

BÁLINT LAJOS

Öngyilkosságok Magyarországon – néhány területi jellegzetesség

Tanulmányomban az elmúlt évtizedek alatti öngyilkosságokkal foglalkozom. A problémafelvetés során indokoltnak éreztem a hazai öngyilkossági idősor nemzetközi környezetben történő elhelyezését és a magyarországi folyamatok árnyaltabb bemutatását, valamint az utóbbiakhoz köthető empirikus megközelítések ismertetését. A tanulmány így két részre bontható. Az első, makroszintű elemzés után a szuicidum területi jellemzőit taglalom. Leíró elemzésem nem ad választ az önpusztítás területi mintázatának rejtélyére, de a korábbi megyei szintű elképzelésekhez képest árnyaltabb képet fest az öngyilkosságok előfordulásának területi mintázatáról és annak változásáról.

Az öngyilkosságok alakulása

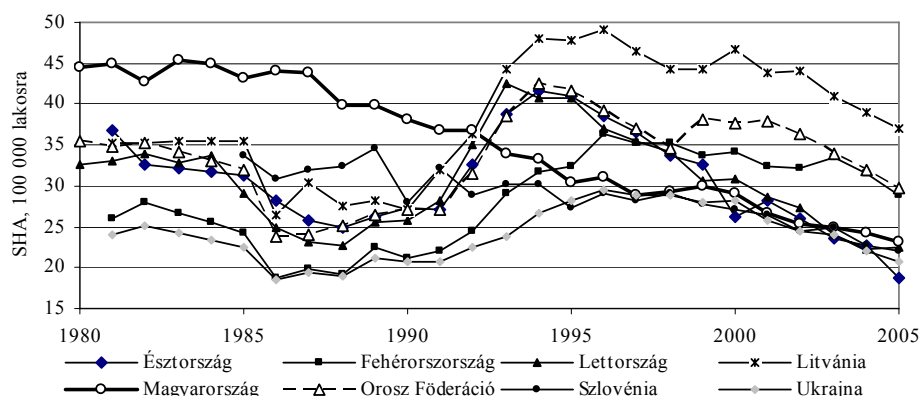
Magyarországon az öngyilkosságok trendjét az elmúlt bő évszázad során sajátos hullámzások jellemezték. Számos kutató utalt a különböző hosszúságú ciklusok váltakozására és ezeknek a periódusoknak a társadalmi-politikai-gazdasági változásokhoz való közvetlen vagy megkésett kapcsolatára (Andorka 1996, Böszörményi 1976, 1991, Elekes – Paksi 1996, Kolozsi 1994, Pataki 1994, Pikó 2002, Zonda 2006). A II. világháborút követő, napjainkig tartó időszak során három fontosabb ciklust emelhetünk ki. A világháborút követően folytatódott a világgazdasági válság után már megkezdődött csökkenés. Ez a kedvező folyamat az ötvenes évek közepéig tartott, aminek eredményeként a századforduló „alacsony” szintjére esett vissza az öngyilkossági ráta. A következő időszak az ötvenes évek közepén vette kezdetét, az 1956-os forradalom leverését követően növekedés volt megfigyelhető, amely több mint három évtizeden keresztül makacsul és töretlenül tartott. Az öngyilkossági ráta a nyolcvanas években érte el tetőpontját, de már ezt megelőzően a hatvanas évektől a világ legmagasabb szuicidalitással rendelkező országává váltunk (Andorka 1994, Miltényi 1993, Kovács – Kolozsi 2000, Zonda – Veres 2000). A nyolcvanas évek végétől napjainkig tartó harmadik szakaszban az öngyilkossági arányszám folyamatosan csökken.

Az öngyilkossági trend elmúlt közel húsz év alatti kedvező alakulása álláspontom szerint legfeljebb visszafogott öröme adhat okot (1. ábra). Nemzetközi kitekintésben ma már valóban nem vagyunk „elsők”, de továbbra is a magas szuicidalitással jellemezhető országok közé tartozunk. Európában (a szomszédos Szlovénia kivételével) csupán olyan, az egykori Szovjetunióhoz tartozó országokhoz képest sikerült előrelépniünk, amelyek hihetetlen mély tranzíciós válságon mentek keresztül, és amelyeknél a mortalitási krízis halálóki összetevőiben az úgynevezett externális vagy külső okok meghatározó szerepet játszottak. A tőlünk keletre fekvő posztsovjett térségben a kardiovaszkuláris okok után

az erőszakos halálokok járultak hozzá leginkább a mortalitási krízishez (Brainerd és mtsai 2005, McKee és mtsai 2001, Meslé 2004, Shkolnikov és mtsai 1996). Másrészt a javulás ellenére a jelenlegi adatok nagyjából a hatvanas évek elejének állapotát tükrözik.

1. ábra

A standardizált öngyilkossági arányszám (SHA) alakulása a jelenleg legmagasabb értékekkel rendelkező európai országokban, 1980–2005



Forrás: WHO, Health for All Mortality Database.

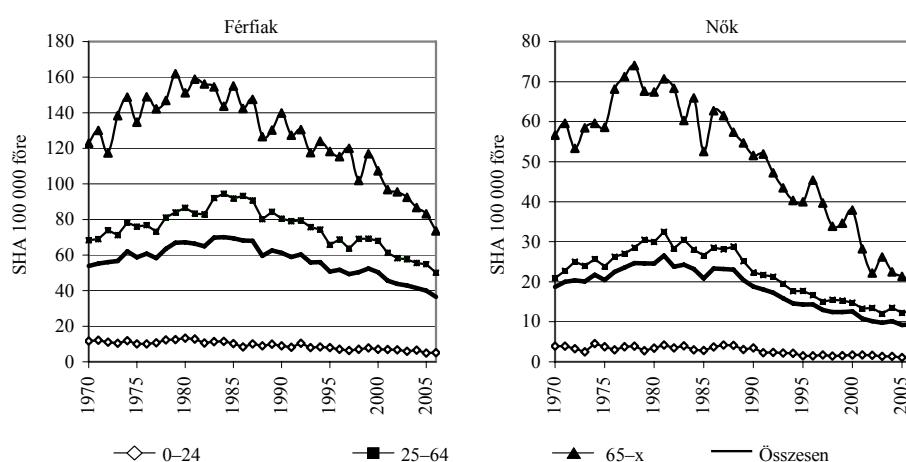
Az öngyilkossági krízis – vagy ahogy Kolozsi (1990) találóan nevezi: „öngyilkossági endémia” – növekedésének okai mögött a kutatók eltérő érveket sorakoztattak fel. A szociológusok közül Andorka több írásában (1992, 1994) az öngyilkosságok emelkedő trendjét az anómiával, a társadalmi integráció meggyengülésével, a rendszer kezdetben totalitárius, majd autoritárius jellegével, az egyént sújtó hatalomnélküliséggel, a kiszolgáltatottsággal és az elidegenedéssel magyarázta. Andorka szerint: „... az egyéni élet céltalansága, értelmetlensége érzésének, a befolyásolhatatlan külső erőknek való kiszolgáltatottság érzésének, a társadalom tagjaival való közösség és szolidaritásérzés hanyatlásának és az ezek mögött meghúzódó érték- és normaválságnak is szerepe volt abban, hogy (...) a deviáns viselkedések gyakoribbá váltak, és az 1980-as évekre igen magas szintet értek el.” (Andorka 1994: 49. o.). Pataki (1994) alapvetően a devianciák tárgykörét elemző tanulmányában szintén erőteljes hangsúlyt kapott a totalitárius politikai struktúra, amelyet kiegészített a felemás modernizáció túlfizetett árával, a remények és tervek megtörésével, a tömegesen felhalmozódó társadalmi frusztráció mennyiségével. Buda (1988) még a rendszerváltozás előtt írt tanulmányában a magyar öngyilkossági helyzet okait kutatva pontokba szedte a lehetséges tényezőket. Álláspontja szerint a magas öngyilkossági állapot több tényező együttes kölcsönhatására vezethető vissza.¹

¹ Buda szerint szerepet játszott mindebben a reformáció magyarországi térhódítása; az öngyilkossági modellhatás beágyazódása; az agresszív viselkedésformák kontroll alatt tartása és elfojtása a szocialista érában; a közvélemény elfogadó, megértő beállítódása; a széles körben elterjedt alkoholizmus; a szegényes interperszonális kapcsolatok, a bajba jutottak kirekesztése; a stressz- és feszültségfeldolgozás elégtelensége; az elmúlt évszázad alatt lezajló rendkívül eruptív jellegű társadalmi változások; a változásoknak köszönhetően a közösségi és családi kapcsolatok erodálódása; a fejlett szociálpolitikai, karitatív, gondozási, támogatási formák hiánya; és végül a pszichiátriai szolgálatok (pszichoterápiás hálózat, krízisellátás, tanácsadás, mentálhigiénés tevékenység, öngyilkosság-megelőzés) hiánya.

