

SEMMELWEIS EGYETEM
DOKTORI ISKOLA

Ph.D. értekezések

3474.

HORVÁTHNÉ PATÓ IRINA

Magatartástudományok
című program

Programvezető: Dr. Kovács József, egyetemi tanár
Témavezetők: Dr. Perczel-Forintos Dóra, egyetemi tanár

Az önsértés mint viselkedéses addikció

Az impulzivitás, az érzelemszabályozás és a problémamegoldási készségek összefüggése az öngyilkossági veszélyeztetettséggel, fogvatartottak körében vizsgálva

Doktori értekezés

Horváthné Pató Irina

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Tagozat



Témavezető: Prof. Dr. Perczel-Forintos Dóra, egyetemi tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Fiáth Titanilla, adjunktus
Dr. Jekkel Éva, adjunktus

Komplex vizsga szakmai bizottság:

Elnök: Dr. Kovács József, egyetemi tanár

Tagok: Dr. habil Gonda Xénia, egyetemi docens

Dr. habil. Vizin Gabriella, egyetemi docens

Budapest
2026

Tartalomjegyzék

1. RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	4
2. BEVEZETÉS	5
2.1. A börtön, mint totális intézmény	7
2.1.1. A börtönártalmak (prison harms) jelensége.....	8
2.1.2. A börtönártalmak típusai	11
2.2. A letartóztatás pszichés hatásai	12
2.3. Pszichés zavarok fogvatartottak körében	13
2.3.1. Szorongásos megbetegedések.....	14
2.3.2. Hangulatzavarok.....	15
2.3.3. Alkohol- és szerhasználati zavarok	16
2.3.4. Komorbid személyiségzavarok és duáldiagnózis előfordulása	17
2.4. Pszichés kockázati tényezők fogvatartottak körében	18
2.4.1. Érzelmszabályozási zavarok és impulzivitás.....	19
2.4.2. Impulzivitás	20
2.4.3. A szociális problémamegoldó készségek hiányosságai.....	21
2.5. Pszichológiai szempontból sérülékeny fogvatartotti csoportok	22
2.6. Krízishelyzetek a börtönben	23
2.6.1. Az önsértő viselkedés definíciója és elméleti háttere.....	24
2.6.1.1. A börtönbeli önsértés motivációs háttere	26
2.7. Szuicid rizikófaktorok fogvatartottak körében	27
2.7.1. Az inkarceráció hatása az öngyilkossági veszélyre	28
2.7.2. A nem szuicidális önsértés és az öngyilkossági kísérletek közötti kapcsolat.....	29
2.7.3. A szuicid magatartás és függőségi modellek kapcsolata.....	33
3. VIZSGÁLATOK	36
3.1. Tapasztalatok a 8 tételes Rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) használatával fogvatartott populációban	37
3.1.1. Célkitűzések.....	37
3.1.2. Hipotézisek	37
3.1.3. Módszerek	38
3.1.3.1. Eljárás, vizsgálati személyek.....	38
3.1.3.2. MÉRŐESZKÖZÖK.....	39
3.1.3.3. Statisztikai elemzés.....	41
3.1.4. Eredmények.....	42
3.1.4.1. Reliabilitás vizsgálat.....	42
3.1.4.2. A rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) pszichometriai elemzése.....	43
3.1.4.3. A vizsgált minta leíró statisztikai jellemzői	46
3.1.4.4. A fogvatartott személyek mentális egészségének, pszichés rizikótényezőinek vizsgálata.....	47
3.1.4.5. Az öngyilkossági gondolatokat befolyásoló pszichológiai tényezők	49
3.1.4.6. Mindfulness készségek, valamint a szuicid rizikótényezők összefüggései.....	51
3.1.5. Diszkusszió	52
3.2. A fogvatartottak önsértő magatartásának vizsgálata a viselkedési addikció megközelítésén keresztül.....	55
3.2.1. Célkitűzések.....	55
3.2.2. Hipotézisek	55
3.2.3. Módszerek	56

3.2.3.1. Eljárás, vizsgálati személyek.....	56
3.2.3.2 Mérészközök.....	56
3.2.3.3. Statisztikai elemzés.....	58
3.2.4. Eredmények.....	59
3.2.4.1. Megbízhatósági mutatók és átlagpontoszámok.....	59
3.2.4.2. A vizsgált minta demográfiai jellemzői.....	60
3.2.4.3. A szuicid magatartás jellemzői fogvatartotti populációban	61
3.2.4.4. A korábbi szuicid magatartás moderátor szerepe a depresszió és az öngyilkossági gondolatok kapcsolatában	63
3.2.5. Diskusszió.....	65
3.3. Szociális problémamegoldó készségek és öngyilkossági veszélyeztetettség fogvatartottak körében.....	68
3.3.1. Célkitűzések.....	68
3.3.2. Hipotézisek	69
3.3.3. Módszerek	69
3.3.3.1. Eljárás, vizsgálati személyek.....	69
3.3.3.2. Mérészközök.....	70
3.3.3.3. Statisztikai elemzés.....	71
3.3.4. Eredmények.....	72
3.3.4.1. Az illesztett minta szocio-demográfiai jellemzői	72
3.3.4.2. Az öngyilkossági viselkedéssel összefüggő pszichológiai tényezők	74
3.3.3.3. A problémamegoldó készségek szintje és azok pszichológiai rizikótényezőkkel való kapcsolatai a fogvatartotti populációban/A szuicid rizikót jelző tényezők és a problémamegoldó készségek összefüggése a fogvatartott személyek körében	76
3.3.5. Diskusszió.....	77
4. KÖVETKEZTETÉSEK.....	79
5. ÖSSZEFOGLALÁS/SUMMARY (1 OLDAL).....	82
6. IRODALOMJEGYZÉK.....	84
7. TÁBLÁZATJEGYZÉK	99
8. ÁBRAJEGYZÉK.....	100
9. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	101
10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	102
11. MELLÉKLETEK.....	103

1. Rövidítések jegyzéke

BDI-R:	Rövidített Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata (Beck Depression Inventory – Revised)
BIS-R-8:	Rövidített 8 tételes Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale – 8-item version)
CERQ:	Kognitív Érzelemregulációs Kérdőív (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire)
FFMQ:	Ötfaktoros tudatos jelenlét kérdőív (Five Facet Mindfulness Questionnaire)
GAD:	Generalizált szorongásos zavar (Generalized Anxiety Disorder)
IES-R:	Életesemények Hatása Kérdőív (Impact of Event Scale – Revised)
MEPS:	Problémamegoldó Képességek Tesztje (The Mean-End Problem Solving Inventory)
NSSI:	Nem szuicidális önsértés (nonsuicidal self-injury)
SA:	Öngyilkossági kísérlet (suicide attempt)
PÖS:	Paykel: Öngyilkossági Skála (Paykel Suicide Scale)
PSS-4:	Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale – 4 item version)
PTSD:	Poszttraumás stressz zavar (Posttraumatic Stress Disorder)
RS-R:	Rövidített Reménytelenség Skála (Beck Hopelessness Scale – Revised)
RSES-H:	Rosenberg Önértékelés Kérdőív (Rosenberg Self-Esteem Scale)
WBI-5:	WHO Jól-lét Kérdőív (WHO-5 Well-Being Questionnaire)
WHO:	Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

2. Bevezetés

Börtönpszichológusként napi szinten közvetlenül tapasztalom, hogy a fogvatartottak mentális sérülékenysége, az önsértő magatartás és a szuicid kísérletek milyen szoros összefüggést mutatnak a börtön, mint totális intézmény pszicho-szociális terheivel. A mindennapi munka során egyértelművé vált számomra, hogy a bezártság, az izoláció és a jövőkép bizonytalansága sok esetben meghaladja az egyének megküzdési erőforrásait, és súlyosan próbára teszi teherbírásukat, alkalmazkodási képességüket, ami következeképp indulatkezelési zavarokban nyilvánul meg. Ezek a tapasztalatok indítottak arra, hogy tudományos igénnyel is vizsgáljam a börtönkörnyezet pszichológiai hatásait, különös tekintettel a mentális zavarokra, az önsértő viselkedésre és a szuicid rizikótényezőkre. Így a vizsgálataim szorosan összekapcsolódnak gyakorlati munkámmal: céljuk, hogy hozzájáruljanak a fogvatartottak számára nyújtott pszichológiai ellátás fejlesztéséhez, az ártalomcsökkentéshez, valamint hatékonyabb szuicid prevenciós intervenciók alkalmazásához.

A szabadságvesztés önmagában is súlyos pszicho-szociális stresszor, amely az érintettek testi és lelki állapotára, valamint társas és társadalmi funkcionálására is jelentős hatást gyakorol. A börtönök nem csupán jogi, hanem pszichológiai, szociológiai és egészségügyi szempontból is sajátos terek, amelyek működése a klasszikus „totális intézmény” jellemzőit hordozza (Goffman, 1961). Az ilyen zárt, kontrollált környezetben fokozottan jelennek meg azok az egyéni és rendszerszintű kihívások, amelyek a fogvatartottak mentális egészségét, önértékelését, érzelemszabályozását és alkalmazkodási képességét terhelik (Haney, 2001; Liebling, 1999).

A fogvatartottak körében megemelkedett gyakorisággal fordulnak elő pszichés zavarok, mint a szorongás, depresszió, szerhasználati előzmény, valamint az ezekhez kapcsolódó személyiségzavarok (Fazel et al., 2016). Ugyanakkor nem csak a klinikai diagnózissal rendelkező elítéltek szorulnak pszichológiai támogatásra: számos, „nem diagnosztizált”, ám fokozottan sérülékeny személy is jelen van a börtönpopulációban.

Az önsértés, mint komplex pszichológiai és viselkedési jelenség, az elmúlt évtizedekben kiemelt kutatási területté vált a mentális egészségügyi szakemberek és a

kriminológusok körében. Az önsértés definíció szerint olyan szándékos cselekedet, amely során az egyén saját testi épségének árt, anélkül, hogy ezzel közvetlen öngyilkossági szándékot mutatna (Klonsky, 2007). Bár az önsértés nem minden esetben irányul az élet elvételére, gyakran szorosan összefügg az érzelmi feszültségek csökkentésével, illetve a pszichés problémákhoz való alkalmazkodással (Nock, 2009). Különösen aggasztó ennek a viselkedésnek az előfordulása a fogvatartottak körében, ahol a környezeti tényezők, a mentális zavarok és az izoláció jelentős kockázati tényezőt jelentenek.

A fogvatartottak mentális egészségi állapota gyakran súlyosan érintett. Számos tanulmány kimutatta, hogy a börtönben élők körében magasabb az önsértés és az öngyilkossági kísérletek aránya, mint az általános populációban (Fazel et al., 2011). Ez részben a büntetés-végrehajtási intézmények sajátosságainak tulajdonítható, ideértve a bezártságot, a társadalmi kapcsolatok hiányát és a jövő bizonytalanságát. Továbbá a börtönben töltött idő alatt a már meglévő pszichés zavarok gyakran súlyosbodnak, ami szintén hozzájárulhat az önsértő magatartás megjelenéséhez (Hawton et al., 2014).

Az önsértés vizsgálata fogvatartottak körében nemcsak a mentális egészségügyi problémák feltárásához járul hozzá, hanem fontos információkat nyújt a börtönkörnyezet hatásairól, a fogvatartottak pszichológiai alkalmazkodásáról és a lehetséges beavatkozási stratégiákról. E jelenség megértése és kezelése kulcsfontosságú mind a fogvatartottak rehabilitációja, mind pedig a társadalomba való visszailleszkedésük szempontjából.

A kutatásunk három nagy vizsgálatból áll. Az első a Rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) alkalmazhatóságát és a fogvatartottak mentális állapotát térképezte fel. A második vizsgálatban a fogvatartottak önsértő magatartást elemeztem a viselkedési addikciók szemszögéből, rávilágítva a kontrollvesztésre és a kényszeres ismétlődésre. A kutatás harmadik szakaszában az öngyilkossági veszélyeztetettség és a szociális problémamegoldó készségek kapcsolatát vizsgáltam, kiemelten a reménytelenség, a depresszió és az impulzivitás szerepét.

Vizsgálataink célja volt, feltárni a börtön, mint totális intézmény pszichológiai hatásait, különös tekintettel a fogvatartottak mentális egészségére, viselkedéses és kognitív működésére, valamint az önsértés és szuicid viselkedés rizikótényezőire. További célja, komplex módon közelíteni a mentális zavarokhoz, az addikciókhoz és a

szuicid magatartáshoz, nem csupán egyéni, hanem intézményi szinten is. Ezzel a megközelítéssel a dolgozat célja hozzájárulni a fogvatartottak mentális ellátásának fejlesztéséhez, valamint az ártalomcsökkentés és prevenciós szemléletű beavatkozások előmozdításához.

Az öngyilkosság-megelőzés a büntetés-végrehajtás egyik legnagyobb kihívása. A hatékony intervenció több szinten szükséges: magában foglalja a rizikófaktorok korai felismerését, a fokozott megfigyelést, a pszichológiai támogatás biztosítását, valamint az intézeti személyzet megfelelő képzését (WHO, 2007; Towl & Crighton, 2010).

Kiemelt jelentősége van a mentális egészségi problémák – különösen a depresszió és a szorongás – korai felismerésének, mivel ezek gyakran megelőzik az önsértést. A fogvatartottak jólétének növelése, a terápiás hozzáférés javítása, valamint az aktív pszichológiai jelenlét mind hozzájárulnak az önkárosító viselkedések megelőzéséhez (Dear et al., 2000).

2.1. A börtön, mint totális intézmény

A börtönök az állam által működtetett büntetés-végrehajtási intézmények, amelyek célja nem csupán a szabadságvesztés végrehajtása, hanem a társadalmi kontroll, az elrettentés és a reszocializáció elősegítése is. A társadalomtudományok egyik klasszikus megközelítése szerint a börtön egy úgynevezett totális intézmény, amely az egyén teljes életterét szabályozza. E tanulmány célja Erving Goffman (1961) elméletének bemutatása és annak elemzése, hogyan jelenik meg a börtön, mint totális intézmény a modern igazságszolgáltatási rendszerekben, különös tekintettel a pszichológiai következményekre.

Erving Goffman (1961) *Asylums* című munkájában vezette be a „totális intézmény” fogalmát, amely alatt olyan társadalmi szerveződésekert értett, ahol az egyének élete minden aspektusát ugyanazon intézmény és annak személyzete szabályozza. Ilyen intézmények a börtönök, elmeorvosintézetek, kolostorok, internátusok, és katonai támaszpontok. Goffman szerint ezek az intézmények térben és időben is elválasztják a bentlakókat a külvilágtól, s egy olyan zárt rendszert hoznak létre, ahol az egyén önállósága fokozatosan lebomlik, helyébe pedig az intézményi szerepek és szabályozottság lép.

A totális intézmények jellemzője az individualitás leépítése, mely a börtönben is szisztematikusan történik: az egyén nevét számmal helyettesítik, ruházata egységes, mozgásszabadsága korlátozott, döntési lehetőségei minimalizáltak (Haney, 2003). Ez a strukturált környezet hosszú távon pszichológiai hatásokat eredményez: például az úgynevezett prisonization (Clemmer, 1940) során a fogvatartott elsajátítja a börtön specifikus normáit, viselkedési szabályait, és gyakran nehezen illeszkedik vissza a társadalomba szabadulás után.

Habár Goffman elmélete máig érvényes és sok szociológiai, pszichológiai elemzés alapját képezi, egyes szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a modern börtönrendszerek nem minden esetben felelnek meg teljes mértékben a totális intézmény kritériumainak. Például a rehabilitációs programok, oktatás, munka, illetve a fokozatosság elvén alapuló szabadságvesztés csökkenthetik a totális jelleg súlyosságát (Crewe, 2011). Ugyanakkor a pszichológiai és társadalmi elszigeteltség továbbra is meghatározó elem a fogvatartottak életében.

2.1.1. A börtönártalmak (prison harms) jelensége

A börtönártalmak kifejezés azokat a fizikai, pszichológiai és társadalmi károsodásokat foglalja magában, amelyek a szabadságvesztés végrehajtása során, annak következményeként, vagy a börtön szociális és strukturális környezetéből fakadóan keletkeznek. Ezek az ártalmak nem csupán a fogvatartottakat érintik, hanem közvetetten a családjukat, a börtönszemélyzetet és tágabb értelemben a társadalmat is (Crewe, 2011). A börtönártalmak jelentős hatással lehetnek a reintegráció esélyeire, a pszichés állapotra, valamint a jövőbeni kriminalitás kockázatára is (Liebling & Maruna, 2013). Ezek komplex, egymásra ható rendszert alkotnak, amelyek az alábbiak (felsorolásszerűen formázzad):

Fertőző betegségek, például a tuberkulózis, hepatitis vagy HIV gyakorisága többszöröse a társadalmi átlagnak (WHO, 2014).

A fogvatartottak közötti fizikai bántalmazás hátterében egyszerre állnak személyes problémák, a fogvatartotti közösség belső szabályai. Gyakran a bent élő, hierarchikusan szerveződő szubkultúrák felelősek a konfliktusokért: az erőszak eszköz lehet státusz fenntartására, adósságok behajtására, vagy a tiltott piacok „rendjének” érvényesítésére, de sokszor egyszerűen a feszültség levezetésére is szolgál. Az egyén szintjén az impulzivitás, az érzelmszabályozás hiánya és a korábbi traumák növelik annak esélyét,

hogy valaki elkövetővé vagy éppen áldozattá váljon; a fogvatartotti közösségben pedig a normák és a beilleszkedési nyomás miatt az erőszak könnyen rutinná válhat (Caravaca-Sánchez et al., 2023). Nemzetközi meta-analízisek szerint a fogvatartottak közötti fizikai viktimizáció a vizsgált mintákban közel 18–19%-os előfordulást mutat; a szexuális viktimizáció aránya szintén kiemelendő (Caravaca-Sánchez et al., 2023). Magyarországon jelenleg korlátozottan állnak rendelkezésre olyan, áldozati oldalról gyűjtött, reprezentatív prevalenciaadatok, amelyek alapján a nemzetközi becslések pontosan összevethetők lennének a hazai helyzettel.

Szabadságvesztés komoly pszichológiai megterheléssel jár, különösen a hosszabb távú vagy izolációs körülmények között töltött büntetés esetén. A börtönben tapasztalt strukturális depriváció – például a személyes autonómia elvesztése, a magánélet hiánya, a szociális kapcsolatok megszakadása – jelentős stresszor, amely gyakran önsértéshez vagy szuicid viselkedéshez vezethet (Liebling, 1999; Towl & Crighton, 2010).

Pszichiátriai zavarok: számos nagymintás nemzetközi vizsgálat és meta-analízis igazolta, hogy a pszichiátriai zavarok aránya a fogvatartott populációban többszöröse a társadalmi átlaghoz képest (Pratt et al., 2006; Fazel & Seewald, 2012; Fazel et al., 2016; Baranyi et al., 2019).

- Major pszichiátriai zavarok (pszichotikus, bipoláris, major depressziós zavar) előfordulása a fogvatartottak körében 3–6-szor magasabb, mint a közösségi populációban.

- Major depresszió: átlagosan 10–14% a férfiak és 14–23% a női fogvatartottaknál (Fazel & Seewald, 2012).

- Pszichotikus zavarok: prevalenciájuk 3–4% a férfiaknál és 4–5% a nőknél, szemben a lakossági ~0,5%-kal (Fazel & Seewald, 2012).

- Személyiségzavarok: különösen magas az antiszociális személyiségzavar (átlagosan 47% a férfiaknál, 21% a nőknél), de a borderline és nárcisztikus vonások is gyakoriak (Fazel & Danesh, 2002; Black et al., 2010).

- Szerhasználati zavarok: az elítéltek több mint 50–70%-a mutat valamilyen addiktív viselkedést vagy diagnosztizálható szerhasználati zavart (Baranyi et al., 2019; Borschmann et al., 2017).

Családi kapcsolatok megszakadása: A börtönbe kerülés gyakran megszakítja a családi kapcsolatokat, különösen, ha az elítélt másik településre vagy régióba kerül, illetve, ha korlátozott a kapcsolattartás lehetősége. A fogvatartottak gyermekeire gyakorolt pszichológiai és fejlődésbeli hatásokat is börtönártalomként értelmezi a szakirodalom (Murray & Farrington, 2008).

Stigmatizáció: a munkaerőpiacról való kirekesztettség és a lakhatási nehézségek a szabadulás után tovább növelik a marginalizáció kockázatát.

A totális intézmények sajátosságai – mint például a deperszonalizáció, a kontrollvesztés és a kényszerű egyformaság – hosszú távon károsíthatják az egyén önazonosságát, autonómiáját és morális döntéshozó képességét (Goffman, 1961; Crewe, 2011).

A börtön hierarchikus hatalmi szerkezete mélyrehatóan átalakítja az egyén önképét és viselkedését: az autonómia és a választási lehetőségek beszűkülése az identitás „lecsupaszításához” vezethet, miközben a bent kialakuló szerepek és csoportnormák könnyen meghatározzák, mi számít elfogadható vagy elvárt magatartásnak (Goffman, 1961). Ebben a környezetben az agresszív vagy konform viselkedés gyakran adaptív túlélő-stratégiaként jelenik meg, amely rövid távon biztonságot, státuszt vagy védelmet nyújt (Haney, 2001).

A bezártság élménye, a fenyegetettség állandó érzése tovább fokozza a fogvatartottak pszichés megterhelését. A folyamatos feszültség, a bizonytalanság és az erőszakos környezethez való alkalmazkodás olyan stresszreakciókat idézhet elő, amelyek tartós szorongáshoz, indulatkitörésekhez vagy maladaptív megküzdési módokhoz – például önsértéshez és szerhasználatához – vezethetnek (Haney, 2001; Liebling, 1999).

A mindennapi élet feletti kontrollvesztés, a monotonitás, valamint az állandó külső szabályozás érzete gyakran a tehetetlenség és a reménytelenség élményét erősíti (Crewe, 2011). Ezek a pszichológiai hatások nemcsak az egyéni mentális egészséget veszélyeztetik, hanem hosszabb távon a reintegráció sikerességét is alááshatják, mivel az intézményi környezetben rögzült maladaptív megküzdési minták sokszor a szabadulás után is fennmaradnak (Liebling & Maruna, 2005).

2.1.2. A börtönártalmak típusai

A *börtönártalmak* (prison harms) többdimenziós jelenséget jelentenek, amelyek nem csupán az egyénre, hanem a társas kapcsolatokra, az intézményi kultúrára és a társadalmi reintegráció lehetőségeire is kihatnak. A fogvatartás során elszenvedett ártalmak osztályozhatók fizikai, pszichológiai, társadalmi, morális és strukturális típusokra, amelyek gyakran egymással összefonódva, kumulatív módon jelentkeznek (Crewe, 2011).

Az *importált ártalmak* (imported harms) azok a pszichés, szociális vagy egészségügyi problémák, amelyeket az egyén már a börtönbe kerülése előtt is hordozott. Ide tartoznak például a korábban fennálló pszichiátriai zavarok, a traumatizáltság, a szerhasználati problémák, alacsony iskolázottság, vagy a gyermekkori bántalmazás tapasztalatai (Haney, 2001). A kutatások szerint a börtönpopulációban jelentősen felülreprezentáltak a mentálisan sérülékeny, marginális helyzetből érkező személyek (Fazel et al., 2016), így az importált ártalmak gyakran alapjaiban meghatározzák a fogvatartotti lét pszichológiai megélését.

A *klasszikus börtönártalmak* a „pains of imprisonment” (Sykes, 1960) koncepcióhoz köthetők, amely a szabadságvesztéssel járó specifikus veszteségeket és szenvedéseket foglalja magában. Ide tartozik a szabadság, az autonómia, a biztonság, a társas kapcsolatok és a személyes identitás elvesztése. A börtön zárt, hierarchikus struktúrája és a személytelenség fokozza a deperszonalizáció élményét, amely súlyos pszichés megterhelést okozhat (Liebling, 1999). A klasszikus ártalmak univerzálisan jelen vannak a börtönökben, függetlenül a társadalmi-gazdasági vagy kulturális kontextustól.

Az *immanens ártalmak* (immanent harms) a börtön intézményének sajátosságaiból fakadnak, és gyakran nehezen elválaszthatók a büntetés strukturális rendszerétől. Ezek közé sorolhatók a rendszerszintű egyenlőtlenségek, a bürokratikus elidegenedés, a nem egyenlő bánásmód, valamint a börtönkultúra által közvetített erőszak és szubkultúra (Crewe, 2011; Wacquant, 2009). Az immanens ártalmak gyakran nem konkrét eseményekhez, hanem a börtön működésmódjához, szabályrendszeréhez, illetve a személyzet és fogvatartottak közötti relációhoz köthetők. Ezek különösen a hosszú idejű fogvatartás során válnak jelentőssé, és tartós pszichés, morális és egzisztenciális károkat idézhetnek elő.

Az importált, klasszikus és immanens börtönártalmak elkülönítése lehetővé teszi a fogvatartottak szükségleteinek árnyaltabb megértését és az ellátásukra irányuló szakmai beavatkozások célzottabb megtervezését. E hármas rendszer segítségével egyértelműbben látható, hogy mely ártalmak megelőzhetők intézményes beavatkozással, és melyek azok, amelyekre már a börtönbe való belépéskor figyelmet kell fordítani. Ez különösen fontos a prevenció, rehabilitáció és a visszaesés csökkentésének szempontjából.

A börtönártalmak mérséklése érdekében fontos a humánusabb bánásmód, a reintegrációt támogató programok, az egészségügyi és pszichológiai szolgáltatások fejlesztése, valamint az alternatív szankciók alkalmazása. Az ún. „traumaérzékeny börtönkultúra” kialakítása is hozzájárulhat a börtönártalmak csökkentéséhez (Moloney et al., 2009).

2.2. A letartóztatás pszichés hatásai

A letartóztatás, mint életesemény pszichológiai szempontból súlyos és hirtelen beavatkozást jelent egy személy életében. A személyi szabadság elvesztése, a környezet radikális megváltozása, a társas kapcsolatok megszakadása és a kiszámíthatatlan jövőkép olyan stresszorok, amelyek jelentős pszichés reakciókat váltanak ki, különösen az első fogvatartási időszakban (Haney, 2001; Liebling, 1999). A fogvatartás sokkhatásként is értelmezhető, amely akut és krónikus mentális egészségi problémák megjelenéséhez vezethet.

A letartóztatás utáni időszakban gyakoriak az akut szorongásos és depresszív tünetek, a dezorientáció, az alvászavar, valamint a reménytelenség érzése (Gullone et al., 2000). A fogvatartottak gyakran élnek meg identitásválságot, amelyet tovább erősít a börtönhöz való alkalmazkodás kényszere (Haney, 2003).

A fogvatartás traumatikus potenciálját növeli az ismeretlen környezet, a fizikai és pszichológiai bizonytalanság, a kiszolgáltatottság érzése és a hatalmi struktúrákkal való szembesülés. Ez különösen igaz az előzetes letartóztatásra, ahol az elítéltség jogilag még nem áll fenn, de a pszichés terhelés már teljes mértékben megjelenik (Schnittker et al., 2011). Az ebben az időszakban átélt stressz poszttraumás stressz zavarhoz (PTSD) is vezethet, különösen, ha az egyén bántalmazás vagy megalázás áldozatává válik.

Számos vizsgálat szerint a fogvatartás első heteiben a legmagasabb az öngyilkossági kockázat, különösen az előzetes letartóztatás alatt álló, első bűnelkövető, fiatal, vagy pszichiátriai múlttal rendelkező személyek körében (Pratt et al., 2006). Az izoláció, a reménytelenség és a büntudat érzése gyakran vezet akut krízisállapothoz, amely azonnali pszichológiai beavatkozást igényel.

A fogvatartás hosszabb távon ún. „börtönadaptációs szindrómához” vezethet, amely az érzelmi elsivárosodás, az empátia csökkenése, az apátia és a fokozott ingerlékenység tüneteiben nyilvánulhat meg (Haney, 2003). A börtönkultúra internalizálása (például a hiperéberség, bizalmatlanság, agresszió) egyfajta túlélési mechanizmusként működik, de hosszú távon gátolja a társadalomba való visszailleszkedést (Haney, 2001; Crewe, 2011).

A letartóztatás pszichológiai hatásai komplex, többszintű mechanizmusokon keresztül érvényesülnek, és különösen veszélyeztetett csoportok esetében komoly mentális egészségügyi következményekkel járhatnak. Az akut fázisban történő szűrés, krízisintervenció és pszichológiai támogatás alapvető fontosságú a prevenció és a pszichés stabilizáció szempontjából. A fogvatartás mentális következményeinek felismerése hozzájárulhat a humánusabb börtönkultúra kialakításához és a visszaesés megelőzéséhez.

2.3. Pszichés zavarok fogvatartottak körében

A börtönkörnyezet sajátos társadalmi és strukturális jellemzői – például a túlszűfolttság, a magánszféra hiánya, a kontroll elvesztése és a hierarchikus hatalmi viszonyok – jelentős pszichológiai megterhelést okozhatnak a fogvatartottak számára (Fiáth, 2014). Az elítéltek gyakran tapasztalnak kiszolgáltatottságot, különösen az intézményen belüli erőszakos események és fenyegetettségek következtében, ami fokozott érzelmi feszültséget eredményez (Lehoczki, 2009). Emellett a börtön korlátozza az egyén önállóságát, ami identitásvesztéshez, illetve csökkent önértékeléshez vezethet (Hawton et al., 2014).

A fent említett környezeti stresszorok különösen kedveznek az önsértő magatartás kialakulásának, amely sok esetben az érzelmi feszültség levezetését vagy az elvesztett kontroll visszaszerzését szolgálja (Fiáth, 2015). E viselkedésforma gyakran

egyfajta kommunikációs eszközként is értelmezhető, mellyel a fogvatartottak figyelmet kívánnak felhívni helyzetükre, vagy segítséget próbálnak kérni a környezetüktől.

A börtönben élők jelentős mértékben ki vannak téve a tartós stressz hatásainak, legyen szó interperszonális konfliktusokról, pénzügyi bizonytalanságról vagy jogi eljárásokról (Moore et al., 2021). Emellett e populáció körében rendkívül gyakoriak a pszichés megbetegedések, miközben a pszichiátriai és pszichológiai ellátás lehetőségei szűkösek, és sokszor nem felelnek meg a valós szükségleteknek (Franke et al., 2019). A leggyakrabban diagnosztizált zavarok közé tartoznak a különféle szerhasználati problémák – különösen az alkohol- és kábítószerfüggőség –, amelyek előfordulási aránya egyes vizsgálatok szerint (ref.) az 50%-ot is meghaladhatja (Baranyi et al., 2022).

A súlyos depressziós zavar prevalenciája a vizsgálatokban 36,9% és 51,6% között változik, míg az impulzivitással összefüggő pszichés zavarok – például a különféle személyiségzavarok, impulzuskontroll-zavarok, illetve az ADHD – szintén jelentős arányban fordulnak elő. A szkizofrénia spektrumába tartozó betegségek és egyéb pszichotikus zavarok jelenléte sem elhanyagolható, különösen a pszichiátriai ellátásban részesülő elítéltek körében (Bedaso et al., 2020; Fazel & Seewald, 2012; Van Buitenen et al., 2020; Fazel et al., 2016).

Bár a különböző kutatások és metaanalízisek eltérő előfordulási arányokat mutatnak, ezek az eltérések sokszor a mérési módszerek és kulturális különbségek eredményei. Ugyanakkor egyértelmű, hogy a fogvatartottaknál a pszichés zavarok gyakran nem izoláltan, hanem egymással átfedésben, komorbid formában jelennek meg – egyes vizsgálatok szerint az esetek 90%-ában (Van Buitenen et al., 2020).

