

A gyermekkori abúzusok szerepe a felnőttkori szuicid magatartás kialakulásában

RIHMER ANNAMÁRIA¹, SZILÁGYI SIMON², RÓZSA SÁNDOR³, GONDA XÉNIA^{4,5}, FALUDI GÁBOR⁴,
RIHMER ZOLTÁN⁴

¹Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest; ²Fővárosi Önkormányzat, Péterfy Sándor Utcai Kórház, Krízis Intervenciós és Pszichiátriai Osztály, Budapest; ³Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai és Pedagógia Kar, Budapest; ⁴Semmelweis Egyetem, Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Budapest; ⁵Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, Budapest

Vizsgálataink során 150, nem violens öngyilkossági kísérletet elkövető személynél elemeztük a gyermekkori abúzusok hatását az affektív temperamentum-típusokra és a Gotland Férfi Depresszió Skála értékeinek alakulására. Eredményeink megerősítik a hazai és nemzetközi adatokat az öngyilkos magatartás és a pszichiátriai betegségek, a nemkívánatos pszichoszociális tényezők és a negatív életesemények szoros kapcsolatát illetően, ugyanakkor új adatokat is szolgáltatnak az egyes affektív temperamentum-típusok, a férfi típusú depresszió és a súlyosan traumatizáló negatív életesemények egymással való szoros összefüggésére, illetve ezeknek a szuicid magatartásra hajlamosító szerepére vonatkozólag. A gyermekkori fizikális és/vagy szexuális abúzust elszenvedők szignifikánsan magasabb értékeket mutatnak a TEMPS-A ciklotím és irritábilis alszállán ($p < 0.05$). A Gotland Férfi Depresszió tünetcsoportja egyformán nagyon gyakori és egyformán súlyos a nem violens szuicid kísérletet elkövető férfiaknál illetve nőknél, és ugyancsak nemi különbség nélkül szignifikánsan súlyosabb volt ($p < 0.01$) azoknál, akik gyermekkorukban mind fizikális, mind szexuális abúzus áldozatai voltak.

Kulcsszavak: affektív temperamentum típusok, gyermekkori abúzus, Gotland Férfi Depresszió Skála, öngyilkossági kísérlet

A gyermekkori abúzusok és a felnőttkori szuicid magatartás kapcsolata gyakran vizsgált téma. A National Comorbidity Survey adatbázisának elemzése során Joiner és munkatársai (2007) azt találták, hogy a gyermekkori fizikai és violens szexuális abúzusok a molesztálásnál és verbális abúzusoknál erőteljesebb predisponáló tényezőkként hatottak a felnőttkori szuicid magatartásra vonatkozóan. Egyéb vizsgálatokból is ismert, hogy az öngyilkossági kísérleten átesettek szignifikánsan gyakrabban számoltak be szexuális abúzusokról (24-50%), mint az öngyilkosságot meg nem kísérelt személyek (3-7%) (Egmond és mtsai, 1993; Wunderlich és mtsai, 2001; Brodsky és mtsai, 2008). Fekete és munkatársai (2004) serdülőkori öngyilkossági kísérletet elkövetetteknek 12%-ban észleltek gyermekkori szexuális abúzust, míg ugyanez az arány a kontroll személyeknél 3% volt. Nem klinikai mintában a sze-

xuálisan abuzált nők 14-16%-a kísérelt meg élete során legalább egyszer öngyilkosságot, míg ugyanez az arány a nem abuzáltak körében 4-6% volt (Egmond és mtsai, 1993). Mann és munkatársai (2005) nagy mintán végzett vizsgálatukban azt találták, hogy a döntően unipoláris depresszióban szenvedő és öngyilkossági kísérleten átesett betegek körében a szexuális és fizikai abúzus gyakorisága 17, illetve 19% volt. Az öngyilkosságot meg nem kísérelők körében ugyan ezen arányok 8 és 16% voltak (Mann és mtsai, 2005).

A gyermekkori abúzusok és a pszichiátriai betegségek közötti összefüggés vizsgálata nem tűnik túl egyszerűnek: a retrospektív vizsgálatok nem mindig megbízhatóak, hiszen sok az elfelejtett, vagy el nem mondott esemény, a prospektív vizsgálatok e témában pedig igen ritkák. Az abúzusok vizsgálata számos metodológiai problémát is rejt magában: a negatív eseményt az elszenvedettek gyakran elnyomják, tagadják,

stb. Az egyik prospektív vizsgálat elvégzése Spataro és munkatársai (2004) nevéhez fűződik, akik 1612, 1950-1991 között született, 16 éves vagy annál fiatalabb gyermek adatait elemezték a Victorian Psychiatric Case Register adatainak felhasználásával. Ez az 1961-ben létrejött adatbázis az egyik legnagyobb a világon, közel félmillió olyan személy nevét tartalmazza, akik valamilyen módon kapcsolatba kerültek pszichiátriai osztályokkal, illetve közösségi központokkal (Eaton és mtsai, 1992). A teljes összehasonlíthatóság vizsgálatára az adatokat hasonló korú kontroll csoport megfelelő adataival hasonlították össze a vizsgált periódusban (1991. július 1 – 2000. június). Az eredmények a korábbi vizsgálatok adataival szemben azt mutatták, hogy a férfiak szignifikánsan gyakrabban kértek pszichiátriai segítséget szexuális abúzust követően, mint a nők. A leggyakoribb pszichiátriai kórkép a szorongásos-, illetve akut stressz zavar, valamint a major depresszió volt. Férfiak körében több volt a szorongásos, személyiség-, organikus, illetve gyermekkori viselkedészavar, nők körében pedig a major depresszió, szorongás, személyiségzavar, illetve gyermekkori viselkedészavar előfordulása volt gyakoribb. A szkizofrénia, alkohol- és drogabúzus előfordulása nem tért el szignifikánsan az átlagpopulációban tapasztalt értékektől.

Bizonyos vizsgálatok a korábbi fejsérüléssel, illetve a gyermekkorban elszenvedett abúzusokkal is összefüggésbe hozták a fokozott öngyilkossági kockázatot. E két tényező egymástól függetlenül hatott a szuicid rizikó kialakulására, továbbá mindkettő összefüggött az agresszivitás/impulzivitás faktorral. Az agresszív, impulzív gyermekek nagyobb eséllyel szenvednek el fejsérülést, ugyanakkor a fejsérülés nagyobb eséllyel okoz gátlástalanságot és agresszív magatartást (Elliot és mtsai, 1992). Ismert, hogy a szexuális abúzust elszenvedő gyermekek anyjai körében magasabb a szuicid rizikó, ezért ők a fokozott szuicid kockázatot a genetikai út mellett a neveléssel is átörökíthetik utódaikra. Ugyanakkor az agresszív és impulzív gyermekek viselkedésükkel szülői fizikális abúzust (verést) provokálhatnak az arra érzékeny szülőknél, amely a későbbiekben a felnőtt lét során hajlamosít az önsértő magatartás kialakulására (Briere és mtsai, 1990).

