



Kriminogén rizikófaktorok az önmérgező serdülők szuicid szándékának alakulásában Hipotézisek felvetése pszichiátriai konzíliumi munka alapján

Criminogenic Risk Factors and the Onset of Suicidal Intentions in Adolescents Engaging in Deliberate Self-Poisoning: Proposed Hypotheses from Psychiatric Consultation Observations

Fliegauf Gergely

Dr. PhD, pszichológus
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet,
Módszertani Igazgatóság
gergely.fliegauf@gmail.com



Várnai Dóra Eszter

Dr. PhD, pszichológus
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet,
Módszertani Igazgatóság
varnai.dora.eszter@gmail.com



Absztrakt

Cél: A serdülők életében normatív módon következnek be krízisek, amelyek nem deviáns és nem patológikus eredetűek. A szakemberek és a gondviselők néha ennek az ellenkezőjét érzélik. Olyan személyek is így vélekednek, akik minden nap foglalkoznak serdülőkkel. A szándékos önmérgezés a szuicid cselekmények egyik formája, amely különösen jellemző a serdülőkre. A toxikológiára kerülő serdülők körében gyakran tapasztalhatók deviáns fejlődési útonalakokra utaló jegyek, illetve a családi körülményeik is arra utalnak, hogy a későbbi bűnelkövetői életmód kialakulása szempontjából veszélyeztetettek. Érdeemes megvizsgálni e feltevés megalapozottságát.

Módszertan: A szerzők kutatásuk során a dokumentumelemzés módszerével vizsgálták meg a konzíliumi munka folyamán keletkezett, kézzel írott jegyzőkönyveket. A kinyert adatokat statisztikai khi-négyzet-próbákkal mérték össze.

Megállapítások: A kutatásba 109 esetet vontak be (88 esetben lány, 21-ben fiú). A serdülők életében jelen voltak a kriminogén rizikófaktorok, azonban ezek

A szerzők a kéziratot magyar nyelven nyújtották be. Benyújtás: 2023. 10. 09. Átdolgozás: 2023. 10. 31.
Elfogadás: 2023. 11. 21.

túlnyomó többsége nem állt kapcsolatban sem az öngyilkossági szándékkal, sem az öngyilkossági szándék fenntartásával. Ez alól az öngyilkossági szándék meg-
léte esetén az iskolából való kimaradás, a családon belüli erőszak és a bullying
volt kivétel, míg az öngyilkossági szándék fenntartása esetén egyedül a bullying
áldozati szerep. A szándék és a fenntartás egyaránt a lányokra volt jellemzőbb.
Érték: A tanulmány rámutat arra, hogy a szándékos önmérgezés és a kriminogén
rizikófaktorok többnyire nem állnak kapcsolatban egymással. Ezzel a szerzők
arra hívják fel a figyelmet, hogy a deviáns családi háttér és karrier csak látszó-
lag befolyásolja a serdülők önmérgezését, és ennek következtében a serdülő
környezetében jelenlévő szakemberek kiemelten fontos feladata a félrevezető
címkézés elkerülése a mindennapi kommunikációjuk során is.

Kulcsszavak: címkézés, deviancia, maladaptív fejlődés, bullying

Abstract

Aim: Adolescents frequently encounter normative crises that are neither devi-
ant nor pathologically rooted, yet professionals and daily caregivers may so-
metimes perceive them as such. Deliberate self-poisoning, a prevalent form
of suicidal behaviour in adolescents, often coexists with indicators of deviant
developmental patterns and family backgrounds suggestive of potential future
criminal lifestyles. This study aims to scrutinise the validity of this assumption.

Methodology: Employing document analysis, they examined handwritten con-
sultation records and subjected the extracted data to statistical chi-square tests.

Findings: The study encompassed 109 cases (88 girls, 21 boys). While cri-
minogenic risk factors were identified in the adolescents' lives, the majority
showed no direct association with suicidal intent or ideation. Exceptions inclu-
ded school drop-out, domestic violence, and bullying, associating with suicidal
intent, and bullying alone linked to suicidal ideation. Both intent and ideation
were more prevalent among girls.

Value: They findings indicate that deliberate self-harm and criminogenic risk
factors are largely disconnected. Thus, they emphasise that attributing deviant
family backgrounds and future career prospects to adolescents' self-poisoning
is misleading. Professionals within a child's environment must refrain from
such labelling in their daily communication.

Keywords: labelling, deviance, maladaptive development, bullying

Bevezetés

Más egészségkockázati magatartásokhoz hasonlóan az önsértés is gyakori jelenség serdülőkorban: nemzetközi kutatási adatok alapján az előfordulási gyakorisága 14,5–46,5% közé tehető a serdülők körében (Klonsky, Victor & Saffer, 2014; Cipriano, Cella & Cotrufo, 2017). Ezen belül is speciális csoportot képeznek az önmérgezők, tekintettel arra, hogy ebben az esetben igen magas a hospitalizáció kockázata. A serdülők¹ leginkább nem opioid fájdalomcsillapítókat, lázcsillapítókat, gyulladáscsökkentőket, antiepileptikumokat, antiparkinson gyógyszereket és antidepresszánsokat vesznek be önmérgezési céllal (Pawer et al., 2021). Különösen riasztó, hogy nemzetközi szinten a serdülők által leggyakrabban önmérgezésre használt, recept nélkül megvásárolható hatóanyag a paracetamol (Hiremath, Craig & Graudins, 2016), amely a hepatotoxikus – a májat károsító – hatása miatt kifejezetten veszélyes.

A serdülők önmérgezése kétfajta módon lehet kapcsolatban a kriminogén rizikófaktorokkal (Kerfoot, 1988). Egyrészt az életkörülmények olyanok, amelyben a gondviselők vagy a szűkebb társas közeg deviáns magatartást mutat, és ez károsan hat a serdülőre. Másrészt a serdülő többnyire a környezet hatására indul el egy fejlődés pszichopatológiai szempontból maladaptív, kriminológiai szempontból pedig a deviancia irányába mutató úton, és leáll az adaptív megküzdési stratégiák keresésével. Az önmérgezés ebből a kettős helyzetből való, nem reziliens, internalizáló kilépésnek is tekinthető. Az okság – sok pszichopatológiai modellhez (Young, 2015) hasonlóan – ebben a szituációban cirkuláris, azaz nem lehet eldönteni, hogy az ok volt előbb, vagy az okozat. Ugyanakkor ma már igazságszolgáltatási szempontból is magától értetődőnek kell tartani, hogy a serdülők életkori normatív krízisei identitásválsággal járnak, és ebből a szempontból kifejezetten fontos, hogy a serdülők egyes magatartásmódjait gyakran deviánsnak minősíti a felnőtt társadalom, holott azok fejlődési evidenciák (Németh & Koller, 2015). „*A deviáns karrier kialakulásában nagy szerepe van annak, hogy a környezet képes-e megfelelő határokat szabni, valamint annak, hogy az újonnan megjelenő magatartásmódokat miként minősítik a felnőttek.*” (Németh & Koller, 2015). Ebben az életkorban olyan biopszichoszociális változások mennek végbe, amelyek kifejezetten sérülékennyé teszik a serdülőket a problémás viselkedés szempontjából (Hinduya, 2010). Sok esetben a serdülők önmérgezése nem is deviáns, és nem is patológikus háttérű. Hiba lenne az ez irányú általánosítás, mert a serdülő egyébként is lehet szerhasználó, előfordulhat, hogy kíváncsiságból, csoportnyomásra vagy feszültségcsökkentés

1 Cikkünkben a serdülő kifejezés alatt 18 év alatti tizenéves gyermekeket értünk.

miatt fogyaszt el valamilyen legális vagy illegális szert. Ehhez kapcsolódik, hogy az önsértő, önmérgező magatartás összességében kapcsolatban áll a fiatalok szerfogyasztásával és mentális egészségével. A legfrissebb, országosan reprezentatív adatok alapján a hazai 11–17 éves serdülőkről elmondható, hogy néhány lelki egészségmutató (például a pszichoszomatikus tünetek intenzitása, vagy az étellel való elégedettség) kedvezőtlenül alakult a 2018 és 2022-es adatfelvételek között, míg a tiltott vagy legális szert életükben kipróbálók aránya nem növekedett (Németh, 2013; [URL1](#)). Fiataljaink nagy része általában elégedett az életével, ugyanakkor 25%-uk lehangoltnak érzi magát, 14,2%-uk rossz közérzetről számol be. Egy korábbi, 2018-as adatfelvétel eredményei szerint a magyar serdülők közel egynegyedének (24,0%) már eszébe jutott az öngyilkosság gondolata, és 3,4%-uk azt válaszolta, hogy legszívesebben megölné magát (Németh, 2013; [URL1](#)).