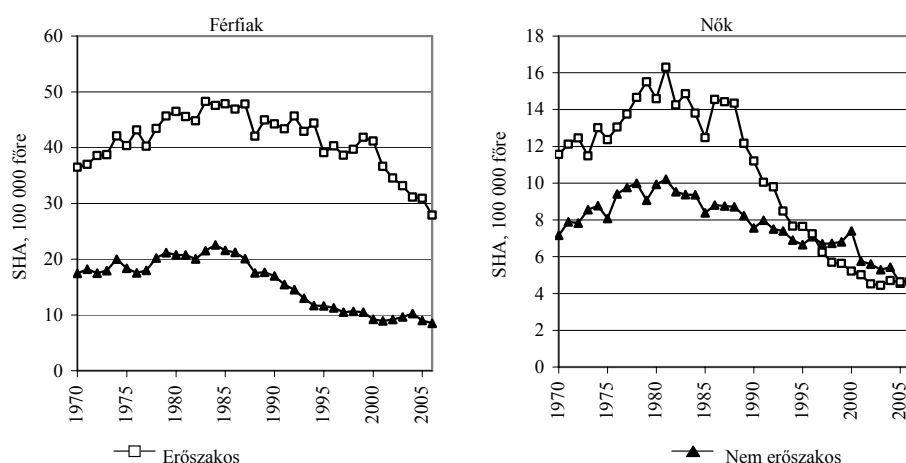
Az öngyilkosságok számának alakulásában az újabb fordulópontot 1988 jelentette, ekkor a befejezett öngyilkosságok mennyisége egyetlen év alatt igen jelentősen, 4782-ről 4377-re esett vissza. A trend az ezredforduló időszakában – a férfiaknak betudhatóan – valamelyest megtorpant ugyan, de ezt követően is mérsékelt csökkenés volt megfigyelhető. Ugyanakkor az elmúlt két év adatai már alig térnek el egymástól (2006: 2461; 2007: 2450 haláleset).

2. ábra

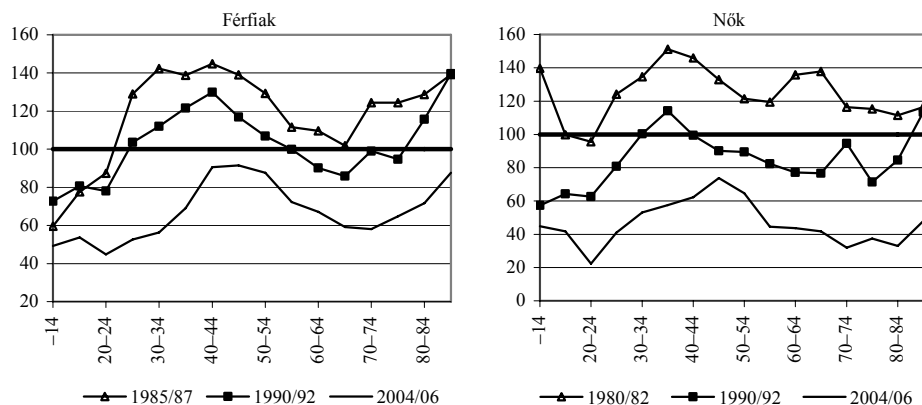
*A direkt standardizált öngyilkossági arányszám alakulása Magyarországon
főbb korcsoportok szerint, 1970–2006*



*A direkt standardizált öngyilkossági arányszám alakulása Magyarországon
az elkövetési mód szerint, 1970–2006*



Az öngyilkosság korszpecifikus alakulása Magyarországon (1970–1972=100)



Forrás: KSH Demo adatbázis, saját számítás alapján.

Az itt bemutatott öngyilkossági adatsorok az európai népesség kormegoszlásával standardizáltak (2. ábra). Mindössze három fontosabb dimenzió – a korcsoportok, az elkövetési módok és a korszpecifikus sajátosságok – mentén mutatom be az idősorok alakulását nemek szerint 1970 és 2006 között. A nemek szerinti különválasztást több tekintetben is indokoltnak láttam. Egyrészt – a férfaitól eltérően – a nők öngyilkossági mutatói nem a nyolcvanas évek végén, hanem a hetvenes évek végén, nyolcvanas évek elején érték tetőpontjukra. A vizsgált időszakban a legmagasabb érték 1981-ben fordult elő. Igaz ugyan, hogy az 1988-at megelőző három évben az öngyilkossági arányszám magasabb szinten állt be, de már elmaradt a hetvenes évek végén, nyolcvanas évek elején tapasztalt magasabb szinttől. Joinpoint-regresszióval² megvizsgáltam a nők trendjét. Kellő (legalább nyolc év) hosszúságú trendek esetén, ahogyan az megkövetelt és értelmes, a kapott joinpoint a hetvenes évek vége, a nyolcvanas évek eleje közé esett. Mindez kissé megkérdőjelezi az anómiára és a rendszer autoriter jellegére alapozó kizárólagos érvek alkalmazhatóságát, legalábbis a nők esetében.

A korcsoportos trendek alapján megfigyelhető, hogy mindkét nem valamennyi korcsoportjában javulás következett be az elmúlt két évtized során. Különösen az idősebb nők standardizált öngyilkossági arányszámának javulása érdemel figyelmet.

Az elkövetési módszerek megválasztása tekintetében közismert, hogy a férfiak esetében a drasztikusabb, violens módszerek (akasztás, lőfegyver, magas helyről leugrás) a meghatározók. Magyarországon a violens módszerek közül az akasztás szerepe a domináns. Az elmúlt két évtized tapasztalata alapján mind a violens, mind a nem violens módszerek esetében – kisebb és rövid ideig tartó hullámzások kivételével – csökkenés figyelhető meg nemtől függetlenül. Az elmúlt évek egyik talán kevés figyelmet kapott változá-

² A joinpoint-regresszió intervallumonkénti lineáris regresszió. Az általam elemzett idősorra lineáris regressziós egyeneseket illesztettem rögzített számú intervallummal, így a trendek szignifikáns változását tudtam tesztelni. A „joinpointok” azok a töréspontok, melyek a különböző meredekségű szakaszokat összekapcsolják. A számításokat Joinpoint Regression Software 3.3 segítségével végeztem (<http://srab.cancer.gov/joinpoint/>). Bár a szoftver a daganatos eredetű halálozások elemzésére született, de más epidemiológiai területeken is sikerrel alkalmazták, ezek közül lásd például Bosetti és mtsai (2002) tanulmányát.

sa, hogy a nők esetében a korábban meghatározóbb nem violens okok már nem térnek el a drasztikusabb megoldásoktól.

Végül érdemes néhány szót szólni az öngyilkosságok korspecifikus sajátosságairól. Az 1970–1972 közötti korspecifikus rátáktól való eltérést nemenként vizsgáltam, három évet lefedő különböző időszakok segítségével. A nőknél 1980–82, a férfiaknál 1985–87 a két nem eltérő időben jelentkező csúcsára utalt; ezenkívül mindkét nemnél megnéztem a tranzíciós válságra adott reakciókat (1990–92), és végül a jelen időszakát a 2004–2006 közötti adatok alapján szemléltettem.