2.3.1.Szorongásos megbetegedések

A szorongásos zavarok kiemelkedően gyakoriak a fogvatartott populációban, amely fokozottan kitett a pszichés distressznek és különféle pszichiátriai megbetegedéseknek. A börtönkörnyezet sajátos jellemzői – mint például az elszigeteltség, a bezártság érzése, a bizonytalan jövőkép és a hatalmi viszonyoknak való alávetettség – mind hozzájárulhatnak az akut vagy krónikus szorongás kialakulásához (Moore et al., 2021).

A fogvatartás alatti életkörülmények szoros kapcsolatban állnak a szociális szorongás, a generalizált szorongásos zavar (GAD), illetve a poszttraumás stressz zavar (PTSD) fokozott előfordulásával (Franke et al., 2019; Baranyi et al., 2022). Az állandó megfigyeltség, a fenyegetettség, valamint a fizikai és társas izoláció erős érzelmi feszültséget generál, amely tovább növeli a pszichés terhelést, különösen a mentálisan sérülékeny fogvatartottak esetében (Fazel et al., 2016). E tényezők hatására nemcsak a szorongásos tünetek fokozódnak, hanem gyakran más mentális zavarokkal – például depresszióval, addikciókkal vagy impulzív, agresszív viselkedéssel – együtt, komorbid formában jelentkeznek (Van Buitenen et al., 2020; Bedaso et al., 2020).

A szorongás és a depresszió közötti szoros kapcsolatra számos kutatás rámutat. A depressziós betegek körülbelül 85%-a egyidejűleg szorongást is tapasztal, míg a szorongásos zavarban szenvedőknél 90%-os a depresszió jelenléte (Kessler et al., 2003). A kevert szorongásos-depressziós zavarok esetén a nagyobb intenzitású affektív tünetek gyakran magasabb szintű szuicid gondolatokkal és nagyobb öngyilkossági kockázattal társulnak (Sartorius et al., 1996; Fava et al., 2000).

2.3.2. Hangulatzavarok

A depresszió a világon az egyik leggyakoribb mentális megbetegedés, amely jelentős mértékben hozzájárul az öngyilkossági magatartás kialakulásához. A WHO 2015-ös becslése szerint világszerte több mint 300 millió ember szenvedett depresszióban, ami a globális népesség mintegy 4,4%-át érintette (WHO, 2017). A szuicid viselkedés a depresszió egyik legsúlyosabb kimenetele; Európai Unió adatok alapján átlagosan minden 9. percben történik öngyilkosság, míg a kísérletek száma ennek tízszerese is lehet (Eurostat, 2020).

A depresszió tartós, súlyos érzelmi állapot, amely örömezés csökkenésével, motivációvesztéssel, energiahiánnyal és gyakran kognitív torzításokkal (önvádolás, reménytelenség) jár. Etiológiája komplex: biológiai, pszichológiai és szociális tényezők együttes hatásaként alakul ki (Beck, 1967; Kupfer et al., 2012). Különösen a traumatikus életesemények, a krónikus stressz, a társas izoláció és az alacsony társas támogatás szerepelnek rizikófaktoroként a depresszió kialakulásában (Kessler & Bromet, 2013).

A fogvatartottak különösen veszélyeztetettek, hiszen a börtönkörnyezet számos olyan sajátossággal bír – például elszigeteltség, bezártság, kapcsolatok elvesztése, strukturális bizonytalanság –, amelyek fokozzák a pszichés szenvedést (Fazel et al., 2016). A depressziós fogvatartottak körében kiemelkedően magas az öngyilkossági gondolatok és kísérletek aránya, különösen, ha más mentális zavarokkal (pl. szorongás, addikció) együttesen jelentkezik a tünetegyüttes (Pratt et al., 2006).

Az öngyilkosság megelőzése érdekében kulcsfontosságú a depresszió időben történő felismerése, a célzott pszichológiai intervenciók biztosítása (Perczel-Forintos & Poós, 2008; Perczel-Forintos, 2012), valamint a fogvatartottak számára elérhető pszichoszociális támogatás fejlesztése. A mentális egészség védelme nem csupán egyéni, hanem intézményi és társadalmi érdek is, különösen a reintegráció szempontjából.

2.3.3. Alkohol- és szerhasználati zavarok

Az alkohol- és szerhasználat világszerte az egyik legjelentősebb népegészségügyi probléma, amely súlyos következményekkel jár nemcsak az egyének testi és mentális egészségére, hanem társadalmi beilleszkedésére és életminőségére is. Az alkohol az egyik leggyakrabban használt pszichoaktív szer, amely számos kultúrában társadalmilag elfogadott formában jelenik meg, mégis jelentős egészségkárosító és pszichoszociális hatással bír. A túlzott alkoholfogyasztás rövid és hosszú távon is olyan következményekkel járhat, mint a májkárosodás, szív- és érrendszeri megbetegedések, pszichiátriai zavarok, valamint szociális izoláció és munkaképtelenség (WHO, 2018).

A szerhasználat, különösen a tiltott pszichoaktív szerek – például kokain, heroin, amfetaminok – fogyasztása, szintén súlyos egyéni és társadalmi terhet ró a használóra és környezetére. A kábítószer-használat összefüggést mutat a kriminalitással, a marginalizációval, a munkanélküliséggel és a mentális betegségekkel. A szerhasználatot gyakran a pszichés distressz, a traumák, valamint a társas támogatás hiánya előzi meg.

Az addikció viselkedéses és neurobiológiai vonatkozású rendellenesség, amelyre jellemző a kontrollvesztés, a sóvárgás, a tolerancia növekedése és az elvonási tünetek megjelenése. Az addikciós zavarok kialakulását számos tényező befolyásolja. A genetikai hajlam, a családi környezet, a neurokémiai érzékenység és a pszichológiai

tényezők (pl. impulzivitás, stresszkezelési nehézségek) egyaránt növelhetik a kockázatot. Emellett a társadalmi-gazdasági státusz, az iskolázottság hiánya, a szociális izoláció, valamint a fiatalkori traumatizáció gyakori háttértényezőként jelenik meg (Volkow et al., 2016).

Kiemelten fontos felhívni a figyelmet arra, hogy a szenvedélybetegségek és az öngyilkossági magatartás között szoros kapcsolat áll fenn. Az öngyilkosságok több mint fele összefüggésbe hozható alkohol- vagy kábítószer-használattal, és az öngyilkosok körében gyakran diagnosztizálható valamilyen addikció (Esang & Ahmed, 2018).

A fogvatartottak populációja különösen érintett az alkohol- és drogfüggőség problémájában. Számos tanulmány kimutatta, hogy a fogvatartottak között a szerhasználat aránya többszöröse az általános népességhez képest, és sok elítélt bűnelkövetése közvetlenül összefüggésbe hozható valamilyen szer hatásával (Fazel et al., 2016). A börtönkörnyezet – a stressz, az elzártság, a szorongás és a kilátástalanság – fokozhatja az elvonási tüneteket és visszaesési kockázatot (Kolind & Duke, 2016).

2.3.4. Komorbid személyiségzavarok és duáldiagnózis előfordulása

A komorbid személyiségzavar vagy duáldiagnózis olyan klinikai állapotot jelöl, amikor egy személy egyszerre szenved személyiségzavartól és valamilyen kóros szerhasználati zavartól. A két probléma kölcsönösen erősítheti egymást, és jelentősen megnehezítheti a diagnosztikát és a kezelést (Zanarini et al., 1998). A pszichoaktív szerek hatása súlyosbíthatja a személyiségzavar tüneteit, míg az érzelmi instabilitás vagy az impulzivitás fokozhatja a szerhasználat kockázatát (Najavits et al., 1997).

A személyiségzavarok olyan hosszú távon fennálló mintázatok a gondolkodás, az érzelmkifejezés és a viselkedés területén, amelyek jelentős funkcionális zavarokat okoznak az egyén életében. A börtönpopulációban különösen gyakori a borderline, az antiszociális, a paranoid és a nárcisztikus személyiségzavar előfordulása (Black et al., 2010). E zavarok jellemzően már a börtönbüntetést megelőzően is jelen vannak, azonban a zárt intézményi környezet, az elszigeteltség és a kontrollvesztés súlyosbíthatják a tüneteket.

A duáldiagnózis kezelése komplex beavatkozást igényel, mivel mind a szerhasználat, mind a személyiségzavar tüneteit célba kell venni. A hatékony ellátás integrált megközelítésen alapul, amely ötvözi a pszichoterápiát, a farmakoterápiát, a

pszichoedukációt és a rehabilitációs támogatást (Drake et al., 2001). A terápiás folyamat során fontos, hogy a kliens felismerje kognitív és érzelmi torzulásait, elsajátítsa a helyettesítő megküzdési stratégiákat, és képes legyen kezelni a stresszhelyzeteket és konfliktusokat.

A börtönökben a komorbiditás különösen gyakori, kutatások szerint a fogvatartottak körülbelül 50-70%-a szenved valamilyen személyiségzavarban, és közülük jelentős részük szerhasználati problémákkal is küzd (Fazel & Danesh, 2002). Ez az átfedés fokozza a kezelési nehézségeket, növeli az agresszív viselkedés, az önsértés vagy az öngyilkossági kockázat esélyét.

A börtönpszichológiai gyakorlat számára elengedhetetlen, hogy a diagnosztikai eljárások figyelembe vegyék a komorbiditás lehetőségét, és a kezelési programok megfelelően alkalmazkodjanak az egyéni szükségletekhez.

2.4. Pszichés kockázati tényezők fogvatartottak körében

A büntetés-végrehajtási intézetek zárt és hierarchikus struktúrája, valamint a szabadságvesztésből adódó pszichoszociális depriváció egyértelműen megterheli a fogvatartottak mentális állapotát. A börtön sajátos környezeti jellemzői – mint az elszigeteltség, a kontrollvesztés, a kiszámíthatatlanság és az intézményi szabályozottság – számos pszichológiai kihívást idéznek elő, amelyek hatással vannak a kognitív, affektív és viselkedéses működésre (Haney, 2001).

A pszichés kockázati tényezők közé sorolhatók az érzelemszabályozás, az impulzivitás, a megküzdési stratégiák minősége, az empátia és a szociális problémamegoldó képesség. Ezek a készségek nemcsak a börtönön belüli alkalmazkodást, hanem a szabadulás utáni reintegrációt is jelentősen befolyásolják (Day et al., 2010, Lynam et al., 2006). Az érzelemszabályozás zavara például összefügghet az önsértő viselkedéssel, az agresszióval vagy a szorongásos és depresszív tünetekkel. Az alacsony frusztrációtűrés és a rossz impulzuskontroll növeli a konfliktusok esélyét az intézményen belül, és akadályozza a strukturált foglalkozásokban való részvételt (Ireland, 2004).

Kutatások kimutatták, hogy a fogvatartottak körében gyakori a diszfunkcionális megküzdés – például tagadás, elkerülés, externalizáció –, míg az adaptív megküzdési módok, mint a problémamegoldás vagy a társas támogatás keresése, kevésbé jellemzők

(Reid & Listwan, 2018). A mindfulness alapú megközelítések és a kognitív viselkedésterápiás technikák kifejezetten hatékonynak bizonyultak az érzelemszabályozási és stresszkezelési készségek fejlesztésében börtönkörnyezetben is (Samuelson et al., 2007).

A pszichés tényezők nem csupán az egyén aktuális mentális állapotára, hanem a recidíva szempontjából is kulcsfontosságúak. Az érzelemszabályozás zavara, az impulzivitás és a megoldásközpontú gondolkodás hiánya jelentős előrejelzői az újabb bűnelkövetésnek (Andrews & Bonta, 2010). Éppen ezért a reintegrációs programoknak kiemelt figyelmet kell fordítaniuk ezen pszichológiai komponensek fejlesztésére. A személyiségstruktúra, a mentális zavarok jelenléte, valamint a pszichoszociális készségek fejlettsége mind meghatározzák, hogy a fogvatartottak mennyire lesznek képesek sikeresen visszailleszkedni a társadalomba.

2.4.1 Érzelemszabályozási zavarok és impulzivitás

Az érzelemszabályozás azon képességre utal, hogy az egyén képes megfelelően kezelni és kontrollálni saját érzelmi reakcióit, különösen stresszhelyzetekben vagy intenzív érzelmi állapotok során (Gross, 2015). A nem megfelelő érzelemszabályozás összefüggésben állhat különféle mentális zavarokkal, beleértve a depressziót, a szorongást és az impulzuskontroll-zavarokat is (Aldao et al., 2010). Különösen figyelemre méltó, hogy az érzelmi diszreguláció gyakran megjelenik traumának kitett csoportoknál, ahol a negatív érzelmek tartós fennállása hozzájárulhat a rossz mentális állapothoz (Cloitre et al., 2005).

Kutatások szerint az érzelemszabályozási nehézségek szoros kapcsolatban állnak a pszichopátia különböző jellemzőivel, mint például az empátiahiány, az impulzivitás vagy a kriminalizálódásra való hajlam (Garofalo et al., 2021). A börtönkörnyezetben, ahol a fogvatartottaknak rendszeresen kell megbirkózniuk stresszes, korlátozott és frusztráló szituációkkal, az érzelmi önkontroll kiemelt jelentőséggel bír (Robertson et al., 2012).

A bebörtönzés pszichológiai szempontból számos negatív hatást gyakorolhat az egyén mentális működésére. A családtól való elszakadás, az autonómia elvesztése, a strukturálatlan napirend, valamint a környezet kiszámíthatatlansága mind hozzájárulhatnak a pszichés állapot romlásához (Haney, 2001). A fogvatartottak sokszor

nem rendelkeznek megfelelő érzelemszabályozási eszköztárral, amely hatékonyan csökkentené a distresszt vagy az agresszív kitöréseket. A mentális egészségügyi ellátás jelenléte bizonyos védelmi tényezőként szolgálhat az érzelmi zavarokkal szemben. Különösen a pszichoedukáció, a kognitív viselkedésterápia és a mindfulness-alapú programok (Korponay et al., 2019; Cairncross & Miller, 2020) segíthetik a fogvatartottakat is, az érzelemszabályozási képességek fejlesztésében, amely végső soron hozzájárulhat a visszaesés csökkentéséhez is (Baer, 2003).

2.4.2. Impulzivitás

Az impulzivitás összetett, többdimenziós pszichés jelenség, amely gyors, nem megfontolt reakciók és viselkedések formájában nyilvánul meg, gyakran a negatív következmények figyelembevételének hiányában (Eysenck, 1993). Barratt (1994) három fő dimenziót különít el: motoros impulzivitás (gondolkodás nélküli cselekvés), kognitív impulzivitás (figyelemzavar, gyors döntéshozatal) és nem-tervezés (a jövőbeli következmények figyelmen kívül hagyása). Az impulzivitás számos pszichológiai, kognitív és viselkedéses mechanizmussal áll kapcsolatban, és összefüggésbe hozható a pszichopátia, az agresszió, a szerhasználat és a bűnelkövetés magasabb kockázatával (Bechara & Van der Linden, 2005).

A fogvatartottak körében az impulzivitás kiemelt jelentőséggel bír, mivel a büntetés-végrehajtási intézetek stresszkeltő környezete fokozhatja a kontrollvesztést és az impulzív reakciókat. A környezeti ingerszegénység, a társas izoláció, a strukturálatlan időtöltés és a jövő kiszámíthatatlansága mind hozzájárulnak az impulzivitás fokozódásához (Haney, 2001).

A mindfulness – vagy tudatos jelenlét – olyan kognitív-érzelmi beállítódás, amely során az egyén szándékosan, elfogadó módon figyeli meg a jelen pillanat tapasztalatait (Kabat-Zinn, 1994). A mindfulness-készségek, mint például a figyelem fókuszálása, az ítékezésmentesség és az önreflexió képessége, elősegítik az érzelemszabályozást és csökkenthetik az impulzív viselkedést (Baer, 2003). A mindfulness-deficit elmélet szerint az impulzivitás hátterében gyakran a tudatos jelenlét képességének hiányossága áll (Heppner et al., 2008).

Metaanalitikus kutatások megerősítik, hogy a mindfulness készségek – különösen a tudatos figyelem és az éberség – negatív összefüggést mutatnak az

impulzivitás pozitív és negatív sürgetettség dimenzióival (Lu & Huffman, 2017). A kutatások szerint a mindfulness alapú beavatkozások elősegítik a decentralizációt, azaz az automatikus, reaktív gondolatoktól való mentális eltávolodást, amely lehetővé teszi az adaptív válaszreakciókat a stresszhelyzetekben (Shapiro et al., 2006).

A fogvatartottak körében alkalmazott mindfulness-alapú intervenciók ígéretes lehetőséget jelentenek a pszichés problémák és kriminogén tényezők csökkentésére. Bár a kontrollált vizsgálatok száma korlátozott, az eddigi eredmények szerint a mindfulness-tréningek csökkentik a depressziót, a szorongást és a stresszt, valamint hozzájárulnak a jobb érzelmszabályozáshoz (Per et al., 2019; Han, 2022). Ezen intervenciók különösen fontosak lehetnek a visszaesés kockázatának mérséklésében, mivel fejlesztik a fogvatartottak önreflexiós képességeit, fokozzák a pszichológiai rugalmasságot, és támogatják a belső kontroll erősítését.

2.4.3. A szociális problémamegoldó készségek hiányosságai

A börtönkörnyezet sajátos stresszterhelése komoly kihívást jelent az elítéltek mentális egészségére. Az elszigeteltség, az autonómia elvesztése, a strukturálatlan környezet és az érzelmileg megterhelő helyzetek fokozott pszichés terhelést jelentenek, amelyek hatékony megküzdési és problémamegoldó készségeket igényelnek (Haney, 2001; Fazel & Baillargeon, 2011). A fogvatartottak jelentős része azonban nem rendelkezik adekvát megküzdési stratégiákkal vagy megfelelő problémaorientált gondolkodással, amely depresszióhoz, reménytelenséghez és fokozott öngyilkossági kockázathoz vezethet (Pollock, 2006).

A problémamegoldó képességek hiányossága a szuicidális viselkedés egyik ismert kognitív rizikófaktor. A negatív életesemények túláltalánosítása, az önéletrajzi emlékek elérhetetlensége és az impulzív problémamegoldás gyakorlata gyakran összefüggésbe hozható az öngyilkossági kockázattal (Williams et al., 2005). Különösen a bezártság, a célorientáció hiánya és a megélt tehetetlenség fokozhatja a csapdaérzés élményét, amely kulcsfontosságú komponens a depresszió és az öngyilkosság pszichológiai modelljeiben (Wang et al., 2023).

A nemzetközi adatok szerint a fogvatartottak körében az öngyilkossági kísérletek előfordulása többszöröse a szabad populációhoz képest. A problémamegoldás hiánya különösen azoknál az elítélteknél jelent meg, akik pszichiátriai előzményekkel,

szerhasználattal vagy traumatikus életeseményekkel terheltek (Poós et al., 2008; Pratt et al., 2006). Hazai kutatások is alátámasztják, hogy a pszichiátriai betegek körében az alacsony problémamegoldó képesség szoros kapcsolatot mutat a negatív érzelmi állapotokkal, például reménytelenséggel és depresszióval (Szántó et al., 2007).

A problémamegoldó készségek fejlesztésének egyik hatékony módszere a Problémamegoldó Tréning (PST), amely strukturált módon tanítja meg az egyéneket a problémák felismerésére, elemzésére és a lehetséges megoldási stratégiák kidolgozására (Perczel-Forintos & Poós, 2008; Nezu et al., 2003). Ezek az intervenciók javították a problémamegoldó készségeket, csökkentették a reménytelenség és depresszió szintjét, és növelték a célorientációt és az érzelmi kontrollt.

Az impulzivitás további rizikófaktoraként jelenik meg az öngyilkossági viselkedésben, különösen abban az esetben, amikor az egyén gyors, átgondolatlan döntéseket hoz stresszhelyzetekben. A problémamegoldási deficit és az impulzivitás kombinációja növeli az érzelmi reakciók intenzitását és csökkenti az adaptív válaszkészséget (Gonzalez & Neander, 2018). Ez megerősíti azt az összefüggést, hogy a rossz problémamegoldás és az impulzív válaszkészség együtt jelentősen növelheti az öngyilkossági viselkedés kockázatát.

A börtönkörnyezet szerepe is meghatározó az önsértő és öngyilkossági veszélyeztetettség kialakulásában: a külső társas támogatás csökkenése, a bent kialakuló hierarchikus szerepek és a fogvatartottak közötti viktimizáció rendszerszinten növeli a pszichés megterhelést és csökkenti az egyének adaptív megküzdési kapacitását. Nem csupán elméleti összefüggésről van szó: a nemzetközi összefoglaló vizsgálatok arról számolnak be, hogy a fogvatartotti közösségen belüli fizikai és szexuális áldozattá válás közvetlenül hozzájárul a poszttraumás tünetek, a reménytelenség és az öngyilkossági gondolatok gyakoribb megjelenéséhez (Caravaca-Sánchez et al., 2023). Hasonlóképpen, a társas kapcsolatok — például a családi látogatások és a külső hálózatok — ritkulása csökkenti az érzelmi támaszt és a problémamegoldó erőforrásokat, így fokozza a krízishelyzetek esélyét (Favril et al., 2020).

2.5. Pszichológiai szempontból sérülékeny fogvatartotti csoportok

A büntetés-végrehajtási intézetek heterogén populációján belül egyes csoportok fokozott pszichés sérülékenységet mutatnak, amely különös figyelmet és célzott

beavatkozást igényel. Ezek a csoportok nemcsak mentális állapotuk vagy pszichiátriai anamnéziséjük alapján, hanem társadalmi, fejlődési és élettörténeti jellemzőik miatt is magasabb kockázatnak vannak kitéve a börtönpszichológiai szempontból releváns problémák, mint például a szuicid veszélyeztetettség, az önsértés, az impulzuskontroll-zavarok vagy a pszichotikus epizódok tekintetében (Fazel & Seewald, 2012).

Kiemelt kockázatot jelentő csoportnak tekinthetők a mentális zavarban szenvedők, valamint azok, akik személyiségzavarral élnek, ideértve az antiszociális, borderline vagy paranoid személyiségprofil is (Black et al., 2010). Ezen túlmenően fokozott pszichológiai figyelmet igényelnek a fiatalkorúak, a nők, az idősek, a LMBTQ+ közösségek tagjai, a szexuális bűncselekmények elkövetői, valamint azok az egyének, akik súlyos traumatizáltságot éltek át gyermekkorukban (WHO, 2014; Anett et al., 2023).

A pszichológiai sérülékenységek nem kizárólag egy adott diagnózisból ered, hanem olyan tényezők összességéből, mint az alacsony szocioökonómiai státusz, az iskolázatlanság, a társas kapcsolatok hiánya vagy az ismétlődő bűnelkövetés miatti stigmatizáció. Egyes csoportok – például a hosszú ideje előzetes letartóztatásban lévőek vagy az izolációban tartottak – a fokozott izoláció miatt különösen kitettek a pszichológiai leépülésnek (Shalev, 2008).

A fogvatartotti populáció pszichológiai ellátása során elengedhetetlen az egyéni szükségletek felmérése, valamint a kockázatokhoz igazodó differenciált beavatkozási terv kialakítása. A pszichológiai szempontból sérülékeny csoportok esetében különösen fontos a rendszeres mentális állapotfelmérés, a célzott pszichoterápiás támogatás, valamint az ártalomcsökkentés elvére épülő intézményi gyakorlat kialakítása (Liebling & Maruna, 2005).

A nemzetközi és hazai kutatások egyaránt hangsúlyozzák, hogy a sérülékeny csoportok pszichés támogatása nem csupán humanitárius és egészségügyi szempontból elengedhetetlen, hanem a visszaesés megelőzésében és a reintegráció sikerességében is kulcsszerepet játszik (Blaauw et al., 2002).

2.6. Krízishelyzetek a börtönben

A büntetés-végrehajtási intézetek zárt, kontrollált és hierarchikus környezete számos pszichés és szociális stresszforrást rejt magában, amelyek különösen alkalmassá

teszik e közeget a krízishelyzetek kialakulására. A krízishelyzet olyan pszichológiai állapot, amelyben az egyén az aktuális megterhelésekre adott válaszreakciói elégtelennek bizonyulnak a feszültség csökkentésére, miközben nem áll rendelkezésére az egyensúly helyreállításához szükséges megküzdési stratégia (Perczel-Forintos, 2011; Caplan, 1964).

A börtönkörnyezet krízisgeneráló hatását fokozzák a következő tényezők: a szabadságvesztés élménye, a családtól való elszakítottság, a társas kapcsolatok hiánya, az identitásvesztés, a strukturált időérzékelés megbomlása, valamint az erőszak, a megfélemlítés és az intézményes hierarchia (Haney, 2001; Liebling, 1999). Az egyének eltérő pszichés rugalmassággal és korábbi életstratégiákkal érkeznek a börtönbe, így az alkalmazkodás során megjelenő krízisreakciók intenzitása is nagy szórást mutat.

Az intézményes pszichológiai ellátás keretein belül a krízisintervenció célja a veszélyeztetett egyén azonnali stabilizálása, a biztonság megteremtése és a krízis okainak feltárása. A hatékony krízisintervenció egyaránt épít a kognitív-viselkedésterápiás technikákra, a támogató beszélgetésekre, valamint a pszichodinamikus megértésre (Perczel-Forintos, 2019). A fogvatartott biztonságba helyezése, mentálhigiénés monitorozása és az öngyilkosság-megelőző protokollok alkalmazása az intézményi stabilitás alapvető elemei közé tartoznak (Towl & Crighton, 2017).

2.6.1. Az önsértő viselkedés definíciója és elméleti háttere

Az önsértő viselkedés olyan szándékos és közvetlen testi önkárosítás, amely nem kapcsolódik az élet kioltásának szándékához. Ez a viselkedés különbözik az egészségkárosító szokásoktól, mint például a dohányzás vagy a túlevés, mivel az önsértés során az egyén tudatosan és közvetlenül okoz kárt saját testének (Nock, 2009). A viselkedés leggyakoribb formája a nem szuicidális önsértés (NSSI), amely során az egyén a feszültség, érzelmi distressz vagy szorongás csökkentésére alkalmaz olyan módszereket, mint a vágás, égetés vagy ütés (Jacobson & Gould, 2007).

Az önsértés több típusa ismeretes, amelyek közül az NSSI a DSM-5 szerint is külön kutatási kategóriát képvisel. A másik fő kategória az öngyilkossági szándékkal végzett önkárosítás, amely esetében bár a cselekmény nem mindig vezet halálhoz, a szándék az élet kioltása (Hawton et al., 2014). A különbségtétel alapja tehát a viselkedés célja és

funkciója, amely az intervenciók kialakítása szempontjából alapvető fontosságú (Klonsky, 2007).

Funkcióját tekintve az önsértés lehet intraperszonális – például a negatív érzelmek szabályozása vagy a pszichés egyensúly visszaállítása –, illetve interperszonális, mint amilyen a figyelemfelkeltés vagy a segítségkérés kifejezése (Nock, 2009). Az önsértő magatartás sok esetben egyfajta maladaptív megküzdési stratégia, amely átmenetileg enyhíti a pszichés feszültséget, de hosszabb távon súlyos mentális egészségi problémákhoz vezethet.

Az önsértés előfordulása jelentős közegészségügyi kihívást jelent világszerte, különösen a serdülők és fiatal felnőttek körében. Epidemiológiai vizsgálatok alapján az NSSI életprevalenciája a serdülő népesség körében elérheti a 13–23%-ot, míg a felnőtt populációban 1–4% között mozog (Muehlenkamp et al., 2012). Az életkor előrehaladtával az önsértés gyakorisága csökkenő tendenciát mutat, azonban ez nem zárja ki annak jelenlétét az idősebb korosztályban.

A nemek közötti különbségek is jelentősek lehetnek: nők esetében gyakrabban fordul elő a vágás típusú önsértés, míg férfiaknál a súlyosabb, potenciálisan életveszélyes formák jellemzőbbek (Whitlock et al., 2006). E különbségek hátterében állhatnak a nemspecifikus érzelemszabályozási mintázatok, társadalmi normák és a segítségkérés kulturális megítélése is (Hawton et al., 2014).

Kulturális szinten az önsértés prevalenciájában eltérések tapasztalhatók. Nyugati országokban magasabb bejelentett arányok figyelhetők meg, míg keleti kultúrákban az erősebb közösségi normák és a mentális betegséggel kapcsolatos stigma miatt gyakran rejtve marad a jelenség (Muehlenkamp et al., 2012).

Több kutatás is kimutatta, hogy az önsértő viselkedés hátterében gyakran állnak mentális zavarok, például depresszió, szorongás, borderline személyiségzavar vagy poszttraumás stressz zavar (PTSD) (Nock, 2009).

Az önsértő viselkedés (self-harm), ideértve a non-suicid self-injury (NSSI) és a szuicid viselkedéshez vezető folyamatokat, több, egymást kiegészítő elméleti megközelítés segítségével érthető meg (Klonsky, 2007; Nock, 2009). Az önsértés rövid távon érzelemszabályozó szerepet tölthet be — az erős belső feszültség csökkenése formájában negatív megerősítést nyújtva a személynek (Klonsky, 2007; Nock, 2009). Emellett előfordulhat, hogy az önsértés disszociáció elleni stratégia vagy önbüntetés

formájában jelenik meg, amikor az egyén a traumatikus emlékektől való elmenekülést és a kontroll illúzióját keresi (Baumeister, 1990; Klonsky, 2007).

Interperszonális elméletek szerint az önsértő viselkedés kommunikációs funkciót is szolgálhat: a sérülés „kommunikációs eszközként” működik, amely figyelmet, szociális reagálást vagy támogatást keres a környezettől (Nock, 2009; Williams, 1997). Ezzel párhuzamosan a kognitív-motivációs megközelítések — például Baumeister „escape from the self” és Williams „cry of pain” koncepciói — azt hangsúlyozzák, hogy a kognitív beszűkülés, a reménytelenség és a csapdába esettség élménye kulcsszerepet játszanak az öngyilkossági ideáció kialakulásában (Baumeister, 1990; Williams, 1997; O'Connor, 2011).

Az öngyilkosság integrált motivációs–cselekvési modellje (Integrated Motivational-Volitional - IMV) modell rámutat arra az elkülönülésre is, hogy mi vezet az ideációig, és mely akaratlagos tényezők (pl. fájdalommal való megbirkózás képessége, hozzáférés módszerekhez) segítik elő az ideációból tettig történő átmenetet (O'Connor, 2011; Joiner, 2005).

A fogvatartotti populációban, az izoláció, autonómia elvesztése, viktimizáció és a csoportnormák által közvetített erőszak normalizálása — felerősíti a csapdába esettség élményét csökkenti a társas támaszt és rontja a problémamegoldó képességet, ezáltal növelve az önsértés és a szuicid ideáció kialakulásának valószínűségét (Haney, 2001; Goffman, 1961; Favril et al., 2020). Emellett a börtönspecifikus tényezők — például a veszélyes eszközökhöz való hozzáférés és a korábbi erőszakos tapasztalatok által megszerzett „fájdalom-tűrés” — növelik az ideációból tettig vezető esélyt (Joiner, 2005; Fazel et al., 2016).

2.6.1.1. A börtönbeli önsértés motivációs háttere

Az önsértő viselkedések hátterében gyakran megtalálhatók a gyermekkori trauma, a maladaptív megküzdési minták és az érzelemszabályozási nehézségek (Klonsky, 2007; Nock, 2009). A börtönkörnyezetben ezek a tényezők felerősödhetnek a kontrollvesztés, a bezártság, a társas izoláció és az érzelmi depriváció miatt, ami különféle önártalmat eredményezhet. Az önsértés ebben a közegben gyakran nem a halálos szándék kifejeződése, hanem maladaptív kommunikációs eszköz,

feszültségcsökkentő stratégia vagy a nehezen elviselhető bezártságból való kikerülés eszköze (Dear et al., 2000).

