/b; 116:18–22.
- BALÁZS J, LECRUBIER Y, CSISZÉR N, KOSZTÁK J, BITTER I.: Prevalence and comorbidity of affective disorders in patients making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episode and of bipolar II diagnoses. *J Affect Disord*, 2003; 76:113–119.
- BAIDEN P, XIAO Y, ASIEDUA-BAIDEN G, LABRENZ CA, BOATENG GO, GRAAF G, MUEHLENKAMP JJ: Sex differences in the association between sexual violence victimization and suicidal behaviors among adolescents. *J Affect Disord*, 2020; 1, 100011. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100011>
- BÉLTECZKI ZS: A gyermekkori bántalmazás szerepe bipoláris affektív zavarban. *Psychiat Hung*, 2016; 31: 40–51.
- WASSERMAN D, RIHMER Z, RAJESCU D, SARCHIAPONE M, SOKOLOWSKI M, TITELMAN D, ZALSMAN G, ZEMISHLANY Z, CARLI V: The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*, 2012, 27: 129–141.