Az öngyilkosságok korspecifikus vonásait illetően a két nem közötti különbség inkább az öngyilkossági kockázat mértékét tekintve bír jelentőséggel. A férfiak esetében a csökkenés előtti időszak (1985–1987) többlethalálozása a 24–59 év közöttiekénél és azon belül döntően a középidőseknél, valamint a 65 év felettiekénél jelentkezett. A nőknél 1980–1982 között a 25–49 év közöttiek és a hetven év felettiek kockázata emelkedett jelentősebben. A rendszerváltozás bizonytalansággal terhelt időszakában a harminc- és negyvenéves férfiak öngyilkossági kockázata még magasabb volt, mint 1970 és 1972 között, de már alacsonyabb, mint a nyolcvanas évek második harmadában. Ami azért is meglepő, mert ezekben az években a halandóság általános szintje emelkedett, de feltételezhetően nem autoagresszív, önsértő okok következtében. A nők esetében tovább folytatódott a javulás. A legutóbbi évek adatai mindkét nemnél és valamennyi korcsoportban kedvezőbbek, mint a másik három időszakban. A férfiaknál és a nőknél egyaránt jelentősen mérséklődött a 30 év alattiak öngyilkossági hajlandósága, a középidősek kockázata azonban kisebb mértékben javult. A nőktől eltérően az idős férfiaknál figyelhető meg csúcsosodás, azaz továbbra is magas, az 1970-es évek állapotához képest alig javuló kockázat figyelhető meg.

Az 1988-ban bekövetkezett és azóta tartó csökkenés okai máig nem tisztáztak megnyugtatóan. A társadalomkutatók körében elfogadott általános nézet szerint az öngyilkosságok csökkenése elsődlegesen társadalmi-politikai okokra vezethető vissza. A kutatók álláspontja szerint az 1988-as fordulat kísértetiesen egybeesett a diktatórikus rendszer szétporladásával, a rendszerváltó pártok, a politikai pluralizmus létrejöttével. Mindezek következtében a társadalom optimista várakozásai, reményei nőttek, az öngyilkosság pedig csökkent (Elekes – Paksi 1996, Zonda – Veres 2000). A függetlenség, valamint a parlamenti demokrácia intézményes kereteinek kivívásával, a szabadság visszanyerésével lehetővé váltak a korábban elfojtott protestálási és indulat-kanalizációs lehetőségek (Zonda 2001). Ugyanez a „fellélegzéssel”, társadalmi várakozással kapcsolatos érv jelenik meg Kolozsinál, aki azonban jóval óvatosabban fogalmaz, és csupán lehetséges hipotézisnek tekinti a politikai változást (Kolozsi 1994). Ennek a szociológusok jelentős hányadánál elfogadott álláspontnak az empirikus tesztelésére elemi szintű adatok alapján nem került sor.

A (biológiai) pszichiátria képviselői szerint az öngyilkosságok számának csökkenése mögött a pszichiátriai ellátás, és ezen belül a depressziós betegek magasabb színvonalú ellátása áll. Az állítás visszavezethető arra a kiindulópontra, amely szerint az öngyilkosság mögött az esetek igen nagy hányadában jól definiálható, diagnosztizálható és ma már eredményesen kezelhető pszichiátriai megbetegedések állnak, ezek közül kiemelkedő helyet foglal el a depresszió (Rihmer és mtsai 1997, Rihmer 2003). A pszichiátria érvelése szerint a nyolcvanas évek végétől megfigyelhető csökkenés egyik meghatározó ténye-

zöje tehát a pszichiátriai ellátás fejlődése, ezen belül a depresszió korábbi, adekvátabb felismerése és hatékonyabb kezelése volt, amelyet az antidepresszívumok forgalmazásának növekedésével és a krízistelefon-szolgálatok számának megsokszorozódásával hoztak összefüggésbe (Rihmer 1997, 1998). Az érvelés ugyanakkor utal a rendszerváltozás súlyos társadalmi következményeire is, a munkanélküliség ugrásszerű növekedésére, az elszegényedésre, amely viszont változatlan feltételek mellett az öngyilkosságok növekedését vonta volna maga után (Rihmer – Rutz 2000). A Berecz és szerzőtársai (2005) által jegyzett tanulmány hasonló megállapításra jutott. A szerzők az 1990–2001 közötti folyamatokat vizsgálva a modernebb és biztonságosabb antidepresszánsok növekvő forgalmával, valamint a toxikus kemikáliák és peszticidek hozzáféréseinek megnehezítésével (a mérgezés okozta szándékos halálesetek csökkenésével) magyarázták a javuló trendet. Az antidepresszáns-forgalom és az öngyilkossági ráták kapcsolatát vizsgálta Berecz munkatársaival (2003) két eltérő szuicidsajátosságú megyében, Győr-Moson-Sopronban és Békésben 1994–2001 közötti adatok segítségével. A tanulmány Spearman-féle rangkorrelációt használt. A két elemzett megye idősoros adatai alapján csak a nők esetében talált negatív szignifikáns kapcsolatot az antidepresszívumok felhasználása és az öngyilkossági ráta változása között.

Az antidepresszívumoknak az öngyilkosságra gyakorolt hatása a nyolcvanas évek vége óta élénk viták tárgya³. A Gotland-vita és a módszer hazai applikálásának eredményei megosztották a diskurzus résztvevőit. Az ellenvéleményt megfogalmazók több síkon kérdőjelezték meg a pszichiátria állítását. Buda (1999) a szakirodalom alapos ismertetése mellett nem látta tökéletesen igazoltnak az újabb generációs antidepresszívumok nagyobb hatékonyságát. Kétségbe vonták továbbá az öngyilkosságok gyakoriságának magyarázatában a magyarázóváltozóknak pusztán egyetlen dimenzióra, az antidepresszívumokra történő leszűkítést egy minden tekintetben komplex, multikauzális jelenség alakulásában (Paksi 1999). Vitatták a Gotland-szigeti adatokból levont következtetések helyességét, az egészségügy beavatkozásának lehetőségét, a veszélyeztetett populáció elérhetőségét (Zonda – Singer 1999a, 1999b).

Zonda (2001) a hazai kutatásokkal kapcsolatban nem zárta ki a depresszió visszaszorításának fontosságát az öngyilkosság csökkenésében, bár a diagnosztizált depressziós betegek számát nem látta egzakt módon meghatározottnak. Továbbá nem fogadta el a gyógyszerforgalmi adatokból levont következtetéseket, mivel magasnak ítélte az orvossal alacsony együttműködési hajlamú betegek számát, és szóvá tette, hogy a modernebb szerotonin-készítmények (SSRI) jelentős hányadát nemcsak depressziós, hanem pánikbetegségben szenvedőknek is rendelik. Említette továbbá, hogy az SSRI-szerek eladásának meredek emelkedése 1994 körül kezdődött, míg az öngyilkosságok ritkulása már 1988-ban megindult. Ráadásul, tette hozzá, nem ismert e gyógyszerek hatékonysága és egyértelmű hatása. Ellenpéldaként saját kutatását említette Békés megyében, ahol az emelkedő

3 A Svédországhoz tartozó Gotland-szigeten a nyolcvanas évek első felében gyakorló orvosok számára szerveztek tanfolyamokat, hogy olyan ismereteket nyújtsanak, amelyek lehetővé teszik a depressziós állapotok felismerését és hatékonyabb kezelését. A programot követően növekedett a felismert depressziós betegek száma, alacsonyabb lett a depresszív zavarokhoz kapcsolódó munkaidő-vesztés, magasabb lett az antidepresszívumok felírásának gyakorisága, és csökkent az öngyilkosságok arányszáma. Néhány évvel a program után újra emelkedett a depresszív zavarban szenvedők kórházi kezelésének indexe, és ami a legfontosabb, az öngyilkossági arányszám visszatért a korábbi szintre. A Gotland-szigeten végzett vizsgálatokról lásd Rihmer és Rutz tanulmányát (1997), a vita magyar nyelvű áttekintéséről lásd Oravecz (1999) és Buda (1999) írásait.

antidepresszáns-eladás mellett is nőtt az öngyilkossági gyakoriság. Könyvében pedig egyenesen a gyógyszergyártók érdekeit látta igazoltnak, semmint a gyógyszerek hatékonyságát (Zonda 2006).