A fogvatartottak önártalma megjelenhet étkezésmegtagadás, felületi vágások, öngyilkossággal való fenyegetőzés, vagy más látványos magatartás formájában, mely gyakran kapcsolódik intézeti konfliktusokhoz, elhelyezési problémákhoz vagy kedvezmény iránti igényhez ((Dear et al., 2000). Az ilyen viselkedés – bár nem mindig öngyilkossági szándékot takar – komoly kockázatot jelenthet, különösen, ha impulzív módon jelenik meg. A végrehajtás módja súlyos következményekkel járhat, a racionális kontroll gyenge, és a krízishelyzetekben gyors beavatkozás válik szükségessé (Fazel et al., 2011).

Az izoláció rendkívül averzív helyzet, amely a fogvatartottak esetében különösen violens reakciót válthat ki, ezáltal ez is az önsértő viselkedés kockázati tényezőjévé válhat (Shalev, 2008). A fizikai fájdalom átmenetileg csökkentheti a pszichés feszültséget, így az önsértés funkciója gyakran maladaptív / destruktív megküzdési kísérletként értelmezhető. Ritkábban, de előfordulhat az önbüntető típus is, amelyben az egyén büntudat, önvád, vagy múltbeli trauma miatt saját maga ellen fordul (Linehan, 1993).

Az inkarcerációval járó pszichológiai stresszorok, mint a bizonytalan jövőkép, a szorongás, a depresszió és a kontrollvesztés, tovább növelik az önsértés valószínűségét (Haney, 2001). Különösen krízishelyzetekben – például pervesztés, gyász, családi konfliktus – tapasztalható az önártalmak gyakoriságának növekedése, amelyek a mentális állapot romlását és a segítségkérés lehetőségének hiányát tükrözik (Liebling, 1999).

2.7. Szuicid rizikófaktorok fogvatartottak körében

A fogvatartottak körében az öngyilkossági veszélyeztetettség kiemelkedően súlyos probléma, amelynek előfordulási aránya többszöröse az általános népességhez képest (Fazel et al., 2011). A szuicid rizikó számos egymással összefüggő pszichoszociális, pszichiátriai és környezeti tényező eredőjeként jelenik meg a börtönkörnyezetben. A korai felismerés és a komplex prevenciók stratégia kulcsfontosságú a halálesetek megelőzésében (WHO, 2007).

2.7.1. Az inkarceráció hatása az öngyilkossági veszélyre

A fogvatartottak körében tapasztalható szuicid rizikófaktorok komplex és multidimenzionális jelenséget képeznek, amelynek megértéséhez elengedhetetlen az inkarceráció pszichoszociális hatásainak mélyreható elemzése. Az intézményes szabadságvesztés önmagában is jelentős pszichés megterhelést jelent, amelynek direkt és indirekt módon egyaránt hatása van az öngyilkossági kockázat növekedésére. A nemzetközi kriminológiai és pszichiátriai kutatások konzisztensen igazolják, hogy a börtönkörnyezet strukturális jellemzői – mint a totális intézményi lét, a személyes autonómia drasztikus beszűkülése, a szociális kapcsolatok átalakulása és a stigmatizáció – szignifikánsan hozzájárulnak a mentális egészség romlásához és az öndestruktív magatartásformák megjelenéséhez (Fazel & Baillargeon, 2011). A fogvatartottak körében az öngyilkossági kísérletek előfordulása 5-10-szer magasabb, mint a szabadon élő populációban, és az öngyilkosság továbbra is a fogvatartottak halálozásának egyik vezető oka (Fazel et al., 2017).

Az inkarceráció különösen az első néhány hónapban jelent jelentős öngyilkossági kockázatot. Azok a személyek, akik előzetes letartóztatásban vannak, gyakran szembesülnek az ítélet bizonytalanságával és az intézményi léthez való alkalmazkodás nehézségeivel, ami fokozza a pszichés distresszt és növeli az öngyilkossági gondolatok valószínűségét (Lehoczki, 2009). A visszaeső bűnelkövetők és azok, akik súlyos bűncselekményekért töltik büntetésüket, szintén kiemelten veszélyeztetett csoportot alkotnak (Hawton et al., 2014).

Az öngyilkossági veszély legfontosabb előrejelzői lehetnek az alábbiak:

- **Mentális zavarok és érzelmszabályozási nehézségek:** A depresszió, a szorongás és a borderline személyiségzavar a leggyakoribb mentális zavarok, amelyek szoros kapcsolatban állnak az öngyilkossági veszéllyel a fogvatartottak körében. Ezek az állapotok impulzivitással és érzelmszabályozási problémákkal társulnak, amelyek jelentősen növelik az öngyilkossági gondolatok és kísérletek előfordulásának valószínűségét (Fazel & Baillargeon, 2011).
- **Büntetés-végrehajtási környezet hatása:** A börtönkörnyezetben tapasztalható túlszűfoaltság, izoláció és a magánélet hiánya fokozza a fogvatartottak érzelmi distresszét. Az előzetes letartóztatás különösen veszélyes időszak, mivel a

bizonytalanság és az ítéletre való várakozás jelentős szorongást okoz (Lehoczki, 2009).

- **Trauma és bántalmazás:** A fogvatartottak közül sokan érkeznek traumatikus előzményekkel, például gyermekkori bántalmazással vagy elhanyagolással. Ezek a múltbéli élmények újra-aktiválódhatnak az intézményes környezetben, különösen akkor, ha az egyén erőszakot vagy bántalmazást tapasztal (Whitlock et al., 2006).

Az öngyilkossági magatartás a börtönkörnyezetben gyakran figyelemfelkeltésként vagy segítségkérésként jelenik meg, különösen azoknál az egyéneknél, akik úgy érzik, hogy más kommunikációs formák nem állnak rendelkezésükre (Fiáth, 2014). Ugyanakkor a valós szándékkal elkövetett öngyilkossági kísérletek is jelentős arányban fordulnak elő. Az ilyen cselekedetek gyakran impulzívok, és a fogvatartottak érzelmi fájdalmának közvetlen következményei.

2.7.2. A nem szuicidális önsértés és az öngyilkossági kísérletek közötti kapcsolat

A nem szuicidális önsértés és az öngyilkossági kísérletek közötti összefüggés a fogvatartottak körében különösen komplex dinamikát mutat. Empirikus kutatások igazolják, hogy a nem szuicidális önsértés önmagában is rizikófaktorként értelmezhető az öngyilkossági magatartás szempontjából, amely a fogvatartotti populációban fokozottan érvényesül. Az adaptív megküzdési stratégiák hiánya, a pszichés feszültségek nem adekvát levezetése és a traumatikus élmények feldolgozatlansága szignifikánsan növelik a komplex öndestruktív mechanizmusok kialakulásának valószínűségét (Favril et al., 2020; Habtamu & Desalegn, 2022; Zhong et al., 2021; Favril et al, 2020).

A nem szuicidális önsértés (NSSI) és az öngyilkossági kísérletek közötti különbségek feltárása alapvető fontosságú mind a klinikai gyakorlat, mind a kutatás számára, mivel ezek a viselkedések ugyan hasonlóak lehetnek megjelenési formáikban és kockázati tényezőikben, de alapvetően eltérő célokat szolgálnak, és eltérő motivációs mechanizmusok húzódnak meg mögöttük. Az NSSI nem az élet kioltására irányul, hanem főként a maladaptív érzelemszabályozás eszköze, célja az elviselhetetlennek tűnő belső feszültség csökkentése, és egyben ennek kommunikálása (Lehoczki, 2012; Nock, 2009, Gratz & Roemer, 2004; Klonsky, 2007). Az érzelemszabályozás hiánya

sokszor együtt jár distressz-tolerancia hiánnyal: az egyén nem bírja elviselni az erős negatív érzelmi állapotokat, ezért az intenzív fizikai fájdalom okozása azonnali figyelemelterelésként szolgál (Linehan, 1993; Nock, 2009).

Másik kulcsfontosságú deficit a problémamegoldó képességek hiánya: az érintettek gyakran alkalmatlan vagy impulzív megoldásokat választanak, nem terveznek alternatívákat és nem alkalmaznak strukturált, lépésekre bontott problémamegoldó stratégiát (Nezu et al., 2003; Williams, 1997). Ez a kognitív beszűküléssel és a jövőre vonatkozó reménytelenséggel párosulva növeli a csapdába esettség élményt, ami erős motivációs tényező lehet az önsértésre (Baumeister, 1990; O'Connor, 2011).

Továbbá gyakori interperszonális készséghiány: nehézség az érzelmi szükségletek kommunikálásában, gyenge társas támogatás keresési készségek, illetve a konfliktuskezelési kompetenciák deficitjei — ezek mind hozzájárulnak ahhoz, hogy a segítségkérés verbális vagy problémamegoldó útjai nem működnek, és a test használata válik kommunikációs csatornává (Nock, 2009; Klonsky, 2007).

Végül az impulzivitás és a korábbi traumák (traumafeldolgozás elégtelensége) további rizikótényezők: impulzív személyiségvonások gyors, előkészület nélküli cselekvést eredményezhetnek krízishelyzetben, míg a nem kezelt traumatikus emlékek disszociatív állapotokat és az önsértés disszociációt gátló funkcióját aktiválhatják (Evenden, 1999; Nock, 2009).

Ezzel szemben az öngyilkossági kísérlet egyértelműen az élet befejezésére irányuló szándékot tükröz, még akkor is, ha a cselekmény nem vezet halálhoz (Hawton et al., 2014).

Az egyik fő különbség a két viselkedés között a szándék dimenziója. Míg az NSSI esetében a viselkedés célja intraperszonális vagy interperszonális funkciók kielégítése – például a negatív érzelmek csökkentése vagy a figyelemfelkeltés –, az öngyilkossági kísérlet alapvetően az élet elvételére irányul (Klonsky, 2007). Ez a különbség a terápiás megközelítésekben is jelentős eltéréseket eredményez: az NSSI esetében a kezelés fókusza az érzelmszabályozási képességek fejlesztésén, míg az öngyilkossági kísérleteknél az életveszély megelőzésén és a reménytelenség, tehetetlenség, depressziós tünetek csökkentésén van (Perczel-Forintos, 2011; Drubina et al., 2022).

Az öngyilkossági kísérletek előtti mentális állapotot ma már sokkal árnyaltabban értelmezi a szakirodalom, különösen a depressziós állapotokkal összefüggésben. A kutatások rámutatnak, hogy a veszélyeztetett személyekre gyakran jellemző a beszűkült, negatív gondolkodásmód, valamint az életesemények túlzottan általánosított felidézése, ami együtt jár a hatékony problémamegoldás nehézségeivel és a reménytelenség érzésével. Ez utóbbi a szuicid kockázat egyik legerősebb pszichológiai mutatója, mivel a jövőbe vetett hit elvesztését tükrözi. Williams elmélete – a „gátolt menekülés” modellje – ezekből a jellegzetességekből kiindulva írja le a csapdaélményt, amikor az egyén úgy éli meg, hogy nem tud kilépni egy számára elviselhetetlen helyzetből. (Perczel-Forintos, 2011; Williams, 1997).

Az öngyilkosság integrált motivációs–cselekvési modellje (Integrated Motivational–Volitional Model) (Bérdi, 2022; O’Connor & Kirtley, 2018) azokat a pszichológiai folyamatokat és tényezőket írja le, amelyek meghatározzák, miként alakulnak át az öngyilkossági gondolatok tényleges cselekvéssé. A modell három, egymást követő szakaszt különít el: premotivációs, motivációs és cselekvési fázist. A fogvatartott személyek mindhárom szakaszban fokozottan sérülékenynek tekinthetők, mivel élethelyzetükben több olyan rizikótényező is jelen van, amely elősegíti a szuicid folyamat kialakulását és fenntartását.

A premotivációs fázis a diatézis–stressz modellre (Clark et al., 2000) épül, és azokat az alapvető sérülékenységi tényezőket foglalja magában, amelyek megelőzik a szuicid gondolkodás megjelenését. Ide tartoznak: (1) a diatézis, vagyis a biológiai, genetikai és kognitív sérülékenység; (2) a környezeti hatások, például a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek vagy a hirtelen társadalmi, gazdasági változások (pl. gazdasági recesszió); valamint (3) a korai negatív életesemények, amelyek tartós pszichológiai sebzhetőséget eredményezhetnek.

A motivációs fázis az öngyilkossági gondolatok és szándék formálódásának pszichológiai hátterét írja le, és alapját a gátolt menekülés modellje képezi (Williams, 2002; Perczel-Forintos, 2011). E modell szerint a tartós kudarc- és megalázottságélmény, valamint az önszabályozást nehezítő tényezők – mint például a gyenge társas problémamegoldó készségek, a fokozott rumináció vagy az önéletrajzi emlékezet torzításai – a csapdába esés (entrapment), illetve a „gátolt menekülés” érzésének kialakulásához vezetnek. Amennyiben ebben a pszichológiai állapotban az

úgynevezett motivációs moderátorok – mint az összetartozás élménye, a jövőorientáció, a személyes célok jelenléte, a rumináció alacsony szintje vagy a társas támogatottság – gyengék, az öngyilkossági gondolatok és szándék megjelenésének valószínűsége jelentősen megnő.

A folyamat harmadik szakasza, a cselekvési fázis, az öngyilkossági gondolatokból az öngyilkossági kísérletbe való átmenet mechanizmusát írja le. Ebben a fázisban a szándék megvalósulását több tényező is befolyásolja, például az eszközökhöz való hozzáférés, a fájdalomtűrés vagy a fájdalommal szembeni érzéketlenség, valamint az impulzivitás mértéke, amely meghatározza, milyen gyorsan és milyen kontrollszint mellett válhat a gondolat tényleges cselekvéssé (Bérdi, 2022; O'Connor & Kirtley, 2018).

A két viselkedés prevalenciája és demográfiai jellemzői is eltérőek lehetnek. Az NSSI gyakoribb a serdülők és fiatal felnőttek körében, míg az öngyilkossági kísérletek az idősebb korcsoportokban is jelentős arányban fordulnak elő (Jacobson & Gould, 2007). Az NSSI nemek közötti aránya általában kiegyenlített, míg az öngyilkossági kísérletek esetében a nőknél magasabb a kísérletek száma, de a férfiaknál gyakoribb a halálos kimenetelű cselekmény (Hawton et al., 2014).

Pszichológiai szempontból az NSSI gyakran társul érzelmszabályozási zavarokkal, impulzivitással és borderline személyiségzavarral, míg az öngyilkossági kísérletek hátterében gyakran mély depresszió, reménytelenség és intenzív pszichológiai fájdalom áll (Nock et al., 2006). Bár a két viselkedés közötti kapcsolat szoros lehet – hiszen az NSSI az öngyilkossági gondolatok vagy kísérletek előszobájává válhat –, fontos megkülönböztetni őket, hogy megfelelő intervenciókat dolgozhassunk ki (Drubina et al., 2022).

Az NSSI gyakran az öngyilkossági kísérletek előfutáraként jelenik meg, különösen azoknál az egyéneknél, akiknek magas a pszichológiai stressz szintje. Egy longitudinális vizsgálat szerint az NSSI-t folytató egyének háromszor nagyobb eséllyel követnek el öngyilkossági kísérletet, mint azok, akik nem mutatnak önsértő viselkedést (Nixon et al., 2002). Az ismétlődő önsértés ráadásul csökkenti a fájdalomérzetet és a haláltól való félelmet, ami növeli az öngyilkossági viselkedés valószínűségét (Joiner, 2005).

Közös hajlamosító tényezők az érzelmszabályozás nehézségei, az impulzivitás és a mentális zavarok jelenléte. Az érzelmi distressz, például a szorongás, a düh vagy a bűntudat, gyakran vezet önsértő viselkedéshez, amely rövid távon enyhítheti ezeket az érzelmeket (Horváthné et al., 2023; Marzano, 2016). Az érzelmszabályozási problémák az öngyilkossági kísérleteknél is jelentősek, mivel az egyén képtelen más módon kezelni az érzelmi fájdalmat. Emellett az NSSI gyakran impulzív módon jelentkezik, amikor az egyén nem talál más megoldást az érzelmi distressz kezelésére. Az impulzivitás növeli az öngyilkossági kísérletek valószínűségét is, mivel az egyén hajlamos lehet hirtelen, átgondolatlan cselekedetekre, különösen intenzív érzelmi helyzetekben (Liu et al., 2022). Illetve azt is fontos megemlítenünk, hogy az NSSI-t és az öngyilkossági kísérleteket gyakran kísérik mentális zavarok, például depresszió, szorongás és borderline személyiségzavar. Ezek az állapotok fokozzák az érzelmi instabilitást és az önsértő viselkedés valószínűségét (Fazel & Seewald, 2012).

Egyebekben kiemelendő az is, hogy az NSSI és az öngyilkossági kísérletek közötti kapcsolatot neurobiológiai tényezők is alátámasztják. Mindkét viselkedés összefüggésbe hozható az endogén opioid rendszer működésével, amely a fájdalomérzet csökkentéséért és az érzelmi fájdalom szabályozásáért felelős (Faye, 1995). Az önsértés során felszabaduló endorfinok átmeneti megkönnyebbülést nyújtanak az érzelmi distresszben, és csökkenthetik a fájdalomérzetet, ami hosszú távon növeli az öngyilkossági viselkedés kockázatát (Liu et al., 2022).

Az NSSI-t gyakran tekintik az öngyilkossági veszély egyik figyelmeztető jelének, különösen akkor, ha az önsértés gyakorisága vagy intenzitása növekszik. Az ismétlődő NSSI és a haláltól való félelem csökkenése az öngyilkossági gondolatok fokozódására és a kísérletek valószínűségének növekedésére utalhat (Joiner, 2005; Blasco-Fintecilla et al., 2016). Ezért az NSSI-t mutató egyéneknél különösen fontos az öngyilkossági veszély szoros monitorozása és a korai intervenciók alkalmazása.

2.7.3. A szuicid magatartás és függőségi modellek kapcsolata

Az utóbbi években egyre nagyobb figyelmet kap az elméleti felvetés, miszerint az öngyilkossági viselkedés bizonyos esetekben nemcsak krízisre adott válaszként, hanem addiktív folyamatként is értelmezhető. Ez az értelmezés a szuicid magatartásban megfigyelhető ismétlődő mintázatokra, a kontrollvesztésre, az

impulzivitásra, a megkönnyebbülés-keresésre és a visszaesési jellegre épül (Blasco-Fintecilla et al., 2016).

A klasszikus függőségi modellek – különösen a negatív megerősítési mechanizmusokat hangsúlyozó elméletek (Kim & Hodgins, 2018) – jól illeszkednek az olyan öngyilkossági gondolkodáshoz és viselkedéshez, amely során a személy célja nem feltétlenül az élet kioltása, hanem a pszichés fájdalom és disztressz megszüntetése (Joiner, 2005). A viselkedés így egyre inkább a megküzdés maladaptív módjává válik, amely rövid távú enyhülést biztosít, miközben hosszú távon súlyosbíthatja a pszichés állapotot – akárcsak a klasszikus szerhasználat.

Kutatások kimutatták, hogy egyes személyeknél a szuicid gondolatok és viselkedés idővel automatizálódhat, szokásjelleget ölthet, és a pszichés megkönnyebbülés rendszeres forrásává válhat (Blasco-Fintecilla et al., 2016). Emellett az ismétlődő szuicid kísérletek hasonló viselkedéses és neurobiológiai mintázatokat mutatnak, mint az egyéb viselkedési addikciók, például a szerencsejáték- vagy önsértési zavarok (Chamberlain et al., 2018).

A függőségként értelmezett szuicid magatartás az intervenciók szintjén is új perspektívákat kínál. Ebben a megközelítésben a cél nemcsak a szuicid gondolatok megszüntetése, hanem az addiktív jelleg csökkentése is: például a viselkedés előtti triggererek azonosítása, az impulzuskezelés fejlesztése, valamint alternatív megküzdési stratégiák bevezetése. A kognitív viselkedésterápia és a mindfulness-alapú programok kifejezetten alkalmasak lehetnek ezen célok elérésére (Kresznerits et al., 2023; Linehan, 1993; Williams et al., 2006).

Nemzetközi tapasztalatok szerint a prevenció leghatékonyabb formája a többszintű megközelítés, amely magában foglalja a kockázati tényezők szűrését, a pszichológiai támogatást, az öngyilkosság-megelőzési protokollokat, valamint a személyzet megfelelő képzését (Towl & Crighton, 2010). A magyar büntetés-végrehajtásban a nemzetközi trendekhez igazodóan egyre nagyobb hangsúlyt kap a rizikóalapú monitorozás és az azonnali pszichológiai intervenció, amely csökkentheti a befejezett öngyilkosságok számát (Balán, 2018).

Az öngyilkossági veszély csökkentése érdekében a börtönökben integrált prevenciók stratégiákra van szükség. A mentális egészségügyi szűrések, a pszichológiai támogatás és a krízisintervenciók programok jelentősen csökkenthetik az öngyilkossági

magatartás előfordulását. Az olyan terápiás megközelítések, mint a dialektikus viselkedésterápia (DBT), hatékonyan kezelik az érzelemszabályozási nehézségeket és az öngyilkossági gondolatokat (Linehan, 1993).

3. Vizsgálatok

Értekezésemben bemutatott vizsgálataim célja, hogy empirikus úton feltárja a fogvatartottak körében megjelenő önsértő magatartás, illetve öngyilkossági veszélyeztetettség pszichológiai hátterét és ennek alapján javaslatot tegyen az öngyilkossági veszélyállapot prevenciójában alkalmazható speciális intervenciókra. A kutatások középpontjában a nem szuicidális önsértés (NSSI) és az öngyilkossági kockázat pszichológiai jellemzőinek elkülönítése, összefüggéseinek feltárása, valamint prevenciója áll.

A vizsgálatok célja továbbá annak feltérképezése, hogy milyen pszichés tényezők – érzelmi diszreguláció, impulzivitás, maladaptív megküzdési stílus és / vagy depresszió – járulnak hozzá a szuicid veszélyeztetettség kialakulásához. A kutatás célja a börtönkörnyezethez illeszkedő, tudományosan megalapozott prevenciós és intervenciós stratégiák kidolgozása, amelyek hozzájárulnak a fogvatartottak mentális egészségének javításához, valamint a visszaesés kockázatának csökkentéséhez. A kutatás három vizsgálatból állt.

Az első vizsgálat célja az impulzivitás gyors felmérésére alkalmas Barrat Impulzivitás skála rövidített formájának adaptálása volt fogvatartott és kontroll személyek mintáján, valamint a fogvatartotti populáció mentális egészségi állapotának, ezen belül öngyilkossági veszélyeztetettsége háttértényezőinek a felmérése volt.

A második vizsgálat célja a fogvatartottak önsértő magatartásának, ezen belül impulzivitásának a felmérése volt a viselkedési addikció modelljének keretében értelmezve.

A harmadik vizsgálat a fogvatartottak megküzdési képességének, ezen belül a szociális problémamegoldó készségek felmérésére irányult, valamint arra, hogy ez miképpen befolyásolja az öngyilkossági veszélyeztetettség szintjét.

A három empirikus vizsgálat – melyeket egymás után ismertetek – lehetőséget nyújt az önsértés formáinak, hátterének és pszichés rizikófaktorainak differenciált értelmezésére, és alapot teremthetnek olyan szakmai ajánlások megfogalmazásához, amelyek a börtönpszichológia gyakorlatába integrálhatók.

3.1. Tapasztalatok a 8 tételes Rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) használatával fogvatartott populációban

3.1.1. Célkitűzések

Az első vizsgálat célja az impulzivitás gyors felmérésére alkalmas Barratt Impulzivitás skála rövidített formájának adaptálása volt fogvatartott és kontroll személyek mintáján, valamint a fogvatartotti populáció mentális egészségi állapotának, ezen belül öngyilkossági veszélyeztetettsége háttértényezőinek a felmérése volt.

A büntetés-végrehajtási intézmények sajátos körülményei indokoltá teszik olyan rövid és megbízható pszichológiai szűrőeszközök alkalmazását, amelyek hatékonyan mérik a releváns pszichés jellemzőket. A jelen kutatás egyik kiemelt célja a Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) nyolc tételes, unidimenzionális rövidített változatának (Steinberg et al., 2013) pszichometriai vizsgálata fogvatartotti mintán. A vizsgálat célja annak megállapítása, hogy az eszköz megbízhatóan alkalmazható-e ebben a speciális populációban. További célkitűzés a fogvatartott személyek mentális állapotának átfogó feltérképezése különböző pszichológiai dimenziók mentén, különös tekintettel az érzelemszabályozás, az önértékelés, a stresszészlelés, valamint a szuicidális gondolatok jelenlétének vizsgálatára.

3.1.2. Hipotézisek

H1: A rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) egy- és kétfaktoros struktúrája statisztikailag igazolható a fogvatartott mintán is és hogy az egyfaktoros modell magasabb belső konzisztenciát és jobb illeszkedési mutatókat mutat, mint a kétfaktoros modell.

H2: A fogvatartottak körében magasabb a depresszió, a reménytelenség, az észlelt stressz és az impulzivitás szintje, valamint alacsonyabb az önértékelés, a megküzdőképesség, a mindfulness és a pszichológiai jóllét szintje, mint a nem fogvatartott kontrollmintában.

H3: A depresszió és az észlelt stressz szintje pozitív, míg a mindfulness készségek és a megküzdőképesség negatív irányú kapcsolatban állnak az öngyilkossági gondolatok intenzitásával.

H4: Az öngyilkossági gondolatokat erősebben befolyásolják a módosítható pszichológiai tényezők (pl. depresszió, stressz, mindfulness), mint a nem módosítható tényezők (pl. életkor, korábbi önsértés vagy kísérlet).

H5: A mindfulness készségek védő (protektív) hatást gyakorolnak az öngyilkossági veszélyeztetettségre az impulzivitás és a depresszió csökkentésén keresztül.

3.1.3. Módszerek

3.1.3.1. Eljárás, vizsgálati személyek

A vizsgálatba történő bevonás alapvető kritériumai közé tartozott a részvétel önkéntes vállalása, valamint az életkori feltételeknek való megfelelés (18–65 év között). A kizárási szempontok közé tartoztak azok a mentális állapotok, amelyek az érvényes és megbízható adatfelvételt akadályozták volna, így különösen az akut pszichotikus epizód, súlyos mentális retardáció, valamint az aktuális pszichoaktív szerhasználat. A vizsgálati személyek mindegyike a vizsgálat előtt tájékoztatást kapott a kutatás céljáról, menetéről és az adatok kezelésének módjáról.

A kérdőíves adatfelvétel személyes formában történt, a büntetés-végrehajtási intézmények kijelölt helyiségeiben. Az adatfelvétel során minden esetben jelen voltam, szükség esetén segítséget nyújtottam a kérdések értelmezésében. A kitöltött kérdőívek anonimizálását közvetlenül az adatfelvételt követően végeztem el. Az így előkészített adatok elemzése kizárólag statisztikai célra, kutatási keretek között történt.

Az adatkezelés és tárolás minden szakasza megfelelt a Magyar Pszichológiai Társaság és a Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete által közösen kiadott, 2004-ben hatályba lépett Pszichológus Etikai Kódex előírásainak. A vizsgálatban való részvételtől szóló hozzájárulás visszavonása a résztvevők számára bármikor, indoklás nélkül biztosított volt.

A kutatási program lebonyolításához szükséges etikai jóváhagyást a Semmelweis Egyetem Kutatásetikai Bizottsága adta meg (TUKEB szám: 92/2015), valamint a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága is hivatalosan engedélyezte az adatfelvétel lebonyolítását az érintett intézetekben.

A jelen keresztmetszeti kérdőíves vizsgálat során két különálló mintacsoport került bevonásra. Az első csoportot fogvatartott személyek alkották ($N = 363$), akik négy különböző hazai büntetés-végrehajtási intézetből, önkéntes alapon vettek részt a

vizsgálatban. A második csoport egy online módon, nem valószínűségi alapon toborzott kontrollminta volt ($N = 234$), melynek résztvevői Magyarország legnagyobb közösségi médiafelületein működő nyilvános csoportok tagjai közül kerültek ki.

Az összehasonlító elemzésekhez a két mintát nem és életkor alapján illesztettük, így az elemzésekben egyaránt 189 fő szerepelt a fogvatartotti és a kontrollcsoportban ($N_{\text{fogvatartott}} = 189$ fő; $N_{\text{kontroll}} = 189$ fő). A szükséges minimális mintanagyság meghatározásához (Viechtbauer et al., 2015) a 2021-es év büntetés-végrehajtási statisztikai adatait vettük alapul, mely szerint az adott évben $N=18.623$ fő¹ volt fogvatartásban Magyarországon. A statisztikai számítások alapján 95%-os konfidencia intervallum, 10%-os hibahatár mellett a szükséges minimális elemszám csoportonként legalább $N=96$ fő bevonása volt szükséges. A bevont minta tehát mindkét csoport esetében kielégíti az előzetesen meghatározott metodikai követelményeket.

3.1.3.2. Méréseszközök

A vizsgálat során alkalmazott kérdőívcsomag többféle önjellemző, valamint teljesítményalapú mérőeszközt tartalmazott, amelyek a résztvevők pszichológiai, klinikai és demográfiai jellemzőinek feltérképezésére szolgáltak.

A kérdőív első része az informált tájékoztatást és a beleegyező nyilatkozatot követően egy demográfiai adatlapból állt, amely a nemre, életkorra, iskolai végzettségre, munkavégzésre, családi állapotra, valamint a fogvatartottak esetében a fogvatartás időtartamára és okára vonatkozó adatokat tartalmazta.

Az önsértés előfordulását célzó kérdések között szerepelt egy szűrőkérdés: „Előfordult-e valaha, hogy szándékosan önmagában kárt tett?” A pozitív válasz esetén a válaszadók további kérdéseket kaptak az önsértés gyakoriságáról és módjáról.

Az önértékelés vizsgálatához a Rosenberg-féle Önértékelés Skála magyar változatát (RSES-H; Rosenberg, 1965; Sallaz et al., 2014) alkalmaztuk, amely 10 tételes, jól validált eszköz az általános önbecsülés mérésére.

A traumatikus események pszichés hatását az Események Hatása Kérdőív (IES-R; Horowitz et al., 1979; Perczel-Forintos et al., 2019) mérte, amely a megélt elkerülés, hyperarousal és intruzív tünetek gyakoriságát vizsgálja 22 tétel mentén, 0-tól 4-ig terjedő Likert-skálán.

A negatív életeseményekkel kapcsolatos kognitív megküzdési stratégiákat a Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív (CERQ; Garnefski et al., 2007; Miklósi et al., 2011) mérte fel. Az eszköz 36 tételből áll, és kilenc skálán értékeli az alkalmazott adaptív (pl. elfogadás, újra keretezés) és nem adaptív (pl. önvád, katasztrofizálás) stratégiákat.

A problémamegoldó képességeket a Mean-End Problem Solving Inventory (MEPS; Platt & Spivack, 1975; Ajtay et al., 2012) segítségével mértük, amely öt, nemenként eltérő interperszonális szituációra adott írásbeli válaszokat értékeli a megoldási lépések relevanciája alapján.

A reménytelenség szintjét a Reménytelenség Skála rövidített változata (RS-R; Beck et al., 1974; Perczel-Forintos et al., 2010) mérte fel, mely 4 tételen keresztül térképezi fel a negatív jövőkép jelenlétét.

Az öngyilkossági gondolatok és viselkedés feltárására a Paykel-féle Öngyilkossági Skálát (PÖS; Paykel et al., 1974; Balázs et al., 2013; Perczel-Forintos et al., 2019) használtuk, amely öt tételből áll, kiegészítve egy kérdéssel az öngyilkossági kísérlet múltbéli előfordulására vonatkozóan. Pozitív válasz esetén további két kérdés mérte fel a kísérletek számát és formáját.