Számos vizsgálat szerint az adverz életesemények, különösen a kora gyermekkorban bekövetkezők, hátrányosan befolyásolják az egyén szervi- és személyiségfejlődését, sőt, a felnőttkori pszichopatológia, elsősorban a depresszió és szuicidalitás szempontjából rizikótényezőknek tekinthetőek (Egmond és mtsai, 1993; Fekete és mtsai, 2004; Osváth és mtsai,

2004; Joiner és mtsai, 2007; Carballo és mtsai, 2008). Osváth és munkatársainak hazai vizsgálata szerint a 101 öngyilkossági kísérletet elkövetett személy közül a nők 73, míg a férfiak 53 százaléka számolt be gyermekkori fizikai abúzusról, míg a szexuális abúzust elszenvedők aránya a nők, illetve a férfiak között 40, illetve 8% volt (Osváth és mtsai, 2004). A gyermekkori abúzusokat elszenvedők az abúzus szempontjából negatív anamnézisűekhez képest tehát nagyobb eséllyel követnek el öngyilkosságot, fiatalabb életkorban és gyakrabban kerül sor az első pszichiátriai osztályos felvételükre, amelyek időtartama hosszabb, több gyógyszerre szorulnak és összességében súlyosabb tünetekkel jellemezhetőek (Brodsky és mtsai, 2008; Carballo és mtsai, 2008). Pszichiátrián kezelt nők és férfiak abúzusra utaló adatainak elemzése során több vizsgálat is azt találta, hogy ezen populációban mind a fizikai, mind pedig a szexuális abúzus előfordulásának aránya magasabb a pszichiátriai betegségben nem szenvedőkhöz képest. 817 pszichiátrián fekvő nőbetegre kiterjedő vizsgálat során Goodman és munkatársai (1999) azt találták, hogy a páciensek 64%-a beszámolt fizikai vagy szexuális gyermekkori abúzusról (csak fizikai: 50%, csak szexuális: 44%).

A gyermekkori szexuális és fizikai abúzus bipoláris betegek körében is igen gyakori. Leverich és munkatársai azt találták, hogy öngyilkossági kísérleten átesett bipoláris zavarban szenvedő betegeknél a szexuális és fizikai abúzus előfordulása 41, illetve 41% volt, míg az öngyilkossági kísérleten át nem esetteknél az arányok 23 és 22% voltak (Leverich és mtsai, 2003). 330 veterán bipoláris I. és II. zavarban szenvedő páciensnél Brown és munkacsoportja (2005) beszámolója alapján a csak fizikai abúzus 20%-ban, a csak szexuális abúzus 10%-ban, illetve a fizikai és szexuális abúzus együttesen 19%-ban fordult elő. A fizikailag abuzáltak körében az öngyilkossági események előfordulása 63% volt, a szexuális abúzuson átesettek körében ez az arány 69% volt. A legmagasabb arány (75%) a fizikai és szexuális abúzust elszenvedettek körében volt tapasztalható. Fenti eredményeken túl a szerzők azt is megállapították, hogy a gyermekkori abúzusok a jelen PTSD, alkohol abúzus, illetve depresszió kialakulásának nagyobb valószínűségét vonták maguk után. Számos vizsgálat eredményeiből tudjuk, hogy a gyermekkorban abúzust elszenvedett bipoláris betegek között a nem abuzáltakhoz képest korábbi a betegségkezdés, továbbá nagyobb a rapid ciklus, öngyilkossági kísérlet és a komorbid szorongásos kórképek kialakulásának esélye (Brown és mtsai, 2005; Garno és mtsai, 2005; Leverich és mtsai, 2002).

Az élet első néhány éve alatt bekövetkező traumás életesemények hosszú távú negatív hatással bírnak az érzelmi, viselkedésbeli, kognitív, szociális és pszichológiai működésre. Különösen igaz ez akkor, ha az adott esemény súlyos és ismétlődő, valamint váratlanul következik be. Számos, gyermekkori abúzussal foglalkozó kutató álláspontja szerint a traumatizált gyermekekben a stressz-szenzitizáció kulcsfontja a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HPA) tengely túlérzékenysége, illetve fokozott aktivitása, valamint ennek következtében a stresszhormonok (ACTH, adrenalin) perifériára történő fokozott kibocsátása (Perry, 1994). Abuzált gyermekekben a kortizolszekréció szabályozásának rendellenességei is ismertek. Egyre több bizonyíték szól amellett, hogy a gyermekkorban a HPA tengelyen kialakuló eltérések felnőttkorban is perzisztálnak. Heim és munkacsoportja eredményei alapján a gyermekkori abúzus következtében létrejött HPA tengely eltérések és az autonóm rendszer túlérzékenysége jelentős mértékben hozzájárul a felnőttkori pszichopatológiához (Heim és mtsai, 2000).

Az erre irányuló kutatások eredményei szerint gyermekkori abúzusok esetén az önszabályozó rendszerek, mint pl. a HPA tengely működése, nem tér vissza a kiváltó eseményt megelőző értékű szintre, ezáltal az egyén érzékenyebbé válik a stresszre nézve. Az ismételt stresszorok, jelen esetben az abúzus következtében a neurobiológiai folyamat érzékeny szabályozása eltolódik, és a rendszer érzékenyítettebb lesz (Heim és mtsai, 2000; Perry, 1994). A HPA tengely túlérzékenysége a strukturális agyi elváltozásokon túl (hippokampális károsodás, cerebrális atrofia, kamra megnagyobbodás, strukturális cerebrális aszimmetria) az agyi neurotranszmitterek szintjének megváltozását vonja maga után. A stressz következtében kialakuló HPA tengely működésbeli eltérés eredményeképpen a dopamin receptorok sűrűsége fokozódik, valamint nő a dopaminfelszabadulás is. A dopaminerg rendszer működése igen fontos a stresszel, illetve félelemmel kapcsolatos ingerek interpretációjában. Szexuális abúzuson átesett lányok kontrollokkal történő összehasonlítása során azt találták, hogy esetükben a dopaminon túl a noradrenalin és adrenalin szintje is magasabb volt (De Bellis és mtsai, 1994). Galvin és kollégái (1991) eredményei szerint a fizikai vagy szexuális abúzuson átesettek körében alacsonyabb a dopaminból noradrenalinná történő alakulást végző dopamin-béta-hidroxiláz szintje, amely szintén a kora gyermekkorban elszenvedett abúzus és a következményes HPA tengely túlaktivitás miatt

lehetséges. Végül az abúzus következményeként a szerotoninreceptorok száma is csökken (Pine és mtsai, 1996). Ez a modell magyarázatul szolgálhat arra nézve, hogy a később bipoláris kórképben szenvedő és gyermekkorban abuzált páciensek körében miért alakul ki nagyobb eséllyel pszichózis, illetve egyéb pszichiátriai betegség a nem abuzáltakhoz képest.