Egy bibliográfiai kutatás szerint 1992 és 2021 között 426 magyar szuicidológiai tanulmány jelent meg, amelyek közül 86,6% a pszichiátria, 34,7% a pszichológia és 6,4% a toxikológia vagy farmakológia kategóriájába volt sorolható; az adott időszakban a tíz leggyakrabban öngyilkosságról publikáló folyóiratok között nem volt kriminológiai jellegű folyóirat (Bérdi, 2022). Jelen cikkben ismertetni fogjuk a hazai és a nemzetközi szakirodalom néhány kiemelten fontos elemét a serdülők önmérgezésével és kriminológiai kockázati hátterével kapcsolatban, valamint a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet (HOGYI) pszichiátriai és toxikológiai osztályain tapasztalt esetek alapján – összefoglaló jelleggel – hipotéziseket állítunk fel az önmérgezés és a bűnelkövető életvitel kapcsolatáról.

A szándékos önmérgezés definíciója, helye az önsértések rendszerében

Az egyik legtöbbet idézett meghatározás szerint a szándékos önmérgezés (deliberate self-poisoning – továbbiakban DSP) az előírtnál nagyobb mennyiségű gyógyszer vagy olyan anyagok lenyelése, amelyeket nem szántak emberi fogyasztásra (például maró anyagok, festékek, állatoknak szánt gyógyszerek) (Hawton & Catalan, 1987), függetlenül attól, hogy a cselekmény célja az önkárosítás volt-e vagy sem (Hawton & Fagg, 1992). DSP-nek minősülhet a szándékos, nem halálos kimenetelű gyógyszer- vagy kábítószer-túladagolás is, amely annak tudatában történik, hogy az potenciálisan káros, és hogy a bevett mennyiség túlzott mértékű (Quigley, Galloway & Kelly, 1994). A DSP és a szerhasználat közötti lényegi különbség az, hogy a szerhasználat a legtöbb esetben inkább

rekreációs, feszültségoldó célzatú. A DSP-t a nem violens szuicid módszerek közé sorolják (Ludwig & Dwivedi, 2018), és a DSP halmazelméleti szempontból lehet szándékos önkárosítás (deliberate self-harm – DSH) is a nem szuicidális önkárosítással (nonsuicidal self-injury – a továbbiakban NSSI) együtt (Sahlin et al., 2017). Nem szuicidális önkárosítás például a falcolás,² amikor az önkárosító célja más, mint a halál (például a feszültség csökkentése, mások manipulálása). Mindamelllett, hogy a fogalmi keretek és számos esetben a meghatározások átfedésben vannak, a DSP-t és az NSSI-t általában szétválasztja a szakirodalom (Mészáros, 2021). Témánk szempontjából fontos kiemelni, hogy az öngyilkosság és az NSSI között az a lényegi különbség, hogy az egyik funkciója a halál, a másik pedig egyfajta megküzdés, a cselekmény célja a halállal ellentétes, azaz az életben maradás (Reinhardt, 2022). Az NSSI a testszövetek szándékos közvetlen károsítása vagy megváltoztatása öngyilkossági szándék nélkül, olyan módon, amely a társadalom számára elfogadhatatlan (Kara, 2015) vagy tiltott (Reinhardt, 2022). A nem szuicidális DSP tehát nem teljes mértékben felel meg az NSSI definíciójának, mert a DSP nem feltétlenül okoz közvetlen testszövet károsodást, azonban ez nem jelenti azt, hogy az önmérgező serdülők élettörténetében nincsen NSSI. Az öngyilkossági kísérlet hátterében különböző közvetlen veszélyeztető pszichiátriai tünetetek is állhatnak (például imperatív hallucinációk, téveszmék, súlyos szorongás) (Szuromi, 2022). Az NSSI hátterében endogén okok (endogén opioidok, szerotonin, dopamin, illetve genetikai faktorok hatása) is állhatnak, de szerepet játszhatnak pszichológiai (érzelemszabályozási deficit, önértékelési probléma), valamint pszichiátriai (borderline személyiségstruktúra, distressz) okok is (Reinhardt, 2022). Az utóbbi csoport egyik markáns jegye lehet a nem szuicidális önsértés zavar (non-suicidal self injury disorder – NSSID), amelynek az egyik ismérve az, hogy az elmúlt egy éven belüli legalább öt NSSI történt az egyén életében. Az NSSI gyakoribb serdülőkorban, komorbid a zavart vagy depresszív hangulattal és az illegális szerhasználatával (Drubina, Kökönyei & Reinhardt, 2022).

Kockázati tényezők

Egy a bűnmegelőzéssel foglalkozó Európa tanácsi ajánlásban foglalt definíció szerint a kriminogén kockázati tényezők olyan egyéni jellemzők vagy társadalmi-gazdasági, kulturális, demográfiai és egyéb körülmények, amelyek növelik a jövőbeni tartós bűnelkövetés valószínűségét (Council of Europe, 2000).

2 A bőr felületén ejtett vágás, karcolás.

Az öngyilkossági kísérlettel számos szociodemográfiai és pszichoszociális faktor kapcsolatot mutat. A nemi különbségek tekintetében elmondható, hogy több lány kerül kórházba DSP miatt, mint fiú (Kerfoot, 1988; Malone, McCormack & Malone, 1992; Quigley, Galloway & Kelly, 1994; Lifshitz & Gavrilov, 2002; Ayton, Rasool & Cottrell, 2003). Összességében a serdülő lányok mentáliségezés-mutatói kedvezőtlenebbek, mint a fiúké (McIsaac et al., 2023): esetükben alacsonyabb étellel való elégedettség, több/intenzívebb pszichoszomatikus tünet jellemző, valamint a lányok alacsonyabbnak érzik a családi támogatás mértékét, nagyobb részük érzi magát magányosnak, és számol be rossz közérzetről (Campbell, Bann & Patalay, 2021; McIsaac et al., 2023; Németh, 2023; URL1). Egyéni szinten a mentális betegség vagy a szerhasználat szintén növeli a szuicid rizikót (Kokkevi, Rotsika, Arapaki & Richardson, 2011). A szociodemográfiai faktorok tekintetében több kutatás összefüggést talált az alacsony szocioökonómiai státusszal, a szülők munkanélküliségével, alacsonyabb iskolai végzettségével (Kokkevi, Rotsika, Arapaki & Richardson, 2011, Pawer et al., 2021). Hasonlóképpen az öngyilkossági kísérlet kapcsolatot mutat olyan kedvezőtlen körülményekkel is, mint a támogató családi kapcsolatok hiánya, vagy kedvezőtlen érzelmi légkör, az egyedül élő, hátrányos helyzetű szülők gondozásában lévő serdülők, a nevelőotthonban élő fiatalok, vagy a korai (18 év alatti) szülővé válás (Harrington et al., 2006).