A területi öngyilkossági kutatások

Az öngyilkosságok területi eloszlásának sajátos mintázata, az alföldi megyék súlyos érintettsége és a nyugat-magyarországi megyék hazai viszonylatban tapasztalt kedvező helyzete régóta közismert (Andorka – Cseh-Szombathy – Vavró 1968, Kovács – Kolozsi 2000, Münnich 2004, Pataki 1994, Zonda – Veres 2000, Zonda 2001, 2006). Egyes megfigyelések a területi különbségek létezését a 19. század második felére, az 1860-as évekre datálják (Zonda 2006). Durkheim klasszikus művében (1897, 1982) azt állította, hogy az öngyilkosságok gyakorisága az aktuális társadalmi erők befolyása alatt áll. Hosszú évtizedek empirikus tapasztalatai ugyanakkor rácsófoltak Durkheim állítására, mindenfajta területi-társadalmi változás ellenére a területi mintázat makacsul tartja magát. Az öngyilkosság másik térbeli és egyúttal etnikai sajátossága, hogy az öngyilkossági klaszter nem ér véget az államhatároknál, hanem térben kiterjedt módon jellemzi Szerbia és Románia magyarlakta területeit is (Zonda – Veres 2000, Zonda 2006).

A hazai írárok már a hatvanas években igyekeztek magyarázatot találni az öngyilkosságok területi állandóságának rejtélyére. Az egyik legtöbbet idézett és problémafelvetéseit tekintve ma is inspiráló írás Andorka, Cseh-Szombathy és Vavró (1968) tollából származik. A szerzők 1950 és 1965 közötti területi adatok alapján nagyfokú stabilitást találtak a megyék öngyilkosságainak sorrendjében. A szerzők Spearman-féle rangkorrelációval keresték az öngyilkossággal szorosan korreláló szocio-demográfiai változókat. Az ökológiai szintű adatokon alapuló kutatás nem talált markáns összefüggést az öngyilkosságok elterjedtsége és a demográfiai (nemi és korösszetétel), a településszerkezeti és a gazdasági-foglalkozási szerkezet változói között. A kutatók arra az azóta sokat idézett következtetésre jutottak, hogy: „... az eltérések okát a megyék népességének komplex normatív rendszerében (társadalmi szabályok összességében), tradicionális magatartási formáiban, összefoglalóan kulturális sajátosságaiban kell keresnünk” (Andorka – Cseh-Szombathy – Vavró 1968: 51). A szerzők a területi különbségek elméleti hátterének felvázolásakor különös jelentőséget tulajdonítottak a mikroközösségekben és a „területileg kötött közösségekben” lezajló szocializációnak. Úgy vélték, hogy az öngyilkosság mint „tudomásul vett” cselekvési-konfliktusmegoldási forma önmagában is ösztönzően hat.

Néhány évvel később Jobb Sándor (1973) szintén megyei szintű, de már standardizált adatok segítségével végzett kutatást, az általa kapott eredmények a korábbi nyers rátákhoz képest nem mutattak előrelépést a kérdés megválaszolásában.

Böszörményi Ede (1991) könyvében némileg kiegészítette Nyíri Kristóf korábbi álláspontját. Böszörményi úgy látta, hogy Hajdú-Bihar megye kivételével a magas szuicidummal rendelkező területek egybeesnek az úgynevezett bécsi béke vonala által határolt területekkel, amelyek csak a 18. században települtek be újra. Nézete szerint ezeket a területeket ismétlődő stresszhatások érték. Böszörményi elképzelhetőnek tartotta, hogy a török hódoltság területén megmaradt népesség történelmi tapasztalatai, a betelepült népesség „összetartó erőinek” gyengesége, a hódoltság utáni magyarság történelmi alávetettsége, az Alföld tradicionális elmaradottsága, az iparosodás hiánya, a községek

perspektívátlanlansága együttesen járult hozzá egy érzelmszegény délkelet-alföldi szuicid szubkultúra létrejöttéhez.

Zonda (1990) tanulmányában elutasította a török hódoltság esetleges hatását, mivel az lényegesen kiterjedtebb volt, mint a Böszörményi által is megjelölt alföldi öngyilkos-zóna. Zonda közleményében 1983–1988 közötti megyei adatok alapján rajzolta meg az egyes deviáns jelenségek területi elhelyezkedését. A legmagasabb és a legalacsonyabb értékeket ábrázolva, illetve rangkorreláció alapján nem talált összefüggést az öngyilkosságok, valamint a heteroagresszív bűncselekmények, az alkoholos májzsugor okozta halálozások és a neurózisgyakoriság (közepes és súlyos depresszív zavarok) között. A tanulmány végén Zonda említést tett az öngyilkosságok és a református vallás Durkheim óta ismert kapcsolatáról. Mint írja: „... az egyetlen quadráló momentum a szuicidumok délkelet-magyarországi magas számában az, hogy e terület lakói túlnyomórészt református vallásúak” (Zonda 1990)⁴. Zonda azonban Magyarország jellegzetesen „laza vallási légkörére” hivatkozva kizárta, hogy pusztán a vallás magyarázatot adna az alföldi megyék kiugróan magas öngyilkossági gyakoriságára.

Zonda (2006) szerint a sajátos területi mintázat okait kutató tanulmányoknak eddig csekély hozadéka volt: „Az okok felderítése (...) csak úgy elképzelhető, ha bármelyik részadatot, paramétert, vélt okot stb. egy alacsony és egy magas öngyilkossági megye (terület) azonos, lehetőleg egy időben, azonos metodikával felvett adataival hasonlítjuk össze” (2006: 94.). Számos munka született ezen a kutatási nyomvonalon (Oprics – Paksi 1996, Paksi – Zonda 2000, Zonda – Paksi 1999, 2000). Valamennyiben közös, hogy az okokat a népesség tradícióiban, lokális kultúrájában, területileg lehatárolható szubkulturákban látták, és ennek megfelelően az öngyilkosság kulturális-normatív beágyazottságát hangsúlyozták. Elméleti háttérét tekintve szinte valamennyi írás a durkheimi gondolatrendszer két fő pillérére, a társadalmi integráció, illetve az anómia kulcsfogalmára támaszkodott, amelyet más szociálpszichiátriai kérdéscsoporttal egészítettek ki. Módszertani szempontból a kutatások reprezentatív minták segítségével igyekeztek feltérképezni két, a szuicidum szempontjából poláris (alacsony és magas) értékkel bíró megye vagy város népességének öngyilkossággal kapcsolatos beállítódásait, anomikus állapotát.

Oprics és Paksi (1996) tanulmányukban két eltérő szuicid veszélyeztetettségű kisváros, Balassagyarmat és Csongrád népességének értékrendszerét vizsgálták 393 fős mintán. Az értékeket kollektív termékként értelmezték, az értékstabilitást pedig egyfajta integrációs, az anómiára utaló indikátornak tekintették, mivel feltételezésük szerint az öngyilkossági ráták területi eltérései mögött integráltsági különbségek működnek.

4 A vallás és az öngyilkosság közötti kapcsolat, a protestáns népesség magasabb szuicid hajlama egyáltalán nem új keletű felvetés a hazai szakirodalomban (Böszörményi 1976). A már említett, Andorkák által publikált tanulmány lábjegyzetében is találunk utalást arra, hogy az 1949-es census protestáns vallásfelekezetre vonatkozó adatai és az öngyilkosságok gyakorisága között szignifikáns korreláció mutatkozott, bár ennek mértékéről nem tettek említést, mindössze azt rögzítették, hogy a vallásokhoz kapcsolódó magatartási normák a szekularizáció ellenére hathatnak akkor is, amikor az egyházhoz való kapcsolat megszakad, a vallásosság megszűnik (Andorka és mtsai 1968). Az öngyilkosság és a vallás kapcsolatának hazai szakirodalomban a legalaposabb és legmeggyőzőbb írás minden bizonnyal Moksony és Hegedűs nevéhez fűződik (2006). A szerzők budapesti mintán alapuló esetkontroll-vizsgálatukban kimutatták a protestáns felekezethez tartozók magasabb veszélyeztetettségét. Ellentétben azonban Durkheim felvetésével, a protestánsok többletkockázatát nem az integráció gyengeségével, az egyházi közösséghez való lazább kapcsolattal magyarázták, hanem éppen ellenkezőleg, a szorosabb a kötődés (templomba járás), a kulturális tényezőkkel való nagyobb mértékű azonosulás szerepét mutatták ki.