E téma kiemelt fontosságát az a tény adja, hogy a gyermekkori szexuális abúzuson átesett személyek a szexuális abúzuson át nem esetekhez képest gyakrabban szenvednek pszichiátriai zavarban, ami a megelőzés szempontjából is központi szereppel bír. A kora gyermekkorban elszenvedett trauma hajlamosít a későbbi életkorban önsértő magatartás, illetve öngyilkos viselkedés gyakoribb kialakulására (van der Kolk és mtsai, 1991; Briere és mtsai, 1990). Elképzelhető, hogy az abúzus, a biológiai paraméterek fejlődése és az impulzivitás kialakulása között ok-okozati összefüggés van. Brodsky és munkacsoportja (2001) 136, DSM-IV szerint major depressziós beteget vizsgált meg. A vizsgálat során az öngyilkos magatartás felméréséhez a Columbia Suicide Rating Scale-t használták. Ezen kívül felmérték az impulzivitást és az agressziót is (Baratt Impulsivity Scale, Brown-Goodwin Aggression Inventory). Az adatok elemzése során azt állapították meg, hogy az abúzusról beszámoló 52 beteg (38%) esetében gyakoribb volt az II. tengely diagnózisok aránya, illetve az abúzuson átesettek magasabb pontokat értek el az impulzivitás és agresszivitás skálákon. A gyermekkorban szexuális abúzuson átesettek és később öngyilkossági kísérleten átesettek közül 17 (46%) a szuicídiumot 18 éves kora előtt követte el. Ugyanez az arány a szexuális abúzust el nem szenvedettek körében 7 (19%) volt. Mindezek alapján feltételezhető, hogy a gyermekkori fizikai és/vagy szexuális abúzus környezeti faktorként szolgál, mely befolyásolja az impulzivitás és agresszivitás, mint tulajdonság, valamint az öngyilkos viselkedés kialakulását. Az is lehetséges, hogy az impulzivitás olyan öröklött tulajdonság, amelyre a gyermekkori abúzus hatással van, ugyanakkor a felnőttkori impulzivitás és agresszió megnyilvánulása is lehet. Bár vannak adatok arra vonatkozóan, hogy az abúzuson átesett és depresszióban szenvedő felnőttek magasabb pontszámot érnek el az agresszivitás és impulzivitás skálákon, az abúzus önmagában az utóbbi személyiségvonások kialakulásához csupán részben járul hozzá (Robert és mtsai, 1980; Kaplan és mtsai, 1983; Brodsky és mtsai, 2008). Az agresszió magasabb szintje az öngyilkossági kísérlet bekövetkeztének nagyobb esélyét rejtí magában. Ez alapján dolgozta ki Mann és munkacsoportja a pszichiátriai betegségben szenvedők szuicid magatartásának ér-

telmezésére a stressz-diatézis modellt. Ebben a modellben a diatézist az alacsony frusztrációs tolerancia, a pesszimista, impulzív agresszív személyiségvonások jelentik, míg a stresszor maga a pszichiátriai betegség, leggyakrabban major depresszió (Mann és mtsai, 1999).

Valószínű tehát, hogy a kora gyermekkori időszakban elszünetelt erőszak impulzív/agresszív személyiségvonások, illetve irritábilis vagy hangulatlabil (ciklotím) temperamentum kialakulásra hajlamosít, amely még a nők esetében is inkább „férfi-profilú” depresszió kialakulásához vezet, és ezáltal gyakoribb szuicid magatartást eredményez.

MÓDSZEREK

A vizsgálatba bevont személyek

A vizsgálatban a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház Toxikológiai és Baleseti Belgyógyászati Osztályára nem violens öngyilkossági kísérlet (gyógyszerrel elkövetett szuicid kísérlet) miatt 2003 év folyamán felvételre került 160 beteget vizsgáltunk meg. A betegek vizsgálata a kötelező pszichiátriai konzíliumot követően történt, a sürgősségi osztályos felvételt követő 48-72 órán belül. Annak megítélése, hogy a gyógyszerbevitel valóban szuicid céllal történt-e, a toxikológiai osztály orvosának és egy független pszichiáternek döntésén alapult. Instabil állapotú betegek nem vettek részt a vizsgálatban. Előzetes felvilágosítás után a résztvevők a beleegyező nyilatkozatot aláírásukkal látták el. A vizsgálatot a kutatási protokoll áttekintését követően a helyi Etikai Bizottság előzetesen engedélyezte. Mivel minden beteg esetében a vizsgálatot a szerző végezte el, ezért a vizsgálok közötti reliabilitás egyeztetésére nem volt szükség. A vizsgálatba bekerült 160 betegből 150 esetben volt minden tekintetben teljes a klinikai dokumentáció, ezért a továbbiakban csak ezen kísérletezők adatait elemezzük.

A vizsgálati protokoll részei

1. A vizsgált páciensek demográfiai jellemzőin (életkor, nem) és pszichiátriai anamnézisének túl adatokat gyűjtöttünk a pszichoszociális jellemzőkről (családi állapot, lakóhely, iskolai végzettség, munkaviszony), illetve az esetlegesen fennálló testi betegségről és a dohányzási szokásokról is. Az aktuális DSM-IV I. tengely diagnózisok felállításához a M.I.N.I Strukturált Neuropszichiátriai Interjú (Lecrubier és mtsai, 1997) 5.0.0. magyar változatát használtuk (Balázs és mtsai, 1998; 2003).

2. Az affektív temperamentumok megállapításához az Akiskal-féle TEMPS-A 110 kérdéses (férfiak számára 109 kérdés) önkitöltő kérdőívet (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire, Akiskal és Akiskal 2005; Akiskal és mtsai, 1998; 2005a; 2005b), illetve annak Magyarországon validált verzióját (Rózsa és mtsai, 2006; 2008) alkalmaztuk. A skála öt alszálából (depresszív, hipertím, ciklotím, irritábilis és szorongó) áll. Minden alszála tartalmaz az affektusra, illetve szociális adaptációs készségekre vonatkozó állításokat is. Az egyes kérdésekre igen/nem válasz adható. A kérdőív eredeti angol verziójának magyar fordítását (Rihmer Zoltán és Pestaloty Péter) egy, az eredetit nem ismerő személy visszafordította angolra, majd ezt a két szerző összevetette saját eredeti verziójukkal, és a magyar változat használatát engedélyezte. A mérőeszköz adaptációját Magyarországon kívül számos más országban is megkezdték (Libanon, Dánia, Görögország, Lengyelország, Portugália, Spanyolország, Svédország; Akiskal és Akiskal, 2005; Akiskal és mtsai, 2005a, 2005b).