Az önmérgezést magyarázó egyéb elméletek

Az impulzivitással és a mentalizációval kapcsolatos empirikus eredményeknek is kiemelt szerepe van. A serdülő életkorban minden embernek kihívást jelent, hogy navigáljon a természetes agyi és hormonális neurobiológiai változások, a környezeti kihívások és a társas közeg letérképezése között (Fonagy & Bateman, 2020), és ennek következtében az elárasztó elidegenedés érzésre agresszióval, esetleg önsértéssel reagál. A borderline személyiségstruktúrájú serdülők hipermentalizálnak, azaz mások mentális állapotáról alaptalan következtetéseket vonnak le (Sharp & Rossouw, 2020), és ennek mentén impulzívan, azaz hirtelen, meggondolatlanul cselekszenek. Ez a személyiségstruktúra gyakori a kriminalizációval érintett pszichiátriai populációban (Bateman, Fonagy & Campbell, 2020) is.

Az általános feszültségelmélet (General Strain Theory, GST) egy szociálpszichológiai és kriminológiai irányvonal, amelyet Robert Agnew dolgozott ki az 1990-es évek elején (Agnew, 2001; Agnew, 2006). Magyarozatot kínál arra, hogy az egyének életében a különböző feszültségek vagy stresszorok hogyan

vezethetnek deviáns vagy bűnözői magatartáshoz. Az elmélet szerint a stressz negatív érzelmeket generál, amelyek befolyásolják a megküzdési mechanizmusok kialakulását, és maladaptív módon deviáns vagy bűnözői magatartáshoz vezethetnek. A maladaptív megküzdési stratégiával rendelkező serdülők nagyobb valószínűséggel folyamodnak deviáns vagy bűnözői magatartáshoz, hogy megbirkózzanak a megterheléssel és a negatív érzelmekkel. Egy kutatás (Hay & Meldrum, 2010) rámutatott, hogy a düh hatására externalizáló (például erőszakos bűncselekmény elkövetése) vagy internalizáló (például evészavar vagy DSP) magatartásminták alakulhatnak ki a serdülőknél, ha feszült helyzetben élnek. Ezt befolyásolja az alacsony hatékonyságú megküzdésmódok, a szülőkhöz való kötődés zavara, vagy a deviáns szubkultúrával való érintkezés. Végül a társas környezet és az önkontroll határozza meg, hogy melyik irányba mozdul el a serdülő.

Több átfogó kutatás tárta fel a kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok (ACE) és a későbbi kriminalitás kapcsolatát (Craig, 2019; Craig, Intravia, Wolff & Baglivio, 2019; Baglivio, Wolff, DeLisi & Jackowski, 2020). ACE alatt a 18 éves kor előtt bekövetkezett traumatikus eseményeket vagy körülményeket értjük, amelyek a felnőttkori mentális zavarokat okozhatnak (Asmussen, Fischer, Drayton & McBride, 2020).

Önmérgező fiatalok a hazai pszichiátriai ellátásban

A HOGYI az egyik olyan egészségügyi intézmény, amely toxikológiai szempontból látja el a szándékosan önmérgező serdülőket. Az érintett serdülőket általában az Országos Mentőszolgálat szállítja be az ország egész területéről. A serdülők a toxikológiai osztályra kerülnek elhelyezésre, ha nincsenek életveszélyes állapotban. Ha az ellátó orvosokban bármilyen szempontból felmerül a szuicidalitás közvetlen veszélye, pszichiátriai konzíliumot kérnek. A méreganyagok pszichotróp hatása miatt a konzílium és a kórházba érkezés között legalább egy napnak el kell telnie. A vizsgált időszakban a konzíliumot hétvégén szakorvos, a hét közben pszichológus látta el. A serdülők pszichiátriai kezelésének szükségességéről és annak módjáról szakorvos dönt. A felmerülő gyermekbántalmazásról a HOGYI jelzést tesz az illetékes szervek irányába (például rendőrség, gyermekvédelem). A legtöbb esetben ez gyermekvédelmi intézkedést von maga után, azonban előfordul olyan is, hogy rendőrségi beavatkozás szükséges.

Kérdésfeltevésünk részben arra vonatkozik, hogy a toxikológiai konzíliumok során végzett interjúk alapján feltárhatók-e a kriminogén rizikófaktorok, ezek milyen hierarchiába rendezhetők, és ezek közül melyek befolyásolják a serdülők

öngyilkossági szándékát, valamint a szándék fenntartását. Érdeemes továbbá azt is megvizsgálni, hogy a rizikófaktorok és az önmérgezés kapcsolatában mutatkozik-e nemi különbség. Vizsgálatunk exploratív jellegű, azaz a krízishelyzetben lévő serdülőkkel végzett, nem kutatási céllal lefolytatott interjúkon alapszik.

A mögöttes kriminológiai faktorok és azok gyakoriságának megállapítására az eseteket leíró ambuláns lapok kerültek tartalmi elemzés alá, míg a nemi különbségeket az ambuláns lapok alapján képzett adatbázis segítségével leíró statisztikai módszerrel vizsgáltuk.

Módszer (minta, mérőeszköz, eljárás)

A minta

A mintába bekerülő fiatalok a HOGYI toxikológiai osztályára felvett betegek közül kerültek ki. A vizsgált időszakban (2022. április 1. – 2023. július 31.) összesen 109 eset adatai kerültek elemzésre.

1. számú táblázat

A vizsgálatban elemzett esetek nemi és életkori megoszlása

A vizsgálatban elemzett eset	Esetszám (%) (n = 109)	Átlagéletkor (években)	Medián (években)	Legfiatalabb életkor (években)	Legidősebb életkor (években)
Lány	88 (81)	14,7	14,6	10,5	17,8
Fiú	21 (19)	14,2	14,3	10,6	17,8
Teljes minta	109 (100)	14,6	14,6	10,5	17,8

Forrás. A táblázatot a szerzők készítették.

A 109 eset tekintetében az átlagéletkor 14,6 év volt. A minta nagyobb része (88 fő) lány, átlagéletkoruk 14,7 év volt, a 21 fiú átlagéletkora 14,2 év volt. A vizsgálati időszakban a toxikológiai osztály 164 pszichiátriai konzíliumot kért, ezekből 115 esetben az első szerző végezte az interjúkat, ez utóbbi esetek kerültek első alkalommal rögzítésre. Az első adatbázisból hat esetet kellett kiszűrni, mert két lány a vizsgálat előtt önkényesen távozott a HOGYI-ból, egy lány és három fiú pedig diabetológiai okok miatt tartózkodott a toxikológiai osztályon, azaz nem voltak önmérgezők. Mivel pár serdülő több alkalommal is a toxikológiai osztályra került a vizsgált időszakban, a kutatásba bevont egyének száma kevesebb (103 serdülő; 82 lány, 21 fiú). A mintában szerepel az a néhány eset is, amikor a betegek az adatok szerint csak alkohol és/vagy kábítószer hatása alatt álltak a kórházba érkezésük idején. Csak alkoholemérgezés miatt került be öt lány és

egy fiú, valamint alkoholemérgezés és metamfetamin és amfetamin fogyasztás miatt egy lány. Ez utóbbira azért került sor, mert a 18 év alatti személyek alkohol és tiltott szer fogyasztása Magyarországon társadalmilag nem támogatott.³

2. számú táblázat

Az öngyilkossági szándék alakulása a mintában

A vizsgálatban elemzett eset	Esetszám (%) (n = 109)	Átlagéletkor (években)	Medián (években)	Legfiatalabb életkor (években)	Legidősebb életkor (években)
DSP öngyilkossági szándékkal	39 (35,8)	14,8	14,8	12,5	17,8
DSP nem öngyilkossági szándékkal	70 (64,2)	14,5	14,3	10,5	17,8
Teljes minta	109 (100)	14,6	14,6	10,5	17,8
Az öngyilkossági szándék fenntartása	14 (12,8)	14,4	13,8	11,9	17,0
Az öngyilkossági szándékot nem tartja fenn	95 (87,2)	14,6	14,6	10,5	17,8
Teljes minta	109 (100)	14,6	14,6	10,5	17,8

Forrás. A táblázatot a szerzők készítették.