A depresszió súlyosságának mérésére a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatát (BDI-R; Beck et al., 1961; Rózsa et al., 2001) alkalmaztuk, amely kilenc tételes önjellemző skála 0-tól 3-ig terjedő válaszopciókkal.

Az észlelt stressz mértékét a 4 tételes Észlelt Stressz Kérdőív (PSS-4; Cohen et al., 1983; Stauder et al., 2006) segítségével mértük, amely a stressz észlelt intenzitásának gyors felmérésére alkalmas.

Az impulzivitás mérésére a Barratt Impulzivitás Skála rövidített, 8 tételes változatát (BIS-R-8; Steinberg et al., 2013) alkalmaztuk, amely négyfokú Likert-skálán vizsgálja az impulzív viselkedések gyakoriságát.

A jóllét mérésére a WHO 5 tételes Jól-lét Kérdőívének magyar változatát (WBI-5; Bech et al., 1996; Susánszky et al., 2006) használtuk, amely az elmúlt két hétre vonatkozó pozitív érzelmi állapotokat méri.

A tudatos jelenlétet és annak öt dimenzióját a Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, 2003) segítségével vizsgáltuk, amely 39 tételen keresztül méri a megfigyelés, leírás, tudatos cselekvés, ítélkezésmentesség és reaktivitásmentesség szintjét. A kérdőív magyar nyelvű változata jelenleg standardizálás alatt áll.

3.1.3.3. Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzések első lépéseként minden alkalmazott mérőeszköz reliabilitását ellenőriztük Cronbach-alfa mutatók alapján. Az eredmények minden skálára vonatkozóan megfelelő belső konzisztenciát mutattak. A mintanagyságra és a változók eloszlására tekintettel – a központi határeloszlás tételének megfelelően – a változók normál eloszlásúnak tekinthetők (Wilcox, 2010).

A következő lépésben a Barratt Impulzivitás Skála 8 tételes rövidített változatának (BIS-R-8; Steinberg et al., 2013)) pszichometriai jellemzőit vizsgáltuk. A belső megbízhatóságot Cronbach-alfa statisztikával ellenőriztük, míg a skála szerkezetének feltárására exploratív faktorelemzést végeztünk főkomponens-analízis és varimax rotáció alkalmazásával. Az adatfeldolgozás során az IBM SPSS 27.0© programcsomagot használtuk. A kérdőív konstrukciós validitását a már korábban validált skálákhoz történő viszonyítás alapján vizsgáltuk. Az egyes mérőeszközök közötti összefüggések feltárására Pearson-féle korrelációs elemzést alkalmaztunk.

Az együtthatók értelmezéséhez az alábbi konvenciót követtük: 0,3 alatt gyenge, 0,3 és 0,5 között közepes, 0,5 felett pedig erős összefüggésnek tekintettük a kapcsolatot (Cohen, 1988). A fogvatartotti és a kontrollcsoport közötti különbségek feltárására független mintás t-próbát alkalmaztunk, míg a különbségek hatásméretének becslésére Cohen-féle parciális d értékeit számítottuk.

A szociodemográfiai változók (pl. nem, életkor, iskolai végzettség) valamint a korábbi NSSI vagy öngyilkossági kísérletek előfordulásának csoportszintű összehasonlítására Khi-négyzet próbát alkalmaztunk; az ehhez tartozó hatásméretet Phi-koefficienssel és Cramer V mutatóval becsültük.

Az öngyilkossági gondolatok hátterében álló prediktív tényezők feltárása kétlépcsős lineáris regresszió segítségével történt. Az első lépcsőben a pszichológiailag módosítható változók kerültek bevonásra – többek között depresszió, reménytelenség, észlelt stressz, szubjektíven megélt traumaélmény, jóllét, önértékelés, problémamegoldás, érzelemregulációs stratégiák (adaptív és nem adaptív), impulzivitás és mindfulness készségek.

A második lépcsőben a stabil, nem befolyásolható demográfiai tényezők szerepeltek: életkor, nem, családi állapot, iskolai végzettség, illetve az élettörténetben szereplő NSSI

és öngyilkossági kísérletek. Az elemzés stepwise módszerrel történt a teljes mintán, majd külön a fogvatartott almintán is.

Végül a mindfulness készségek hatásmechanizmusának feltérképezésére a szuicid gondolatokkal legszorosabban összefüggő módosítható változókra – a depresszióra és az észlelt stresszre – koncentrálni többszörös regressziós elemzést végeztünk, amely során a mindfulness közvetítő (mediátor) szerepét is vizsgáltuk. Az elemzést a JASP statisztikai programcsomag segítségével hajtottuk végre.

3.1.4. Eredmények

3.1.4.1. Reliabilitás vizsgálat

A kutatás első lépéseként, az alkalmazott pszichológiai mérőeszközök belső megbízhatóságát vizsgáltam (ld. 1. táblázat). A skálák reliabilitása mintákon összességében megfelelőnek bizonyult. Egyedül az FFMQ kérdőív *ítéletmentesség* dimenziója esetében figyelhető meg alacsonyabb megbízhatósági mutató (Cronbach-alfa érték 0,63). Az alskálák belső konzisztenciája a legtöbb esetben jó (Cronbach-alfa > 0,70), illetve kiváló (Cronbach-alfa > 0,80) értékeket mutatott, ami magas fokú homogenitásra és kiváló megbízhatóságra utal.

1. táblázat: Az alkalmazott mérőeszközök reliabilitása (Horváthné et al., 2023)

Vizsgált változók		Cronbach-alfa
WBI-5		0,88
IES-R		0,93
BDI-R		0,85
RS-R		0,84
PSS-4		0,72
PÖS		0,89
RSES-H		0,86
CERQ	Önvád	0,76
	Elfogadás	0,76
	Rumináció	0,79
	Pozitív fókuszváltás	0,87
	Tervezés	0,74
	Pozitív átértékelés	0,77
	Perspektívába helyezés	0,72

	Katasztrofizálás	0,79
	Mások hibáztatása	0,83
	Adaptív	0,89
	Maladaptív	0,84
FFMQ	Megfigyelés	0,79
	Leírás	0,86
	Tudatos cselekvés	0,87
	Ítéletmentesség	0,63
	Reaktivitás mentesség	0,72
	Összpontszám	0,82

Ezek az eredmények alátámasztják, hogy az alkalmazott mérőeszközök pszichometriai tulajdonságai megfelelőek, így a hipotézisek statisztikai tesztelésére megbízható alapot biztosítanak.

3.1.4.2. A rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) pszichometriai elemzése

Kutatásom egyik célkitűzése, a Barratt Impulzivitás Skála nyolc tételes, rövidített változatának (BIS-R-8; Steinberg et al., 2013)) vizsgálata volt, Büntetés-végrehajtási intézmények kontextusában.

A Barratt Impulzivitás Skála pszichometriai elemzése során egyik tétel sem mutatott szélsőséges válaszmegoszlást. A *Kaiser–Meyer–Olkin mutató alapján* ($KMO=0,82$) az **elemszám megfelelőnek, a változók alkalmasnak** bizonyultak faktorelemzésre. A főkomponens elemzés eredményei értelmezhetők voltak, amit a *Bartlett-féle sfericitásvizsgálat* ($\chi^2(df = 28, N = 378) = 1054,82; p < 0,001$) eredménye is megerősített, jelezve, hogy a tételek közötti **korrelációs együtthatók elégségesek a főkomponens elemzés elvégzéséhez.**

A főkomponens-elemzés két 1-nél nagyobb sajátértékű faktort azonosított (3,66; 1,36), amelyek az összes tétel által leírt összvariancia 62,73%-át magyarázták. A Scree-teszt szintén alátámasztotta egy kétdimenziós struktúra meglétét. Az orthogonális rotációval nyert faktorstruktúra alapján az **első faktorba** a kognitív képességekkel kapcsolatos itemek kerültek, ezt a dimenziót „**Kognitív impulzivitásnak**”, míg a **második faktort** -

amely a meggondolatlan, „pillanat hevében” történő cselekvésekhez kapcsolódó tételeket foglalja magában „**Viselkedési impulzivitásnak**” neveztük el. A komponensek orthogonális forgatást követő sajátértékeit, az általuk magyarázott varianciát, valamint a skála megbízhatósági mutatóit a 2. számú táblázat tartalmazza.

2. táblázat: Az orthogonális forgatást követő komponensstruktúra, valamint a skála megbízhatósági mutatói alskálánként. (Horváthné et al., 2023)

	Kognitív impulzivitás	Viselkedési impulzivitás
6. Alaposan át szoktam gondolni a dolgokat.*	0,808	
5. Könnyen tudok koncentrálni a dolgokra.*	0,765	
4. Nagy az önuralmam.*	0,791	
1. Gondosan megtervezem a feladataimat.*	0,743	
2. Gondolkodás nélkül cselekszem.		0,774
7. Gondolkodás nélkül kimondom a dolgokat.		0,794
8. A pillanat hevében cselekszem.		0,785
3. Nem figyelek oda a dolgokra.		0,666
Megmagyarázott variancia (%)	31,464	29,485
Cronbach-alfa	0,81	0,78
		0,82

Megjegyzés: *fordított tételek.

A kapott eredmények alapján a megbízhatósági mutatók mind az egy-, mind a kétfaktoros struktúrában magasak (Cronbach-alfa: 0,82; 0,81; 0,78); itemelhagyás egyik esetben sem vált szükségessé.

A külső reliabilitás vizsgálatára a BIS-R-8 és a klinikai, valamint pszichometriai skálák közötti Pearson-féle korrelációs együtthatók szolgáltak (ld. 3. táblázat). Az impulzivitás skála alskálái és összpontszáma több változóval is szignifikáns korrelációt mutatott. Az egy- és kétfaktoros modell között csak néhány esetben jelentkezett eltérés; ugyanakkor az **unidimenzionális változat a legtöbb esetben erősebb korrelációkat mutatott. A legerősebb pozitív irányú összefüggés a depresszióval (BDI-R), az észlelt stressz szintjével (PSS-4) és a reménytelenséggel (RS-R) voltak kimutathatók, míg a legerősebb negatív korrelációkat a mindfulness készségek (FFMQ) összpontszáma illetve az önértékelés (RSES-H) vonatkozásában találtuk.**

A cselekvési kontroll és a vizsgált változók közötti kapcsolatok elemzése alapján továbbá közepes erősségű, szignifikáns pozitív korreláció volt tapasztalható a depresszió, az észlelt stressz, a reménytelenség és a szuicid gondolatok esetében, míg az önértékeléssel és a „leírás” mindfulness dimenzióval negatív irányú, szintén közepes erősségű összefüggés mutatkozott. Ezenfelül erős, negatív irányú kapcsolat igazolódott a cselekvési kontroll, a tudatos cselekvés, valamint az összesített mindfulness pontszám között.

3. táblázat: A BIS-R-8 feltáró faktoranalízise során kapott két faktor korrelációs együtthatói a vizsgált változókkal (Horváthné et al., 2023).

		BIS-R-8		
Vizsgált változók (Cronbach alfa)		Kognitív i.	Viselkedési i.	Összesített
	WBI-5 (0,88)	-0,416***	-0,260***	-0,401***
	IES-R (0,93)	0,149**	0,230***	0,220***
	BDI-R (0,85)	0,384***	0,429**	0,475***
	RS-R (0,84)	0,379***	0,348***	0,427***
	PSS-4 (0,72)	0,464***	0,438**	0,529***
	PÖS (0,89)	0,334***	0,320***	0,384***
	RSES-H (0,86)	-0,425***	-0,376**	-0,471***
	MEPS	-0,096*	-0,081	-0,105*
CERQ	Önvád (0,76)	-0,055	0,018	0,044
	Elfogadás (0,76)	-0,017	0,054	0,020
	Rumináció (0,79)	-0,018	0,100	0,045
	Pozitív fókuszváltás (0,87)	-0,023	-0,036	-0,035
	Tervezés (0,74)	0,037	0,037	0,044
	Pozitív átértékelés (0,77)	-0,009	-0,017	-0,015
	Perspektívába helyezés (0,72)	0,047	0,032	0,047
	Katasztrofizálás (0,79)	-0,120*	-0,026	0,088
	Mások hibáztatása (0,83)	-0,033	0,013	-0,013
	Adaptív (0,89)	0,007	0,016	0,014
	Maladaptív (0,84)	-0,045	0,037	-0,007
FFMQ	Megfigyelés (0,79)	-0,275***	-0,199**	-0,279***
	Leírás (0,86)	-0,456***	-0,362***	-0,480***
	Tudatos cselekvés (0,87)	-0,501***	-0,566***	-0,620***
	Ítéletmentesség (0,63)	-0,180**	-0,290***	-0,271***
	Reaktivitás mentesség (0,72)	-0,353***	-0,292***	-0,378***
	Összpontszám (0,82)	-0,571***	-0,559***	-0,659***

Megjegyzés: Pearson-féle korrelációs együtthatók: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

A BIS-R-8 skála a várakozásoknak megfelelően jó belső megbízhatóságot mutatott mind az egy-, mind a kétfaktoros szerkezetben, és pszichometriai szempontból is alkalmasnak bizonyult a vizsgált populációban történő alkalmazásra. Az unidimenzionális modell azonban legtöbb konstruktummal erősebb együttjárást mutatott, így a skála strukturális egyszerűsítése szakmailag indokoltnak és empirikusan megalapozottnak tekinthető.

3.1.4.3. A vizsgált minta leíró statisztikai jellemzői

A kutatásban résztvevők, egyenlő arányban alkották a fogvatartotti (n=189), valamint a civil személyekből álló kontrollcsoportot (n=189). A minta leíró statisztikai jellemzőit a 4. táblázat foglalja össze. Az illesztett mintavétel eredményeként a két csoport életkori eloszlása közel azonosnak bizonyult, az átlagéletkor tekintetében nem mutatkozott szignifikáns különbség ($M_{\text{fogvatartott}} = 36,11$ év, $SD = 9,57$; $M_{\text{kontroll}} = 36,25$ év, $SD = 10,76$; $t(376) = -0,141$; $p = 0,89$). A nemi eloszlás mindkét csoportban férfitöbbséget jelez, a két eloszlás megegyező (férfi:nő = 61%:39%; $\chi^2(1) = 0$; $p = 1$). A legjelentősebb eltérés az iskolázottságban volt megfigyelhető: míg a fogvatartottak túlnyomó többsége legfeljebb középfokú végzettséggel rendelkezett (93%), addig a kontrollcsoport tagjai közül 57% felsőfokú végzettséget jelölt meg ($\chi^2(3) = 140,13$; $p < 0,001$; $\Phi = 0,609$). A családi állapot szintén eltérően alakult: a fogvatartottak körében magasabb arányban fordult elő az egyedülálló státusz (33% vs. 22%), míg a kontrollcsoportban jóval gyakoribb volt a házasság (41% vs. 19%) ($\chi^2(4) = 25,44$; $p < 0,001$; $\Phi = 0,261$).

4. táblázat: A minta szociodemográfiai megoszlása csoport szerinti bontásban (Horváthné et al., 2023).

	Fogvatartottak (N=189 fő)	Kontroll (N=189 fő)	Összehasonlítás
Életkor	36,1 év (22-60 év, SD = 9,57)	36,25 év (18-73 év, SD = 10,76)	$t(376)=0,141$, $p=0,89$
Nemi eloszlás	Férfi : nő = 61% / 39%	Férfi : nő = 61% / 39%	$\chi^2(1)=0$, $p=1$
Iskolázottság	7% kevesebb, mint 8 ált. 37% alapfokú végzettség 49% középfokú végzettség 5% felsőfokú végzettség	1 % kevesebb, mint 8 ált. 5% alapfokú végzettség 36% középfokú végzettség 57% felsőfokú végzettség	$\chi^2(3)=140,13$, $p<0,001$ ($\Phi=0,609$, CV=0,609)

Családi állapot	33% egyedülálló	22% egyedülálló	$\chi^2(4)=25,44,$ p<0,001 ($\Phi=0,261,$ CV=0,261)
	32% tartós kapcsolat	29% él tartós kapcsolat	
	19% házas	41% házas	
	10% elvált	4% elvált	
	4% özvegy	1% özvegy	

Az eredmények arra utalnak, hogy a két csoport szociodemográfiai jellemzői között bizonyos változók – különösen az iskolai végzettség és a családi állapot – esetében statisztikailag is kimutatható eltérések voltak megfigyelhetők.

3.1.4.4. A fogvatartott személyek mentális egészségének, pszichés rizikótényezőinek vizsgálata

További célkitűzés volt, a fogvatartotti populáció mentál-egészségügyi állapotának felmérése. Az eredmények alapján a fogvatartott személyek mentálhigiénés állapota az aktuális és az élettörténeti rizikófaktorok tekintetében egyaránt kedvezőtlenebb képet mutatott, mint a kontrollcsoport. A **pszichológiai jóllét** (WBI-5: $t = -3,649$; $p \leq 0,001$; $d = 0,375$), valamint a **szociális problémamegoldó képesség** (MEPS: $t = -6,059$; $p \leq 0,001$; $d = 0,650$) tekintetében szignifikánsan alacsonyabb értékeket mutattak a fogvatartottak. Az utóbbi különbség nagy hatásnagyságnak minősül ($d > 0,6$), míg a pszichológiai jóllét esetében közepes mértékű ($d \approx 0,4$) kapcsolatot jelez. Az **észlelt stressz** (PSS-4: $t = 4,743$; $p \leq 0,001$; $d = 0,448$) és a **traumatikus élmények hatása** (IES-R: $t = 4,353$; $p \leq 0,001$; $d = 0,448$) szintén közepes erősségű különbséget mutattak, a **depresszió** (BDI-R: $t = 2,460$; $p = 0,014$; $d = 0,253$) és az **impulzivitás** (BIS-R-8 összesített: $t = 2,133$; $p = 0,034$; $d = 0,220$) esetében a hatásnagyság azonban már kisebb, de még értelmezhető pszichológiai különbséget jelez.

A **mindfulness készségek** terén is szignifikáns eltérések mutatkoztak: az **elítéltek alacsonyabb összpontszámot értek el az FFMQ kérdőíven** (összesített: $t = -3,147$; $p = 0,002$; $d = 0,333$), különösen az „ítéletmentesség” dimenzióban ($t = -2,908$; $p = 0,004$; $d = 0,315$) és a „megfigyelés” alskálán ($t = -2,212$; $p = 0,028$; $d = 0,235$). Ezek a különbségek kis-közepes hatásnagyságra utalnak. Az önértékelés (RSES-H) szintén alacsonyabb volt a fogvatartottaknál ($t = -1,872$; $p = 0,062$), de a különbség a szignifikanciahatár közelében maradt. A kognitív érzelmszabályozási stratégiák között a **„katasztrofizálás” mutatott szignifikáns különbséget, mely magasabb volt a fogvatartottaknál** ($t = 2,926$; $p = 0,004$; $d = 0,301$). A nem adaptív stratégiák

összpontszáma esetében a különbség a statisztikai szignifikancia határát súrolta ($t = 1,927$; $p = 0,055$; $d = 0,211$), míg **az adaptív stratégiákban gyakorlatilag nem volt eltérés** ($d \approx 0,000$).

A nem szuicid önsértés (NSSI) **kizárólag a fogvatartottak körében volt jelen (27%)**, míg a kontrollcsoportban egyetlen eset sem került említésre. Az **öngyilkossági kísérletek** előfordulása mindkét csoportban megjelent, azonban **az elítéltek körében jóval magasabb** arányban: míg a kontrollmintában 11,6% számolt be korábbi kísérletről, addig a fogvatartottaknál ez az arány 23,8% volt. A csoportok közötti különbség szignifikánsnak bizonyult ($\chi^2(df = 1, N = 189) = 9,59$, $p = 0,002$, $\Phi = 0,159$, $CV = 0,159$). Az 5. táblázat a vizsgált pszichológiai változók mentén mutatja be a kontroll- és a fogvatartott csoport jellemzőinek összehasonlítását.

5. táblázat: A fogvatartott és a kontroll minta pszichometriai összehasonlítása (Horváthné et al., 2023).

Vizsgált változók		Fogvatartott ($n = 189$)	Kontroll ($n = 189$)	Statisztikai próba		Hatás- méret
		átlag (SD)		t	p	Cohen- d
	Életkor	36,11(9,57)	36,25(10,76)	- 0,141	0,89	
	WBI-5	7,49(3,91)	8,91(3,61)	- 3,649	$\leq 0,001$	0,375
	IES-R	5,23(2,69)	4,04(2,63)	4,353	$\leq 0,001$	0,448
	BDI-R	14,87(5,29)	13,57(4,98)	2,460	0,014	0,253
	RS-R	2,14(2,67)	1,92(2,29)	0,867	0,387	
	PSS-4	2,20(4,206)	1,31(2,71)	4,743	$\leq 0,001$	0,448
	PÖS	2,20(4,20)	1,31(2,71)	2,441	0,015	0,251
	RSES-H	16,98(5,46)	18,01(5,24)	- 1,872	0,062	
	MEPS	6,39(4,42)	9,81(5,97)	- 6,059	$\leq 0,001$	0,650
CERQ	Önvád	11,22(4,25)	10,41(3,99)	1,893	0,059	
	Elfogadás	12,83(4,13)	12,75(4,19)	0,173	0,863	
	Rumináció	12,74(4,16)	11,95(4,29)	1,800	0,073	
	Pozitív fókuszváltás	11,30(4,70)	11,23(4,64)	0,132	0,895	
	Tervezés	14,26(3,99)	14,41(3,59)	- 0,392	0,695	
	Pozitív ártértékelés	12,91(4,48)	13,09(3,94)	-	0,670	

				0,427		
	Perspektívába helyezés	11,59(4,18)	11,37(3,82)	0,539	0,590	
	Katasztrofizálás	11,13(4,70)	9,76(4,36)	2,926	0,004	0,301
	Mások hibáztatása	8,89(4,13)	9,50(4,32)	- 1,410	0,159	
	Adaptív	62,90(16,62)	62,88(14,25)	0,013	0,989	
	Non-adaptív	43,98(11,83)	41,65(11,76)	1,927	0,055	
FFMQ	Megfigyelés	23,98(5,93)	25,52(7,06)	- 2,212	0,028	0,235
	Leírás	28,84(6,11)	29,85(7,45)	- 1,385	0,167	
	Tudatos cselekvés	29,21(7,07)	30,34(7,01)	- 1,494	0,136	
	Ítéletmentesség	27,05(6,34)	29,13(6,82)	- 2,908	0,004	0,315
	Reaktivitás mentesség	19,21(4,72)	20,15(5,32)	- 1,526	0,128	
	Összesített	127,22(17,24)	133,80(21,58))	- 3,147	0,002	0,333
BIS-R-8	Kognitív i.	8,57(2,83)	8,11(2,87)	1,570	0,117	
	Viselkedési i.	7,90(2,63)	7,34(2,56)	2,090	0,037	0,215
	Összesített	16,48(4,26)	15,46(4,98)	2,133	0,034	0,220

3.1.4.5. Az öngyilkossági gondolatokat befolyásoló pszichológiai tényezők

Az öngyilkossági gondolatokat fenntartó tényezők azonosításához, a Paykel-féle Öngyilkossági Skála (PÖS) pontszámainak háttérében álló pszichológiai és demográfiai tényezők elemzésére került sor, hierarchikus lineáris regresszió segítségével.

Az első lépcsőben bevont, módosítható pszichológiai változókból álló modell (BDI-R, RS-R, PSS-4, IES-R, MEPS, RSES-H, WBI-5, CERQ adaptív és non-adaptív, FFMQ alskálák és összesített skála, BIS-R-8) szignifikáns és statisztikailag megbízható prediktív értékkel rendelkezett ($F(3)=53,88$; $p<0,001$), a magyarázott variancia aránya elérte a 33,3%-ot ($R_{adj}^2 = 0,330$). A legmarkásabb prediktor a **depresszió** volt ($\beta = 0,285$; $p<0,001$), amely önmagában az öngyilkossági gondolatok varianciájának 28,7%-

át magyarázta. Ezt követte a **reménytelenség** ($\beta = 0,166$; $p = 0,004$), míg az **észlelt stressz** ($\beta = 0,111$) hozzájárulása statisztikailag nem bizonyult szignifikánsnak ($p = 0,058$). A *második lépcsőbe nem módosítható változók* (kor, nem, családi állapot, iskolai végzettség, NSSI és öngyilkossági kísérletek az élettörténet során) kerültek. A végső modell szintén szignifikáns ($F(6)=40,70$; $p<0,001$), és jó magyarázóerővel rendelkezik (a PÖS pontszámok varianciájának 42,5%-át magyarázta). A modell szignifikáns prediktorai között szerepelt továbbá a **korábbi öngyilkossági kísérlet** ($\beta = 0,260$; $p<0,001$), az **NSSI előfordulása** ($\beta = 0,137$; $p = 0,002$), valamint az **életkor** ($\beta = -0,112$; $p = 0,010$), a β -koefficienseket a 6. táblázat tartalmazza.

A regressziós modell *kizárólag a fogvatartott csoporton belüli* alkalmazása szintén szignifikáns eredményeket hozott ($F(7)=17,641$; $p<0,001$), ebben az esetben az az 5. táblázatban látható változók a szuicid gondolatok varianciájának 44%-át magyarázták ($\text{Radj}^2 = 0,440$), a módosítható változók 33,5%-ot ($\text{Radj}^2 = 0,335$). A **depresszió** ($\beta = 0,259$; $p = 0,001$), a **korábbi öngyilkossági kísérletek** ($\beta = 0,308$; $p<0,001$), az **NSSI** ($\beta = 0,131$; $p = 0,038$), valamint az **életkor** ($\beta = -0,128$; $p = 0,045$) szerepeltek szignifikáns prediktorként. További, a modellbe bekerülő tényezők voltak a **pszichés jóllét** (WBI-5; $\beta = -0,186$; $p = 0,010$), valamint a **problémamegoldó képesség** (MEPS; $\beta = -0,106$; $p = 0,098$), utóbbi hatása azonban nem érte el a statisztikai szignifikancia szintjét.

6. táblázat: Az öngyilkossági gondolatok (PÖS=Paykel Öngyilkossági Skála) magyarázó regressziós modelljébe belépő változók β -koefficiensei a teljes és a fogvatartotti mintán (Horváthné et al., 2023).

Magyarázó változók	Teljes minta (N=378)			Fogvatartottak (N=189)		
	β	t	p	β	t	p
BDI-R	,285	4,579	,000	0,259	3,473	0,001
PSS-4	,111	1,903	,058	0,108	1,340	0,182
RS-R	,166	2,905	,004			
WBI-5				-0,186	-2,617	0,010
MEPS				-0,106	-1,667	0,098
Szuicid kísérletek	,260	5,929	,000	0,308	4,526	0,000
NSSI	,137	3,198	,002	0,131	2,098	0,038
Életkor	-,112	-2,605	,010	-0,128	-2,020	0,045

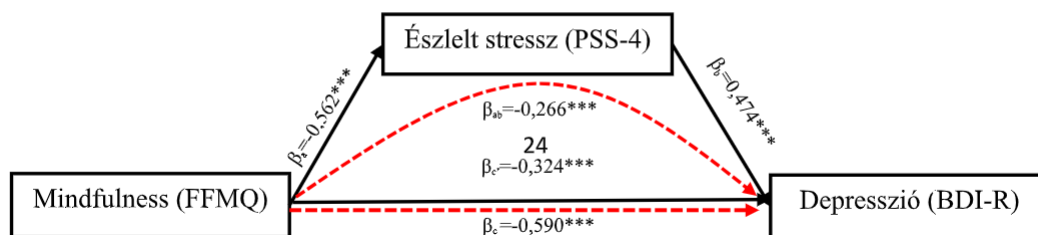
A regressziós elemzések alapján az öngyilkossági gondolatok legerősebb pszichológiai előrejelzője a depresszió volt, melyet a reménytelenség és az NSSI, illetve a korábbi szuicid kísérlet követett. A fogvatartotti populációra vonatkozó modellben mind a pszichés jóllét, mind az életkor statisztikailag szignifikáns, fordított irányú előre jelzőként szerepelt.

3.1.4.6. Mindfulness készségek, valamint a szuicid rizikótényezők összefüggései

A mindfulness készségek (FFMQ összpontszám) és a szuicid rizikóval összefüggő változtatható tényezők kapcsolatát a teljes mintán (N=378) mediációs modell segítségével vizsgáltuk. A fenti eredményekre építve a vizsgálat célja az volt, hogy feltérképezzük, milyen hatással bír a mindfulness az öngyilkossági gondolatokkal összefüggésbe hozható két kulcsfontosságú, módosítható pszichológiai tényezőre: a depresszió és az észlelt stressz szintjére.

A modell eredményei (ld. 6.táblázat) azt mutatták, hogy **a mindfulness készségek szignifikáns, negatív irányú kapcsolatban állnak a depresszió mértékével** ($\beta = -0,590$; $p < 0,001$), **valamint az észlelt stresszel** ($\beta = -0,562$; $p < 0,001$). Az elemzés kimutatta továbbá, hogy míg **a mindfulness készségek direkt összefüggésben állnak a depresszió szintjével, a mindfulness indirekt módon is hat a depresszió mértékére, az észlelt stresszre gyakorolt hatásán keresztül; közvetítő szerepet játszva a mindfulness és a depresszió közötti kapcsolatban (ld. 1 ábra)**. A direkt hatás ($\beta_{c'} = -0,324$; $p < 0,001$) mellett tehát szignifikáns, közvetett (indirekt) hatás is igazolható volt az észlelt stresszen keresztül ($\beta_{ab} = -0,266$; $p < 0,001$) (ld. 7. táblázat). A teljes modell a depresszió varianciájának 50,1%-át magyarázta ($R_{adj}^2 = 0,501$), ami erős prediktív értékre utal.

Megállapítható tehát, hogy a mindfulness készségek nemcsak közvetlenül járulnak hozzá az alacsonyabb depressziós tünetekhez, hanem közvetve is védő szerepet töltenek be azáltal, hogy mérséklék az észlelt stressz negatív hatását.



1. ábra: Mindfulness védő hatása a depresszióra (Horváthné et al., 2023).

Megjegyzés: $p \leq 0,001$ ***

7. táblázat: A mindfulness hatása a depresszióra az észlelt stressz mediációjával (Horváthné et al., 2023).

x	y	β	SE(B)	t	p	LLCI	ULCI
FFMQ (total)	BDI-R	-0,590	0,044	-13,535	<0,001	-0,676	-0,504
FFMQ	PSS-4	-0,562	0,046	-12,598	<0,001	-0,664	-0,485
FFMQ +	BDI-R	-0,324	0,046	-7,010	<0,001	-0,415	-0,233
PSS-4 (direkt)		0,474	0,045	10,254	<0,001	0,375	0,552
FFMQ	BDI-R	-0,266	0,033	-	<0,001	-0,332	-0,201
PSS-4-en át (indirekt)							

3.1.5. Diszkusszió

A fogvatartottak különösen sérülékeny csoportot képviselnek az öngyilkossági kísérletek szempontjából, mivel a szuicid halálesetek aránya ebben a populációban kiemelkedően magas (Favril et al., 2020; Habtamu & Desalegn, 2020; Favril et al., 2020; Khezri et al., 2022) és számos ismert rizikótényező fokozottan jelen van körükben (Favril et al., 2020; O'Connor & Kirtley, 2018). Az öngyilkosság integrált motivációs-cselekvési modellje (Perczel-Forintos, 2011; Clark et al., 2000) szerint a fokozott szuicid kockázat kialakulásában nemcsak a biológiai hajlam, az élethelyzeti stressz és a traumatizáló események játszanak szerepet, hanem az úgynevezett „gátolt menekülés” állapota is, amelyben a személy a megoldatlannak érzett problémából való kilépés lehetőségét nem látja. A modell alapján a reménytelenség és a maladaptív érzelmszabályozási stratégiák alkalmazása tovább növeli az öngyilkossági gondolatok kialakulásának esélyét.