A TEMPS-A önkitöltő kérdőív nők részére 110, míg férfiak számára 109 tételből áll (84. állítás: „Menstruáció előtt olyan dührohamaim vannak, amelyeken nem tudok uralkodni”), kitöltése átlagosan 10-15 percig tart. Az egyes tételek eldöntendő kérdéseket tartalmaznak, a kitöltő személynek egész addigi életét figyelembe véve kell eldöntenie az adott állításról, hogy igaz-e rá vagy sem. A kérdőív a depresszív (21 kérdés), ciklotím (21 kérdés), hipertím (21 kérdés), irritábilis (21 kérdés) és szorongó (nőknél 27, férfiaknál 26 kérdés) alszálából áll, illetve ezen altípusokat fedi le (Rózsa és mtsai, 2006; 2008). Az egyes tételek pontozásánál az igen választ 1 pontnak, míg a nem választ 0 pontnak értékeltük. Mivel az egyes skálák egymástól eltérő számú tételből állnak, az egyes skálák kiszámításához a megfelelő tételek összegét el kell osztanunk a tételek számával. Így az egyes skálákon 0 és 1 közötti értékeket lehetett elérni. A nullához közeli értékek az adott temperamentumjellemző alacsony, míg az egyhez közeli értékek ennek magas voltára utalnak. A TEMPS-A hazai validálása során azt találtuk, hogy a faktoriális szerkezet, belső konzisztencia és reliabilitás tekintetében a magyar verzió hasonlóan megbízható az egyéb nyelveken megjelent változatokhoz (Rózsa és mtsai, 2006; 2008).

3. A protokoll részeként a betegek kitöltötték a 8 kérdésből álló Bernstein-féle Gyermekkori Szexuális és Fizikai Abúzus Skála rövidített változatát (Bernstein és mtsai, 1994). A kérdőívet Bernstein és munkacsoportja egy rövid, strukturált, 10-20 perc alatt felve-

1. táblázat. A TEMPS-A alskáláinak értékei a gyermekkori abúzusok szerinti bontásban a 150 öngyilkossági kísérletet elkövetőnél

Alskála	Gyermekkori abúzus	N	Átlagérték	SD
Depresszív	nincs	66	0.52	0.2
	egy abúzus	62	0.59	0.19
	két abúzus	22	0.61	0.16
Ciklotím	nincs	66	0.44	0.18
	egy abúzus	62	0.55	0.21
	két abúzus	22	0.57	0.22
Hipertím	nincs	66	0.52	0.21
	egy abúzus	62	0.47	0.21
	két abúzus	22	0.5	0.26
Irritábilis	nincs	66	0.36	0.18
	egy abúzus	62	0.45	0.23
	két abúzus	22	0.5	0.18
Szorongó	nincs	66	0.45	0.23
	egy abúzus	62	0.53	0.23
	két abúzus	22	0.56	0.19

Ciklotím temperamentum: nincs abúzus vs. egy abúzus: $p < 0.05$; nincs abúzus vs. két abúzus: $p < 0.05$; egy abúzus vs. két abúzus: NS.

Irritábilis temperamentum: nincs abúzus vs. egy abúzus: $p < 0.05$; nincs abúzus vs. két abúzus: $p < 0.05$; egy abúzus vs. két abúzus: NS.

ANOVA post hoc páros összehasonlítás (Bonferroni korrekcióval).

hető gyermekkori trauma interjú alapján dolgozta ki, amely számos trauma felmérésére kiterjed (fizikai, szexuális, emocionális, elhanyagolás, szeparáció, családon belüli erőszak). Az egyes tételek gyakoriság és súlyosság tekintetében 1-7 pont között értékelhetőek. A gyermekkori trauma kérdőívnek két verziója ismert: az eredeti 70, míg a rövidített változat 8 kérdésből áll. A rövidített skála első három kérdése a fizikai abúzusra, illetve verbális agresszióra vonatkozó kérdéseket tartalmaz, a hátralevő öt kérdés pedig a szexuális abúzus különféle formáira irányul. A kérdésekre igen/nem válaszok adhatóak. A gyermekkori fizikális, illetve szexuális abúzus tekintetében pozitívnak minősül a válasz, ha a válaszadó életében 18 éves koráig bezárólag a 3, illetve 5 vonatkozó kérdés közül legalább 1-1-re pozitív választ kapunk.

4. A férfi-női depressziós tünetek közötti feltételezett tüneti különbségek alátámasztásához az önkéntöltő Gotland Férfi Depresszió Kérdőívet is felvettük a páciensekkel (Rutz, 1999). A skála 13 kérdésből áll, mindegyikre 0-3 pontos Likert-skála alapján lehet válaszolni (0 = egyáltalán nem jellemző, 1 = kismértékben jellemző, 2 = közepesen jellemző, 3 = nagyon

jellemző). A maximális pontszám 39, az értékelés a következőképp történik: 0-12: depresszió jele nincs; 13-26: depresszió lehetséges, antidepresszívum felírása megfontolandó; 27-39: egyértelmű depresszió, antidepresszívum felírása javasolt.

Statisztikai módszerek

A leíró jellegű statisztikai megközelítést igénylő tényezőket átlagok, standard deviációk, tartományok, és százalékszámítás segítségével szemléltettük. A kategoriális változók, vagyis a különböző alcsoportok összehasonlítása χ^2 próbával (ha egy cellában az elemszám 5 alatt volt, Yates korrekcióval) és az esélyhányadosok (odds ratio: OR) kiszámításával történt. A folyamatos intervallum típusú változók elemzéséhez kétmintás t-próbát, valamint egy- vagy kétszemponos varianciaanalízist (ANOVA) használtunk páronkénti összehasonlításokkal és Bonferroni korrekcióval kiegészítve. A szignifikanciához szükséges alfa-értéket 5%-ban állapítottuk meg. A statisztikai elemzésekhez az SSPS 10.0 programcsomagot használtuk.