A szerek tekintetében elmondható, hogy az esetek 40,2%-ánál benzodiazepin (is) került a serdülők szervezetébe, míg a paracetamol dokumentálása 14,7%-ot mutatott. A mintában részt vevő serdülők 14,7%-a kettőnél több típusú gyógyszert is bevett. Az egyedülként bevett gyógyszerek között az antiepileptikumok voltak a leggyakoribbak (35,8%), ezek után egyéb gyógyszerek (vérnyomáscsökkentő, hányáscsökkentő, izomlazító, puffadáscsökkentő szerek, szívgyógyszerek, vitaminok és antibiotikumok – 14,7%), antidepresszánsok (8,3%), valamint antipiretikumok (5,5%) következtek.

A mérőeszköz

A toxikológiai konzíliumok során végzett interjúk és a szakemberekkel történő beszélgetések nem kutatási céllal készültek. Az interjúk az ambuláns lapokra lettek rögzítve, kézzel írott jegyzet formájában. A korábban kialakult pszichiátriai konzíliumi gyakorlat alapján, a kriminogén rizikófaktorok tekintetében az interjúkból és a jegyzetekből nyert válaszok dichotóm változókat eredményeztek (3. számú táblázat). Az interjú elemei közé kerültek olyan releváns kérdések

3 Lásd továbbá a fogyasztóvédelemről szóló 1997. évi CLV. törvény 16/A. § (1) bekezdését.

is, amelyek nem kriminogén rizikófaktorok (az NSSI és a paracetamol-használat). Az interjúkból nyert ismeretek alapján az ACE típusai a brit székhelyű Early Intervention Foundation (továbbiakban EIF) ismertetője (Asmussen, Fischer, Drayton & McBride, 2020) szerint kerültek rendszerezésre. A később felvitt, kézzel írott jegyzeteken kívül az ambuláns lapokon a toxikológiai osztályos kezelőorvos pársoros leírása szerepelt. Ezekben a legtöbb esetben feltüntették a bevett gyógyszer fajtáját és feltételezett mennyiségét. Ha ezekről nem volt információ az ambuláns lapon, az orvos szóban adott felvilágosítást, vagy a nyilvántartási rendszerből került az adat pótlásra. A HOGYI által használt *Heteroanamnézis felvétele* című formanyomtatvány (Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, MU4.355-F2) egyes elemei kerültek felhasználásra, ha a konzílium idején a szülő is jelen volt. Egyes esetekben a kezelőorvos és/vagy a szociális munkás által szóban közölt adatok is rögzítésre kerültek. Az általuk nyújtott információkat is felhasználtuk. Az önsértés szempontjából releváns kérdések feljegyzésére az interjú során került sor. Az interjúk minden esetben az intoxikáció utáni 24 óra elteltével zajlottak. Mivel a serdülők többsége krízishelyzetben volt az interjú idején, a beszélgetés menete nem követett egy szigorúan kialakult kérdés-sorrendet. Minden esetben megtörtént a serdülők családi és iskolai helyzetének, szabadidős tevékenységének, szerfogyasztásának dokumentálása. Az adatgyűjtés külön részét képezte az önsértés okainak, körülményeinek, módjának, idejének és gyakoriságának rögzítése, valamint az öngyilkossági szándék és fenntartás megkérdezése. Az utóbbi két kérdésre adott válaszok önálló adatot képeztek, függetlenül attól, hogy a konzílium előtt mit állítottak a serdülők.

3. számú táblázat

Egyes kriminogén rizikófaktorok osztályozása a konzílium során készült jegyzetek alapján

Elemzett tartalmi egységek	Az interjúk narratíváinak tartomelemzése alapján „igen” a válasz
A serdülő által elkövetett bűncselekmény	Ha a serdülő követett el bűncselekményt, és erről információ állt rendelkezésre.
Alkohol	Ha a serdülő alkoholt fogyasztott közvetlen a bekerülés előtt.
Bullying áldozat	Ha a serdülő célzott kérdésre vagy magától arról számolt be, hogy kortárs bántalmazás áldozata volt.
Bűncselekmény a serdülő sérelmére	Ha a serdülő sérelmére bűncselekményt követtek el., és ez kitudódott (a serdülő, orvos, ápoló, szociális munkás, szülő stb. jelezte).
Családon belüli erőszakról számol be	Ha a serdülő említette a családon belüli erőszakot.
Gyermekotthon	Ha a serdülő gyermekotthonban, lakásotthonban, védett anyaoththonban tartózkodott az interjú idején, és ez kiderült.
Iskolából való kimaradás	Ha a serdülő az elmondása szerint kimaradt az iskolából.
Kábítószer	Ha a serdülő illegális szert fogyasztott, és ez volt a bekerülés oka, vagy korábban tiltott szert fogyasztott, és erről információ állt rendelkezésre, vagy a serdülő ezt külön kérdésre vagy magától jelezte.
Nők elleni erőszak szemtanúja	Ha a serdülő nők elleni erőszakot látott, és erről beszámolt.
Önkárosítás (NSSI)	Ha az ambuláns lapon szerepelt a falcolás, vagy a serdülő rákérdezésre vagy spontán elmondta és/vagy megmutatta a falcolást. Az önégetés is ide került.
Paracetamol	Ha a serdülő paracetamolt (is) fogyasztott, és az ambuláns lapon is dokumentálták.
Szexuális abúzus	Ha a serdülő beszámolt arról, hogy bárki bántalmazta szexuálisan.

Forrás. A táblázatot a szerzők készítették.

A felhasznált ambuláns lapokat a vizsgálat két éve szerint elkülönítve az első szerző megőrizte. A serdülők életkorát az ambuláns lapon szereplő születési dátum és a konzílium időpontja alapján számítottuk ki. Ez az adat egy tizedespontra lett kerekítve. A fogyasztott szerek típusait az ambuláns lapok adatai szerint rögzítettük.

Az eljárás és az adatelemzés

A konzílium helyszíne a HOGYI toxikológiai osztályának különböző helyiségei voltak. A serdülő megkérdezése minden esetben bizalmas körülmények között, négy szemközt, szóban informált beleegyezés után zajlott. A toxikológiai osztály személyzete lehetővé tette, hogy a beszélgetés egy elkülönített helyiségben történjen. Ha ez azonnal nem volt lehetséges, a serdülőnek pár percig, de legfeljebb negyedóráig várni kellett. Az adatok informatikai rögzítése dokumentumelemzéssel, retrospektív módszerrel történt. A mintában szereplő serdülők ambuláns lapjainak kódolása dokumentumelemzés módszerével történt, az ACE

definíciók alapján. Az adatrögzítés után létrehozott táblázat változói a jamovi programmal kerültek elemzésre (The jamovi project, 2023).

A kutatást és az adatkezelést a HOGYI Intézeti Kutatásetikai Bizottsága (IKEB) 2023. szeptember 13-án engedélyezte (Iktatási szám: KUT-28/2023.)

Eredmények

A kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok gyakorisága

Elsőként az interjúk kvalitatív jellegű elemzésének eredményeit mutatjuk be. A kódolás során többnyire előtérbe kerültek a kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok. A konzíliumi jegyzetek tartalmi elemzése után különböző ACE elemek kerültek feltárára (4. számú táblázat).