Eredményeink alapján a fiatalabb életkor önálló rizikófaktorként jelentkezik, amely mind a teljes mintára, mind a fogvatartottakra egyaránt jellemző. Emellett az aktuálisan fennálló depresszió, a reménytelenség érzése és a magas szintű stresszeszelés is szignifikáns összefüggést mutatott az öngyilkossági gondolatokkal. A fogvatartotti minta külön elemzése során megállapítottuk, hogy ebben a populációban nemcsak a reménytelenség, hanem a pszichés jóllét hiánya és a gyenge problémamegoldó képességek is előrejelezhetik az öngyilkossági gondolatok megjelenését.

A 8 tételes Rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) faktoranalízise alapján unidimenzionális skálaként alkalmazható, kétfaktoros szerkezet is igazolódott, kognitív és viselkedési impulzivitás alskálákkal. Az egyfaktoros szerkezet belső és külső reliabilitása is jobbnak bizonyult. Eredményeink azt mutatják, hogy a BIS-R-8 megfelelő szűrőeszköz lehet büntetés-végrehajtási intézetekben az impulzivitás mint öngyilkossági rizikófaktor mérésére.

A vizsgálat során továbbá azt is elemeztük, hogy a mindfulness készségek miként kapcsolódnak azokhoz a pszichológiai tényezőkhez, amelyek a legerősebben kötődnek a szuicid gondolatok kialakulásához, különös tekintettel a változtatható tényezőkre. Egy mediációs modell alapján kimutattuk, hogy a mindfulness alacsony szintje nemcsak közvetlen módon, hanem az észlelt stresszen keresztül közvetetten is hozzájárul a depressziós tünetek megjelenéséhez. Ez a modell a depresszió heterogenitásának megközelítőleg 50%-át magyarázta. A mindfulness készségek fejlesztése így jelentős potenciállal bírhat az öngyilkossági gondolatok, és így a későbbi szuicid kísérletek kockázatának csökkentésében. Továbbá eredményeink szerint ezek a készségek a depresszió és szorongás enyhítésében is kedvező hatással bírhatnak.

Vizsgálatunk természetesen nem mentes a korlátoktól. A mintavétel részben kényelmi alapon történt, így az eredmények általánosíthatósága korlátozott lehet. A kérdőívek adaptálásának megbízhatósága és a fogvatartottak mentális állapotának átfogóbb feltérképezése érdekében indokolt lenne kontrollált, reprezentatív mintán végzett vizsgálatok lebonyolítása. Emellett a mintaelemszám növelése szintén kívánatos lenne a statisztikai megbízhatóság növelése érdekében. Ugyanakkor jövőbeni kutatások során javasolt lenne a mindfulness-alapú beavatkozások hatékonyságának értékelése longitudinális vizsgálatokkal.

Mindezek ellenére kutatásunk több gyakorlati lehetőséget is felszínre hozott. A BIS-R-8 skála hatékony szűrőeszköz lehet a büntetés-végrehajtási intézetekben az impulzivitás, mint lehetséges öngyilkossági kockázati tényező azonosítására. A mindfulness-alapú pszichológiai intervenciók pedig ígéretes módszerként szolgálhatnak a fogvatartottak pszichés jóllétének fokozására és a szuicid rizikó csökkentésére.

A protektív tényezőket vizsgáló skálák eredményei összhangban álltak korábbi várakozásainkkal. A fogvatartott csoport tagjai alacsonyabb szintű pszichés jóllétról számoltak be, továbbá kevesebb mindfulness-készséggel rendelkeztek, mint a kontrollcsoport. Ugyanakkor az önértékelés, az adaptív érzelmszabályozási stratégiák és a mindfulness alskálák egy része esetében nem mutatkozott szignifikáns eltérés. Ez utóbbi eltérés a vártnál kisebb hatásnagyságban, illetve a módszertani korlátokban – mint például a kényelmi mintavétel és a nem teljes körű illesztés – keresendő. Emellett szerepet játszhatnak az önreflexió képességében megmutatkozó különbségek, valamint az eltérő szocioökonómiai háttér és iskolai végzettség is. Mindez rámutat arra, hogy a börtönkörnyezet jelentősen módosíthatja az önbevalláson alapuló mérőeszközök értelmezését.

3.2. A fogvatartottak önsértő magatartásának vizsgálata a viselkedési addikció megközelítésén keresztül

3.2.1. Célkitűzések

A második vizsgálat célja a fogvatartottak önsértő magatartásának, ezen belül impulzivitásának a felmérése volt a viselkedési addikció modelljének keretében értelmezve.

Azt vizsgáltuk, hogy az önsértő magatartás milyen mértékben értelmezhető a viselkedési addikció egyik formájaként, különös tekintettel az ismétlődő, kényszeres viselkedésmintákra, a kontrollvesztés élményére, valamint a negatív érzelmi állapotok elkerülésére és a feszültségcsökkentésre irányuló motivációra. Ezen belül kísérletet tettünk annak feltérképezése, hogy az önsértő viselkedés milyen pszichológiai mechanizmusok révén válhat az egyén számára maladaptív feszültségcsökkentő stratégiává, illetve hogyan alakulhat ki az önsértés függőségszerű ismétlődése.

3.2.2. Hipotézisek

H1: Az ismétlődő önsértést elkövető fogvatartottak magasabb depresszió-, impulzivitás- és észlelt stressz-szinttel, valamint alacsonyabb adaptív érzelemszabályozási képességgel jellemezhetők, mint az alkalmi önsértők és a nem önsértő fogvatartottak.

H2: Az ismétlődő önsértők körében gyakoribbak a maladaptív érzelemszabályozási stratégiák (pl. elkerülés, érelelnyomás), mint az alkalmi önsértők vagy a nem önsértő fogvatartottak körében.

H3: Az ismétlődő önsértők érzelmi válaszmintázata és stresszkezelési mechanizmusai hasonlóságot mutatnak a viselkedési függőségek mintázatával (negatív megerősítés, kontrollvesztés, relapszusra való hajlam).

H4: Az önsértő viselkedés ismétlődése részben a stressz és a negatív érzelmek átmeneti csökkenésével jár, ami függőségszerű mintázatot eredményez (negatív érzelmek → önsértés → átmeneti megkönnyebbülés → ismétlés).

H5: A korábbi önsértések száma pozitív előrejelzője a jövőbeli önsértési késztetéseknek és/vagy öngyilkossági gondolatoknak.

H6: Az érzelemszabályozás diszfunkcionalitása és az impulzivitás közvetítő (mediátor) szerepet tölt be a korábbi önsértő viselkedés és a jelenlegi szuicid gondolatok közötti kapcsolatban.

H7: Az ismétlődő önsértést mutató fogvatartottak körében a célzott érzelmszabályozási és stresszkezelő (pl. mindfulness-alapú) intervenciók hatékonyabban csökkentik a jövőbeli önsértési és öngyilkossági kockázatot, mint a hagyományos pszichoedukációs programok.

3.2.3. Módszerek

3.2.3.1. Eljárás, vizsgálati személyek

Az adatkezelés és tárolás teljes folyamata megfelelt a Magyar Pszichológiai Társaság, valamint a Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete által 2004-ben elfogadott Pszichológus Etikai Kódex előírásainak. A résztvevők számára biztosított volt a kutatásban való részvételhez adott hozzájárulásuk bármikori, indoklás nélküli visszavonásának lehetősége.

A kutatás lefolytatásához szükséges etikai engedélyt a Semmelweis Egyetem Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága adta ki (TUKEB szám: 92/2015). Emellett a vizsgálat lebonyolítását a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága is hivatalosan jóváhagyta, így az adatfelvétel az érintett büntetés-végrehajtási intézetek engedélyével történt.

A keresztmetszeti, több helyszínen zajló felmérés 2021. júniusa és augusztusa között történt négy hazai büntetés-végrehajtási intézetben, összesen 363 fő jogerősen elítélt fogvatartott önkéntes részvételével. A mintanagyság számítása során a 95%-os megbízhatósági szint és 5%-os hibahatár figyelembevételével minimálisan 232 fő bevonása volt szükséges.

A kutatásba való bevonás kizáró okai között szerepeltek azok a pszichés állapotok, amelyek akadályozhatták a kérdőívek megbízható kitöltését. Ilyenek voltak például az akut pszichotikus tünetek, a súlyos mentális retardáció, illetve az aktuálisan fennálló pszichoaktív szerhasználat. Ezeket a kizárási szempontokat a korábbi orvosi dokumentációk, illetve az intézmény pszichológusának vagy pszichiáterének szakvéleménye alapján állapítottuk meg.

3.2.3.2 Mérészközök

A vizsgálat során a résztvevők egy előre meghatározott sorrendben töltötték ki a kérdőívcsomagot. Az adatfelvétel az informált beleegyezés és tájékoztatás után egyéni

adatlap kitöltésével kezdődött, amely demográfiai információkat tartalmazott (nem, életkor, iskolai végzettség, foglalkoztatási státusz, családi állapot), valamint a fogvatartottak esetében a fogvatartás időtartamára és okára is rákérdezett.

Az önsértés előfordulását egy szűrőkérdés vizsgálta: „Előfordult-e, hogy valaha szándékosan kárt tett önmagában, öngyilkossági szándék nélkül?” Amennyiben a válasz „igen” volt, a további kérdések az önsértő viselkedés gyakoriságára („Ha igen, hányszor?” [1/2/.../6/több mint 6]) és formájára („Hogyan tette?”) vonatkoztak.

A *Kognitív Érzelemszabályozás Kérdőív* (CERQ; Garnefski et al., 2007; Miklósi et al., 2011) 36 tételből áll, és egy ötfokozatú Likert-skálán (1–5) méri, hogy a kitöltő hogyan kezeli a negatív, kellemetlen eseményeket. Kilenc alskálája közül öt adaptív (elfogadás, pozitív fókuszálás, tervezés, pozitív újraértékelés, perspektíva-váltás), míg négy nem adaptív (önvád, rumináció, katasztrofizálás, mások hibáztatása) megküzdési stratégiát vizsgál.

Az *Ötfaktoros Tudatos Jelenlét Kérdőív* (FFMQ; Baer, 2003) a mindfulness személyiségvonás alapú mérésére szolgál. A kérdőív öt alskálát tartalmaz: megfigyelés, leírás, tudatos cselekvés, ítélkezésmenesség és nem-reaktivitás. Jelen vizsgálatban a skála összpontszámát egyfaktoros, egydimenziós változóként használtuk.

A depresszió súlyosságát a *Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata* (BDI-R; Beck et al., 1961; Rózsa et al., 2001) mérte, mely kilenc tételből áll. A válaszadók egy négyfokú Likert-skálán (0–3) értékelték állításaikat. Klinikai szintű depressziót a 10 pont feletti érték jelez, míg szorongástól független depresszió esetén már 6 pont is diagnosztikai határérték lehet.

Az észlelt stressz szintjét a 4 tételes *Észlelt Stressz Kérdőív* (PSS-4; Cohen et al., 1983; Stauder et al., 2006) mérte, amely a stresszérzettel kapcsolatos gondolatokra és érzésekre kérdez rá egy 0-tól 4-ig terjedő Likert-skálán.

Az impulzivitás mérésére a *Barratt Impulzivitás Skála 8 tételes rövidített változatát* (BIS-R-8; Steinberg et al., 2013) alkalmaztuk, ahol a válaszadók négyfokú Likert-skálán (1–4) jelölték meg, mennyire jellemző rájuk az adott állítás.

Az öngyilkossági gondolatok, elképzelések és kísérletek feltérképezésére a *Paykel-féle Öngyilkossági Skálát* (PÖS; Paykel et al., 1974; Balázs et al., 2013; Perczel-Forintos et al., 2019) használtuk, amely öt tételből áll, és egy 0-tól 4-ig terjedő Likert-skálán értékeli a válaszadó elmúlt két hétben tapasztalt szuicid tartalmait. Amennyiben a

válaszadó az utolsó tételre igennel válaszolt, a kérdőív kiegészült két további kérdéssel: a szuicid kísérlet gyakoriságára („Ha igen, hányszor?” [1/2/.../6/több mint 6]) és módjára („Hogyan kísérelte meg?”) vonatkozóan.

3.2.3.3. Statisztikai elemzés

Az adatok statisztikai feldolgozását az IBM SPSS Statistics 28© programcsomag, valamint a hierarchikus többszörös regresszióelemzésekhez a JASP szoftver biztosította. Az elemzések során a hiányzó értékeket kizártuk. A szignifikancia szintet minden esetben $\alpha = 0,05$ -ben határoztuk meg; az ez alatti értékeket statisztikailag szignifikánsnak tekintettük. A vizsgálat során alkalmazott mérőeszközök belső megbízhatóságát Cronbach-alfa értékek alapján értékeltük.

Mivel a Shapiro–Wilk-próba alapján az adatok nem mutattak normáeloszlást, a nem szuicid önsértés (NSSI) és az öngyilkossági kísérletek (SA) gyakorisága alapján a vizsgálati személyeket négy csoportba soroltuk: 1) súlyos, többszörös előfordulás (multiple repetition, MR): az élettörténet során legalább öt alkalommal előforduló NSSI vagy SA; 2) ismételt előfordulás (repeated attempt, RA): SA (suicide attempt) vagy NSSI 2–4 alkalommal; 3) egyszeri eset (one-time attempt, OA): a viselkedés egyszer fordult elő; valamint 4) nem előforduló (NA): azok, akiknél sem NSSI, sem SA nem jelentkezett.

A pszichológiai változók (például depresszió, érzelemszabályozási stratégiák, impulzivitás, tudatos jelenlét és észlelt stressz) és a fenti szuicid magatartási kategóriák közötti kapcsolat vizsgálatához bináris logisztikus regresszióelemzéseket végeztünk Wald-forward módszerrel. A változók közötti multikollinearitást minden esetben ellenőriztük: az intervenciancia korreláció értékei nem haladták meg az $r < 0,62$ küszöböt, a VIF-értékek pedig 1,068 és 1,929 között mozogtak, így nem utaltak problémás mértékű kollinearitásra.

A hierarchikus többszörös regresszió célja négy modellszenárió vizsgálata volt: ezek azt tárták fel, hogy vajon a korábban átélt NSSI vagy SA moderátorként befolyásolja-e az észlelt stressz és az öngyilkossági gondolatok kapcsolatát, valamint a depresszió és az öngyilkossági gondolatok közötti összefüggést.

3.2.4. Eredmények

3.2.4.1. Megbízhatósági mutatók és átlagpontszámok

A vizsgálatban alkalmazott pszichológiai mérőeszközök belső megbízhatóságát Cronbach-alfa mutatók segítségével értékeltük (ld. 8. táblázat). Az eredmények alapján valamennyi skála elfogadható vagy kiváló megbízhatóságot mutatott ($\alpha \geq .70$). A legmagasabb megbízhatóságot az öngyilkossági gondolatokat mérő PAYKEL-skála mutatta ($\alpha = .916$), míg a legalacsonyabb érték az észlelt stressz mérésére alkalmazott PSS-4 skálán volt tapasztalható ($\alpha = .702$), amely szintén elfogadható szintű reliabilitást tükröz.

A leíró statisztikák alapján (ld. 8. táblázat) a fogvatartotti minta tagjai átlagosan enyhe mértékű depresszív tünetekről számoltak be (BDI-S $M = 6.01$, $SD = 5.46$), öngyilkossági gondolataik előfordulása mérsékelt szintet mutatott (PAYKEL $M = 2.15$, $SD = 4.09$). Az impulzivitás mértéke közepesnek tekinthető (BIS-S-8 $M = 16.40$, $SD = 4.61$), míg az észlelt stressz szintje a normál–emelkedett tartományban helyezkedett el (PSS4 $M = 6.65$, $SD = 3.24$). A kognitív érzelemszabályozási stratégiák tekintetében az adaptív (CERQ adaptív $M = 64.05$, $SD = 15.71$) és nem adaptív (CERQ nem adaptív $M = 44.15$, $SD = 12.52$) stratégiák jellemzően a normál tartományon belül maradtak.

Összességében a pszichológiai kérdőívek reliabilitása kielégítőnek bizonyult, s alátámasztotta az alkalmazott skálák belső konzisztenciáját. Az átlagpontszámok alapján a vizsgálati személyek mentális állapotát több területen fokozott pszichés megterhelés jellemzi, különösen a depressziós tünetek, az öngyilkossági gondolatok, az impulzivitás és az észlelt stressz tekintetében.

8. táblázat: A kérdőívek leíró statisztikai jellemzői és a reliabilitást jelző Cronbach-alfa értékek (Horváthné et al., 2024).

Változók	Átlag (SD)	Cronbach-alfa
BDI-S	6.011 (5.458)	.842
PAYKEL	2.154 (4.087)	.916
FFMQ	127.265 (17.698)	.858
BIS-S-8	16.398 (4.609)	.746
CERQ adaptív	64.052	.896

	(15.706)	
CERQ nem adaptív	44.154	.856
	(12.516)	
PSS4	6.647 (3.243)	.702

3.2.4.2. A vizsgált minta demográfiai jellemzői

A vizsgálatban részt vevő fogvatartottak (N= 363) *átlagéletkora* 39,54 év volt (SD = 10,07), az életkori eloszlás 21 és 75 év között mozgott. A *nemek szerinti megoszlás* kiegyensúlyozottnak tekinthető: a minta 48,2%-a nő (N = 175), míg 51,8%-a férfi (N = 188) volt. Az *iskolai végzettség* tekintetében a résztvevők 11,3%-a az alapfokú végzettséget sem érte el, 40,5%-uk alapfokú, 43,3%-uk középfokú végzettségű volt, míg felsőfokú végzettséggel mindössze 5,0% rendelkezett. A *családi állapot* megoszlása alapján 33,1% egyedülállónak, 30,0% tartós párkapcsolatban élőknek, 17,9% házasnak, 14,9% elvált személynek, míg 4,1% özvegynek vallotta magát.

A *bűnelkövetés jellege* szerint a résztvevők 53,2%-a erőszakos, míg 46,7%-a nem erőszakos bűncselekmény elkövetése miatt tartózkodik büntetés-végrehajtási intézetben. A *börtönben töltött idő* életük során átlagosan 84,46 hónap volt (SD = 60,66 hónap). Az élettartam alatti börtönbüntetés hosszát tekintve a megkérdezettek 9,5%-a kevesebb mint egy évet, 12,1%-uk 1–2 évet, 31,2%-uk 2–5 évet, 29,0%-uk 5–10 évet, míg 18,2%-uk több mint 10 évet töltött börtönben. A fogvatartotti minta jellemzőit a 9.táblázat tartalmazza.

9. táblázat: A vizsgálati minta szociodemográfiai és kriminalisztikai jellemzői (Horváthné et al., 2024).

Változók	Gyakoriság / átlag (SD)
Kor	39,54 év (21-75 év, SD= 10,07)
Nem (női : férfi)	48,2% (N= 175) : 51,8% (N= 188)
Iskolázottság	11,3% kevesebb, mint 8 ált.
	40,5% általános iskolai végzettség
	43,3% középfokú végzettség
	5,0% felsőfokú végzettség
Családi állapot	33,1% egyedülálló
	30,0% tartós kapcsolat
	17,9% házas

	14,9% elvált
	4,1% özvegy
Bűnelkövetés jellege	46,7% nem erőszakos
	53,2% erőszakos
Életük során börtönben töltött idő átlaga	84,46 hónap (SD= 60,66 hónap)
	9,5% kevesebb, mint egy év
Börtönben töltött idő életük során	12,1% 1-2 év
	31,2% 2-5 év
	29,0% 5-10 év
	18,2% több mint 10 éve

3.2.4.3. A szuicid magatartás jellemzői fogvatartotti populációban

Az öngyilkossági magatartás tekintetében a minta eloszlása a következőképp alakult: a fogvatartottak 38,4%-ának (N = 101) szerepelt élettörténetében nem öngyilkossági szándékú önsértés (NSSI). Ezen belül 38,4% egyszer hajtott végre önsértést életében, míg 35,6% ismétlődő önsértésről számolt be (RA, 2–4 alkalom). A minta 31,7%-a tartozott a magas gyakoriságú önsértők csoportjába (MR), akik legalább öt alkalommal követtek el nem öngyilkossági szándékú önsértést életük során. A leggyakrabban alkalmazott önsértési mód a saját test szándékos megvágása volt (77,2%), ezt követte a szövetkárosodásig történő ütés (6,9%) és az égetés (5,9%). Emellett az elítéltek 43,3%-a (N = 114) számolt be korábbi öngyilkossági kísérletről. Közülük 41,3% egyszeri kísérletet (OA), 33,3% többszöri próbálkozást (RA), és 25,4% legalább ötszöri próbálkozásról (MR) számolt be. Az öngyilkossági kísérletek során leggyakrabban alkalmazott módszerek a gyógyszerbevitel/kábítószer vagy önmérgezés voltak (42,1%), ezt követte a vágás (39,5%), valamint az önakasztás (20,2%).

A kutatásban, az öngyilkossági kísérletek (SA) és az NSSI gyakoriságának magyarázata céljából exploratív bináris logisztikus regressziós elemzéseket futtattunk valamennyi jelentős pszichometriaival változó (pl. depresszió, öngyilkossági gondolatok, mindfulness, érzelemszabályozás, impulzivitás, észlelt stressz) bevonásával (ld. 10. és 11. táblázat). A hat modell közül kettő bizonyult szignifikánsnak, megfelelő magyarázó erővel

(Nagelkerke $R^2 > 0,2$). (Nagelkerke $R^2 > 0,2$). Ezek a modellek az öngyilkossági kísérletekkel összefüggő jellemzőket vizsgálták (2. és 3. modell).

Azok a személyek, akik életük során többször is kíséreltek meg öngyilkosságot (RA), alacsonyabb szintű nem adaptív érzelemszabályozási stratégiákat alkalmaztak, és magasabb mértékű öngyilkossági gondolatokról számoltak be, mint azok, akik nem próbálkoztak (NA), vagy csak egy alkalommal kíséreltek meg öngyilkosságot (OA). Hasonló, de még kifejezettebb mintázat rajzolódott ki azon személyek jellemzőit vizsgáló modellben, akiknek az élettörténetében szerepelt öngyilkossági kísérlet. Ők a jelenben is intenzívebb öngyilkossági gondolatokat éltek meg, miközben nem adaptív érzelemszabályozási stratégiáik alacsonyabb szintet mutattak. Érdeemes kiemelni, hogy az adaptív stratégiák hatása a modellben nem bizonyult szignifikánsnak (ld. 11. táblázat). Az önsértés (NSSI) előfordulását magyarázni próbáló modellek egyike sem rendelkezett megfelelő magyarázóerővel (Nagelkerke $R^2 < 0,2$; ld. 10. táblázat), ennek megfelelően a megfigyelt hatások potenciális tendenciaként értelmezhetők, amelyek további, célzott kutatást igényelnek. A korábban önsértést végrehajtók körében – a nem önsértőkkel összehasonlítva – a magasabb szintű öngyilkossági gondolatok, az emelkedett észlelt stressz, valamint meglepő módon a fejlettebb mindfulness készségek jelentek meg lehetséges összefüggésekként (ld. 11. táblázat).

10. táblázat: A bináris logisztikus regressziós modellek együttthatói és összefoglaló statisztikai mutatói (Horváthné et al., 2024).

	χ^2	df	p	-2 Log likelihood	Cox & Snell R ²	Nagelke rke R ²
1. modell: SA_MR	16.996	2	<.001	158.759	.056	.125
2. modell: SA_RA	46.130	2	<.001	248.660	.145	.229
3. modell: SA_A	74.500	3	<.001	296.936	.224	.312
4. modell: NSSI_MR	9.378	2	.009	175.543	.031	.067
5. modell: NSSI_RA	20.768	3	<.001	276.765	.068	.107
6. modell: NSSI_A	14.097	3	.003	341.284	.047	.067

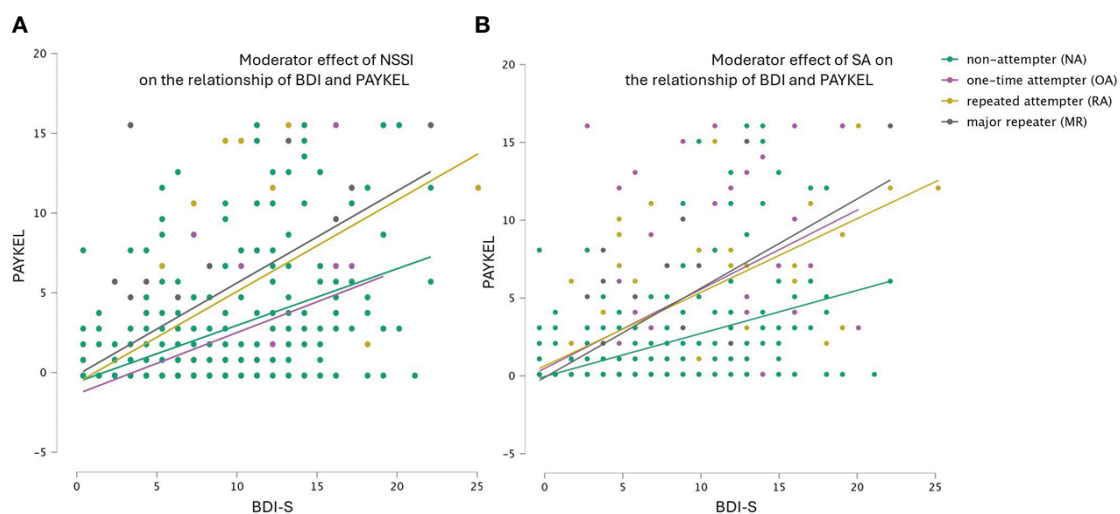
11. táblázat: A bináris logisztikus regressziós modellekben szereplő változók statisztikai jellemzői (Horváthné et al., 2024).

	Wald χ^2	p	OR	95% CI
1. modell: SA_MR				
CERQ nem adaptív	9.789	.002	.940	.905-.977
BIS-S-8	4.896	.027	1.106	1.012-1.210
2. modell: SA_RA				
CERQ_non-adaptív	21.608	<.001	.933	.905-.960
PAYKEL	18.122	<.001	1.141	1.074-1.213
3. modell: SA_A				
CERQ adaptív	3.426	.064	1.017	.999-1.035
CERQ nem adaptív	20.388	<.001	.944	.921-.968
PAYKEL	34.679	<.001	1.243	1.156-1.337
4. modell: NSSI_MR				
PAYKEL	9.509	.002	1.137	1.048-1.233
FFMQ	3.796	.051	1.025	1.000-1.050
5. modell: NSSI_RA				
PSS4	3.093	.079	1.105	.989-1.234
PAYKEL	9.134	.003	1.121	1.041-1.208
FFMQ	7.750	.005	1.029	1.008-1.049
6. modell: NSSI_A				
PSS4	5.412	.020	1.124	1.019-1.241
PAYKEL	2.913	.088	1.061	.991-1.135
FFMQ	3.119	.077	1.016	.998-1.033

3.2.4.4. A korábbi szuicid magatartás moderátor szerepe a depresszió és az öngyilkossági gondolatok kapcsolatában

Hierarchikus regresszióelemzés (HR) keretében vizsgáltuk, hogy a depresszió (BDI-S) és az észlelt stressz (PSS-4) milyen mértékben járulnak hozzá az öngyilkossági gondolatok gyakoriságának (PAYKEL) előrejelzéséhez, valamint hogy a korábbi önsértés (NSSI) és az öngyilkossági kísérlet (SA) moderálják-e e változók közötti összefüggéseket. Az adatokban a Tukey-féle outlier-labeling szabály (Tukey, 1977) alapján nem azonosítottunk egyetlen unidimenzionális kiugró értéket sem, amelyek kizárásra szorultak volna az elemzésből.

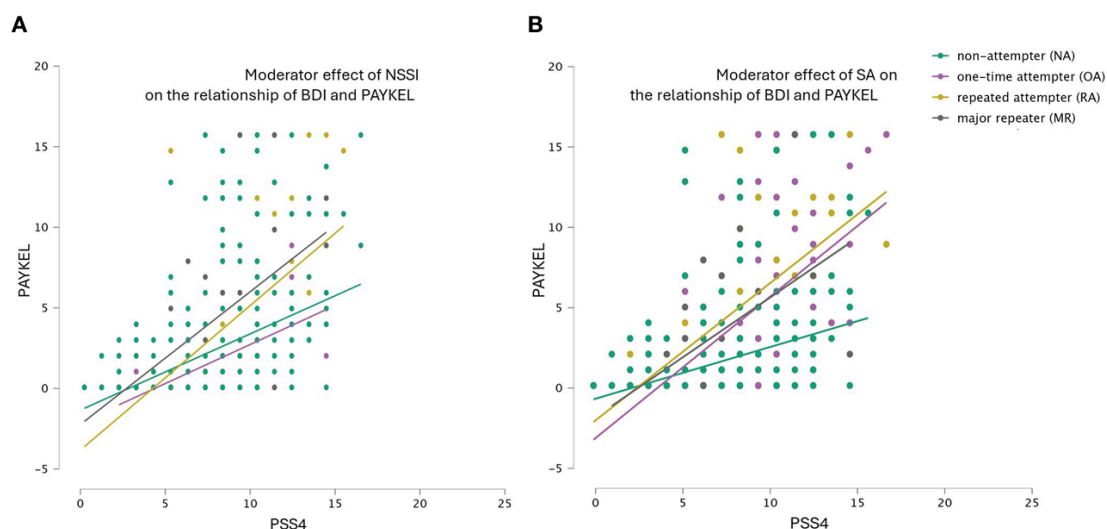
HR modell 1 (ld. 2. ábra): Az első modellben a **depresszió és az öngyilkossági gondolatok kapcsolatát** vizsgáltuk (BDI-S → PAYKEL). Az alapmodell szignifikáns volt ($F(2,360) = 82,207$; $p < 0,001$), a depresszió szintje az öngyilkossági gondolatok varianciájának 31%-át magyarázta meg ($R^2_{adj} = 0,314$). A második lépcsőben a modellbe bevontuk a **korábbi önsértést (NSSI) mint moderátorváltozót** (HR modell 1A), amely szignifikáns moderáló hatást eredményezett ($p < 0,001$). Az NSSI bevonása a modellbe statisztikailag szignifikáns módon, 1,2%-kal növelte a magyarázott varianciát ($F(1,359) = 6,581$; $p < 0,05$) ($F(1,359) = 6,581$; $p < 0,05$), jelezve, hogy az NSSI jelenléte módosítja a depresszió és az öngyilkossági gondolatok közötti kapcsolat erősségét. Ezt követően a depresszió és az öngyilkossági gondolatok kapcsolatának vizsgálatát megismételtük a korábbi **öngyilkossági kísérletek moderáló hatásának bevonásával** (HR modell 1B), amely szintén szignifikáns eredményt mutatott ($p < 0,001$). A szuicid kísérletek moderáló szerepe 1,6%-os többletvarianciát eredményezett ($F(1,359) = 8,627$; $p < 0,05$); a kapott eredmények összhangban voltak az NSSI moderációs hatásával.



2. ábra: (A, B) Hierarchikus regressziós modell 1: A korábbi nem szuicid önsértés (NSSI) és a korábbi öngyilkossági kísérletek (SA) moderáló hatása a depresszió (BDI-S) és az öngyilkossági gondolatok (PAYKEL) közötti összefüggésre (Horváthné et al., 2024).

HR modell 2 (ld. 3. ábra): A második modellben az **észlelt stressz (PSS4) és az öngyilkossági gondolatok (PAYKEL) kapcsolatát** vizsgáltuk. Az alapmodell szignifikáns volt ($F(2,360) = 76,326$; $p < 0,001$), az észlelt stressz az öngyilkossági gondolatok varianciájának 31,7%-át magyarázta meg ($R^2_{adj} = 0,317$). Mind a NSSI × PSS4 (HR modell 2A), mind a SA × PSS4 (HR modell 2B) interakciók szignifikáns moderátorhatást mutattak ($p < 0,001$). A moderátorváltozók bevonása 2,4%-kal növelte

meg a magyarázott varianciát mindkét esetben, és az emelkedés statisztikailag is szignifikáns volt ($F(1.359) = 12,83; p < 0,001$).