2. táblázat. A Gotland Férfi Depresszió előfordulási aránya és nemi megoszlása major depressziós szuicid kísérletezőknél, major depressziós öngyilkosoknál és egészséges kontrolloknál

	Öngyilkosok* (n=86)	Öngyilkossági kísérletezők (n=123)	Egészséges* Kontrollok (n=144)
Nincs GFD (0-12 pont)	2/86=2%	2/123=2%	141/144=98%
Van GFD (13-39 pont)	84/86=98%	121/123=98%	3/144=2%
Férfiak	74/74=100%	34/35=97%	3/116=3%
Nők	10/12=83%	87/88=99%	0/28=0%

GFD= Gotland Férfi Depresszió

*Almási et al., BMC Psychiatry 2009, 9:45-54

Fennálló GFD gyakorisága (teljes minta). Öngyilkosok vs. kontrollok: χ^2 : 205.16 df=1. $p < 0.00001$; öngyilkossági kísérletezők vs. kontrollok: χ^2 : 243.60 df=1 $p < 0.0001$; öngyilkosok vs. öngyilkossági kísérletezők: χ^2 : 0.022 df=1 NS.

Fennálló GFD gyakorisága, férfiak vs. nők. Öngyilkosok: χ^2 : 5.20 df=1 $p < 0.02$; öngyilkossági kísérletezők: χ^2 : 0.047 df=1 NS; kontrollok: a kis esetszám (3,0, illetve 28) miatt nem értékelhető.

EREDMÉNYEK

A 150 öngyilkossági kísérletet elkövető közül 106 volt nő (70.6%) és 44 férfi (29.4%), átlagéletkoruk 36.8 év volt (legfiatalabb 14, legidősebb 66 éves). Ötvenkilenc esetben (39.3 %) első, míg 91 esetben ismételt (60.7%) kísérletről volt szó, ez utóbbiak közül 50 esetben (a teljes minta 33 százaléka) két vagy több megelőző öngyilkossági kísérlet szerepelt az anamnézisben. Az öngyilkossági kísérlet elkövetésére leggyakrabban alkalmazott módszer mintákban a gyógyszerterüladagolás volt (97%), ezt a vizsgálati helyszínről szolgáló toxikológiai osztály profilja magyarázza, ahová a páciensek gyógyszerterüladagolás vagy mérgezés miatt kerülnek felvételre. Az öngyilkossági kísérletet elkövetőknél 135 esetben (90%) állt fenn DSM-IV I. tengely diagnózis a cselekmény elkövetésének idején, míg 15 kísérletezőnél (10%) nem volt aktuális I. tengely diagnózis megállapítható. Hangulatzavar 122 esetben volt jelen (a teljes minta 81.3%-a): unipoláris major depresszió (91 beteg, a teljes minta 60.6%-a), disztímiás betegség (2 beteg, a teljes minta 1.3%-a), bipoláris I depressziós epizód (11 beteg, a teljes minta 7.3%-a), bipoláris II depresszió (18 beteg, a teljes minta 12.0%-a). Szorongásos zavar egyéb diagnózisokkal vagy anélkül 56 betegnél volt megállapítható (a teljes minta 37.3%-a), de az esetek döntő többségében a szorongásos betegség vagy affektív betegséggel vagy szerhasználattal szövődött; csak szorongásos zavar, mint az egyetlen diagnózis, 3 esetben (a teljes minta 2%-a) volt megállapítható (Rihmer et al, 2006; 2009).

A 150 öngyilkossági kísérletet elkövetett személy több mint a fele (n=84, 56%) számolt be a gyermekkori (18 év alatti) abúzusok valamelyik formájáról. Közülük 30-nál (20%) volt kimutatható gyermekkori szexuális abúzus (24 nő és 6 férfi), és 76-nál (51%) fizikai abúzus (54 nő és 22 férfi). Csak fizikai abúzus 53 esetben (35%, 36 nő és 17 férfi), csak szexuális abúzus 9 személynél (6%, 8 nő, 1 férfi), míg fizikai és szexuális abúzus 22 esetben (15%, 17 nő és 5 férfi) fordult elő. A szuicid kísérletet elkövető 150 páciens között összesen tehát 84 olyan személy volt (56%, 61 nő és 23 férfi), akik 18 éves koruk alatt a gyermekkori abúzus valamelyik formáját (szexuális, fizikai vagy mindkettő) szenvedték el. A vizsgálatban résztvevő 106 nő közül 61-en (58%), míg a 44 férfi közül 23-an (52%) szenvedtek el valamilyen gyermekkori abúzust (χ^2 =0.351, df=1, nem szignifikáns). Bár a szexuális abúzus közel kétszer gyakoribb volt nőknél (24/106=24%), mint férfiaknál (6/44=14%), a különbség – valószínűleg a viszonylag kis esetszám miatt – matematikailag nem szignifikáns (χ^2 : 1.576, df= 1, NS). Ugyanakkor a gyermekkori fizikai abúzust illetően a gyakoriság nagyon hasonló volt a nőknél (51/106= 48%) és a férfiaknál (22/44= 50%) (χ^2 =0.011, df=1, NS).

Az 1. táblázatban tüntettük fel a TEMPS-A alskáláinak átlagértékeit a gyermekkori abúzusok szerinti bontásban (1: nincs abúzus, 2: csak fizikai vagy csak szexuális abúzus, illetve 3: fizikai és szexuális abúzus). Látható, hogy depresszív, ciklotím, irritábilis és szorongó temperamentumok esetén az

3. táblázat. A Gotland Férfi Depresszió Skála átlagértékei major depressziós szuicid kísérletezőknél, major depressziós öngyilkosoknál és egészséges kontrolloknál

	Összes átlag (SD)	Férfiak átlag (SD)	Nők átlag (SD)	Férfi-női különbség**
Major depressziós öngyilkosok*	22.26 (5.28) n=86	22.85 (4.76) n=74	18.58 (6.95) n=12	-19% p<0.009
Major depressziós öngyilkossági kísérletezők	24.85 (6.18) n=123	25.03 (7.01) n=35	24.77 (5.86) n=88	-1% NS
Egészséges kontrollok*	4.01 (3.87) n=144	4.33 (4.08) n=116	2.71 (2.49) n=28	-37% p<0.05

* Almási és mtsai (nyomdában) anyagából

** kétmintás t-próba

egyek alszállak átlagértékei annál a 66 személynél a legalacsonyabbak, akiknek anamnézisében nem szerepel gyermekkori abúzus, ennél magasabbak az átlagértékek annál a 62 vizsgált személynél, akiknél csak egy abúzus (fizikai vagy szexuális) történt. A legmagasabb értékek annál a 22 kísérletezőnél észlelhetők, akiknél az anamnézisben mind fizikai, mind szexuális abúzus szerepelt. A hipertím temperamentum esetén ugyanez a tendencia észlelhető, de érthetően fordított előjellel: azoknál a vizsgáltaknál, akik nem szenvedtek el gyermekkori abúzust, a hipertím alszállak értékei magasabbak, mint azoknál, akiknél gyermekkorukban egy vagy két abúzus történt. Ugyanakkor a statisztikai elemzés során ez az összefüggés csak a ciklotím és irritábilis temperamentumok esetében volt szignifikáns: akiknél egyféle vagy mind a kétféle abúzus szerepelt az anamnézisben, szignifikánsan magasabb értékeket értek el az adott alszállán, mint azok, akik a gyermekkori abúzus egyik formáját sem szenvedték el (1. táblázat).