4. számú táblázat

A kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok felbukkanása a konzíliumok során keletkezett jegyzetekben

EIF ACE kategóriák	Az interjúk során tapasztalt tartalmi elemek (nem teljes körű, nem gyakorisági felsorolás)
Fizikai bántalmazás	Bántalmazó szülők, nagyszülők és nevelő szülők, intézményes körülmények között elszendvedett bántalmazás.
Szexuális visszaélés	Bántalmazó nevelőapa, nagypapa, passzív anya, intézményi szexuális visszaélés a társak részéről.
Lelki bántalmazás	Megalázó szülő, gondviselő, intézményi bullying (jellemzően túlsúly, kinézet, származás és értelmi fogyatékoság miatt), cyberbullying, megszegyenítés, zsarolás, meghazudtolás.
Fizikai elhanyagolás	Súlyos nélkülözés, csavargás, bandázás, szökés, gyakori költözés, a serdülő gyógyszerhez férhet hozzá, testszag.
Pszichológiai elhanyagolás	Tanulmányi eredmények miatti szorongás és egyéb problémák, megközelíthetetlen szülők.
Családon belüli bántalmazás szemtanúja	Édesanyával és/vagy a testvérekkel szemben agresszív és/vagy erőszakos apa, nevelő apa.
Drogokkal vagy alkohollal visszaélő közeli családtag	Kábítószerrel visszaélő anya és/vagy apa, alkoholista apa, gyógyszerfüggő szülők.
Mentális problémákkal küzdő közeli családtag	Szülők, nagyszülők, barátok pszichiátriai kezelése, szülők öngyilkossági kísérlete.
Börtönben ülő közeli családtagja van	Börtönben lévő apa, anya, nagyszülő.
Szülői különélés vagy válás a párkapcsolat megromlása miatt	A válás bejelentése, aktuális válás, a házastárs megcsalása, problémák a nevelőapával kapcsolatban, az apa, ritkábban az anya elköltözése, elhúzódoó válás, korai válás (hároméves életkor előtt), egyedülálló anya, nem ismert apa, jelentős számú testvér (10 fölött), patchwork család, fiatal szülők (serdülőkorban szülővé vált szülők).

Forrás. A táblázatot a szerzők készítették.

Ártalmas gyermekkori élményekkel igen gyakran találkozhattunk az interjúk során. Azt lehet állítani, hogy ritkaságszámba megy a serdülő, akit nem ért volna valamilyen ártalom kisebb korában, vagy nincs közvetlen ilyen veszélynek kitéve abban a helyzetben, amikor a toxikológiai osztályra kerül. A fentiekből két tényező emelkedik ki. Először, a rövid interjú során nem lehet minden ártalmas gyermekkori élményt feltárni, ez sokkal inkább a pszichodiagnosztika és a szociális munka területe. Gyakorisági sorrendet a speciális interjúhelyzet, és a nem kutatási céllal felvett adatok minősége miatt nem lehet felállítani. Másodsor, a válással kapcsolatos információk jelentős túlsúlyban vannak. Ez is azt jelenti, hogy a serdülők a rövid interjú alatt nem kerülnek és nem is kerülhetnek olyan bizalmi helyzetbe, hogy mindent feltárjanak, azonban az is sejthető, hogy a szülők válása egyszerre mindennek a gyökere és a felszíne. Emiatt a kvantitatív elemzésben a válást tekintettük külön problémacsoportnak, a többi ACE kategóriát pedig megfeleltettük a kriminogén rizikófaktoroknak (3. számú táblázat). A fenti kategóriákon kívül még pár olyan jellemzően felbukkanó ártalom is megjelent, amelyek nem voltak az EIF ACE kategóriákba sorolhatók: külföldi serdülő, menekült serdülő, a szülők szomatikus betegsége, terhesség, abortusz. Egyértelműnek tűnik, hogy a mintában szereplő önmérgező serdülők életében jelen vannak azok az ártalmas gyermekkori tapasztalatok is, amelyeket EIF kategóriái lefednek.

A mintán végzett statisztikai próbák

5. számú táblázat

A kriminogén rizikófaktorok gyakorisági sorrendje a mintában

	Összesen n = 109		
	Igen	Nem	Össz igen %
ACE (válás)	91	18	83,49
Családon belüli erőszakról számol be	62	47	56,88
Bullying áldozat	50	59	45,87
Alkohol	36	73	33,03
Iskolából kimaradás	27	82	24,77
Kábítószer	21	88	19,27
Gyermekotthon	18	91	16,51
Bűncselekmény a serdülő sérelmére	15	94	13,76
Nők elleni erőszak szentanája	10	99	9,17
Szexuális abúzus	10	99	9,17
A serdülő bűncselekménye	2	107	1,83

Forrás. A táblázatot a szerzők készítették.

A minta adatai szerint az esetek 83,49%-ban volt kimutatható az EIF definíciók szerinti ártalmas gyermekkori élmény. Mint a korábbiakban utaltunk rá, az ACE az esetek túlnyomó többségben a szülők válását jelentette, ezért ezt az adatot úgy lehet értelmezni, hogy a serdülőknél igen nagy arányban jelen volt a diszfunkcionális családi háttér. A mintában szereplő serdülők közül nagyon kevesen követtek el bűncselekményt.

Nemek közötti különbségek

Mivel a korábban részletezett szakirodalom és a mindennapi tapasztalat is azt sugallta, hogy több lány kerül önmérgezés miatt kórházba, a vizsgálati minta is elemzésre került a kockázati tényezők mentén (6. számú táblázat) khi-négyzet-próbákkal (Vargha, 2015).

6. számú táblázat

A mintában szereplő esetek a különböző változók mentén, a nemek szerint

	Fiú n = 21			Lány n = 88			χ^2	p	Összesen n = 109		
	Igen	Nem	Igen %	Igen	Nem	Igen %			Össz igen	Össz nem	Össz igen %
ACE (válasz)	19	2	90,48	72	16	81,82	0,922	0,337	91	18	83,49
Önkárosítás (NSSI)	5	16	23,81	57	31	64,77	11,6	<0,001	62	47	56,88
Családon belüli erőszakról számol be	4	17	19,05	58	30	65,91	1,79	0,181	62	47	56,88
Bullying áldozat	6	15	28,57	44	44	50	3,14	0,077	50	59	45,87
Szucid intenció	2	19	9,52	37	51	42,05	7,8	0,005	39	70	35,78
Alkohol	5	16	23,81	31	57	35,23	0,999	0,317	36	73	33,03
Iskolából kimaradás	4	17	19,05	23	65	26,14	0,457	0,499	27	82	24,77
Kábítószer	4	17	19,05	17	71	19,32	7,98E-04	0,977	21	88	19,27
Gyermekotthon	13	8	61,9	5	83	5,68	17	<0,001	18	91	16,51
Paracetamol	1	20	4,76	15	73	17,05	2,04	0,153	16	93	14,68
Bűncselekmény a serdülő sérelmére	3	18	14,29	12	76	13,64	0,00602	0,938	15	94	13,76
Fenntartja az öngyilkossági szándékot	0	21	0	14	74	15,91	3,83	0,05	14	95	12,84
Nők elleni erőszak szemtanúja	0	21	0	10	78	11,36	2,63	0,105	10	99	9,17
Szexuális abúzus	1	20	4,76	9	79	10,23	0,608	0,436	10	99	9,17
A serdülő bűncselekménye	2	19	9,52	0	88	0	8,54	0,003	2	107	1,83

Forrás. A táblázatot a szerzők készítették.

A nemek közötti különbség statisztikailag pár változónál értelmezhető. A mintában szereplő önmérgező serdülők közül több lány követett el nem szuicidális önkárosítást, több fiú követett el bűncselekményt, több fiú volt gyermekotthonban, valamint több lány akart öngyilkos lenni, és tartotta is fent a szándékát. Az NSSI magasabb a lányoknál, és az összarányszám (56,88%) nem tér el nemzetközi klinikai mintákban tapasztalt élettartam-prevalencia értéktől (Reinhardt, 2022).

Az öngyilkossági szándék és fenntartása

Khi-négyzet próbákkal került elemzésre, hogy a toxikológiai konzíliumok során végzett interjúkból nyerhető adatok alapján a serdülők öngyilkossági szándéka és annak fenntartása milyen kapcsolatban állt a kriminogén rizikófaktorokkal, valamint a serdülők nemével.