3. ábra: (A, B) Hierarchikus regressziós modell 2: A korábbi nem szuicid önsértés (NSSI) és a korábbi öngyilkossági kísérletek (SA) moderáló hatása az észlelt stressz (PSS4) és az öngyilkossági gondolatok (PAYKEL) közötti összefüggésre (Horváthné et al., 2024).

A fenti eredmények mentén megállapítható, hogy a depresszív tünetek, és az észlelt stressz szintje szignifikáns mértékben járulnak hozzá az öngyilkossági gondolatok előrejelzéséhez a fogvatartotti populációban. A korábbi önsértés (NSSI) és öngyilkossági kísérlet (SA) moderátorként való bevonása tovább erősítették e pszichés tényezők prediktív hatását: mindkét esetben statisztikailag szignifikáns interakciós hatásokat azonosítottunk, amelyek bár mérsékelt mértékben, de jelentősen növelték a modell által magyarázott varianciát.

3.2.5. Diszkusszió

Jelen vizsgálat célja az öngyilkosság és a viselkedési addikciók közötti kapcsolat elemzése volt, azzal a feltételezéssel, hogy a visszatérő öngyilkossági viselkedés bizonyos szempontból függőségi mechanizmusokkal mutathat hasonlóságot. A két viselkedésforma közös vonásai közé tartozik, hogy mindkettő negatív érzelmi állapotokhoz társul, átmeneti megkönnyebbülést idéz elő, valamint ismétlődő, nehezen kontrollálható mintázatokat mutathat (Delgado-Gornez et al., 2011; Blasco-Frontecilla et al., 2014; Nixon & Cloutier, 2002; Himelein-Wachowiak et al., 2022; Guérin-Marion et al., 2018). Az öngyilkosság ezen „addiktív” jellege közös neurobiológiai

alapfolyamatokat is feltételez (Blasco-Frontecilla et al., 2016), amely fokozott beavatkozási szükségletet vetít előre a büntetés-végrehajtási intézetekben.

A keresztmetszeti, multicentrikus vizsgálat során összesen 363 elítélt vett részt. Mivel nem áll rendelkezésre validált magyar kérdőív az öngyilkosság vagy az NSSI mint viselkedési addikció mérésére, így a függőségi modell operacionalizálása közvetett módon, pszichológiai rizikó- és védőfaktorok mentén történt. A vizsgálat során alkalmazott eszközök – többek között a depresszió, impulzivitás, kognitív érzelemszabályozás, mindfulness készségek, észlelt stressz és szuicid élettörténeti adatok – alkalmasak voltak a viselkedés addiktív természetének multidimenzionális megragadására. Az SA és NSSI történeti adatok alapján a magatartás gyakoriságát és súlyosságát tudtuk felmérni. A válaszadók által megadott kvalitatív adatok a kiváltó okokra vonatkozóan nem kerültek feldolgozásra, mivel a nyitott kérdésekből származó információk nem bizonyultak eléggé megbízhatónak; későbbi vizsgálatokban strukturált interjúk alkalmazása lenne javasolt. A leggyakoribb okok között szerepelt az érzelmi üresség, tehetetlenség, fokozott stressz – mind olyan tényezők, amelyek szerepet játszanak mind az önsértés, mind a szenvedélybetegségek kialakulásában (O'Connor & Kirtley, 2018; Kresznerits et al., 2023; Blasco-Frontecilla et al., 2016).

A depresszió, az észlelt stressz, valamint a Paykel-skála által mért öngyilkossági gondolatok gyakorisága és intenzitása az IMV-modell második (motivációs) szakaszával mutatott kapcsolatot (O'Connor & Kirtley, 2018), és a függőségi modell „sóvárgás” komponenséhez hasonló érzelmi dinamikákat tükrözhetett. Az impulzivitás, a maladaptív érzelemszabályozási stratégiák, valamint a magas szintű stressz és alacsony frusztrációtűrés fokozzák a szenzitizációs folyamatot, amelyben az öngyilkossági magatartás ismétlődővé válik, és rögzül, hasonlóan más addiktív viselkedésformákhoz (Washburn et al., 2010; Faye, 1995; Liu et al., 2022; Ying et al., 2024). Ezek az összetevők az IMV-modell harmadik, cselekvéses szakaszához köthetők. Ennek mérésére a BIS-R-8, CERQ és FFMQ eszközöket alkalmaztuk.

Eredményeink szerint a mintában gyakori volt az enyhe depresszió, a közepes mértékű öngyilkossági gondolkodás, valamint az impulzív és érzelmileg diszregulált profil, amely mindkét addiktív jelenség háttérében állhat. A minta közel fele (43,3%) számolt be legalább egy öngyilkossági kísérletről – ez többszörösen meghaladja a nemzetközi átlagot (Castillejos et al., 2021), és az IMV-modell szerint fokozott

cselekvési kockázatra utal (O'Connor & Kirtley, 2018). Ugyanakkor a magyar büntetés-végrehajtási rendszerben a befejezett öngyilkosságok aránya rendkívül alacsony (0,36/100.000 fő), ami a környezet kontrollált jellegére utal (Fazel et al., 2017). Ez megerősíti azt a feltételezést, hogy az öngyilkosság kockázata nem csökken, hanem csupán eltolódik időben, és szabadulás után a hozzáférés újra megnyílik – ez különösen veszélyes az érintett fogvatartottak körében.

Vizsgálatunkban nem találtunk szignifikáns összefüggést az SA/NSSI ismétlődése és az aktuális gondolkodás között, de trendértékek alapján az SA magasabb előfordulása együtt járt az emelkedett szuicid gondolatokkal. Ez a függőségi szenzitizáció modelljét támasztja alá, ahol a gyakori viselkedés ismétlődése megerősíti a későbbi stresszreakciókat (25). Az ismétlődő SA háttérben gyengébb érzelemszabályozási képességek mutatkoztak, ami arra utal, hogy a viselkedés részben maladaptív regulációs funkciót lát el. NSSI esetében hasonló tendencia volt megfigyelhető a stressz-szint emelkedésével, ám az érzelemszabályozási stratégiák nem mutattak szignifikáns eltérést.

A hierarchikus regressziós elemzések megerősítették, hogy az SA/NSSI történetében gyakrabban érintett személyek gyakrabban számoltak be öngyilkossági gondolatokról. Ez független volt az aktuális depresszió vagy stressz szintjétől. Ez a hatás az alacsony stressztoleranciával és fokozott emocionális szenzitivitással értelmezhető, amely a viselkedési addikciók szenzibilizációs modellje szerint neurobiológiai mechanizmusokon keresztül is magyarázható (Blasco-Frontecilla et al., 2016; Kim & Hodgins, 2018; Ramirez-Castillo et al., 2019).

Fontos hangsúlyozni, hogy szabadulás után az öngyilkosság kockázata akár hétszeresére is emelkedhet az általános populációhoz képest (Janca et al., 2023), ezért rendkívül fontos a fokozott kockázatú személyek azonosítása már a fogva tartás ideje alatt. Az addiktív modell szemlélete új megközelítést kínál a prevencióra, különös tekintettel azokra, akik ismétlődő önsértésekkel vagy kísérletekkel reagálnak stresszre. Esetükben akár enyhébb stresszor vagy depresszív epizód is kritikus kockázatot jelenthet a szabadulást követő időszakban.

Tanulmányunk egyik jelentős korlátját a keresztmetszeti kutatási elrendezés jelentette, amely nem tette lehetővé az oksági összefüggések vizsgálatát. További limitációt jelentett, hogy a résztvevők korábbi önsértő vagy öngyilkossági

magatartásaira vonatkozóan retrospektív adatokból dolgoztunk, amelyek a visszaemlékezés torzító hatásai miatt pontatlanságot hordozhattak. Jelen vizsgálat nem tudta elkülöníteni a fogvatartást megelőzően, illetve a fogva tartás alatt bekövetkezett szuicid eseményeket és azok körülményeit. Amennyiben a jövőbeli etikai engedélyeztetési folyamatok lehetővé teszik, érdemes lenne ezt a különbségtételt beépíteni a vizsgálati keretbe, hiszen ez nagymértékben hozzájárulhat az öngyilkos viselkedés komplex megértéséhez a büntetés-végrehajtási intézetekben élők körében.

További korlátként említhető, hogy kutatásunk során nem alkalmaztunk olyan kérdőívet, amely kifejezetten a viselkedési addikciókat mérte volna. Noha a résztvevők szabadon válaszolhattak az adatlap egyes kérdéseire, a nyílt végű válaszlehetőségek korlátozottan járultak hozzá a viselkedési mintázatok értelmezéséhez, különösen a zárt intézményi környezet sajátosságai miatt. A téma érzékenysége tekintettel egyes aspektusok kvalitatív módszertannal mélyebben feltárhatók lettek volna, ami további értéket adott volna a kvantitatív eredményekhez. Ugyanakkor kiemelendő a kutatás multicentrikus jellege és az a tény, hogy egy ritkán vizsgált, nehezen elérhető populációban, viszonylag nagy elemszám mellett sikerült releváns adatokat gyűjteni, ami erősítette az elemzés megbízhatóságát.

3.3. Szociális problémamegoldó készségek és öngyilkossági veszélyeztetettség fogvatartottak körében

3.3.1. Célkitűzések

A harmadik vizsgálat a fogvatartottak megküzdési képességének, ezen belül a szociális problémamegoldó készségek felmérésére irányult, valamint arra, hogy ez miképpen befolyásolja az öngyilkossági veszélyeztetettség szintjét.

A kutatás célja, hogy a fogvatartott populáció körében átfogóan feltárni az öngyilkossági viselkedés pszichológiai kockázati tényezőit, különös tekintettel a szociális problémamegoldó készségek szintjére és azok összefüggéseire más pszichés mutatókkal, mint például a reménytelenség, a depresszió, az érzelemszabályozási zavarok és az impulzivitás. A kutatás célja továbbá, hogy azonosítsa azokat a pszichológiai mintázatokat, amelyek alapján előre jelezhető az öngyilkossági veszélyeztetettség.

3.3.2. Hipotézisek

H1: A fogvatartott személyek körében magasabb a depresszió, a reménytelenség, az észlelt stressz és az impulzivitás szintje, valamint alacsonyabb a pszichológiai jóllét és a szociális problémamegoldó képesség szintje, mint a nem fogvatartott kontrollmintában.

H2: A fogvatartotti mintában az öngyilkossági gondolatok gyakorisága pozitív kapcsolatban áll a reménytelenséggel, a depresszióval, az észlelt stresszel és az impulzivitással.

H3: A pszichológiai jóllét negatív kapcsolatban áll a depresszióval, reménytelenséggel, észlelt stresszel és impulzivitással, valamint az öngyilkossági gondolatokkal.

H5: A depresszió és az észlelt stressz szignifikáns előrejelzői az öngyilkossági gondolatoknak a fogvatartottaknál, életkor, korábbi önsértés/öngyilkossági kísérlet, impulzivitás és problémamegoldás kontrollja mellett.

H6: Az impulzivitás az öngyilkossági gondolatok varianciájának magyarázatához a depresszió és az észlelt stressz felett is hozzáad szignifikáns inkrementális magyarázóerőt.

H7: A reménytelenség részben közvetíti a depresszió és az öngyilkossági gondolatok közötti kapcsolatot; az észlelt stressz közvetetten (pl. depresszió/reménytelenségen keresztül) növeli az öngyilkossági gondolatokat.

H8: A reménytelenség, az impulzivitás és/vagy az észlelt stressz csökkentését célzó mindfulness-alapú beavatkozás nagyobb mértékben mérsékli az öngyilkossági gondolatokat, mint a problémamegoldó megoldó tréning.

3.3.3. Módszerek

3.3.3.1. Eljárás, vizsgálati személyek

A keresztmetszeti, multicentrikus vizsgálat lebonyolítására 2021. június és augusztus között került sor négy hazai büntetés-végrehajtási intézet részvételével, összesen 363 jogerősen elítélt fogvatartott bevonásával. A kontrollmintát a normálpopulációból online toborzással, nem valószínűségi alapú kényelmi mintavétellel nyert önkéntes válaszadók alkották (n = 234).

A bevonás feltételei között szerepelt a 18 és 65 év közötti életkor. A részvételből kizárásra kerültek azok a személyek, akiknek aktuális pszichés állapota – például akut pszichotikus tünetek, súlyos értelmi fogyatékoság vagy fennálló pszichoaktív szerhasználat – akadályozta volna a kérdőívek kitöltését.

Az adatok gyűjtése, elemzése és tárolása papíralapon vagy elektronikusan, teljes anonimitás mellett történt, a Magyar Pszichológiai Társaság és a Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete által 2004-ben elfogadott Pszichológus Etikai Kódex előírásainak megfelelően (Magyar Pszichológiai Társaság, 2004). A résztvevők tájékozott beleegyezésüket bármikor, indoklás nélkül visszavonhatták.

A kutatási terv etikai jóváhagyását a Semmelweis Egyetem Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (TUKEB-szám: 92/2015) adta meg, a vizsgálat lebonyolítását pedig a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága is engedélyezte.

Az összehasonlító elemzések céljából illesztett mintát hoztunk létre azon résztvevők köréből, akik a problémamegoldó képességet vizsgáló MEPS-kérdőívet érvényesen töltötték ki. A két csoportot nem és életkor szerint párosítottuk ($n_{\text{fogvatartott}} = 174$ fő, $n_{\text{kontroll}} = 174$ fő).

3.3.3.2. Méréseszközök

A kutatásban az alábbi kérdőívek kerültek feldolgozásra és elemzésre.

Egyéni adatlap: a résztvevők szociodemográfiai és fogva tartással kapcsolatos adatait gyűjtötte, beleértve a nemet, életkort, iskolai végzettséget, foglalkoztatottságot, családi állapotot, valamint a fogvatartottak esetében a fogva tartás időtartamát és indokát.

Problémamegoldó Képességek Tesztje (Means-End Problem-Solving Inventory): ez az eszköz az interperszonális problémamegoldás szintjét méri, középpontba állítva a cél és az eszközök kapcsolatának tudatos elemzését. A vizsgálat során a kitöltők különféle problémás élethelyzeteket és az azokhoz kapcsolódó pozitív végkimenetelt ismernek meg. Feladatuk, hogy lépésről lépésre bemutassák, milyen konkrét cselekvési lépésekkel lehet eljutni a kiindulási helyzetből a kívánt eredményhez. Öt eltérő helyzet szerepelt a tesztben. A válaszokat az alapján értékeltük, hány különálló releváns lépést fogalmazott meg a kitöltő. Relevánsnak minősült minden olyan lépés, amely a probléma hatékony megoldásához hozzájárul, irreleváns lépésnek azt tekintettük, amely nem érdemben kapcsolódik a megoldáshoz, míg lépéshiány akkor került rögzítésre, ha a válaszadó nem tudott érdemi megoldási javaslatot megfogalmazni. A problémamegoldás szintjét a releváns lépések összegzett száma alapján határoztuk meg (MEPS; Platt & Spivack, 1975; Ajtay et al., 2012).

Rövidített Reménytelenség Skála (RS-R): 4 tételes önkitöltős skála, amely a jövővel kapcsolatos reménytelenség szintjét méri a válaszadó saját megítélése alapján (Beck et al., 1974; Perczel-Forintos et al., 2010).

Paykel Öngyilkossági Skála (PAYKEL-S): 5 tételes önjellemző kérdőív, amely az elmúlt két hét során tapasztalt öngyilkossági gondolatok, elképzelések és próbálkozások meglétét vizsgálja. Egy külön kérdés rákérdez a korábbi szuicid kísérletek előfordulására is. A válaszadók egy hatfokú Likert-skálán jelölték meg válaszaikat (Paykel et al., 1974; Balázs et al., 2013; Perczel-Forintos et al., 2019).

Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI-R): a depresszió aktuális szintjét vizsgálja, 9 tétel alapján (Beck et al., 1961; Rózsa et al., 2001).

Észlelt Stressz Kérdőív (PSS-4): a személy által megélt, aktuális stresszpercepciót méri, 4 tételen keresztül (Cohen et al., 1983; Stauder et al., 2006).

Rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8): az impulzivitás kognitív és viselkedési komponenseit vizsgálja 8 tétel mentén. A vizsgálat során a skálát egydimenziós konstrukcióként kezeltük (Horváthné P. et al., 2023; Steinberg et al., 2013).

WHO-5 Jólét Kérdőív (WBI-5): a pszichés jólét és az általános közérzet szintjét méri. Az egyik legelterjedtebb, öt tételből álló eszköz, amelyet magyar nyelven is validáltak (Beck et al., 1996; Susánszky et al., 2006).

3.3.3.3. Statisztikai elemzés

A vizsgálat első szakaszában összehasonlítottuk a fogvatartotti és a kontrollcsoport pszichológiai jellemzőit, többek között a szociális problémamegoldó készséget, a pszichés jólét szintjét, a depresszió mértékét, az észlelt stresszt, a szuicid késztetéseket, az impulzivitást és a reménytelenséget. A két csoport közötti különbségeket független mintás t-próba segítségével vizsgáltuk, míg a hatásméret meghatározásához Cohen-féle d értékeket számítottunk.

Ezt követően a fogvatartotti almintán belül, azon résztvevők körében, akik érvényesen töltötték ki a MEPS problémamegoldó kérdőívet ($n = 336$), azt elemeztük, hogy a szociális problémamegoldó képesség milyen kapcsolatban áll a szuicid rizikót jelző pszichológiai változókkal. Az egyes változók közötti összefüggések feltérképezéséhez Pearson-féle korrelációs elemzést alkalmaztunk. Az eredmények értelmezésekor a korrelációs együtthatók erősségét a következő skála alapján kategorizáltuk: 0,2 alatt

elhanyagolható, 0,3 alatt gyenge, 0,3–0,5 között közepes, míg 0,5 felett erős kapcsolatnak tekintettük (Cohen, 1988).

3.3.4. Eredmények

3.3.4.1. Az illesztett minta szocio-demográfiai jellemzői

Az összehasonlító vizsgálatokban összesen 348 fő került bevonásra, akik egyenlő arányban alkották a fogvatartottakból és a civil személyekből álló csoportokat ($n = 174-174$). Az illesztett minta főbb szociodemográfiai jellemzőit a 12. táblázat mutatja be. Az első kutatáshoz hasonlóan, az illesztett mintavétel biztosította a két csoport életkori homogenitását; az *átlagéletkor* szignifikáns eltérést nem mutatott (fogvatartottak: $M = 36,53$ év, $SD = 9,57$; kontrollcsoport: $M = 36,08$ év, $SD = 10,87$; $t(346)=0,410$, $p=0,682$). A *nemi eloszlás* szintén hasonló volt: mindkét csoportban férfیتöbbség jellemezte a mintát (fogvatartottak: 63,2% férfi; kontrollcsoport: 62,6% férfi), és a két csoport közötti eltérés nem bizonyult szignifikánsnak ($\chi^2(1) = 0,12$, $p = 0,912$). Az *iskolai végzettség* és a családi állapot tekintetében is a korábbihoz hasonló eredmények, szignifikáns csoportkülönbségek figyelhetők meg: A fogvatartottak körében túlnyomó többség (51,1%) középfokú végzettséggel rendelkezik, míg a felsőfokú végzettség aránya rendkívül alacsony (6,3%). Ezzel szemben a kontrollcsoportban a felsőfokú végzettségűek aránya 56,9%, az alapfokú vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezőké pedig mindössze 6,3%. A *családi állapot* vonatkozásában megállapítható, hogy a fogvatartottak körében nagyobb arányban fordultak elő egyedülállók (32,2% vs. 21,3%) és nem házasságon alapuló párkapcsolatban élők (33,3% vs. 29,9%), míg a kontrollcsoportban a házasságban élők aránya jóval magasabb volt (43,1% vs. 20,1%). A válás (9,8% vs. 4%) és az özvegyiség (4,6% vs. 1,7%) szintén gyakoribb volt a fogvatartottak körében.

Összességében a két csoport életkori és nemi eloszlása között nem azonosítható szignifikáns különbség, azonban az iskolai végzettség és a családi állapot dimenzióiban jól körülhatárolható társadalmi különbségek mutatkoznak.

12. táblázat: A minta szociodemográfiai megoszlása (Horváthné et al., 2024).

Fogvatartottak	Kontroll	Összehasonlítás
----------------	----------	-----------------

	(N=174 fő)	(n = 174 fő)	
Életkor	36,53 év (22–60 év, SD = 9,57)	36,08 év (18–65 év, SD = 10,87)	$t(346) = 0,410$, $p = 0,682$
Nemi eloszlás	Férfi : nő = 63,2% / 36,8%	Férfi : nő = 62,6% / 37,4%	$\chi^2(1) = 0,12$, $p = 0,912$
Iskolázottság	7,5% kevesebb, mint 8 ált. 35,1% alapfokú végzettség 51,1% középfokú végzettség 6,3% felsőfokú végzettség	0,6% kevesebb, mint 8 ált. 5,7% alapfokú végzettség 36,8% középfokú végzettség 56,9% felsőfokú végzettség	$\chi^2(3) = 121,404$, $p < 0,001$ ($\Phi = 0,591$, CV = 0,591)
Családi állapot	32,2% egyedülálló 33,3% tartós kapcsolat 20,1% házas 9,8% elvált 4,6% özvegy	21,3% egyedülálló 29,9% él tartós kapcsolat 43,1% házas 4% elvált 1,7% özvegy	$\chi^2(4) = 25,194$, $p < 0,001$ ($\Phi = 0,269$, CV = 0,269)

3.3.4.2. Az öngyilkossági viselkedéssel összefüggő pszichológiai tényezők

A fogvatartott személyek körében megjelenő öngyilkossági viselkedéssel összefüggő pszichológiai tényezők vizsgálata, az illesztett mintán (N = 348) végzett összehasonlító vizsgálattal, független mintás t-próbával történtek. Ezt követően a szociális problémamegoldó képesség és a szuicid rizikót jelző változók kapcsolatát Pearson-féle korrelációelemzés segítségével vizsgáltuk.

Az összehasonlító vizsgálat eredményei (ld. 13. táblázat) megerősítik azt a hipotézist, miszerint fogvatartotti csoport pszichológiai mutatói több területen is kedvezőtlenebbek, mint az illesztett (civil) kontrollcsoporté. **A legerőteljesebb különbség az észlelt stressz szintjében jelentkezett: a fogvatartottak szignifikánsan magasabb stresszértékeket mutattak** (PSS-4), a különbség közepes–nagy hatásméretet jelzett (Cohen’s $d = 0,759$). Szintén közepes hatású eltérés mutatkozott a **pszichés jóllét** tekintetében. A fogvatartottak a WBI-5 skálán **szignifikánsan alacsonyabb pontszámokat értek el, mint a kontrollcsoport tagjai**, a különbség közepes nagyságú (Cohen’s $d = 0,542$). **Az öngyilkossági gondolatok gyakoriságában** (PAYKEL-S) mért eltérés **kismértékű–közepes hatásméretűt** mutatott (Cohen’s $d = 0,414$), jelezve a fogvatartotti csoport fokozott szuicid veszélyeztetettségét. A **depresszió szintje (BDI-R) is szignifikánsan magasabbnak bizonyult a fogvatartottaknál**, azonban a különbség hatásmérete mérsékeltebb (Cohen’s $d = 0,388$). Az **impulzivitás területén (BIS) szintén jelentkezett szignifikáns különbség, ugyanakkor a hatásméret alacsony maradt** (Cohen’s $d = 0,298$), ami csupán enyhe eltérést jelez a csoportok impulzivitási szintjében.

13. táblázat: A fogvatartotti és a kontrollcsoport illesztett mintájának pszichometriai összehasonlítása (Horváthné et al., 2024).

Vizsgált változók	Fogvatartottak (n = 174)	Kontroll (n = 174)	Statisztikai próba		Hatás-méret
	Átlag (SD)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen-d
WBI-5	7,48 (3,87)	8,91 (3,62)	–3,575	$\leq 0,001$	0,542
BDI-R	14,87 (5,28)	13,47 (4,83)	2,563	0,011	0,388

PSS-4	6,94 (3,08)	5,16 (3,56)	5,004	$\leq 0,001$	0,759
PAYKEL-S	2,21 (4,25)	1,20 (2,39)	2,734	0,007	0,414
MEPS	1,28 (0,86)	1,96 (1,19)	6,059	$\leq 0,001$	0,650
BIS	16,36 (4,25)	15,39 (4,93)	1,950	0,047	0,298
RS-R	2,22 (2,72)	1,87 (2,24)	1,333	0,184	–

Az illesztett mintán végzett vizsgálat szerint **a fogvatartotti csoportban (n = 174) a szociális problémamegoldó képességek alacsony szintje is jellemző** ($M = 1,28$, $SD = 0,86$). A vizsgálati személyek 36,2%-a egyetlen célorientált, adekvát lépést sem tudott megfogalmazni, 42,5%-uk csupán egyet, míg mindössze 16,0% volt képes legalább két megfelelő lépés megnevezésére a cél elérése érdekében. Ezzel szemben a kontrollcsoport ($n = 174$) lényegesen magasabb szintű problémamegoldó képessége nyújtottak ($M = 1,96$, $SD = 1,19$; $t(346) = 6,059$; $p < 0,001$; Cohen's $d = 0,650$): itt csupán 17,2% nem tudott egyetlen lépést sem megfogalmazni, míg 36,7% egy, 28,1% pedig legalább két célorientált, adekvát lépést említett.

A szociális problémamegoldó készségek és a pszichometria mutatók közötti összefüggések elemzése során előzetes feltevés ellenére **sem a fogvatartotti, sem a kontrollcsoportban nem mutatkozott jelentős korreláció a változók között** (ld. 14. táblázat). A problémamegoldó képességek (MEPS) kizárólag a fogvatartottak esetében, az öngyilkossági gondolatok gyakoriságával mutattak szignifikáns negatív együttjárást ($r = -0,165$; $p = 0,030$), azonban ennek hatásmérete elhanyagolhatónak tekinthető.

14. táblázat: A szociális problémamegoldó készségek összefüggése további pszichometria változókkal az illesztett mintán (N fogvatartott = 174, N kontroll = 174) (Horváthné et al., 2024).

Változók	WBI-5	BDI-R	PSS4	PAYKEL-S	BIS	RS-R
MEPS	-0,052	-0,132	-0,043	-0,165*	-0,139	-0,102
fogvatartott						
MEPS	0,098	-0,028	0,007	-0,045	-0,038	-0,055
kontroll						

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

3.3.3.3. A problémamegoldó készségek szintje és azok pszichológiai rizikótényezőkkel való kapcsolatai a fogvatartotti populációban/A szuicid rizikót jelző tényezők és a problémamegoldó készségek összefüggése a fogvatartott személyek körében

A teljes fogvatartotti minta ($n = 336$) vizsgálata alátámasztotta korábbi eredményeinket (ld. 15. táblázat): a **szociális problémamegoldó képességek alacsony szintje** volt jellemző a vizsgálati személyekre. Az átlagos teljesítmény alacsony volt ($M = 1,20$; $SD = 0,88$), a résztvevők 37,5%-a egyetlen adekvát, célorientált lépést sem tudott megnevezni, míg 40,4%-uk csupán egyet említett, és mindössze 17,8% volt képes legalább két releváns lépés megfogalmazására a kitűzött cél elérése érdekében.

A MEPS és a szuicid rizikó mutatói közti kapcsolatok elemzése alapján több **gyenge, ám statisztikailag szignifikáns negatív irányú korreláció** volt kimutatható. A problémamegoldó teljesítmény alacsonyabb szintje szignifikánsan összefüggött a **depressziószinttel** ($r = -0,172$; $p < 0,01$), a **öngyilkossági gondolatok gyakoriságával** ($r = -0,196$; $p < 0,01$), a **reménytelenséggel** ($r = -0,124$; $p < 0,05$), valamint az **impulzivitással** ($r = -0,153$; $p < 0,01$).

A szuicid kockázat kulcsmutatójának tekinthető **öngyilkossági gondolatok gyakorisága** (PAYKEL-S) ugyanakkor közepes erősségű, pozitív irányú együttjárást mutatott több más pszichometriai skálával. A legerősebb összefüggés a **depresszió mértékével és az észlelt stressz szintjével** volt kimutatható. Ez alapján megállapítható, hogy a fokozott szubjektív stresszélmény és a súlyosabb depresszív tünetek szoros kapcsolatban állnak az öngyilkossági gondolatok gyakoribb előfordulásával a vizsgált mintában. Ezt az összefüggést megerősítette a **pszichés jóllét mutatójával (WBI-5) való negatív irányú korreláció** is. A szuicid veszélyeztetettség egy másik kognitív előrejelzője, a **reménytelenség szintje szintén hasonló irányú, bár valamivel gyengébb mértékű kapcsolatot mutatott** a vizsgált pszichológiai változókkal.

Az eredmények összességében arra utalnak, hogy a fogvatartotti populációban az öngyilkossági gondolatok gyakorisága, a depresszív tünetek, a reménytelenség, az észlelt stressz valamint az impulzivitás mértéke között közepesen erős, pozitív összefüggések állnak fenn, míg a pszichés jóllét a vizsgált pszichológiai tényezőkkel negatív irányú, közepes erősségű korrelációban áll.

15. táblázat: A mért változók közötti korrelációk mértéke és a hozzájuk tartozó szignifikanciaszintek a fogvatartottak teljes (n = 336) csoportjában (Horváthné et al., 2024).

Változók	MEPS	PAYKEL-S	RS-R	BDI-R	PSS4	BIS
PAYKEL-S	–0,196**					
RS-R	–0,124*	0,409**				
BDI-R	–0,172**	0,539**	0,483**			
PSS4	–0,086	0,510**	0,437**	0,565**		
BIS	–0,153**	0,419**	0,416**	0,475**	0,486**	
WBI-5	0,047	–0,395**	–0,339**	–0,424**	–0,405**	–0,337**

Megjegyzés: **p<0,01, *p<0,05

3.3.5. Diszkusszió

Kutatásunk célja a szociális problémamegoldó képességek vizsgálata volt fogvatartott személyek körében, különös tekintettel arra, hogy ezek a készségek milyen kapcsolatban állnak az öngyilkossági kockázati tényezőkkel ebben a populációban. A vizsgálat során keresztmetszeti, multicentrikus adatfelvételt végeztünk, amely négy hazai büntetés-végrehajtási intézményben fogva tartott személyek részvételével zajlott (n = 336 fő). Ezen kívül kényelmi mintavétellel egy kontrollmintát is kialakítottunk az általános populációból, majd a két mintát életkor és nem szerint illesztettük össze (n = 2 × 174 fő), kizárólag a MEPS-kérdőívet érvényesen kitöltők körében.

Az eredmények azt mutatták, hogy a fogvatartottak mentális egészségi állapota kedvezőtlenebb volt a szuicid rizikó szempontjából a kontrollcsoportéhoz viszonyítva. Az elítéltek körében magasabb észlelt stresszszint, gyakoribb öngyilkossági gondolatok, valamint alacsonyabb pszichológiai jóllét volt jellemző. A szociális problémamegoldó készségek is alacsonyabb szintűnek bizonyultak ebben a mintában.

A kutatás során azt is vizsgáltuk, hogy a szociális problémamegoldó képességek milyen kapcsolatban állnak az öngyilkosság szempontjából lényeges pszichológiai változókkal – például a depresszióval, reménytelenséggel, impulzivitással, öngyilkossági gondolatokkal, valamint az észlelt stresszel. A korábbi szakirodalmi eredményekkel ellentétben, vizsgálatunk során csak gyenge, elhanyagolható összefüggések mutatkoztak a szociális problémamegoldó készségek és ezek a rizikófaktorok között.