Az aktuálisan major depresszióban szenvedő öngyilkossági kísérletet elkövetők és öngyilkosságban meghaltak, valamint az egészséges kontrollok Gotland Férfi Depresszió Skála értékei a 2. és 3. táblázatokban láthatók. A Gotland Férfi Depresszió Skála 13 vagy afeletti pontértéke (fennálló Gotland Férfi Depresszió) szignifikánsan gyakrabban fordult elő a depressziós öngyilkossági kísérletezőknél (98%) és a depressziós öngyilkosoknál (98%), mint a normál kontrolloknál (2%; $p=0.00001$). A depressziós öngyilkosok között a férfiak 100, míg a nők 83%-nak volt a Gotland Férfi Depresszió Skála szerinti depressziója ($p=0.02$), ugyanez az arány az öngyilkosságot megkísérlelőknél 97 és 99% volt (nem szignifikáns, 2. táblázat).

A Gotland Férfi Depresszió átlagos összpontszáma nagyon hasonlóan bizonyult az öngyilkosoknál (22.26) és az öngyilkossági kísérletet elkövetőknek (24.85), és mindkét csoportban szignifikánsan magasabb volt, mint a normál kontrolloknál (4.01, $p=0.00001$ és $p=0.0001$). Szignifikáns nemi különbséget (férfiaknál magasabb értékek) csak az öngyilkosok (férfiak átlaga: 22.85; nők átlaga: 18.58; $p=0.009$) és a normál kontrollok (férfiak átlaga: 4.33; nők átlaga: 2.71; $p=0.05$) körében észleltünk. (3. táblázat). Ugyanakkor fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy a depressziós öngyilkosok között a nők, a depressziós öngyilkossági kísérletezők között a férfiak viszonylag kis elemszáma (12, illetve 35) miatt a nemi különbségre vonatkozó eredmények csak tájékoztató jellegűnek tekinthetők.

A gyermekkori abúzusok és a Gotland Férfi Depresszió skála átlagértékeinek kapcsolatát a 4. táblázat mutatja be. A „Nincs abúzus” csoporthoz képest az egy abúzuson átesetteknél mind a teljes mintában, mind nőknél, illetve férfiaknál is magasabb értékeket kaptunk, de a legmagasabb értékek a „Két abúzus” csoportban észlelhetők. A teljes mintában a különbség azonban csak a „Nincs abúzus” és „Két abúzus” csoport között szignifikáns ($p=0.01$), és a kétszemponos varianciaanalízis szerint nincs szignifikáns nemi különbség e tekintetben ($p=0.03$).

MEGBESZÉLÉS

Eredményeink, melyek szerint öngyilkossági kísérletet elkövetők között az esetek több mint felében (56%) fordult elő gyermekkori fizikai és/vagy szexuális abúzus, jól megfelelnek a nemzetközi (Egmond és mtsai, 1993; Goodman és mtsai, 1999, Wunderlich és

4. táblázat. A Gotland Férfi Depresszió Skála értékei a gyermekkori abúzusok szerint a teljes mintában és nemek szerinti bontásban

	Teljes minta átlag (SD)	Nők átlag (SD)	Férfiak átlag (SD)
Nincs abúzus	20.76 (7.55) n=66	20.84 (6.74) n=43	20.61 (9.04) n=23
Egy abúzus	22.94 (7.79) n=62	23.45 (4.49) n=44	21.67 (8.58) n=18
Két abúzus	26.23 (7.64) n=22	26.00 (7.47) n=17	27.00 (8.09) n=5

Teljes minta: két abúzus vs. nincs abúzus: $p=0.01$

Nők vs. férfiak (kétszemponos ANOVA): nem szignifikáns ($p=0.03$)

mtsai, 2001; Leverich és mtsai, 2003; Brown és mtsai, 2005; Mann és mtsai, 2005; Brodsky és mtsai, 2008) és hazai (Fekete és mtsai, 2004; Osváth és mtsai, 2004) irodalmi adatoknak, és ismételten rámutatnak a korai adverb események jelentőségére a felnőttkori pszichopatológia kialakulásában. Bár jelen vizsgálatunkban kontroll csoport e tekintetben nem szerepelt és ismeretünk szerint nincsen publikált adat a gyermekkori abúzusok előfordulásáról hazai populációban, öngyilkossági kísérletet elkövető serdülőknél Fekete és mtsai (2004) azt találták, hogy a szuicid kísérletezőknél négyszer gyakrabban fordult elő szexuális abúzus (12%), mint a kontrollok között (3%). Az USA-ban, Németországban és Ausztráliában végzett vizsgálatok szerint az öngyilkossági kísérletet elkövetők között 7-8-szor gyakoribb az anamnézisben szereplő gyermekkori szexuális abúzus (24-50%), mint a szuicid kísérletet el nem követett pszichiátriai betegeknél (3-7%) (Egmond és mtsai, 1993; Wunderlich és mtsai, 2001; Brodsky és mtsai, 2008). Az irodalmi adatoknak szintén megfelelően, vizsgálatunkban a szexuális abúzus gyakoribb volt nőknél (24%), mint férfiaknál (14%), míg a fizikai abúzust illetően nem volt nemi különbség (nők 48%, férfiak 50%)

A gyermekkori abúzusok és a felnőttkori affektív temperamentum kapcsolatát eddig még nem vizsgálták. Eredményeink szerint a gyermekkorban fizikális és/vagy szexuális abúzust elszenvedőknél az abúzuson át nem esettekhez képest magasabb értékek tapasztalhatók a depresszív, ciklotím, irritábilis és szorongásos temperamentum-alkálákon, de a különbség csak a ciklotím és irritábilis temperamentumok vonatkozásában bizonyult matematikailag szignifikánsnak. Bár az említett temperamentumok esetén a kétféle abúzust is elszenvedők minden esetben magasabb

átlagértékeket mutattak, a különbségek az egy, illetve kétféle abúzust elszenvedők között matematikailag nem szignifikánsak. Ez felveti annak a lehetőségét, hogy a kétféle gyermekkori abúzus additív szerepet játszhat a több-kevesebb depresszív komponenst tartalmazó felnőttkori affektív temperamentumok kialakulásában, de ez a kérdés még további vizsgálatokat igényel. Ezen eredmény jó összhangban van Brown és mtsai (2005), illetve Carballo és mtsai (2008) adataival, akik azt találták, hogy bipoláris betegeknél az anamnézisben szereplő szuicid kísérletek aránya fokozatosan emelkedik a „nincs abúzus” csoporttól a „csak egyféle” abúzust elszenvedőkön át a „kétféle” abúzuson átesettekig. A 150 szuicid kísérletet elkövetőnél a hipertím temperamentum esetében az általunk talált átlag temperamentum értékek numerikusan ellenkező irányba mutatnak, vagyis a legmagasabb átlagértéket az abúzust el nem szenvedők csoportjában kaptuk, míg az egy vagy kétféle abúzuson átesettek között az átlagértékek (matematikailag nem szignifikánsan) alacsonyabbak.