Az öngyilkossági szándék tekintetében a következő eredmény körvonalazódott:

- Az önmérgező lányok sokkal nagyobb részére jellemző az öngyilkossági szándék (khi-négyzet 7,80; p: 0,005).
- Ha az önmérgező serdülő kimarad az iskolából, inkább jellemző rá az öngyilkossági szándék (khi-négyzet 4,03; p: 0,045).
- A családon belüli erőszakot tapasztaló önmérgező serdülőknek nagyobb valószínűséggel volt öngyilkossági szándékuk (khi-négyzet 8,69; p: 0,003).
- A bullying-áldozat önmérgező serdülőknek nagyobb valószínűséggel volt öngyilkossági szándékuk (khi-négyzet: 4,20; p:0,040).

A mintában a szexuális abúzus, az önkárosítás, a nők elleni erőszak, a serdülő sérelmére elkövetett bűncselekmény, a serdülő által elkövetett bűncselekmény, a kábítószer- és alkohol-fogyasztás, a gyermekotthoni háttér és a paracetamolmérgezés nem befolyásolták az öngyilkossági szándékot. A szándék fenntartása szempontjából tapasztalataink az alábbiakban foglalhatók össze:

- Az önmérgező serdülők neme statisztikailag nem befolyásolta az öngyilkossági szándék fenntartását, de lányokra mégis jellemzőbb volt (khi-négyzet 3,83; p: 0,050).
- Ha az önmérgező serdülő bullying áldozati élményről számolt be, akkor sokkal inkább jellemző rá, hogy fenntartja az öngyilkossági szándékát (khi-négyzet 10,3; p: 0,001).

A mintában az öngyilkossági szándék fenntartása és a többi változó (szexuális abúzus, önkárosítás, iskolából való kimaradás, nők elleni erőszak, családon belüli erőszak, a serdülő sérelmére elkövetett bűncselekmény, a serdülő által elkövetett bűncselekmény, a kábítószer- és alkohol-fogyasztás, a gyermekotthon és a paracetamol) között nem találtunk kapcsolatot.

A vizsgálati mintában egyedül az a tény állt együttesen kapcsolatban az öngyilkossági szándékkal és annak fenntartásával, ha a serdülő a konzíliumi interjú során arról számolt be, hogy bullying áldozata volt.

Megvitatás

A mintában szereplő serdülők életében jelen vannak a kriminogén rizikófaktorok, azonban ezeknek nagy része nem mutat összefüggést az öngyilkossági szándékkal vagy annak fenntartásával. Ez arra is utalhat, hogy a serdülők meg tudnak küzdeni a kriminogén rizikófaktorokkal, illetve pszichopatológiai szempontból is képesek reziliensek maradni. Egyedül a bullying szerepelt a mintában öngyilkossági szándékkal összefüggésben lévő tényezőként, amely a szándék fenntartásával is kapcsolatban van. A kriminogén rizikófaktorokkal szemben kialakuló pszichopatológiai reziliencia azt is implicálja, hogy a serdülők esetében – főleg a lányoknál – az externalizáló magatartásminták helyett az internalizáló cselekedetek kerülnek előtérbe, ahogy azt a GST elmélet sugallja (Agnew, 2001; Hay, 2010). Amennyiben az önmérgező serdülő fent is tartja öngyilkossági szándékát, akkor veszélyeztető állapotban van, és pszichiátriai kezelés alá kell vonni.

Kiemelhetjük tehát, hogy a szándékos önmérgezés egy maladaptív, internalizáló megküzdési stratégia, és többnyire nincs összefüggésben a kriminológiai fejlődési útvonallal. A női nem, az iskolából való kimaradás, a családon belüli erőszak és a bullying áldozati szerep észlelése azonban mégis intő jel, mert összefügg az öngyilkossági szándékú önmérgezéssel.

Az eredményeink szerint az önmérgező lányok esetében magasabb volt az öngyilkossági szándék, és annak fenntartása is, valamint a mintánkban eleve több lány szerepelt. Mindez arra utal, hogy a lányok önmérgezésének prevenciójára kifejezett figyelmet kell fordítani. A fiúk esetében a bűncselekmény elkövetése és a gyermekotthoni elhelyezés játszott inkább nagyobb szerepet, mint háttértényező, ami arra utalhat, hogy a fiúk esetében kiemelten figyelni kell az intézményi ártalmak, valamint az esetleges deviáns életmód megelőzésére, és az ezekkel kapcsolatos nehézségek csökkentésére. Mint a bevezetőben kitértünk rá, ha a toxikológia osztályon az orvosok úgy látják, hogy szuicid kockázat áll fent egy serdülőnél, akkor kéri a pszichiátriai konzíliumot. A mintába került 109 esetből a konzílium során 39 (35,8%) esetben jelezték a serdülők, hogy az önmérgezést öngyilkossági szándékkal követték el, ugyanakkor csak 14 (12,8%) esetben tartották fent a szándékukat. Azt látjuk tehát, hogy a szuicid kockázat toxikológus orvos általi észlelése, és a konzílium során a serdülő által

tett nyilatkozat között különbség volt. Ennek több oka lehet. Egyrészt a mentővel beérkezés és a konzílium között legalább 24 órának kell eltennie annak érdekében, hogy ki lehessen zárni, hogy a serdülő a gyógyszer tudtamódosító hatása alatt nyilatkozzon. Másrészt elfordulhat, hogy a serdülő megijed a kórházi elhelyezéstől, megbánja a tettét, szégyelli magát, vagy megretten a pszichiátriai osztályos elhelyezés lehetőségétől. Le kell szögezni, hogy az élet védelmével kapcsolatban mindig óvatosnak kell lenni, és bizonytalan esetekben a pszichiátriai konzíliumot inkább kérni kell. A szuicid szándék észlelése közötti különbségnek tehát több oka lehet, amelyet további kutatás tárhatna fel.

Hipotetikus felvetésünk lehet, hogy néhány serdülő, aki nem öngyilkossági szándékkal mérgezi meg magát, éppen olyan személyiségstruktúrával rendelkezik, amely a nem szuicidiális önsértés zavar tünetei között is szerepel. Az NSSID lényegi eleme, hogy nincsen öngyilkossági szándék, továbbá, hogy a személy intenzív stresszt él át, nem pszichotikus és nem is áll pszichoaktív szer hatása alatt, valamint lehetséges, hogy negatív érzelmet élt át közvetlen a cselekedet előtt (Reinhardt, 2022). Figyelemre méltó, hogy ezek közül a distressz és a negatív érzelem a GST elemeivel metszetet képeznek (Agnew, 2001). Gyakran találkoztunk azzal a kijelentéssel az interjúk során, hogy a serdülő nem akart meghalni, hanem csak a feszültségét akarta levezetni. Ez a GST internalizáló vonulatával rokonítható (Hay, 2010a). Nem szabad ugyanakkor elfelejteni arról, hogy az NSSID komorbiditást mutat a borderline személyiségstruktúrával, a depresszióval és az illegális szerhasználattal (Drubina, Kökönyei & Reinhardt, 2022). A kriminogén kockázati tényezők ilyen szempontból pszichoszociális faktoroknak tekintendők. Az önsértő serdülők narratívájában előfordul pár igen jellemző tartalmi elem: ők nem igazán akartak meghalni, hanem inkább meghallgatást várnak valakitől, és be szeretnének számolni az őket ért stresszről (Sinclair & Green, 2005), ezt a jelenséget a konzíliumi interjúk során is érzékelni lehetett. Az interjúk során kritikusan kell kezelni a serdülőtől kapott információkat, azonban a megélésüket, és az érzelmeiket komolyan kell venni. Gyakori tapasztalat, hogy a serdülők nem bíznak az egészségügyi személyzetben. Ki kell emelni, hogy az impulzivitás is ennek a konstellációnak a része. A családon belüli erőszak, vagy a súlyos szülői bántalmazás kötődési traumát okoz, amelynek az lehet a következménye, hogy sérül a mentalizációs képesség. A narratívumok alapján a toxikológiai osztályon sok olyan serdülőről lehet találkozni, aki olyan szubkultúrából vagy szegregátumból érkezik, ahol az erőszakkal való fenyegetettség jellemző. Ez hierarchikus és merev interperszonális kapcsolati szerveződést, szerfüggőséget és magasabb öngyilkossági arányt vonhat maga után a felnőttkorban (Bateman, Motz & Yakeley, 2020), de nincs közvetlen kapcsolatban a szándékos önmérgezéssel. DSP esetén kevesebb az

utógondozási javaslat, mint a violens módszerek esetén (Hultén et al., 2000), azaz úgy tűnhet, hogy a serdülő önmérgezőkre kevesebb figyelem irányul. Ez a HOGYI toxikológiai, pszichiátriai és szociális munka gyakorlatában nincs így, hiszen a konzíliumi vélemények végén minden esetben megemlítésre kerül az utógondozási javaslat, és szükség esetén a gyermekvédelmi jelzés szükségessége is.