Kutatásuk szerint az alacsony öngyilkossággal bíró régió kisvárosában a populáció értékstruktúrája, integráltsága stabilabbnak bizonyult.

Egy másik, szintén a balassagyarmati és csongrádi mintán alapuló tanulmány a deviáns magatartásformák és ezen belül az öngyilkossági kísérletek, valamint a megkérdezett környezetében előfordult öngyilkosságok, öngyilkossági kísérletek magasabb előfordulását tapasztalta Csongrádon (Zonda – Paksi 1999). E kutatás ismertette a különböző élet-helyzetben elkövetett öngyilkossággal kapcsolatos attitűdöket is. Bár majdnem minden esetben elfogadóbbak voltak a csongrádi megkérdezettek, azonban a különbségek meglepő módon nem tűntek számottevőnek, legalábbis a két város befejezett öngyilkosságait tekintve. Bár magasabb volt a csongrádi megkérdezettek körében az öngyilkosság esetleges elkövetésének lehetősége, de a különbség szintén mérsékelt volt (Csongrádon 16,5%, Balassagyarmaton 10,5%). Nem tapasztaltak szignifikáns eltérést a két város népességének depressziómorbiditása között. Eltért azonban a két város frusztrációra adott válasza. Míg Balassagyarmaton a válaszadók inkább önbüntető, autoagresszív választ adtak, de a megoldást inkább elhalasztották, addig a csongrádiakra a lobbanékonyság, a heves és azonnali reagálás volt jellemző. Ugyanezen tanulmány ismertette a középiskolások öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjeit. A csongrádiak ezúttal is elfogadhatóbbnak ítélték az önpusztító viselkedést egy komoly konfliktus esetében, bár a különbség nem tűnt számottevőnek a két alpopulációban (17,7 és 14%).

Paksi és Zonda (2001) egy másik tanulmányukban már nem egy-egy város, hanem két szélsőségesen eltérő szuicid hajlamú megye, Bács-Kiskun és Vas populációinak vizsgálatával igyekeztek a különbségek okait feltárni. A nagyobb mintán végzett kutatás a korábbiakhoz hasonlóan alátámasztotta, hogy az alacsonyabb szuicidummal rendelkező Vas megyei megkérdezettek értékválasztásai egységesebbek, a konszenzus a legfontosabb és a leginkább elutasított értékek mentén is megfigyelhető volt. Ugyancsak szignifikánsan magasabb volt az alacsonyabb öngyilkossággal rendelkező Vas megyeiek körében a szükségletkielégítettség szintje. A Bács-Kiskun megyeiknél a várakozásnak megfelelően magasabb volt a cél-eszköz diszharmonia utaló skálapontérték, körükben jelentősebb merton i értelemben vett⁵ anómiát sikerült kimutatni. A kutatás harmadik része az anómia különböző dimenziót (normaszegés, hatalomnélküliség, orientációhiány és elidegenedés) vette górcső alá. Az egyes változók mentén kapott eredmények nagyrészt gyenge, másrészt több esetben a várt iránytól eltérő eredményeket produkáltak. A különböző anómiaiváltozókon végrehajtott főkomponens-elemzés eredményeként létrejött főkomponens-pontértékeket megyék szerint átlagolták, de a két megye közötti különbség 95%-os megbízhatósági szinten nem volt szignifikáns. A negyedik, az integrációs formákat elemző részben a társas kapcsolati beágyazottság (családi-baráti kapcsolatok) vonatkozásában nem volt kimutatható szignifikáns különbség a két megye között. A vallásgyakorlás mint az öngyilkosságtól védő tényező vonatkozásában a vasi népesség körében tapasztaltak szignifikánsan magasabb előfordulást.

Egy másik Zonda- és Paksi-tanulmány (2002) az egészségmagatartással foglalkozik, abból indulva ki, hogy az egészséggel való nem törődés, az orvosi beavatkozás háritása látens önkárosító magatartásként fogható föl. A szerzők szerint a felelőtlen egészségsma-

5 Anómia (norma nélküliség) merton i értelemben: ha ellentét van a kulturálisan előírt törekvések és a megvalósítások társadalmilag strukturált módja között, azaz a célok és eszközök ütköznek (Merton 1980).

gatartás és a direkt önkárosítás ugyanazon töről fakad. A korábbiakhoz hasonlóan ezúttal is a már említett, szuicidum szempontjából poláris két megye, Vas és Bács-Kiskun reprezentatív mintáján alapult a kutatás. Eredményei csak részben támasztották alá a fenti hipotézist. A Vas megyeiekénél az orvoshoz fordulás betegség esetén és a rendszeresen rákszűrésre járók aránya alacsonyabb volt, mint a Bács-Kiskunban élőkénél, a rendszeresen dohányzók aránya pedig mindkét megyében hasonló volt. Egyetlen, a hipotézisnek megfelelő körülményt találtak: a nagy mennyiségű alkoholfogyasztást. A nagyivók aránya, a lerészegedés havi gyakorisága, az alkoholelvonó kezelésben részesülők aránya szignifikánsan magasabb volt az alföldi megyében.

Az ismertetett szociológiai jellegű kutatások eredményei vitathatatlanok. Moksony és Hegedűs (2006) azonban utalnak rá, hogy a kérdőíves felmérések segítségével az öngyilkosságra vonatkozó attitűdök nem pótolják a tényleges viselkedés magyarázatát.

Két további, Moksony Ferenc által publikált tanulmány említése megkerülhetetlen a hazai szuicidum területi magyarázatához. Különösen azért, mert a korábbi próbálkozásoktól eltérően konfirmatív modellek segítségével igyekezett választ adni számos, a szuicidum szempontjából lényeges kérdésre. Az első tanulmány a magyar falvak önpusztításának okait vizsgálta a nyolcvanas években (Moksony 1995). Két, egymással szemben álló elméletet tesztelt. Az egyik szerint a falvakban tapasztalható növekvő öngyilkosságból eredő halálozás oka a mélyreható társadalmi átalakulásban, a falusi közösségek felbomlásában, a városi mintákhoz való felzárkózásban keresendő. E hipotézis szerint minél inkább a modernizáció útjára lépett a település, annál inkább jellemző az önpusztítás. A másik elképzelés az első ellentéte volt. E feltételezés szerint az elmaradottság, a változatlanosság növeli a befejezett öngyilkosságok kockázatát. A kutatás 600, véletlenszerűen kiválasztott magyarországi falura terjedt ki. A függő változó az öngyilkosságok 1982 és 1986 közötti száma lett, az elmaradottság indikátorának pedig a mezőgazdasági dolgozók 1930-as és 1960-as arányát tekintette a kutató. A modellek empirikus tesztelése után a második hipotézis igazolódott: a változások hiánya, a leszakadás növelte az önpusztítás kockázatát. Ugyanez a tanulmány hangsúlyozta a deviáns szubkultúra szerepét az öngyilkosság alakulásában.

A későbbi tanulmány a kultúra szerepét emelte ki. Feltételezte, hogy az öngyilkossággal kapcsolatos nézetek fiatalabb korban, a családi szocializáció keretei között alakulnak ki (Moksony 2003). A fiatalabb életszakaszban elsajátított konfliktusmegoldási magatartások az élet későbbi szakaszaiban is hatnak, így azok, akik az öngyilkosságok által terhelt területeken születtek, elköltözésük után is megőrizték nagyobb fogékonyságukat az önpusztítás iránt. Moksony budapesti, elemi szintű adatok segítségével egy öngyilkos és egy nemöngyilkos-minta összekapcsolásával vizsgálta a születési régió hatását. Azt találta, hogy a Dél-Alföldön születettek öngyilkossági-halálozási kockázata szignifikánsan magasabb, mint a régióon kívül születetteké. A megállapítás érvényes volt akkor is, ha kiszűrte a lakóhelyváltozás hatását is.