Lehetséges magyarázat, hogy a fogvatartottak körében általánosan alacsony a szociális problémamegoldó képességek szintje, így az nem különül el szignifikánsan a magasabb és alacsonyabb kockázatú csoportok között. Másik értelmezési lehetőség szerint nem önmagában a problémamegoldó készség hiánya, hanem az alkalmazott megküzdési módok típusa (érzelemfókuszú vagy problémafókuszú) jelenthet fokozott kockázatot. A szakirodalom szerint a megterhelő életesemények hatására aktiválódó diszfunkcionális hiedelmek érzelemfókuszú megküzdéshez vezetnek, amely szoros kapcsolatot mutat a depressziós és szorongásos tünetekkel (Mészáros et al., 2014).

Ez az értelmezés összhangban áll a gátolt menekülés modelljével (Perczel-Forintos, 2011; Beck et al., 2001), amely szerint a negatív jövőkép és a reménytelenség öngyilkossági gondolatokhoz vezethet, különösen akkor, ha az egyén problémamegoldó képességei hiányosak. Mintánkban a reménytelenség és az észlelt stressz mutatkozott a legerősebb kapcsolatban az öngyilkossági gondolatokkal, ez a szuicid veszélyeztetettség szempontjából releváns változók körét erősíti.

Eredményeink arra is rávilágítanak, hogy a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága által előírt szakmai protokollok sikeresen minimalizálják a fogvatartás alatt elkövetett öngyilkosságok arányát, ám a szabadulást követő időszakban megnőhet a szuicid viselkedés kockázata. Ilyenkor a kontrollált környezet feloldódása miatt a stressz-szintek emelkedhetnek, miközben az öngyilkossághoz szükséges eszközökhöz való hozzáférés is megnő. A szakirodalom szerint a szabadulás utáni öngyilkosság kockázata akár hétszeres is lehet az általános népességhez képest (BvOP-Börtönstatisztikai szemle, 2020), így különösen fontos az ilyen kockázatok időben történő azonosítása még a bebörtönzés ideje alatt.

Vizsgálatunkban a szociális problémamegoldó képességek tekintetében jelentős különbséget tapasztaltunk a fogvatartottak és a kontrollcsoport között, azonban úgy tűnik, hogy az öngyilkossági magatartás megelőzése szempontjából hatékonyabbak lehetnek azok az intervenciók, amelyek a reménytelenség, az impulzivitás vagy az észlelt stressz csökkentésére irányulnak.

Limitációként megemlítendő, hogy a kérdőíves adatfelvétel bizonyos nehézségekbe ütközött a fogvatartotti minta alacsony szocioökonómiai státusza miatt, és a vizsgálat önbeszámolás jellege torzíthatta az eredményeket.

4. Következtetések

Az önsértő magatartás egy multikauzális jelenség, amely kialakulásában biológiai, pszichológiai és szociális tényezők összetett hálózata játszik szerepet (Klonsky, 2007; Nock, 2009). A fogvatartottak esetében mindez még komplexebb formában jelenik meg, hiszen a börtönkörnyezet sajátosságai további, a szokásos rizikófaktorokon túlmutató veszélyeket hordoznak. A totális intézmény jellemzői – az izoláció, a szabadságvesztésből fakadó pszicho-szociális stresszorok, a kontrollvesztettség élménye, a társas kapcsolatok beszűkülése és a jövő bizonytalansága – mind olyan börtönártalmak, amelyek súlyosbítják a pszichés sérülékenységet (Goffman, 1961; Haney, 2001; Liebling, 1999). A már meglévő pszichiátriai zavarok, mint a depresszió, a szorongásos kórképek vagy a személyiségzavarok, a börtönben gyakran felerősödnek, amely fokozza az önsértés és az öngyilkossági kísérletek kockázatát (Fazel et al., 2016; Hawton et al., 2014). Emellett a börtönkultúra sajátos normái, a hierarchikus viszonyok és az agresszió jelenléte további környezeti nyomásként hatnak, amelyek megnehezítik a fogvatartottak érzelmszabályozását és megküzdését.

A fentiek alapján átfogó következtetésként megfogalmazható, hogy az öngyilkossági magatartás a fogvatartottak körében komplex, többtényezős jelenség. Nem csupán a klasszikus pszichés rizikófaktorok – mint a depresszió, reménytelenség, észlelt stressz és impulzivitás – játszanak benne szerepet, hanem az érzelem- és impulzuskontroll működési sajátosságai, valamint a maladaptív megküzdési mechanizmusok is.

A kutatásunk eredményei megerősítették, hogy az önsértő viselkedés egyes esetekben a viselkedési addikciókhoz hasonlóan, ismétlődő, nehezen kontrollálható és megerősítő mechanizmusokkal bírhat. Az impulzivitás, az önsértő magatartás, az alacsony frusztrációtűrés és az érzelmszabályozási zavarok olyan pszichés sérülékenységet jeleznek, amelyek hozzájárulhatnak az önsértő viselkedés habituációjához és krónikussá válásához.

A rövid szűrőeszközök, mint például a BIS-R-8 skála, alkalmazása ígéretes eszköz lehet a megelőzésben. Ezek lehetőséget nyújtanak az impulzív, stresszérzékeny

és pszichésen sérülékeny fogvatartottak korai azonosítására, akiknél a szuicid veszélyeztetettség magasabb.

Bár vizsgálatunkban a fogvatartottak szociális problémamegoldó képességei szignifikánsan alacsonyabb szintűek voltak, mint a kontroll személyeké, ezek a képességek nem bizonyultak a szuicid rizikó megbízható prediktorainak. Ennek egyik oka lehet, hogy ezek az alacsony szintű képességek az egész börtönpopulációra jellemzők, így a rizikócsoporthoz nem különíthetők el a tényező mentén.

Ezzel szemben az érzelemfókuszú megküzdési stílus, valamint az érzelemszabályozás hiányosságai szorosabb kapcsolatban állnak a szuicid gondolatok megjelenésével. A negatív jövőkép, reménytelenség és tartós distressz összefüggésében a maladaptív megküzdési reakciók különösen veszélyesnek bizonyulhatnak.

Eredményeink megerősítették, hogy a mindfulness készségek alacsony szintje közvetlenül és közvetetten – az észlelt stressz szintjének emelkedésén keresztül – jelentősen hozzájárul a depresszió magasabb mértékéhez, míg magasabb mindfulness-szint esetén csökken a depresszió és a pszichés distressz. A modell szerint a tudatos jelenlét készségek a depresszió varianciájának mintegy 50%-át magyarázták, ami rendkívül erős összefüggésre utal. A mindfulness tehát mediáló és protektív szerepet tölt be a stressz és a depresszió kapcsolatában, segítve adaptív megküzdés fenntartását (Kresznerits et al., 2023; Keng, Smoski, & Robins, 2011; Baer et al., 2006)

A mindfulness készségek az impulzivitással is erősen negatív korrelációt mutattak ($r = -0,659$), ami arra utal, hogy a magasabb tudatos jelenlét szinttel rendelkező személyek kevésbé hajlamosak impulzív cselekvésre, és képesek nagyobb önkontrollt gyakorolni érzelmi feszültséghelyzetben. Ez a kapcsolat különösen fontos a fogvatartott populációban, ahol az impulzivitás az öngyilkosági kísérletek egyik kulcsfontosságú rizikófaktora (Caravaca-Sánchez et al., 2023; O'Connor & Kirtley, 2018).

Az eredmények alátámasztják, hogy a mindfulness alapú beavatkozások – például a Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) és a Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) – hatékonyan csökkenthetik a szorongást, a depressziót és az észlelt stresszt, valamint fejleszthetik az érzelemszabályozási képességeket (Kabat-Zinn, 2013; Tang, et al. 2015; Fennel et al., 2015). A nemzetközi szakirodalommal összhangban a jelen vizsgálat is megerősítette, hogy a tudatos jelenlét gyakorlása

elősegíti az adaptív érzelemszabályozási stratégiák alkalmazását, csökkenti a kognitív torzításokat és növeli a pszichológiai jól-létet

A fogvatartott minta esetében a mindfulness készségek alacsonyabb szintje mellett magasabb impulzivitás-, stressz- és depresszióértékek jelentek meg, ugyanakkor a tudatos cselekvés alskálája különösen erős negatív korrelációt mutatott mind az impulzivitással, mind a depresszióval. Mindez azt jelzi, hogy a tudatos, reflektív viselkedés fejlesztése – akár rövid, strukturált programok révén – kulcsszerepet játszhat a szuicid veszélyeztetettség csökkentésében. A vizsgálati eredmények alapján elmondható, hogy a mindfulness készségek fejlesztése fogvatartottaknál messzemenően indokolt. A tudatos jelenlét alapú módszerek nem csupán a depresszió és az észlelt stressz csökkentésében hatékonyak, hanem az érzelemszabályozási zavarok és az impulzivitás mérséklésében is. Ezek az intervenciók hosszú távon hozzájárulhatnak a mentális egészség javításához, a visszaesés megelőzéséhez, valamint az öngyilkossági kockázat csökkentéséhez a büntetés-végrehajtási populációban (Fazl et al., 2016; Haney, 2001).

Eredményeink azt is mutatják, hogy bár a zárt intézményi környezet átmenetileg csökkentheti a befejezett öngyilkosságok számát, a szabadulás után a helyzet megváltozik. A kinti életben a fogvatartottak könnyebben hozzáférhetnek különböző eszközökhöz, ami növeli a szuicid viselkedés kockázatát. Emiatt kiemelten fontos olyan több szempontú, jól felépített megelőző programok kialakítása, amelyek figyelembe veszik az egyéni rizikófaktorokat és pszichológiai sajátosságokat, valamint támogatást nyújtanak a szabadulás utáni időszakban is

5. Összefoglalás/summary (1 oldal)

A kutatás célja a fogvatartottak körében jelentkező öngyilkossági veszélyeztetettség pszichológiai hátterének vizsgálata volt, különös tekintettel az impulzivitás, a stressz és a megküzdési képességek szerepére, valamint az ezekkel való összefüggésben megjelenő szuicid viselkedésre. Az öngyilkosság kriminálpszichológiai és klinikai szempontból is kiemelt kockázati tényező a börtönpopulációban, amely jelentős mértékben meghaladja a civil társadalomban tapasztalt arányokat. A kutatás fókuszában az állt, hogy feltárja, milyen pszichológiai tényezők járulnak hozzá a magatartás kialakulásához és fennmaradásához.

A vizsgálat egy négy hazai büntetés-végrehajtási intézményben zajló keresztmetszeti adatfelvételre épült, amelyben 363 fogvatartott vett részt. Az összehasonlítás érdekében egy kontrollcsoport is bevonásra került ($n=234$), amelyhez illesztett minta készült nem és életkor szerint. A kutatás során alkalmazott kérdőívek között szerepelt a BIS-R-8 impulzivitást mérő skála, a depresszió és reménytelenség szintjét vizsgáló kérdőívek, valamint a mindfulness és a szociális problémamegoldó készségek mérését célzó eszközök.

Az eredmények szerint a fogvatartott populáció mentális egészségi mutatói szignifikánsan kedvezőtlenebbek voltak a kontrollcsoportéhoz viszonyítva. Magasabb depressziós és stressz-szintek, fokozott impulzivitás, valamint gyakoribb szuicid gondolatok jellemezték őket, miközben alacsonyabb pszichológiai jóllétról és megküzdési képességről számoltak be. A BIS-R-8 megbízható eszköznek bizonyult az impulzivitás mérésére, egy- és kétfaktoros szerkezetet egyaránt alátámasztva.

Bár a mindfulness készségek és a szociális problémamegoldó készségek szintje is alacsonyabb volt a fogvatartottaknál, a kutatás nem igazolta, hogy ez önmagában előre jelezné az öngyilkossági gondolatokat. Ezzel szemben a depresszió és az észlelt stressz, valamint a korábbi szuicid kísérletek és az impulzivitás szignifikáns prediktorokként jelentek meg. A mindfulness készségek alacsony szintje közvetlen és közvetett módon is hozzájárult a depresszív tünetek kialakulásához.

A disszertáció megállapításai alapján, különösen indokolt az olyan pszichológiai intervenciók bevezetése a büntetés-végrehajtási intézetek gyakorlatába, amelyek a stresszkezelést, az impulzivitás kontrollját és a tudatos jelenlét fejlesztését célozzák. Az

öngyilkossági viselkedés addiktív jellege további kutatásokat igényel, különösen a szabadulást követő időszakban rejlő fokozott veszélyek miatt és a mindfulness készségek fejlesztésének emiatt kulcs szerepe lehet a prevencióban is.

6. Irodalomjegyzék

- Ajtay, Gy., Bérdi, M., Szilágyi, S., & Perczel-Forintos, D. (2012). Egy hatékony beavatkozás szuicid prevencióban: A problémamegoldó tréning alkalmazása a klinikumban. *Psychiatria Hungarica*, 27, 92–102.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th ed.). Routledge.
- Annett, J., Tillson, M., Walker, M., Webster, J. M., & Staton, M. (2023). Adverse childhood experiences and mental health among incarcerated women: Self-esteem as a mediating mechanism. *Child Abuse & Neglect*, 146, 106486.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
- Balán, B. (2018). A szuicid prevenció gyakorlati tapasztalatai a büntetés-végrehajtásban. *Börtönügyi Szemle*, 37(1), 45–60.
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., ... Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 670–677.
- Baranyi, G., Fazel, S., Langerfeldt, S. D., & Mundt, A. P. (2022). The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(7), e557–e568.

- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. In Monahan, J., & Steadman, H. J. (Szerk.), *Violence and Mental Disorder* (pp. 61–79). University of Chicago Press.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from the self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113.
- Bech P., Gudex C., & Johansen K. S. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(4), 183–190.
- Bechara, A., & Van der Linden, M. (2005). Decision-making and impulse control after frontal lobe injuries. *Current Opinion in Neurology*, 18(6), 734–739.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2001). A depresszió kognitív terápiája. (V. Komlósi & K. Komlósi, Trans.) Animula Könyvkiadó, Budapest.
- Bedaso, A., Ayalew, M., Mekonnen, N., & Duko, B. (2020). Global estimates of the prevalence of depression among prisoners: A systematic review and meta-analysis. *Depression Research and Treatment*, 2020(1), 3695209.
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F. W., Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: the influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 9–16.
- Black, D. W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J., & Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2), 113–120. PMID: 20445838.
- Blasco-Fontecilla, H., Fernández-Fernández, R., Colino, L., Fajardo, L., Perteguer-Barrio, R., & de Leon, J. (2016). The addictive model of self-harming (non-suicidal and suicidal) behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 7, Article 8.

- Blasco-Fontecilla, H., Artieda-Urrutia, P., Berenguer-Elias, N., Garcia-Vega, J. M., Fernandez-Rodriguez, M., Rodriguez-Lomas, C., Gonzalez-Villalobos, I., Iruela-Cuadrado, L., & de León, J. (2014). Are major repeater patients addicted to suicidal behavior? *Adicciones*, 26(4), 321–333.
- Cairncross, M., & Miller, C. J. (2020). The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 627–643.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books.
- Caravaca-Sánchez, F., Wolff, N., Ramos, S. C., & Luna, A. (2023). Impulsivity and suicidality among prisoners: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 113–129.
- Castillejos, M. C., Huertas, P., Martín, P., & Moreno Küstner, B. (2021). Prevalence of suicidality in the european general population: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Suicide Research*, 25(4), 810–828.
- Chamberlain, S. R., Stochl, J., Redden S. A., & Grant, J. E. (2018). Latent traits of impulsivity and compulsivity: toward dimensional psychiatry. *Psychological Medicine*, 48(5), 810-821.
- Clark, D. A., Beck, A. T., Alford, B. A., Bieling, P. J., & Segal, Z. V. (2000). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. Wiley, New York, NY, US.
- Clemmer, D. (1940). *The prison community*. Holt, Rinehart and Winston.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119–124.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Crewe, B. (2011). Depth, weight, tightness: Revisiting the pains of imprisonment. *Punishment & Society*, 13(5), 509–529.

- Day, A., Casey, S., Ward, T., Howells, K., & Vess, J. (2010). *Transitions to Better Lives: Offender Readiness and Rehabilitation*. Willan Publishing.
- Dear, G. E., Thomson, D. M., & Hills, A. M. (2000). Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 160–175.
- Delgado-Gomez, D., Blasco-Fontecilla, H., Alegria, A. A., Legido-Gil, T., Artes-Rodriguez, A., & Baca-Garcia, E. (2011). Improving the accuracy of suicide attempter classification. *Artificial Intelligence in Medicine*, 52(3), 165–168.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2001). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 360–374.
- Drubina, B., Kökönyei, Gy., & Reinhardt, M. (2022). *A nem-szuicidális önsértés és az öngyilkos magatartás kapcsolata: független vagy összefüggő jelenségek? Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(1), 99–123.
- Esang, M., & Ahmed, S. (2018). A closer look at substance use and suicide. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 13(6), 6–8.
- Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5 Suppl), 77S–88S.
- Eurostat. (2020). Suicide statistics. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Suicide_statistics
- Eysenck, H. J. (1993). The nature of impulsivity. In McCown, W., Johnson, J., & Shure, M. (Szerk.), *The impulsive client* (pp. 57–70). American Psychological Association.
- Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., & Pava, J. A. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 97–102.
- Favril, L. (2021). Epidemiology, risk factors, and prevention of suicidal thoughts and behaviour among prisoners: a review. *Current Opinion in Psychiatry*, 22;61(1), 341–355.

- Favril, L., Indig, D., Gear C., & Wilhelm, K. (2020). Mental disorders and risk of suicide attempt in prisoners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 1145–1155.
- Favril, L., Yu, R., Hawton, K., & Fazel, S. (2020). Risk factors for self-harm in prison: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 682–691.
- Faye, P. (1995). Addictive characteristics of the behavior of self-mutilation. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33(6), 36–39.
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956–965.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545–550.
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364–373.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1721–31.
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871–881.
- Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*, 4, 946–952.
- Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2016). Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis. *Addiction*, 112(10), 1725–1739.
- Fennell M, Sumbundu A, Perczel J. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy. *Psychiatr Hung*. 30(1):100-3.
- Fiáth, T. (2014). A börtönbeli önkárosítások kommunikációelméleti megközelítése. *Börtönügyi Szemle*, 33(3), 26–36.
- Franke, I., Vogel, T., Eher, R., & Dudeck, M. (2019). Prison mental healthcare: Recent developments and future challenges. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(4), 342–347.

- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149.
- Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2021). Psychopathy and aggression: The role of emotion dysregulation. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23–24), NP12640–NP12664.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.
- Gonzalez, V. M., & Neander, L. L. (2018). Impulsivity as a mediator in the relationship between problem solving and suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1626–1640.
- Guérin-Marion, C., Martin, J., Deneault, A.-A., Lafontaine, M.-F., & Bureau, J.-F. (2018). The functions and addictive features of non-suicidal self-injury: A confirmatory factor analysis of the ottawa self-injury inventory in a university sample. *Psychiatry Research*, 264, 316–321.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the DERS. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
- Gullone, E., Jones, T., & Cummins, R. A. (2000). Coping styles and prison experience as predictors of psychological distress and self-esteem in incarcerated youths. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4), 419–426.
- Habtamu, E., & Desalegn, D. (2022). Suicidal behavior and associated factors among prisoners in dilla town, dilla, Ethiopia 2020: an institutional based cross-sectional study. *PLoS ONE*, 17(5), e0267721
- Han, A. (2022). Effects of mindfulness-based interventions on psychological distress and mindfulness in incarcerated populations: A systematic review and meta-analysis. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 32(1), 48-59.

- Haney, C. (2001). *The psychological impact of incarceration: Implications for post-prison adjustment*. In *Prisoners once removed* (pp. 33–66). Urban Institute Press.
- Haney, C. (2003). The psychological impact of incarceration: A developmental perspective. National Policy Conference on Children of Incarcerated Parents.
- Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., & Rose, A. (2017). A cognitive-emotional model of NSSI: using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognitive and Emotion*, 31, 1543–1556.
- Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., & Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *The Lancet*, 383(9923), 1147–1154.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2014). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382.
- Heppner, W. L., Kernis, M. H., Lakey, C. E., Campbell, W. K., Goldman, B. M., Davis, P. J., & Cascio, E. V. (2008). Mindfulness as a means of reducing aggressive behavior: Dispositional and situational evidence. *Aggressive Behavior*, 34(5), 486–496.
- Himelein-Wachowiak, M., Giorgi, S., Kwarteng, A., Schriefer, D., Smitterberg, C., Yadeta, K., Bragard, E., Devoto, A., Ungar, L., & Curtis, B. (2022). Getting “clean” from nonsuicidal self-injury: experiences of addiction on the subreddit r/selfharm. *Journal of behavioral addictions*, 11(1), 128–139.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.
- Horváthné Pató, I., Szekeres, T., Kresznerits, Sz., & Perczel-Forintos, D. (2023). Tapasztalatok a 8 tételes Rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) használatával fogvatartott populációban: szuicid rizikó, impulzivitás és mindfulness. *Psychiatria Hungarica*, 38(3), 203–217.
- Horváthné Pató, I., Kresznerits, Sz., Szekeres, T., Zinner-Gérecz, Á., & Perczel-Forintos, D. (2024). Investigating suicidal behavior among prisoners in the light of the behavioral addiction approach: results of a multicenter cross-sectional study. *Frontiers Psychiatry*, 15, 1448711.

- Horváthné Pató, I., Kresznerits, Sz., Erdélyi-Belle, B., Szekeres, T., & Perczel-Forintos, D. (2024). Szociális problémamegoldó készségek és öngyilkossági veszélyeztetettség fogvatartottak körében. *Orvosi Hetilap*, 165(39), 1529-1538.
- Humber, N., Hayes, A., Senior, J., Fahy, T., & Shaw, J. (2011). Identifying risk factors for suicide in male prisoners. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 545–553.
- Magyar Pszichológiai Társaság & Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete. (2004). *Pszichológusok szakmai etikai kódexe*. Budapest.
- Ireland, J. L. (2004). Anger management therapy with young male offenders: A longitudinal evaluation of treatment outcome. *Aggressive Behavior*, 30(2), 174–185.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129–147.
- Janca, E., Keen, C., Willoughby, M., Borschmann, R., Sutherland, G., Kwon, S., & Kinner, S. A. (2023). Sex differences in suicide, suicidal ideation, and self-harm after release from incarceration: A systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 58(3), 355-371.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2013). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness (2nd ed.). New York: Bantam.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (2003). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17–31.

- Khezri, M., Sharifi, H., Mirzazadeh, A., Mehmandoost, S., Hosseini-Hooshyar, S., Ghalekhani, N., Mehrabi, F., Mahmoodabadi, M., Tavakoli, F., Shokoohi, M., & Karamouzian, M. (2023). A national study of suicidal ideation and suicide attempt among incarcerated people in Iran. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(6), 3043–3060.
- Kim, H. S., & Hodgins, D. C. (2018). Component model of addiction treatment: A pragmatic transdiagnostic treatment model of behavioral and substance addictions. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 406.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.
- Kolind, T. & Duke, K. (2016). Drugs in prisons: exploring use, control, treatment and policy. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*. 23 (2), 89-92.
- Korponay, C., Dentico, D., Kral, T. R. A., Ly, M., Kruis, A., Davis, K., & Davidson, R. J. (2019). The effect of mindfulness meditation on impulsivity and its neurobiological correlates in healthy adults. *Scientific Reports*, 9(1), 11963.
- Kresznerits, Sz., Zinner-Gérecz Á., Perczel-Forintos, D. (2023). Borderline személyiségzavar és nem-szuicidális önsértés: a mindfulness tréning szerepe a hatékony kockázatsökkentésben. *Psychiatria Hungarica*, 38(2), 142–152.
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *The Lancet*, 379(9820), 1045–1055.
- Lehoczki, Á. (2012). Öngyilkosság és önkárosítás a börtönvilágban. *Börtönügyi Szemle*, 2012, 33–40.
- Lehoczki, Á. (2009). A prizonális helyzetben elkövetett önkárosítás pszichés hátteréről. *Börtönügyi Szemle*, 28(3), 101-106.
- Liebling, A. (1999). Prison suicide and prisoner coping. In M. Tonry & J. Petersilia (Szerk.), *Prisons* (pp. 283–359). University of Chicago Press.
- Liebling, A., & Maruna, S. (2005). *The Effects of Imprisonment*. Routledge.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Liu, J., Gao, Y., Liang, & C., Liu, X. (2022). The potential addictive mechanism involved in repetitive nonsuicidal self-injury: the roles of emotion

- dysregulation and impulsivity in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(4), 953–962.
- Lu, H., & Huffman, A. H. (2017). Examining the relationship between trait mindfulness and impulsivity: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 112, 42–47.
- Lynam, D., Smith, G., Whiteside, S., & Cyders, M. (2006). *The UPPS-P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior* (Technical Report). Purdue University, West Lafayette.
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E. N., Piper, M., & Fazel, S. (2016). Prevention of suicidal behavior in prisons: an overview of initiatives based on a systematic review of research on near-lethal suicide attempts. *Crisis*, 37, 323–34.
- Mészáros, V., Ajtay, Gy., Fodor, K. E., Komlósi, S., Boross, V., Barna, Cs., Udvardy-Mészáros, Á., & Perczel-Forintos, D. (2014). Az életeseményektől a depressziós és szorongásos panaszokig: A diszfunkcionális attitűdök és a megküzdés szerepe a patogenezis folyamatában. *Ideggyógyászati Szemle*, 67(11–12), 397–408.
- Miklósi, M., Martos, T., Kocsis-Bogár, K., & Perczel Forintos, D. (2011). A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 26(2), 102–111.
- Moloney, K. P., van den Bergh, B. J., & Moller, L. F. (2009). Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history. *Public Health*, 123(6), 426–430.
- Moore, K. E., Siebert, S., Brown, G., Felton, J., & Johnson, J. E. (2021). Stressful life events among incarcerated women and men: Association with depression, loneliness, hopelessness, and suicidality. *Health & Justice*, 9, Article 22.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10.
- Murray, J., & Farrington, D. P. (2008). The effects of parental imprisonment on children. *Crime and Justice*, 37(1), 133–206.

- Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal of Addiction, 6*(4), 273–283.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2003). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (2nd ed.). Springer.
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(11), 1333–1341.
- Nock, M. K. (2009). Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science, 18*(2), 78–83.
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*(1), 65–72.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 885–890.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B, 373*, Article 20170268.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry, 124*(6), 460–469.
- Per, M., Spinelli, C., Sadowski, I., Schmelefske, E., Anand, L., & Khoury, B. (2019). Evaluating the Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in Incarcerated Populations: A Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior, 47*(3), 310–330.
- Perczel-Forintos, D., Ajtay, Gy., Barna, Cs., Kiss, Zs., & Komlósi, S. (2019). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában.* (4. bőv. kiad.) Semmelweis Kiadó, Budapest.

- Perczel-Forintos, D., & Póos, J. (2008). Kiút a kiúttalanságból – problémamegoldó tréning az öngyilkosság veszélyeztetettség megelőzésében. *Psychiatria Hungarica*, 23(1), 4–21.
- Perczel Forintos, D. Rozsa S., Pilling J., Kopp M. (2013). Proposal for a Short Version of the Beck Hopelessness Scale Based on a National Representative Survey in Hungary. *Community Mental Health Journal* 49:(6) pp. 822-830.
- Perczel-Forintos, D., Sallai, J., & Rózsa, S. (2010). Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary. *Psihologijske Teme*, 19(2), 307–321.
- Perczel-Forintos, D. (2019). Az öngyilkossági veszélyállapotok felismerése és kezelése kognitív módszerekkel. In D. Perczel-Forintos & K. Mórotz (Szerk.), *Kognitív viselkedésterápia* (4., átdolgozott és bővített kiadás, pp. 399–425). Medicina Könyvkiadó.
- Perczel-Forintos, D. (2012). Célzott pszichoterápiák és szuicid prevenció In: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z (szerk.) *Az öngyilkosság orvosi szemmel: Kockázatfelmérés, kezelés, prevenció* pp. 280-297. Medicina Könyvkiadó.
- Perczel-Forintos, D. (2011). Gátolt menekülés: Az öngyilkosság kognitív modellje. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(2), 185–201.
- Platt, J. J., & Spivack, G. (1975). Unidimensionality of the Means-Ends Problem-Solving (MEPS) procedure. *Journal of Clinical Psychology*, 31(1), 15–16.
- Pollock, J. M. (2006). *Prisons: Today and tomorrow*. Jones & Bartlett Learning.
- Póos, J., Annus, R., & Perczel Forintos, D. (2008). Pszichiátriai betegek problémamegoldó képességének vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 23, 42–55.
- Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R., & Shaw, J. (2006). Suicide in recently released prisoners: A population-based cohort study. *The Lancet*, 368(9530), 119–123.
- Ramirez-Castillo, D., Garcia-Roda, C., Guell, F., Fernandez-Montalvo, J., Bernacer, J., & Morón, I. (2019). Frustration tolerance and personality traits in patients with substance use disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 421.
- Reid, S. E., & Listwan, S. J. (2018). Managing the threat of violence: Coping strategies among juvenile inmates. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(8), 1306–1326.

- Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior, 17*(1), 72–82.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, Princeton, N.J.
- Rózsa, S., Szádóczy, E., & Füredi, J. (2001). Psychometric properties of the Hungarian version of the shortened Beck Depression Inventory. *Psychiatria Hungarica, 16*, 384–402.
- Rutkai, K., & Sánta, L. (2020). Fogvatartotti statisztikák: fogvatartással összefüggő adatok. *Börtönstatisztikai Szemle, 2020*, 6–10.
- Sallay, V., Martos, T., Földvári, M., Szabó, T., & Ittész, A. (2014). A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): Alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 15*(3), 259–275.
- Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J., & Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal, 87*(2), 254–268.
- Sartorius, N., Üstün, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H. U. (1996). Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *The British Journal of Psychiatry, 168*(Suppl. 30), 38–43.
- Sattar, G. (2001). *Rates and causes of death among prisoners in England and Wales*. Home Office.
- Schnittker, J., Massoglia, M., & Uggen, C. (2011). Incarceration and the health of the African American community. *Du Bois Review: Social Science Research on Race, 4*(1), 133–141.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. Freeman.
- Shalev, S. (2008). *A sourcebook on solitary confinement*. Mannheim Centre for Criminology. SSRN Electronic Journal.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62*(3), 373–386.
- Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőíve (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 7*(3), 203–216.

- Steinberg, L., Sharp, C., Stanford, M. S., & Tharp, A. T. (2013). New tricks for an old measure: The development of the Barratt Impulsiveness Scale–Brief (BIS–Brief). *Psychological Assessment*, 25(1), 216–226.
- Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív Rövidített (WBI–5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7(3), 247–255.
- Sykes, G. M., & Messinger, S. L. (1960). The inmate social system. In R. A. Cloward, D. R. Cressey, & G. H. Glosner (Szerk.). *Theoretical studies in social organization of the prison* (pp. 5–19). Social Science Research Council.
- Szekeres T, Takács L, Kresznerits S, Misák E, Zinner-Gérecz Á, Perczel-Forintos D. [The clinical significance of mindfulness: Hungarian adaptation of the Five Facet Mindfulness Questionnaire Short Form (FFMQ-SF-15)]. *Psychiatr Hung*. 2024;39(2):113-127. Hungarian.
- Szántó, K., Kalmár, S., Hendin, H., Rihmer, Z., & Mann, J. J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 914–920.
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213–225.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271–324.
- Towl, G. J., & Crighton, D. A. (2010). *Suicide in Prisons*. BPS Blackwell.
- Tukey, J. W. (1977). *Exploratory data analysis*. Addison-Wesley.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World drug report 2022*. UNODC. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- Van Buitenen, N., van den Berg, C. J. W., Meijers, J., & Harte, J. M. (2020). The prevalence of mental disorders and patterns of comorbidity within a large sample of mentally ill prisoners: A network analysis. *European Psychiatry*, 63, e63.