Limitációk

Az ártalmas gyermekkori élmények és a kriminológiai rizikófaktorok felmérése nem kutatás céljából történt, így nem volt lehetséges erre sztenderdizált kérdőíveket használni (például Central Eight criminal risk factors) (Bolaños, Mitchell, Morgan, & Grabowski, 2020; Prins, 2019). Az ACE és a rizikófaktorok átfedése is ebből adódott. A mintában nem voltak kiegyenlítették az esetszámok, a pszichiátriai konzílium sajátossága, és a korábban említett egészségmagatartási okok miatt több lány került a mintába, mint fiú. Ezen túlmenően alacsony volt a minta elemszáma, nem került sor longitudinális vizsgálatra, csak a serdülő beszámolójából következtethetünk a kriminogén rizikófaktorokra, valamint nem pontosan ugyanazt a protokollt követve alakult az interjú az egyes vizsgálati személyekkel. Az eredmények általánosíthatóságát tovább árnyalja, hogy a vizsgálatba bevont serdülők csak a HOGYI vonzáskörzetéből kerültek ki. Ez azt jelenti, hogy igaz, hogy a toxikológiai ellátás az egész országra vonatkozik, de a legmagasabb szinten, azaz a vizsgálatok legelső köre nem mindig a HOGYI-ban történik meg. A kriminogén rizikófaktorok teljesebb körű hatását kontrollcsoporthoz képest hitelesebb úton lehetne kutatni, azaz egy demográfiailag illeszkedő, nem-önmérgező kohorttal való összemérés korrektebb eredményt adna.

Konklúzió

Eredményeink óvatosságra intenek tehát a serdülőkori deviáns magatartás túl korai címkézésével kapcsolatban. Mint ahogy a bevezetőben is említésre került, rendkívül vigyázni kell azzal, hogy miként címkézzük a serdülők deviáns magatartását. Ezt kiegészítve az is igaz, hogy nem lehet összehasonlítani azokat a serdülőket, akik még csak elindultak a deviálódás útján azokkal, akik bele is kerültek az igazságszolgáltatás rendszerébe, különösen azért, mert a letartóztatás ténye maga is kriminogén kockázati tényező a fiatalok esetében

(Prins, 2019). Tehát a DSP önmagában nem jelenti a deviáns fejlődési úton való elindulást. Kriminálprevenációs szempontból is fontos, hogy a toxikológiai osztályra kerülő, öngyilkossági kísérletet elkövető serdülők pszichiátriai konzílium elé kerüljenek, és esetleg találkozzanak pszichológussal. Pszichiátriai veszélyeztető tünet (például delúzió, hallucináció) fennállása esetén a serdülőt fel kell venni a pszichiátriai osztályra, azonban a konzíliumok során elvéve talákoztunk ilyen esetekkel. Az interjúk során ellenben feltűnt, hogy nagyon sok önmérgező serdülő családjában deviáns magatartás fordult elő, valamint, hogy a serdülők jelentős hányada ártalmatlan gyermekkori élményekkel szembesült, továbbá, hogy az elemzett nemzetközi szakirodalommal összhangban, a toxikológiai osztályra kerülő önmérgező serdülők számában nemek közötti különbség mutatkozik a lányok javára. A mintánkban szerepelt egy olyan serdülő, aki rövid időn belül több alkalommal mérgezte meg magát, de nem öngyilkossági szándékkal. Az esete azt sugallja, hogy érdemes lenne valamilyen módon a DSP-t is belefoglalni az NSSID definíciójába. Az ACE kategóriák között a szülők válása is kiemelt mértékben szerepelt a mintánkban, és elhalványította a többi komponens szerepét, ezért az ACE kategóriák újragondolása is megfontolandó lehet. Statisztikai szempontból a fenti kutatásban csak a bullying áldozati szerep mutatott kapcsolatot a DSP szuicid tendenciák (szándék és fenntartás) alakulásában. Ki kell emelni, hogy a bullying áldozati és elkövetői szerep között átfedés mutatkozik (Decamp & Newby, 2015; Agnew, 2006), valamint ez a kései serdülőkorban az erőszakos bűnelkövetés és a viktimizáció kapcsolatára is igaz (Fox, Novak, Van Camp & James, 2021; Bailey, Harinam & Ariel, 2020), ezért a kérdés még átfogóbb, módszertanilag kidolgozottabb vizsgálata szükséges.

Felhasznált irodalom

- Agnew, R. (2001). Building on the foundation of general strain theory: Specifying the types of strain most likely to lead to crime and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38(3), 319–361. <https://doi.org/10.1177/0022427801038004001>
- Agnew, R. (2006). *Pressured into crime: An overview of general strain theory*. Roxbury.
- Assmussen, K., Fischer, F., Drayton, E. & McBride, T. (2020). *Adverse childhood experiences: What we know, what we don't know, and what should happen next*. Early Intervention Foundation.
- Ayton, A., Rasool, H. & Cottrell, D. (2003). Deliberate self-harm in children and adolescents: association with social deprivation. *European child & adolescent psychiatry*, 12(6), 303–307. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0344-0>

- Baglivio, M. T., Wolff, K. T., DeLisi, M. & Jackowski, K. (2020). The Role of Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Psychopathic Features on Juvenile Offending Criminal Careers to Age 18. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 18(4), 337–364. <https://doi.org/10.1177/1541204020927075>
- Bailey, L., Harinam, V. & Ariel, B. (2020). Victims, offenders and victim-offender overlaps of knife crime: A social network analysis approach using police records. *PLoS one*, 15(12), e0242621. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242621>
- Bateman, A. W. & Fonagy P. (Szerk.) (2020). *A mentalizáció alapú terápia kézikönyve*. (pp. 1–577). Oriold és Társai.
- Bateman, A. W., Fonagy P. & Campbell, C. (2020). Borderline személyiségzavar (BPD). In Bateman, A. W. & Fonagy P. (Szerk.), *A mentalizáció alapú terápia kézikönyve* (pp. 425–440). Oriold és Társai.
- Bateman, A. W., Motz, A. & Yakeley, J. (2020). Antiszociális személyiségzavar a közösség és a börtön közegében. In Bateman, A. W. & Fonagy P. (Szerk.), *A mentalizáció alapú terápia kézikönyve* (pp. 441–460). Oriold és Társai.
- Bérdi M. (2022). Az öngyilkosság-kutatás harminc éve Magyarországon: Bibliometriai elemzés. *Magyar Tudomány*, 183(8), 1044–1065. <https://doi.org/10.1556/2065.183.2022.8.8>
- Bolaños, A. D., Mitchell, S. M., Morgan, R. D. & Grabowski, K. E. (2020). A comparison of criminogenic risk factors and psychiatric symptomatology between psychiatric inpatients with and without criminal justice involvement. *Law and human behaviour*, 44(4), 336–346. <https://doi.org/10.1037/lhb0000391>
- Campbell, O. L. K., Bann, D. & Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM – population health*, 13, 100742. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>
- Craig, J. M. (2019). The Potential Mediating Impact of Future Orientation on the ACE–Crime Relationship. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 17(2), 111–128. <https://doi.org/10.1177/1541204018756470>
- Craig, J. M., Intravia, J., Wolff, K. T. & Baglivio, M. T. (2019). What Can Help? Examining Levels of Substance (Non)use as a Protective Factor in the Effect of ACEs on Crime. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 17(1), 42–61. <https://doi.org/10.1177/1541204017728998>
- Cipriano, A., Cella, S. & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Council of Europe (2000). *Recommendation Rec(2000)20 of the Committee of Ministers to member states on the role of early psychosocial intervention in the prevention or criminality*. Council of Europe.
- DeCamp, W. & Newby, B. (2015). From Bullied to Deviant: The Victim–Offender Overlap Among Bullying Victims. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 13(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/1541204014521250>
- Drubina B., Kökönyei G. & Reinhardt M. (2022). A nem-szucidális önsértés és az öngyilkos magatartás kapcsolata: független vagy összefüggő jelenségek? *Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(1), 99–123. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00005>