A pszichiátriai iskolának az öngyilkosságok területi alakulására vonatkozó érvkészlete nagyjából azonos a makroszintű trendadatoknál elmondottakhoz. A Rihmer és munkatársai által a nyolcvanas években területi adatok alapján végzett kutatások szerint az alföldi megyéket sújtó magas öngyilkossági ráták és a regisztrált súlyosabb (primer major) depressziók előfordulása között negatív összefüggés található, azaz minél magasabb volt a nyilvántartott primer depresszió, annál kisebb volt az öngyilkossági ráta. Rihmerék

állítása szerint a depressziók aluldiagnosztizálása szerepet játszott a hazai magas szuicid mortalitásban (Rihmer és mtsai 1989). Ezen az empirikus nyomvonalon haladva rámutattak arra, hogy az Alföld kedvezőtlen mutatói településszerkezeti sajátosságokkal is összefüggésbe hozhatók, mivel a külterületen (tanyákon) élők kevésbé tudnak eljutni a háziorvosig vagy a szakellátás egyéb szintjeire, és így az öngyilkossági kísérletek esetében az életben maradás esélye kisebb a gyors orvosi segítség nehezebben elérhető volta miatt. Az Alföldre jellemző külterületi, azaz a tanyákon élő népesség magas (bár egyre fogyatkozó) aránya már korábban is ismert volt, és ma is megfontolandó érv, nemcsak az orvos–beteg kapcsolat, hanem legalább annyira az izoláltság és az ingerszegény társadalmi környezet miatt is. Sajnos jelenleg nincsenek ismereteink a tanyákon elkövetett öngyilkosságok számával kapcsolatban. Egy viszonylag friss, a dél-alföldi régió öngyilkosságát települési adatok segítségével is vizsgáló tanulmány azt találta, hogy a kisebb településeken általában magasabb az elkövetési gyakoriság, bár a legmagasabb érték az 5–10 ezer közötti településeknél fordult elő (Csöszné 2005). Sajnos a települési szinten, az egy-egy évről (2000 és 2004) készült standardizálatlan adatokon nyugvó és simítatlan térképek meglehetősen nagy bizonytalansággal terheltek, de azt mindenképpen jelzik, hogy a régióra jellemző magas gyakoriság nem vezethető vissza a települések összetételének hatására. További ellenérv a pszichiátriai megközelítéssel szemben, hogy a térszerkezetben megfigyelhető stabil kelet–nyugati megosztottság már a modern pszichiátria hatékonyabb eszközeinek kiépülése előtt is megfigyelhető volt, ezért nem tűnik valószínű érvnek, hogy a diagnosztizált és megfelelően kezelt depressziós betegek ellátása, illetve ennek hiánya okozná az alföldi területek magas fertőzöttségét.

Miközben az öngyilkosságok területi mintázatának stabilitását hangsúlyozza számos kutató, néhány szerző hosszabb idősorok áttekintése után arra utalt, hogy az öngyilkosságok melegágyai a hatvanas évek közepéig kifejezetten a nagyvárosok voltak. Közismert Budapest és ezen belül különösen a fővárosi nők öngyilkossági arányszámainak javulása az elmúlt évtizedek során (Moksony 1984, 1995, Zonda 2006). Ráadásul az eddigi elemzések sohasem térparaméteres megközelítéseken alapultak, a teret egyfajta „adatkonténerként” kezelték. Különösen nyilvánvaló ez azoknál az elemzéseknél, amelyek a „hagyományos” község–város–megyeszékhely–Budapest összehasonlításból indultak ki. Úgy gondolom, hogy mindezen okok elégséges érvet szolgáltatnak ahhoz, hogy újragondoljuk a méretekből fakadóan durva megyei adatokból levont következtetéseket, és finomabb területi skálán tekintsük át az öngyilkosságok alakulását.

Az öngyilkosságok alakulása kistérségek szerint

Az általam elemzett időszak az 1980 és 2007 közötti évekre terjedt ki. Az adatok a Központi Statisztikai Hivatal elektronikus adatbázisából (Demo) származnak. Az évközepi népességi és a halálozási adatokat a vizsgált időszak alatt nemek és korcsoportok szerint településenként gyűjtöttem ki, majd a 2004–2007 között aktuális kistérségi struktúrának megfelelően aggregáltam.⁶ Úgy vélem, hogy az általam használt, 168 kistérségből álló adatbázis lényegesen árnyaltabban fejezi ki a vizsgált jelenség térbeli kontinuitá-

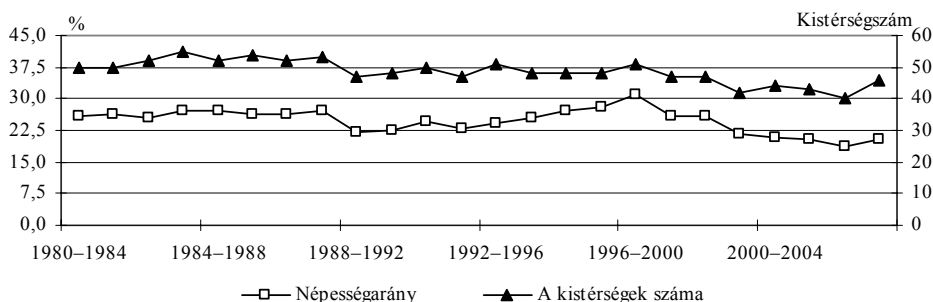
⁶ Az adatbázis létrejötté Jónás István kollégám (KSH Pécsi Igazgatóság) áldozatkész és precíz munkájának érdeme, amiért ezúton is köszönetemet fejezem ki.

sát, és a megfigyelési egységek megyékhez képest magasabb száma alkalmasabb lehet a későbbiek során ökonometria modellek tesztelésére. A vizsgálat a térepidemiológiában ismert indirekt standardizált öngyilkossági arányszám (ISA) segítségével történt (Nekap 2000). E mutatót a standardizált halandósági hányadosoknak az adott időszakra jellemző országos halálozási arányszámmal történő felszorozásával kaptam. A standardizált halandósági hányadosoknál használt súlyt mindkét esetben az adott időszak országos korcsoportos halandósága adta. Az elemzés a WHO korcsoportos megoszlása alapján, nemi bontás nélkül történt. A kistérségi szinten gyakori éves hullámzások elkerülése és így megbízhatóbb adatok érdekében öt év adatait vontam össze.

Az öngyilkosság területi kiterjedtségét és az érintett népesség össznépességen belüli arányát a szignifikánsan magasabb öngyilkossági arányszámmal rendelkező kistérségek alapján határoztam meg (3. ábra). A vizsgált időszak alatt a magyar népesség egyötöde – egyharmada élt olyan kistérségben, amelyben az öngyilkosság kockázata szignifikánsan magasabb volt, mint az országos átlag. A magasabb szuicidarányszámmal rendelkező kistérségek száma 40–55 között szóródott. Eltekintve az utolsó öt év (2003–2007) emelkedésétől, a kilencvenes évek második felétől mérsékelt csökkenésről, a szignifikánsan magasabb gyakoriságot mutató területek fogyatkozásáról lehet beszámolni.

3. ábra

A szignifikánsan magasabb öngyilkosságú kistérségekben élők aránya az össznépességen belül, és az érintett kistérségek száma*