- Viechtbauer, W., Smits, L., Kotz, D., Budé, L., Spigt, M., Serroyen, J., & Crutzen, R. (2015). A simple formula for the calculation of sample size in pilot studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(11), 1375–1379.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371.
- Wacquant, L. (2009). *Punishing the Poor. The Neoliberal Government of Social Insecurity*. Duke University Press.
- Wang, C., Keilp, J. G., Galfalvy, H., Bridge, J. A., Sheftall, A. H., & Szanto, K. (2023). Entrapment and social problem-solving in suicidal behavior across the adult lifespan. *Journal of Affective Disorders*, 329, 176–183.
- Washburn, J. J., Juzwin, K. R., Styer, D. M., & Aldridge, D. (2010). Measuring the urge to self-injure: Preliminary data from a clinical sample. *Psychiatry Research*, 178(3), 540–544.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948.
- Wilcox, R. R. (2010). *Fundamentals of modern statistical methods: Substantially improving power and accuracy* (2nd ed.). Springer.
- Williams, J. M. G. (1997). *Cry of pain: Understanding suicide and self-harm*. Penguin.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., & Beck, A. T. (2005). Problem solving deficits in suicidal patients: Empirical evidence and clinical implications. *Psychological Medicine*, 35(1), 53–60.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. V. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 201–210.
- World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- World Health Organization. (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43678>
- World Health Organization. (2014). *Prisons and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289050593>

- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders*.
<https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Ying, W., Shen, Y., Ou, J., Chen, H., Jiang, F., Yang, F., Li, J., Qian, X., Luo, W., Wang, G., & Dong, H. (2024). Identifying clinical risk factors correlated with addictive features of non-suicidal self-injury among a consecutive psychiatric outpatient sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 274, 291–300.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis II Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Comparative Psychiatry*, (39)5, 296-302.
- Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J., & Fazel, S. (2021). Risk factors for suicide in prisons: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 6(3), e164–e74.

7. Táblázatjegyzék

16. táblázat: Az alkalmazott mérőeszközök reliabilitása (Horváthné et al., 2023).
17. táblázat: Az orthonogális forgatást követő komponensstruktúra, valamint a skála megbízhatósági mutatói alskálánként. (Horváthné et al., 2023).
18. táblázat: A BIS-R-8 feltáró faktoranalízise során kapott két faktor korrelációs együtthatói a vizsgált változókkal (Horváthné et al., 2023).
19. táblázat: A minta szociodemográfiai megoszlása csoport szerinti bontásban (Horváthné et al., 2023).
20. táblázat: A fogvatartott és a kontroll minta pszichometriai összehasonlítása (Horváthné et al., 2023).
21. táblázat: Az öngyilkossági gondolatok (PÖS=Paykel Öngyilkossági Skála) magyarázó regressziós modelljébe belépő változók β -koefficiensei a teljes és a fogvatartotti mintán (Horváthné et al., 2023).
22. táblázat: A mindfulness hatása a depresszióra az észlelt stressz mediációjával (Horváthné et al., 2023).
23. táblázat: A kérdőívek leíró statisztikai jellemzői és a reliabilitást jelző Cronbach-alfa értékek (Horváthné et al., 2024).

24. táblázat: A vizsgálati minta szociodemográfiai és kriminalisztikai jellemzői (Horváthné et al., 2024).
25. táblázat: A bináris logisztikus regressziós modellek együtthatói és összefoglaló statisztikai mutatói (Horváthné et al., 2024).
26. táblázat: A bináris logisztikus regressziós modellekben szereplő változók statisztikai jellemzői (Horváthné et al., 2024).
27. táblázat: A minta szociodemográfiai megoszlása (Horváthné et al., 2024).
28. táblázat: A fogvatartotti és a kontrollcsoport illesztett mintájának pszichometria összehasonlítása (Horváthné et al., 2024).
29. táblázat: A szociális problémamegoldó készségek összefüggése további pszichometria változókkal az illesztett mintán (N fogvatartott = 174, N kontroll = 174) (Horváthné et al., 2024).
30. táblázat: A mért változók közötti korrelációk mértéke és a hozzájuk tartozó szignifikanciaszintek a fogvatartottak teljes (n = 336) csoportjában (Horváthné et al., 2024).

8. Ábrajegyzék

4. ábra: Mindfulness védő hatása a depresszióra (Horváthné et al., 2023).
5. ábra: (A, B) Hierarchikus regressziós modell 1: A korábbi nem szuicid önsértés (NSSI) és a korábbi öngyilkossági kísérletek (SA) moderáló hatása a depresszió (BDI-S) és az öngyilkossági gondolatok (PAYKEL) közötti összefüggésre (Horváthné et al., 2024).
6. ábra: (A, B) Hierarchikus regressziós modell 2: A korábbi nem szuicid önsértés (NSSI) és a korábbi öngyilkossági kísérletek (SA) moderáló hatása az észlelt stressz (PSS4) és az öngyilkossági gondolatok (PAYKEL) közötti összefüggésre (Horváthné et al., 2024).

9. Saját publikációk jegyzéke

2017 – PhD Tudományos Napok – Poszter - Impulsivity, as a risk factor of the probability of

suicide. Hungarian

2023 - Horváthné Pató I, Szekeres T, Kresznerits S, Perczel-Forintos D. [The Barratt Impulsiveness Scale-Brief-8 in an Incarcerated Sample: Suicide Risk, Impulsivity and Mindfulness]. Psychiatr Hung. 2023;38(3):203-217. Hungarian

2024 - Horváthné Pató I, Kresznerits S, Szekeres T, Zinner-Gérecz Á, Perczel-Forintos D.

Investigating suicidal behavior among prisoners in the light of the behavioral addiction approach: results of a multicenter cross-sectional study. Front Psychiatry. 2024 Jul 25;15:1448711.

2024 - Horváthné Pató I, Kresznerits S, Erdélyi-Belle B, Szekeres T, Perczel-Forintos D.

Szociális problémamegoldó készségek és öngyilkossági veszélyeztetettség fogvatartottak körében [Social problem-solving and suicidality in prisoners]. Orv Hetil. 2024 Sep 29;165(39):1529-1538. Hungarian

10. Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt szeretném kifejezni legmélyebb hálámat témavezetőmnek, Prof. Dr. Perczel-Forintos Dórának, aki szakmai tudásával, iránymutatásával és emberi támogatásával végig kísérte kutatásom és a disszertációm elkészítését. Az ő útmutatása, türelme és szakmai igényessége személyes fejlődésemhez nagyban hozzájárult. Mindvégig biztatott abban, hogy a kutatás során felmerülő nehézségeket lehetőségként éljem meg, és olyan inspiráló szakmai légkört biztosított, amely nélkül e munka nem jöhetett volna létre.

Köszönettel tartozom a Kutatási Etikai Bizottságnak, amely engedélyével és szakmai iránymutatásaival lehetővé tette a vizsgálatok megvalósítását, biztosítva, hogy a kutatás minden szempontból etikus és tudományos normáknak megfelelő módon történjen.

Hálás vagyok a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának, valamint az érintett intézetek vezetőinek és munkatársainak, akik támogatták a kutatás gyakorlati kivitelezését, és hozzájárultak ahhoz, hogy a vizsgálatok megvalósulhassanak a speciális intézményi keretek között. Külön köszönöm azon kollégáimnak, akik közvetlen szakmai együttműködésükkel segítették a kutatási folyamatot, megosztották tapasztalataikat, és gyakran a mindennapi munkaterhek mellett is időt és energiát fordítottak a közös gondolkodásra.

Szeretném kifejezni hálámat barátaimnak is, akik a kutatás éve alatt emberi oldalról nyújtottak támogatást, bátorítást és megértést. Az ő jelenlétük, biztatásuk és türelmük segített átlendülni a nehezebb időszakokon, és hozzájárult ahhoz, hogy megőrizhessem a kitartást a hosszú folyamat során.

Végül, de mindenekelőtt a legmélyebb köszönet illeti családomat, akik állandó szeretetükkel, türelmükkel és biztatásukkal minden körülmények között mellettem álltak. Az ő támogatásuk volt az a stabil alap, amelyre mind szakmailag, mind emberileg támaszkodhattam. Ez a munka elsősorban az ő áldozataik és szeretetük nélkül nem jöhetett volna létre.

11. Mellékletek

Tájékoztató a kutatás résztvevői számára

Érzelmünket számtalan módon szabályozhatjuk, ennek okán nehéz helyzetben az emberek különbözőképpen reagálnak az adott szituációra. Ez a különbség azonban nem csak az egyes személyek, hanem nemzetek között is fennáll, ezért vizsgálatunk célja ezeknek a jellegzetességeknek a felmérése. Épp ezért a kérdőívsomagban különféle érzelmi állapotokat felmérő kérdőíveket talál, amelyek kitöltése hozzávetőleg 30 percet vesz igénybe.

Tájékoztatjuk Önt, hogy adatait a pszichológusi titoktartás szabályai szerint kezeljük, azokról semmilyen személyes adatot sem információt nem továbbítunk senkinek, sem itt sem az Intézetben, sem a családtagjai felé.

Amennyiben van igénye arra, hogy a vizsgálati eredményekről visszajelezzünk, kérjük, szóljon a vizsgálatvezetőnek. A vizsgálat egészségügyi kockázattal nem jár.

A vizsgálatot a Semmelweis Egyetem Regionális Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte.

Együttműködését előre is köszönjük!

A kutatás vezetője:

Prof. Dr. Perczel- Forintos Dóra PhD, egyetemi tanár
Semmelweis Egyetem, Klinikai Pszichológia Tanszék

Beleegyező nyilatkozat

A pszichológiai vizsgálatra (kérdőíves vizsgálat) vonatkozó írásbeli tájékoztatást megértettem, annak tartalmával egyetértek, és annak ismeretében veszek részt benne. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszéke a vizsgálat során feltárt adataimat, eredményeimet – a titoktartás betartása mellett, anonim módon – kutatási céllal felhasználhassa, amelyért számomra díjazás nem jár.

☐ A beleegyező nyilatkozatban leírtakat megértettem és elfogadom.

A VIZSGÁLATBAN RÉSZTVEVŐK EGYÉNI ADATLAPJA

Kérjük, töltsék ki az alábbi adatlapot.

Neme ☐ férfi ☐ nő

Életkora években: _____

Legmagasabb befejezett iskola végzettsége

- ☐ kevesebb, mint 8 általános
- ☐ 8 általános
- ☐ szakmunkásképző/szakközépiskola
- ☐ gimnázium
- ☐ főiskola/BA diploma
- ☐ egyetem/MA diploma

Börtönbe kerülése előtt mivel foglalkozott?

- ☐ háztartásbeli
- ☐ munkanélküli
- ☐ alkalmazott
- ☐ saját vállalkozásában dolgozó
- ☐ diák

Családi állapota

- ☐ Egyedülálló
- ☐ Tartókapcsolatban élő
- ☐ Házas
- ☐ Elvált
- ☐ Özvegy

Fogvatartás oka:

1. csalás
2. garázdaság
3. kábítószerrel való visszaélés
4. lopás
5. rablás
6. súlyos testi sértés
7. zaklatás
8. emberölés
9. szemérem elleni erőszak
10. erőszakos közöszlész

Fogvatartás ideje:

1. előzetes
mióta(dátum)?: _____
2. jogerős
mióta(dátum)?: _____

meddig(dátum)?: _____

Öngyilkossági kísérlet:

1. valós meghalási szándékkal:
- igen, _____ alkalommal
 - nem
2. valós meghalási szándék *nélkül*:
- igen, _____ alkalommal
 - nem

ROE

A kérdőív 10 állítást tartalmaz, kérjük, karikázza be a megfelelő választ.

	teljesen egyetértek	egyetértek	nem értek egyet	egyáltalán nem értek egyet
1. Mindent fontolóra véve, elégedett vagyok magammal.	3	2	1	0
2. Néha úgy gondolom, hogy semmire se vagyok jó.	3	2	1	0
3. Úgy érzem, hogy számos jó tulajdonságom van.	3	2	1	0
4. Képes vagyok olyan jól csinálni a dolgokat, mint mások.	3	2	1	0
5. Úgy érzem, nem sok dologra lehetek büszke.	3	2	1	0
6. Időnként feleslegesnek érzem magam.	3	2	1	0
7. Úgy érzem, vagyok olyan értékes, mint mások.	3	2	1	0
8. Bárcsak jobban tudnám becsülni magam.	3	2	1	0
9. Gyakran azt gondolom, hogy egy nulla vagyok.	3	2	1	0
10. Jó véleménnyel vagyok magamról.	3	2	1	0

IES-R

Az alábbi lista olyan kijelentéseket tartalmaz, amelyeket az emberek traumatikus, nehéz életesemény átélését követően tettek vagy éreztek. Kérjük, minden tételnél jelölje meg, milyen gyakran voltak jellemzőek Önre ezek a megállapítások AZ ELMÚLT HÉTEN. Ha

valamelyik egyszer sem fordult elő az elmúlt héten, akkor az „egyáltalán nem” oszlopban jelezze. Köszönjük válaszát!
Kérjük, most idézze fel a legmegrázóbb eseményt, ami Önnel történt és röviden írja le azt!

Esemény: Dátum:
.....

1. Bármi, ami rá emlékeztetett, visszahozta az ezzel kapcsolatos érzéseket.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
2. Nehézségeim voltak a koncentrációval.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
3. Más dolgok folyton eszembe juttatták.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
4. Ingerlékeny és dühös voltam.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
5. Nem hagytam, hogy felidegesítsen, amikor erre gondoltam vagy emlékeztettek rá.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
6. Akkor is gondoltam rá, amikor nem akartam.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
7. Úgy éreztem, mintha meg sem történt volna, vagy nem a valóságban történt volna.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
8. Elkerültem az erre emlékeztető dolgokat.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
9. Képek jutottak eszembe róla.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
10. Izgatott voltam és mindentől könnyen megrémültem.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
11. Próbáltam nem gondolni rá.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
12. Tudatában voltam, hogy még mindig sok érzésem van ezzel kapcsolatban, de nem foglalkoztam velük.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
13. Egyfajta tompaságot éreztem ezzel kapcsolatban.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
14. Bármi, ami rá emlékeztetett, visszahozta az ezzel kapcsolatos érzéseket.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
15. Nehézségeim voltak az elalvással.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
16. Hullámokban az erős érzések törtek rám az eseménnyel kapcsolatban.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
17. Próbáltam kitörölni az emlékezetemből.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
18. Nehezen tudtam koncentrálni.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
19. Az eseményre emlékeztető dolgok heves testi reakciót váltottak ki nálam (pl. izzadás, nehézlégzés, émelygés, gyors szívverés).	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
20. Álmodtam róla.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
21. Állandóan résen voltam és figyeltem.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig
22. Megpróbáltam nem beszélni róla.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran	mindig

CERQ

Mindenki szembesül időnként negatív vagy kellemetlen eseményekkel, és mindenki a maga módján válaszol e helyzetekre. Kérjük, jelölje meg, milyen gyakran gondol a következőkre, ha valami rossz dolog történik Önnel!

	(szinte) soha	néha	rendszerint	gyakran	(szinte) mindig
1.Úgy érzem, én vagyok a hibás azért, ami történt.					
2.Azt gondolom, el kell fogadnom, ami történt.					
3.Gyakran rágódom azon, mit is érzek azzal kapcsolatban, amit átéltem.					
4.Kellemesebb dolgokra gondolok.					
5.Azon gondolkodom, hogy mi a legjobb amit tehetek					
6.Arra gondolok, hogy tanulhatok valami a helyzetből.					
7.Arra gondolok, hogy az egész sokkal rosszabb is lehetett volna.					
8. Gyakran gondolok arra, hogy amit átéltem, sokkal rosszabb annál, mint amit mások átéltek.					
9. Úgy érzem, más a hibás azért, ami történt.					
10. Úgy érzem, én vagyok a felelős azért, ami történt.					
11. Azt gondolom, hogy el kell fogadnom a helyzetet.					
12. Sokat rágódom azon, hogy mit is gondolok és érzek a történetekkel kapcsolatban.					
13. Kellemes dolgokra gondolok, amelyeknek semmi közük az egészhez.					
14. Azon gondolkodom, hogyan lehetne a legjobban megbirkózni a helyzettel.					
15. Arra gondolok, hogy lelkileg megerősödhetek az által, ami történt.					
16. Arra gondolok, hogy mások sokkal rosszabb dolgokon mennek keresztül.					
17. Folyamatosan arra gondolok, milyen szörnyű is az, amit átéltem.					
18. Úgy érzem, mások a felelősek azért, ami történt.					
19. Azon gondolkodom, miben hibáztam.					
20. Arra gondolok, hogy semmit sem tudok változtatni a dolgon.					
21. Meg akarom érteni, miért érzek éppen így azzal kapcsolatban, ami történt.					

22. Inkább valami kellemes dologra gondolok a helyett, ami történt.					
23. Azon gondolkodom, hogyan változtathatnám meg a helyzetet.					
24. Arra gondolok, hogy vannak a helyzetnek jó oldalai is.					
25. Arra gondolok, hogy más dolgokhoz viszonyítva nem is olyan rossz a helyzet.					
26. Gyakran gondolok arra, hogy átéltem a legrosszabbat, ami egy emberrel megtörténhet.					
27. Azokra a hibákra gondolok, amelyeket mások követtek el azzal kapcsolatban, ami történt.					
28. Arra gondolok, hogy alapvetően bennem van a hiba.					
29. Arra gondolok, hogy meg kell tanulnom együtt élni azzal, ami történt.					
30. Azokon az érzéseken rágódom, amelyeket a helyzet keltett bennem.					
31. Kellemes élményekre gondolok.					
32. Eltervezem, hogy mi lenne a legjobb, amit tehetnék.					
33. Keresem a dolog jó oldalait.					
34. Azt mondom magamnak, hogy rosszabb dolgok is vannak az életben.					
35. Folyamatosan arra gondolok, milyen borzalmas volt a helyzet.					
36. Úgy érzem, a hiba alapvetően másokban van.					

MEPS (férfi)

Az alábbiakban 4 szituációt olvashat. Minden történetnek ismerjük az elejét és a végét, amelyeket Önnek kell összekapcsolni, vagyis megírni a történetek közepét. Próbálja megtalálni az adott problémahelyzetekben a legjobb megoldást, és azt olyan részletesen és pontosan, lépésről lépésre leírni, hogy azt egy másik személy is utánozni tudja.

1. Zoli nagyon szerette a barátnőjét, azonban sokat veszekedtek. Egy nap a lány végül elhagyta őt. Zolinak minden vágya volt, hogy rendeződjenek a dolgok. A történet végén ismét minden rendben van közöttük.

Ott folytassa a történetet, hogy egy veszekedésüket követően Zolit elhagyta a barátnője.

2. Laci épp beköltözött új otthonába, és senkit sem ismert a szomszédok közül. Barátokra akart szert tenni a környéken. A történet végén Lacinak sok jó barátja van, és immár otthon érzi magát új lakóhelyén.

Ott kezdje el a történetet, hogy Laci épp a szobájában van, rögvest azután, hogy megérkezett új otthonába.

3. Egyik nap, miközben éppen egy étteremben ebédelt, Feri észrevett egy gyönyörű lányt, akit korábban még sohasem látott. Első pillantásra beleszeretett. A történet végén összeházasodnak.

Ott kezdje el a történet mesélését, amikor Feri először megpillantotta a lányt az étteremben.

4. Jánosnak feltűnt, hogy újabban kerülnek a barátai. Azt szeretné, hogy legyenek barátai és hogy szeressék őt. A történet végén Jánost ismét kedvelik a barátai.

Ott kezdje el a történetet, amikor a fiú először észreveszi, hogy elkerülnek a barátai.

5. Péter nehezen jön ki a közvetlen főnökével a munkahelyén. Nagyon boldogtalan emiatt. A történet végén Pétert kedveli a főnöke.

Ott folytassa a történetet, hogy Péter nem jön ki a főnökével.

MEPS (női)

Az alábbiakban 5 szituációt olvashat. Minden történetnek ismerjük az elejét és a végét, amelyeket Önnek kell összekapcsolni, vagyis megírni a történetek közepét. Próbálja megtalálni az adott problémahelyzetekben a legideálisabb stratégiát, és olyan részletesen és konkrét lépésekben leírni, hogy azt akár egy másik személy is követni tudja.

1. Kati nagyon szerette a barátját, azonban sokat veszekedtek. Egy nap a fiú végül elhagyta őt. Katinak minden vágya volt, hogy rendeződjenek a dolgok. A történet végén ismét minden rendben van közöttük. Ott folytassa a történetet, hogy egy veszekedésüket követően Katit elhagyta a barátja.

2. Nóri épp beköltözött új otthonába, és senkit sem ismert a szomszédok közül. Barátokra akart szert tenni a környéken. A történet végén Nórinak sok jó barátja van, és immár otthon érzi magát új lakóhelyén. Ott kezdje el a történetet, hogy Nóri épp a szobájában van, rögvest azután, hogy megérkezett új otthonába.

3. Egyik nap, miközben éppen egy étteremben ebédelt, Anna észrevett egy helyes srácot, akit korábban még sohasem látott. Első pillantásra beleszeretett. A történet végén összeházasodnak. Ott kezdje el a történet mesélését, amikor Anna először megpillantotta a fiút az étteremben.

4. Verának feltűnt, hogy újabban kerülnek a barátai. Azt szeretné, hogy legyenek barátai és hogy szeressék őt. A történet végén Verát ismét kedvelik a barátai. Ott kezdje el a történetet, amikor a lány először észreveszi, hogy elkerülnek a barátai.

5. Orsi nehezen jön ki a közvetlen főnökével a munkahelyén. Nagyon boldogtalan emiatt. A történet végén Orsit kedveli a főnöke. Ott folytassa a történetet, hogy Orsi nem jön ki a főnökével.

BHS-R

A kérdőív négy állítást tartalmaz. Kérjük, gondosan olvassa el mindegyiket, és az alábbi skála alapján írjon mindegyik mellé egy számot, mennyire volt jellemző Önre az állítás az elmúlt héten, a mai napot is beleértve:

- 0 – egyáltalán nem igaz
- 1 – részben igaz
- 2 – nagymértékben igaz
- 3 – teljes mértékben igaz

- 1 ____ Sötétben látom a jövőmet.
- 2 ____ Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.
- 3 ____ Fölösleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.
- 4 ____ Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni.

Paykel-S

Az elmúlt két hétben... (kérjük, tegyen egy X-et abba a kockába, amelyik a leginkább illik Önre)

	Soha	Ritkán	Időnként	Gyakran	Nagyon gyakran	Mindig
1. Volt olyan érzése <u>az elmúlt két hétben</u> , hogy nem érdemes élni?						
2. Kívánta azt <u>az elmúlt két hétben</u> , hogy bárcsak ne élne? – Például, hogy úgy elaludna, hogy többet nem ébredne fel?						
3. <u>Az elmúlt két hétben</u> gondolt arra, hogy véget vessen az életének, még ha igazából nem is tenné meg?						

4. <u>Az elmúlt két hétben</u> eljutott arra a szintre, hogy komolyan megfontolja, hogy véget vessen az életének, vagy talán még el is tervezte, hogyan tenné meg?						
--	--	--	--	--	--	--

Megpróbált valaha véget vetni a saját életének?

- 1 Igen, az elmúlt 2 hétben
- 2 Igen, az elmúlt 6 hónapban vagy régebben
- 3 Nem, soha

BDI- R

Kérjük, értékelje az alábbi állításokat önmagára vonatkoztatva az alábbiak szerint!

1 = Egyáltalán nem jellemző

2 = Alig jellemző

3 = Jellemző

4 = Teljesen jellemző

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.
4 | 1 | 2 | 3 | |
| 2. Semmiben nem tudok dönteni többé.
4 | 1 | 2 | 3 | |
| 3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam,
és nem tudok újra elaludni.
4 | 1 | 2 | 3 | |
| 4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.
4 | 1 | 2 | 3 | |
| 5. Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt,
hogy másra nem tudok gondolni.
4 | 1 | 2 | | 3 |
| 6. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.
4 | 1 | 2 | 3 | |
| 7. Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.
4 | 1 | 2 | 3 | |
| 8. Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok.
4 | 1 | 2 | 3 | |
| 9. Állandóan hibáztatom magam.
4 | 1 | 2 | 3 | |

PSS4

Kérjük, válaszolja meg az alábbi kérdéseket!

1. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életében?	soha	szinte soha	néha	elég gyakran	nagyon gyakran
---	------	----------------	------	-----------------	-------------------

2. Az elmúlt hónap során milyen gyakran bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit?	soha	szinte soha	néha	elég gyakran	nagyon gyakran
3. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?	soha	szinte soha	néha	elég gyakran	nagyon gyakran
4. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?	soha	szinte soha	néha	elég gyakran	nagyon gyakran

BIS-11

Utasítások: Az emberek eltérően gondolkodnak és cselekednek különböző helyzetekben. Ez a teszt arra szolgál, hogy felmérje, Ön milyen módon gondolkodik és cselekszik. Olvasson el figyelmesen minden állítást, és tegyen egy x-et a megfelelő körbe a lap jobboldalán. Ne gondolkozzon sokat egy-egy állításon. Őszintén jelölje meg az első választ, ami eszébe jut!

☐ Soha/Ritkán ☐ Alkalmanként ☐ Gyakran ☐ Majdnem mindig/Mindig

1. Mindent, amit csinálok, gondosan megtervezek.	☐	☐	☐	☐
2. Meggondolatlanul cselekszem.	☐	☐	☐	☐
3. Nem figyelek oda a dolgokra.	☐	☐	☐	☐
4. Ura vagyok a gondolataimnak és cselekedeteimnek.	☐	☐	☐	☐
5. Könnyen tudok koncentrálni.	☐	☐	☐	☐
6. Alaposan átgondolom a dolgokat.	☐	☐	☐	☐
7. Meggondolatlanul mondok dolgokat.	☐	☐	☐	☐
8. A pillanat hatása alatt cselekszem.	☐	☐	☐	☐

WBI-5

Hogyan érezte magát az elmúlt két hétben? Kérjük, válaszoljon az alábbiak szerint:

0. egyáltalán nem jellemző

1. alig jellemző
jellemző

2. jellemző

3. teljesen

1. Az elmúlt két hét során érezte-e magát vidámnak és jó kedvűnek?	
2. Az elmúlt két hét során érezte-e magát nyugodtnak és ellazultnak?	
3. Az elmúlt két hét során érezte-e magát aktívnak és élénknek?	
4. Az elmúlt két hét során érezte-e magát ébredéskor frissnek és kipihentnek?	
5. Az elmúlt két hét során érezte-e, hogy a napjai tele vannak az Ön számára érdekes dolgokkal?	

FFMQ

Kérjük, értékelje az alábbi állítások mindegyikét a megadott öt válaszlehetőség mentén! A sorszám előtt található helyre írja be azt a számot, amely leginkább tükrözi az Önmagáról alkotott véleményét.

1	2	3	4	5
<i>Soha vagy nagyon ritkán</i>	<i>Ritkán</i>	<i>Közepes mértékben</i>	<i>Gyakran</i>	<i>Nagyon gyakran vagy mindig</i>

- ___ 1. Járás közben szándékosan figyelem a testem mozgásából fakadó érzéseket.
- ___ 2. Az érzéseimet könnyen ki tudom fejezni szavakban.
- ___ 3. Az ésszerűtlen vagy nem helyénvaló érzelmeim miatt bírálom magam.
- ___ 4. Érzéseimet és érzelmeimet anélkül észlelem, hogy reagálnék rájuk.
- ___ 5. Amikor valamit csinálok, gondolataim elkalandoznak és a figyelmem könnyen elterelődik.
- ___ 6. Zuhanyzás vagy fürdés közben folyamatosan tudatában vagyok a víz keltette érzéseknek a testemen.
- ___ 7. Meggyőződésemet, véleményemet és elvárásaimat könnyen szavakba tudom önteni.
- ___ 8. Nem figyelek arra, amit csinálok, mert álmodozom, aggodalmaskodom, vagy más dolgok miatt terelődik el a figyelmem.
- ___ 9. Az érzéseimet anélkül figyelem, hogy azok eluralkodnának rajtam.
- ___ 10. Azt mondogatom magamnak, nem kellene úgy éreznem, ahogyan érzek.
- ___ 11. Észlelem, ahogy az étel- és italfogyasztás befolyásolja gondolataimat, testérzeteimet és érzelmeimet.
- ___ 12. Nehezen találok szavakat gondolataim kifejezésére.
- ___ 13. A figyelmem könnyen elterelődik.
- ___ 14. Azt hiszem, vannak olyan abnormális és helytelen gondolataim, amiknek nem kellene lenniük.
- ___ 15. Olyan érzetekre is odafigyelek, mint amikor szél kap a hajamba, vagy nap süti az arcomat.
- ___ 16. Nehézséget jelent, hogy szavakat találjak annak kifejezésére, ahogyan érzek.
- ___ 17. Igyekszem megítélni, hogy a gondolataim helyesek vagy helytelenek.
- ___ 18. Nehezemre esik huzamosabb ideig a jelenre összpontosítani.
- ___ 19. Amikor kellemetlen gondolataim vagy képzeletem támadnak, visszafogom magam, és anélkül szemlélem őket, hogy azok elhatalmasodhassanak.
- ___ 20. Figyelek az olyan hangokra, mint az óra ketyegése, a madarak csicsergése, vagy az elhaladó autók zaja.

- ___ 21. Nehéz helyzetekben is tudok egy pillanatnyi szünetet tartani, ahelyett, hogy rögtön reagálnék.
- ___ 22. Nehezen találok megfelelő szavakat a testemből származó érzetekre.
- ___ 23. Úgy tűnik, automatikusan cselekszem, és nem nagyon tudatosul bennem, hogy mit is csinálok.
- ___ 24. Ha kellemetlen gondolataim vagy képzeim vannak, rövid időn belül megnyugszom.
- ___ 25. Előfordul, hogy azt mondom magamnak, nem kellene úgy gondolkoznom, ahogyan gondolkozom.
- ___ 26. Felfigyelek az illatokra és az ízekre.
- ___ 27. Még ha teljesen fel vagyok dűlva, akkor is meg tudom fogalmazni, amit érzek.
- ___ 28. Gyorsan összecsapom a tennivalókat, anélkül, hogy igazából odafigyelnék rájuk.
- ___ 29. Amikor kellemetlen gondolataim vagy képzeim támadnak, képes vagyok arra, hogy csak észleljem őket, anélkül, hogy reagálnék rájuk.
- ___ 30. Vannak olyan érzelmeim, amelyeket rossznak vagy helytelenek tartok, és nem szabadna éreznem ezeket.
- ___ 31. A művészeti alkotásokban vagy a természetben észreveszek olyan vizuális elemeket, mint amilyenek a színek, a formák, az anyagok, vagy a fény-árnyék hatások.
- ___ 32. Számomra természetes, hogy tapasztalataimat szavakba foglalom.
- ___ 33. Amikor kellemetlen gondolataim vagy képzeim támadnak, csak felfigyelek rájuk, és annyiban hagyom.
- ___ 34. A tennivalókat, feladatokat gépiesen végzem, anélkül, hogy tudatában lennék annak, hogy mit csinálok.
- ___ 35. Amikor kellemetlen gondolataim vagy képzeim támadnak, ezek tartalmától függően, jónak vagy rossznak ítélem magam.
- ___ 36. Figyelek arra, hogy érzelmeim miként befolyásolják gondolataimat és viselkedésemet.
- ___ 37. Meglehetősen pontosan le tudom írni, hogyan érzek egy adott pillanatban.
- ___ 38. Azon kapom magam, hogy odafigyelés nélkül teszek meg dolgokat.
- ___ 39. Elítélem magam, amikor irracionális elképzeléseim vannak.

Köszönjük, hogy kitöltötte kérdőívünket!