- Fox, A. M., Novak, K. J., Van Camp, T. & James, C. (2021). Predicting Violent Victimization Using Social Network Analysis From Police Data. *Violence and victims*, 36(3), 436–454. <https://doi.org/10.1891/VV-D-19-00037>
- Harrington, R., Pickles, A., Aglan, A., Harrington, V., Burroughs, H. & Kerfoot, M. (2006). Early adult outcomes of adolescents who deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 337–345. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000194564.78536.f2>
- Hawton, K. & Catalan, J. (1987). *Attempted suicide. A practical guide to its nature and management* (2nd Ed). Oxford University Press.
- Hawton, K. & Fagg, J. (1992). Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristics and trends in Oxford, 1976–89. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 161, 816–823. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.6.816>
- Hay, C. & Meldrum, R. (2010). Bullying victimization and adolescent self-harm: testing hypotheses from general strain theory. *Journal of youth and adolescence*, 39(5), 446–459. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9502-0>
- Hiremath, M., Craig, S. & Gaudins, A. (2016). Adolescent deliberate self-poisoning in South-East Melbourne. *Emergency medicine Australasia: EMA*, 28(6), 704–710. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12681>
- Hultén, A., Wasserman, D., Hawton, K., Jiang, G. X., Salander-Renberg, E., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Bjerke, T., Kerkhof, A., Michel, K. & Querejeta, I. (2000). Recommended care for young people (15–19 years) after suicide attempts in certain European countries. *European child & adolescent psychiatry*, 9(2), 100–108. <https://doi.org/10.1007/pl00010707>
- Kara, K., Ozsoy, S., Teke, H., Congologlu, M. A., Turker, T., Renklidag, T. & Karapirli, M. (2015). Non-suicidal self-injurious behavior in forensic child and adolescent populations. Clinical features and relationship with depression. *Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia)*, 20(1), 31–36.
- Kerfoot, M. (1988). Deliberate self-poisoning in childhood and early adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 29(3), 335–343. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1988.tb00721.x>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E. & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(11), 565–568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A. & Richardson, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 53(4), 381–389. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x>
- Lifshitz, M. & Gavrilov, V. (2002). Deliberate self-poisoning in adolescents. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*, 4(4), 252–254.
- Ludwig, B. & Dwivedi, Y. (2018). The concept of violent suicide, its underlying trait and neurobiology: A critical perspective. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 28(2), 243–251. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.12.001>

- Malone, K., McCormack, G. & Malone, J. P. (1992). Non-fatal deliberate self-poisoning in Dublin's north inner city – an overview. *Irish medical journal*, 85(4), 132–135.
- McIsaac, M. A., King, N., Steeves, V., Phillips, S. P., Vafaei, A., Michaelson, V., Davison, C. & Pickett, W. (2023). Mechanisms accounting for gendered differences in mental health status among young Canadians: A novel quantitative analysis. *Preventive medicine*, 169, 107451. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107451>
- Mészáros G. (2021). *Önsértő viselkedés és rizikótényezők vizsgálata serdülőkorban*. Semmelweis Egyetem. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.14753/SE.2023.2644>
- Németh Á. (2023). Iskoláskorúak Egészségmagatartása – A WHO-val együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás. Nemzeti jelentés – legújabb adatok és trendek az elmúlt húsz évben. *Egészségfejlesztés*, 57(1), 60–61. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i1.17>
- Németh M. K. & Koller É. (2015). *Serdülőkor: normatív krízis vagy deviancia?* ELTE Eötvös Kiadó.
- Quigley, N., Galloway, R. & Kelly, C. (1994). Changes in the pattern of deliberate self-poisoning presenting at Craigavon Area Hospital: 1976, 1986 and 1991. *The Ulster medical journal*, 63(2), 155–161.
- Pawer, S., Rajabali, F., Zheng, A., Smith, J., Pursell, R. & Pike, I. (2021). Analyses of Child and Youth Self-Poisoning Hospitalizations by Substance and Socioeconomic Status. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 7003. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137003>
- Prins, S. J. (2019). Criminogenic or criminalized? Testing an assumption for expanding criminogenic risk assessment. *Law and human behavior*, 43(5), 477–490. <https://doi.org/10.1037/lhb0000347>
- Reinhardt M. (2022). A nem öngyilkossági szándékkal történő önsértő viselkedés magyarázó modelljei. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(2), 245–270. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00016>
- Sahlín, H., Kuja-Halkola, R., Bjureberg, J., Lichtenstein, P., Molero, Y., Rydell, M., Hedman, E., Runeson, B., Jokinen, J., Ljótsson, B. & Hellner, C. (2017). Association Between Deliberate Self-harm and Violent Criminality. *JAMA psychiatry*, 74(6), 615–621. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0338>
- Sinclair, J. & Green, J. (2005). Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences. *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7500), 1112. <https://doi.org/10.1136/bmj.38441.503333.8F>
- Sharp, C. & Rossouw, T. (2020). Borderline személyiségzavar patológiája serdülőkorban. In Bateman, A. W. & Fonagy P. (Szerk.), *A mentalizáció alapú terápia kézikönyve* (pp. 371–396). Oriold és Társai.
- Szuromi B. (2022). Sürgősségi ellátás a pszichiátriában, szuicid magatartás, kockázatbecslés a pszichiátriai gyakorlatban. In Réthelyi J. (Szerk.), *Pszichiátriai jegyzet orvostanhallgatóknak* (Harmadik, bővített kiadás) (pp. 264–279). Oriold és Társai.
- The jamovi project (2023). *jamovi*. (Version 2.4) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Vargha A. (2015). *Matematikai statisztika pszichológiai, nyelvészeti és biológiai alkalmazásokkal*. Pólya Kiadó.

Young, G. (2015). Causality in Psychiatry: A Hybrid Symptom Network Construct Model. *Frontiers in psychiatry*, 6, 164. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00164>

A cikkben található online hivatkozás

URL1: *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása 2022*. https://hbsc.ppk.elte.hu/media/a3/fd/8127578da4d410a66e72f58fe74845e0cdfc9b890255362ba0e95ba4ca51/HBSC_2022_Report.pdf

A cikk APA szabály szerinti hivatkozása

Fliegeauf G. & Várdai D. E. (2024). Kriminogén rizikófaktorok az önmérgező serdülők szuicid szándékának alakulásában – Hipotézisek felvetése pszichiátriai konzíliumi munka alapján. *Belügyi Szemle*, 72(8), 1471–1493. <https://doi.org/10.38146/BSZ-AJIA.2024.v72.i8.pp1471-1493>

Nyilatkozatok

Összeférhetlenség

A szerzők nem jelentettek összeférhetlenséget.

Finanszírozás

A szerzők nem kaptak pénzügyi támogatást a kutatáshoz, a szerzőséghez és/vagy a cikk publikálásához.

Etikai nyilatkozat

Az adatokat kérésre rendelkezésre bocsátják.

Nyílt hozzáférésről szóló tájékoztatás

Jelen cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY NC-ND 2.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje feltüntetésre kerülnek.

Levelező szerző

A cikk levelező szerzője Fliegeauf Gergely, aki a gergely.fliegeauf@gmail.com e-mail címen érhető el.