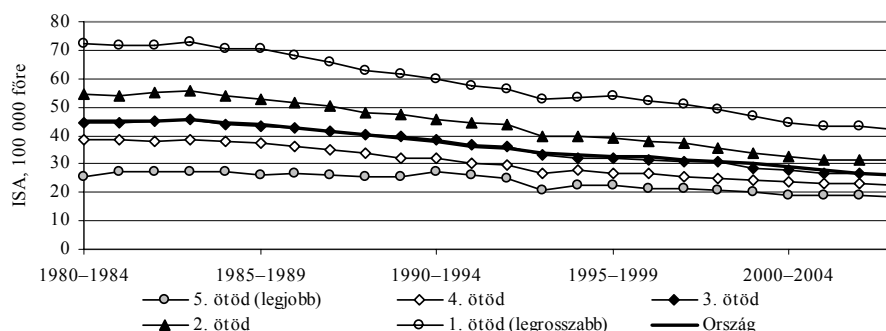
* $p < 0,05$

Az ötödök szerint sorba rendezett aggregált adatok eltérő meredekségű lineáris trendekre utalnak (4. ábra). Mivel az adott ötödbe mindig egyenlő számú, de nem feltétlenül azonos összetételű kistérségek kerültek, a következtetések levonásánál kellő óvatossággal kell eljárunk. A legalacsonyabb arányszámmal rendelkező kistérségek aggregált idősora egészen a kilencvenes évtized első feléig semmilyen javulás jelét nem mutatta, és az azt követő időszak is inkább egy kisebb szinteltolódás utáni mérsékelt javulás jeleit érzékelteti. Érdekes azonban hangsúlyozni, hogy még a legkedvezőbb helyzetű hazai kistérségek előtt is további jelentős javulási lehetőségek kínálkoznak. Abszolút értékben figyelemre méltó elmozdulás a kedvezőtlenebb helyzetű ötödökben figyelhető meg. Ha azonban a változás relatív értékét vesszük figyelembe, a legmagasabb értékekkel jellemezhető 1983–1987 közötti és a legutolsó 2003–2007 időszak alapján – a legkedvezőbb helyzetű ötöd kivételével – nem találunk semmilyen elmozdulásra utaló nyomot: az 1–4. ötödben hozzávetőleg azonos mértékben, 42–44%-kal csökkent az öngyilkossági arányszám, míg

a legkedvezőbb helyzetű, zömmel nyugat-magyarországi kistérségekben 34%-kal. Ez a durva megközelítés azoknak az érvelését támaszthatja alá, akik megyei adatok alapján a területi öngyilkosság mintázatának állandóságát hangsúlyozták.

4. ábra

Az indirekt standardizált öngyilkossági arányszám (ISA) kvintilisek szerint

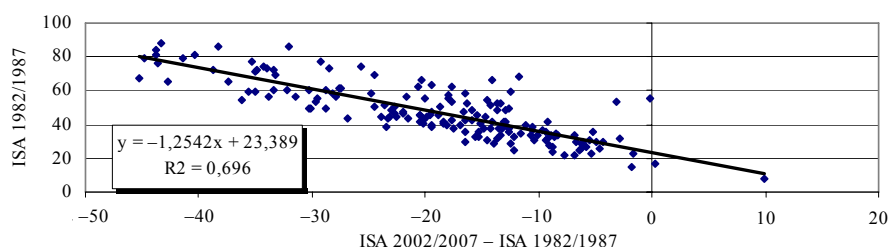


A kvintilisek szerinti csoportosítás után nézzük, milyen sajátosságok figyelhetők meg akkor, ha a kistérségeket visszahelyezzük eredeti térbeli környezetükbe, és egyedi attribútummal rendelkező entitásként kezelve vizsgáljuk a térbeli folyamatok alakulását! Az összehasonlítást két időszak összevont adatai alapján végeztem el. Mindkét időszak hat-hat évet ölelt fel. Az első (1982–1987 közötti) keresztmetszet a nyolcvanas évek magas szuiciditású, a második (2002–2007 közötti) pedig a jelenkor alacsonyabb szuiciditású állapotát tükrözi.

A pontdiagram x tengelye az első és második időszak arányszámainak abszolút különbségét, az y tengely pedig az első időszak kistérségi arányszámait mutatja (5. ábra). A pontokra lineáris regressziós egyenest illesztettem, azt illusztrálva ezzel, hogy a bázisértékhez képest milyen elmozdulás volt megfigyelhető. Megállapítható, hogy az önpusztítás mértéke – két alacsony halálozási esetszámú nyugat-magyarországi kistérség, a Csepregi és a Kőszegi kivételével – valamennyi kistérségben csökkent. A csökkenés mértéke azonban nem volt egyenletes. A legnagyobb abszolút mértékű javulás zömmel a tradicionálisan magas szuicidalitású területeken következett be, amit jól illusztrál az adatpontokra illesztett lineáris regressziós egyenes negatív meredeksége és a közepesnél erősebb determinációs együttható (5. ábra).

5. ábra

Az indirekt standardizált öngyilkossági arányszám (ISA) 2002/2007 – 1982/1987 (abszolút különbsége) vs. 1982/1987



Az öngyilkossági területek klaszterezettségét, a szuicid övezetek lehatárolását az Anselin-féle (Anselin 1995) lokális Moran I-próba (LISA) segítségével határoztuk meg, amelyet az alábbi képlet alapján számíthatunk ki:

$$I_i = z_i \sum_j w_{ij} z_j,$$

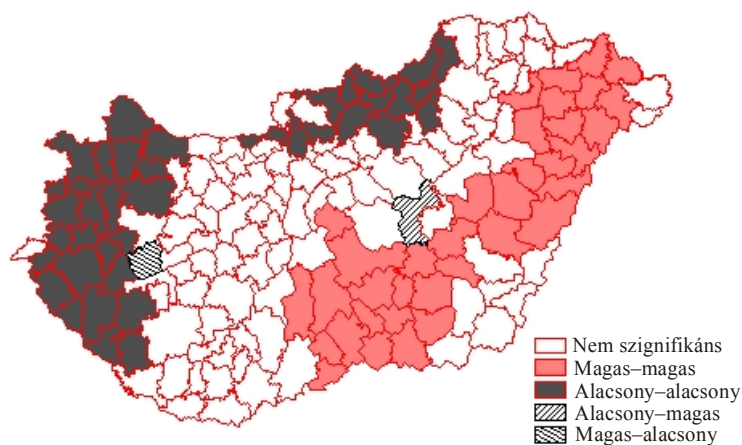
ahol I_i az i -edik megfigyelési egységre számított lokális Moran I-próbafüggvény értéke, z_i a vizsgált változó értékének és az átlagnak a különbsége az i -edik lokációban, z_j ugyanez a j -edik lokációban, w_{ij} a szomszédsági viszonyt leképező sorstandardizált súlymátrix (ahol a sorok összege 1). Ha z_i és $w_{ij} z_j$ értékei egyaránt pozitívak vagy negatívak, akkor a Moran I értéke pozitív autokorrelációt mutat, ami az egymással szomszédos magas vagy alacsony értékkel bíró lokációk térbeli koncentrációjára utal, de nemcsak a térbeli klaszterek detektálására, hanem a térbeli outlierok (magas–alacsony, alacsony–magas szomszédságú területek) meghatározására, és ennek megfelelően hipotézisek megfogalmazására is használhatjuk. A térbeli súlymátrix (W) esetében bináris, úgynevezett királynőszomszédságot (queen contiguity) használtam, azaz amennyiben a polygonok akárcsak egyetlen pontban is érintették egymást, akkor azokat szomszédosnak tekintettem. A lokális Moran-I értéke más autokorrelációs mutatókkal⁷ szemben nem -1 és 1 közötti értéket vesz fel, ezért értelmezése elsősorban térképi környezetben képzelhető el (Tóth 2003). Az alábbi térképeken csak a szignifikáns klasztereket mutatom be, azaz azokat az egybefüggő területeket, ahol a kistérségek értékei és a szomszédos területek értékei hasonlóak, egyaránt magasak vagy alacsonyak. A számításokat Geoda 0.9.5-i szoftverrel végeztem el.

A nyolcvanas évek adatai, csakúgy mint az ezredforduló utániak, három meglehetősen jelentős kiterjedtségű klaszter létezését mutatják (6–7. ábra). Az általuk lefedett területek közel azonosak a két időszakban. Mindez alapvetően alátámasztja az öngyilkosságok területi elhelyezkedésének állandóságával kapcsolatos nézeteket. Néhány kisebb változás azonban szemmel látható. Az északi, alacsony szuicid mortalitású, alapvetően Nógrádra kiterjedő és kisebb mértékben Pest, Heves, valamint Borsod-Abaúj-Zemplén megyét is érintő klaszter az ezredforduló adatai szerint nyugat felé húzódott, és egyre inkább úgy tűnik, mintha Budapest körül szerveződne, és összezáródna a nyugat-magyarországi, a Balaton északi partjával párhuzamosan elnyúló kedvező területekkel. A magas önpusztítással terhelt alföldi megyék közül Békés a nyolcvanas években külön utat járt, majd az ezredforduló után visszatért a magas gyakoriságú területekhez, ezzel szemben az ország északkeleti sarkában Szabolcs-Szatmár-Bereg megye megfelelőződött. Az Alföldön található négy kiugró értékű kistérség egytől egyig a meghatározó nagyvárost és hozzá tartozó településeket foglalja magában (Debrecen, a Szegedi, Szolnoki, Nyíregyháza kistérségek). E négy nagyváros és környezete (Debrecen esetében azért nem beszélek környező településekről, hiszen önmagában kistérség) felveti a kérdést, hogy a kedvezőbb öngyilkossági állapot vajon minek tudható be?