Bár az affektív temperamentum-típusok jelentős részben genetikailag meghatározottak, a kora gyermekkori külső tényezők szerepe sem hanyagolható el (Chiaroni és mtsai, 2005; Evans és mtsai, 2005; Kesibir és mtsai, 2005; Gonda és mtsai, 2006). A gyermekkorban elszenvedett fizikai vagy szexuális erőszak jelentősen hozzájárul a későbbi agresszív-impulzív személyiségvonások kialakulásához (Brodsky és mtsai, 2001; 2008; McHolm és mtsai, 2003), az impulzivitás pedig jelentős átfedést mutat az irritábilis és kisebb mértékben a ciklotím temperamentummal (Akiskal és mtsai, 1998). Eredményeink tehát – kiindulási hipotézisünknek megfelelően – arra utalnak, hogy a gyermekkori negatív életesemények, különösen az emocionálisan

nagy töltéssel rendelkező fizikai és szexuális abúzus, meghatározó tényezők lehetnek az affektív, elsősorban a ciklotím és irritábilis temperamentum-vonások kialakulásában. Mivel az aktuálisan kialakuló öngyilkos magatartás „okaként” elsősorban az adott időpontban fennálló depresszió és az aktuálisan jelenlévő provokáló negatív életesemények játszanak szerepet és nem a gyermekkori negatív abúzusok emlékképei, eredményeink alapján feltételezhető, hogy a gyermekkori abúzusok és a felnőttkori szuicid magatartás közötti közvetítő tényező a hangsúlyozott affektív (elsősorban ciklotím és irritábilis) temperamentum. Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy a talált kapcsolat nem feltétlenül és nem minden esetben egyirányú. Elképzelhető, hogy az eleve ciklotím vagy irritábilis temperamentummal jellemezhető gyermek éppen ezen tulajdonságaiból kifolyólag „hiperaktivitása”, illetve alkalmazkodási zavara miatt gyakrabban kerül konfliktusba szüleivel, nevelőivel és ezért gyakrabban lesz büntetés, adott esetben fizikai büntetés tárgya. Ez megmagyarázhatja az anamnézisben szereplő gyakoribb fizikai abúzust, de a szexuális abúzust nem.

Nyilatkozat. A szerzők nem jelöltek meg támogatási forrást a közleményben ismertetett kutatáshoz és nem számoltak be érdekkonfliktusról.

Levelezési cím: Dr. Rihmer Annamária, Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest 1089, Balassa u. 6.

IRODALOM

- Akiskal HS., Placidi GF., Singoretta S., Liguori A., Gervasi R., Maremmi I., Mallya G., Puzantian VR: TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of cyclothymic, depressive, irritable and hyperthymic temperaments in a nonpatient population. *J Affect Disord* 1998; 51: 7-19.
- Akiskal HS., Akiskal KK. (Eds.): TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *J Affect Disord, Special issue* 2005; 85: 1-242.
- Akiskal HS., Akiskal KK., Haykal RF., Manning JS., Connor PD.: TEMPS-A: Progress toward validation of a self-rated clinical version of Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire. *J Affect Disord, Special issue* 2005a; 85: 3-16.
- Akiskal HS., Mendlowicz MV., Lean-Louis G., Rapaport MH., Kelsoe JR., Gillin JC., Smith TL.: TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disord* 2005b; 85: 45-52.
- Balázs J., Bitter I., Hideg K., Vitrai J.: A M.I.N.I. és a M.I.N.I. Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiat Hung* 1998; 13: 160-168.
- Balázs J., Lecrubier Y., Csiszér N., Koszták J., Bitter I.: Prevalence and comorbidity of affective disorders in patients making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episode and of bipolar II diagnoses. *J Affect Disord* 2003; 76: 113-119.
- Bernstein DP., Fink L., Handelsman L., Foote J., Lovejoy M., Wenzel K., Sapareto E., Ruggiero J.: Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiat* 1994; 151: 1132-1136.
- Briere J., Runtz M.: Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Negl* 1990; 14: 357-364.
- Brodsky BS., Oquendo MA., Ellis SP., Haas GL., Malone KM., Mann JJ.: The Relationship of Childhood Abuse to Impulsivity and Suicidal Behavior in Adults With Major Depression. *Am J Psychiat* 2001; 158: 1871-1877.
- Brodsky BS., Mann JJ., Stanley B., Tin A., Oquendo M., Birmaher B., Greenhill L., Kolko D., Zelazny J., Burke AK., Melhem NM, Brent D. Familial transmission of suicidal behavior: Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry*, 2008; 69: 584-596.
- Brown GR., McBride L., Bauer MS., Williford WO.: Impact of childhood abuse on the course on bipolar disorder: a replication study in US Veterans. *J Affect Disord* 2005; 89: 801-807.
- Carballo JJ., Harkavy-Friedman J., Bruke AK., Sher L., Baca-Garcia E., Sullivan GM., Grunebaum MF., Parsey R., Mann JJ., Oquendo MA.: Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: Additive effect on suicidality and course of bipolar illness? *J Affect Disord*, 2008; 109: 57-63.
- Chiaroni P., Hantouche EG., Gouvenet J., Azorin J-M., Akiskal HS.: The cyclothymic temperament in healthy controls and familiarly at risk individuals for mood disorder: Endophenotype for genetic studies? *J Affect Disord*, 2005; 85: 135-143.
- De Bellis M., Lefter L., Trickett P., Putnam F.: Urinary catecholamine secretion in sexually abused girls. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiat* 1994; 33: 320-327.
- Eaton WW., Bilker W., Haro JM., Herrman H., Mortensen PB., Freeman H., Burgess P.: Long term hospitalization for schizophrenia. Part I. Risk for rehospitalization. *Sch Bulletin* 1992; 18: 217-228.
- van Egmond M, Garnefski N, Jonker D, Kerkhof A. The relationship between sexual abuse and female suicidal behavior. *Crisis*. 1993;14(3):129-39.
- Elliot AF: Violence: the neurologic contribution: an overview. *Arch Neurol* 1992; 49: 595-603.
- Evans L., Akiskal HS., Keck Jr PE., McElroy SL., Sadovnick AD., Remick RA., Kelsoe JR.: Familiality of temperament in bipolar disorder: Support for a genetic spectrum. *J Affect Disord*, 2005; 85: 153-163.
- Fekete S., Anthea H., Vörös V., Osváth P.: A serdülőkorú öngyilkos viselkedés jellemzői egy európai multicentrikus kutatás (case study) pécsi centrumának eredményei alapján. *Psychiat Hung* 2004; 19: 337-345.
- Galvin M., Shekhar A., Simon J., Stilwell B., Ten ER., Laite G., Karwisch G., Blix S.: Low dopamin beta hydroxylase: A biological sequelae of abuse and neglect? *Psych Research* 1991; 39: 1-11.
- Garno JL., Goldberg J., Ramirez MP., Ritzler BA.: Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiat* 2005; 186: 121-125.
- Gonda X., Rihmer Z., Zsombok T., Bagdy Gy., Akiskal KK., Akiskal HS.: The 5HTTLPR polymorphism of the serotonin gene transporter is associated with affective temperaments as measured by the TEMPS-A. *J Affect Disord* 2006; 91: 125-131.
- Goodman L., Thompson K., Weinfurt K., Corl S., Acker P., Mueser K., Rosenberg S.: Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *J Traumatic Stress* 1999; 12: 587-599.
- Heim C., Newport D., Graham Y., Wilcox M., Bonsall R., Miller A., Nemeroff C.: Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and psychiatric abuse in childhood. *J Americ Medic Assoc* 2000; 284: 592-597.

25. Joiner TE Jr., Sachs-Ersksson NJ., Wingate LR., Anestis MD., Selby EA.: Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behav Res Ther* 2007; 45: 539-547.
26. Kaplan SJ., Pelcovitz P., Salzinger S., Mandel F., Weiner MA.: Psychopathology of abused and neglected children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983; 22: 238-244.
27. Kesebir S., Vahip S., Akdeniz F., Yüncü Z., Alkan M., Akiskal HS.: Affective temperament as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: A controlled study. *J Affect Disord* 2005; 85: 127-133.
28. Lecrubier Y., Sheehan DV., Weiller E., Amorim P., Bonora L., Sheehan HK., Janavs J., Dunbar GC.: The MINI International Neuropsychiatric Interview (M. I. N. I.) a short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiat* 1997; 12: 224-31.
29. Leverich GS., McElroy SL., Suppes T., Keck P. Jr., Denicoff KD., Nolen WA., Altschuler LL., Rush AJ., Kupka R., Frye MA., Awtio KA., Post RM.: Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiat* 2002; 51: 288-297.
30. Mann JJ., Waternaux C., Haas LG., Malone K.: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiat* 1999; 156: 181-189.
31. Mann JJ., Apter A., Bertolte J., Beautrais A., Currier D., Haas A., Hegerl U., Lonnqvist J., Malone K., Marusic A., Mehlum L., Patton G., Philips M., Rutz W., Rihmer Z., Schmidtke A., Shaffer D., Silverman M., Takahashi Y., Varnik A., Wassermann D., Yip P., Hendin H.: Suicide prevention strategies: A systematic overview. *JAMA* 2005; 294 (16): 2064-2074.
32. McHolm AE., MacMillan HL., Jamieson E.: The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *Am J Psychiat* 2003; 160: 930-938.
33. Osváth P., Michel K., Fekete S.: Contacts of suicide attempters with healthcare services in Pécs and Bern in the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Int J Psychiat Clin Pract* 2003; 7: 3-8.
34. Osváth P., Vörös V., Fekete S.: Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology* 2004; 37: 36-40.
35. Perry BD.: Neurobiological sequelae of childtrauma: PTSD in children. M. Murberg, ed. *Catecholamines in posttraumatic stress disorder* pp. 233-255. Am Psych Press 1994.
36. Pine D., Wasserman G., Coplan J., Fried J., Huang Y., Kassir S., Greenhill L., Shaffer D., Parsons B.: Platelet serotonin 2A (5-HT_{2A}) receptor characteristics and parenting factors for boys at risk for delinquency: A preliminary report. *Am J Psychiat* 1996; 153: 538-544.
37. Rihmer A., Rihmer Z., Jekkel É., Kárteszi M., Csiszér N., Farkas Á. Psychiatric characteristics of 100 nonviolent suicide attempters in Hungary. *Int J Psychiat Clin Pract* 2006; 10: 69-72.
38. Rihmer A., Rózsa S., Rihmer Z., Gonda X., Akiskal KK., Akiskal HS.: Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters *J Affect Disord* 2009; 116: 18-22.
39. Robert J., Hawton K.: Child abuse and suicide. *Br J Psychiatry* 1980; 137: 319-323.
40. Rózsa S., Rihmer A., Kő N., Gonda X., Szili I., Szádóczy E., Pestalily P., Rihmer Z.: Az affektív temperamentum: A TEMPS-A kérdőívvel szerzett hazai tapasztalatok. *Psychiat Hung* 2006, 21 (2): 147-160.
41. Rózsa S., Rihmer Z., Gonda X., Szili I., Rihmer A., Kő N., Németh A., Pestalily P., Bagdy Gy., Alhassoon O., Akiskal KK., Akiskal HS.: A study of affective temperaments in Hungary: Internal consistence and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R *J Affect Disord* 2008; 45:53.
42. Rutz W.: Improvement of care for people suffering from depression: The need for comprehensive education. *Int Clin Psychopharmacology* 1999; 14: 27-33.
43. Spataro J., Mullen PE., Burgess PM., Wells DL., Moss SA.: Impact of childhood sexual abuse on mental health. *Br J Psychiat* 2004; 184, 416-421.
44. van der Kolk BA., Perry JC., Herman JL.: Childhood origins of self destructive behaviour. *Am J Psychiat* 1991; 148: 1665-1671.
45. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R. differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 Nov;104(5):332-9.

The role of childhood abuse in adult suicidal behaviour

In our present study we have analysed the influence of childhood abuse on affective temperament-types and Gotland Male Depression Scale scores in 150 nonviolent suicide attempters. Our findings confirm previous Hungarian and international data concerning the connection of suicidal behaviour and psychiatric disorders, undesirable psychosocial circumstances and negative life events. Moreover, our study provides new results regarding the strong association of the affective temperament types, male type of depression, seriously traumatic early life events and furthermore their predisposing role in connection with suicidal behaviour. Suicide attempters, experiencing physical and/or sexual abuse in their childhood showed significantly higher total scores ($p < 0.05$) on cyclothymic and irritable temperament subscales. The Gotland Male Depressive syndrome was equally very common and equally serious both in males and females who made a nonviolent suicide attempt. However, regardless of gender, it was significantly more severe ($p < 0.01$) among those who were victims of both physical and sexual childhood abuse.

Keywords: affective temperament-types, childhood abuse, Gotland Male Depression Scale, suicide attempt