⁷ Vessd össze e számnak a 602. oldalán Kurkó Ibolya cikkével, aki a globális Moran I-t használja (a szerk.).

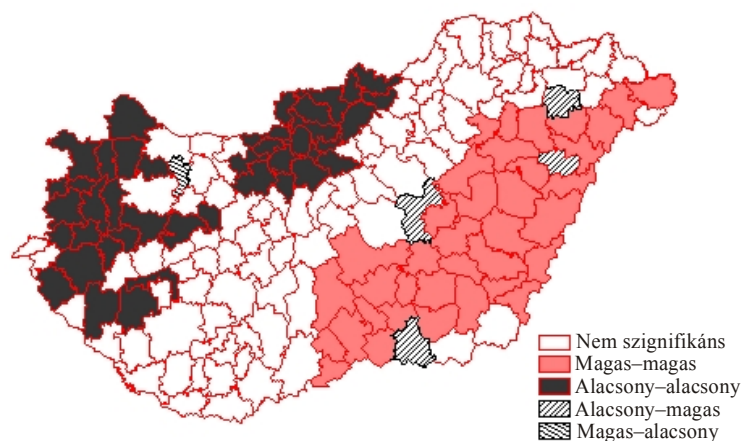
6. ábra

*A lokális Moran I által meghatározott öngyilkossági klaszterek
Magyarország kistérségeiben, ISA 1982–1987*



7. ábra

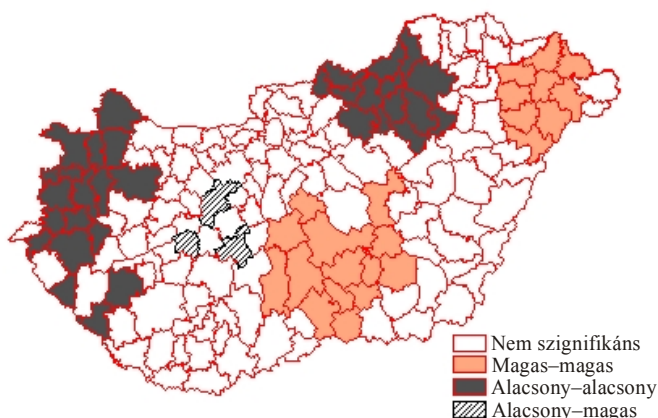
*A lokális Moran I által meghatározott öngyilkossági klaszterek
Magyarország kistérségeiben, ISA 2002–2007*



A két időszak közötti változás abszolút mértékét tekintve azt várhatnánk, hogy a kezdeti időszakban alacsony arányszámmal jellemezhető területeken visszafogott, míg az alföldi területeken jelentős csökkenés történt. Ez a feltevés azonban nem igazolható teljesen. Az abszolút változás alapján készített lokális Moran I térkép némileg felülírja az előzetes várakozást. Ugyanis a magas arányú önpusztítással terhelt alföldi zóna két végén figyelhető meg jelentősebb csökkenés, míg a köztes területekről ez nem mondható el (8. ábra).

8. ábra

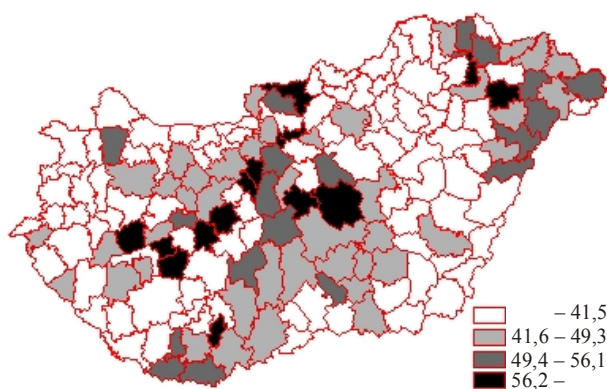
*A lokális Moran I által meghatározott öngyilkossági klaszterek
1982–1987 és 2002–2007 különbsége alapján*



A fentiektől valamelyest eltér a relatív változásról készített térkép (9. ábra). Ez utóbbi ugyancsak hasznos a változások nyomon követése szempontjából. Az átlagos országos csökkenésnél (41,6% százalék) kisebb mérséklődést mutató területeket összevontam. Az átlagosnál nagyobb csökkenésű területek térben szintén csoportosulva, a random-elrendeződés semmilyen jelét nem mutatva helyezkednek el. Ez esetben is megfigyelhetők a Szabolcs-Szatmár-Bereg és Bács-Kiskun megyei gócok, azonban kiegészülnek a Budapestről és környékéről csillagszerűen dél, valamint nyugat, délnyugat irányába leágazó területekkel. E változások okai feltáratlanok, magyarázatra szorulnak.

9. ábra

*Az indirekt standardizált öngyilkossági arányszám (ISA) százalékos csökkenése
1982–1987 és 2002–2007 között*



Néhány következtetés

Magyarországon az elmúlt húsz esztendő alatt jelentős mértékben csökkent az öngyilkosságok száma. A visszaesés ellenére a hazai értékek nemzetközi összehasonlításban továbbra is rendkívül magasak. A csökkenés mértéke nemek szerint eltért. 1987-hez képest a nők standardizált öngyilkossági arányszáma közel 60%-kal, a befejezett öngyilkosságok száma 57%-kal esett vissza. A férfiak esetében kisebb mértékű visszaesés következett be (46 és 42%), ennek köszönhetően a nemek arányában növekvő különbség figyelhető meg. Az öngyilkosságok területi eloszlása kistérségi metszetben nem írta felül a korábban és sokak által megyei adatok alapján elvégzett elemzéseket, de árnyaltabb térbeli megjelenítést tett lehetővé. A várakozásaimmal ellentétben a relatív csökkenés nem kizárólag a kedvezőtlen helyzetű alföldi területeken következett be, hanem a Dunántúl számos, egymással szomszédos kistérségében is, ami további kutatást igényel, egyáltalán nem zárva ki azt, hogy társadalmi-gazdasági változók mellett a pszichiátriai ellátásnak (a magánpraxisok számának, a jól kidolgozott és működő protokolloknak) is szerepe lehet ebben. Bár számos szerző az öngyilkosságok oksági hátterében a multikauzalitást emeli ki, magam úgy érzékelem, hogy szó sincs a lehorgonyzott elméleti megközelítések egymásra találásáról. Ha jól látom, a térbeli adatokkal kapcsolatban két fontos kérdés körvonalazódott az eddigi kutatások során. Az egyik a területi mintázat stabilitását hangsúlyozza. Úgy vélem, ez esetben olyan (történeti) területi adatbázisok felépítésének is volna értelme, amelyek az eddig ismeretlen „sokkhatás” okait próbálnák felfedni térbeli modellek segítségével. A másik esetben az elemzés fókuszpontjában az esetleges változások nyomon követése és okainak feltárása a cél. Mivel ezúttal is klaszterezett térstruktúra figyelhető meg, ezért itt is szerencsésebb volna térbeli modelleket alkalmazni a torzítatlan becslések érdekében. Ráadásul a legtöbb antidepresszánssal kapcsolatos nemzetközi kutatás is ökológiai adatok alapján érvel.

A hazai idősoros adatok néhány vonásának bemutatásakor talán sikerült illusztrálni, hogy nemek, korcsoportok, elkövetési módok szerint is jelentős különbségek figyelhetők meg. A mai precíz térepidemiológiai módszerek segítségével (pontadatokon nyugvó klasztereljárások, népességgel súlyozott klaszterek, az újabban gyakori bayesi simításon alapuló térképek, rövid időszak alacsony esetszámait alapján interpolált térképek) semmi akadálya nincs annak, hogy ezek térképi ábrázolását elvégezzük. Elképzelhető, hogy a települési szinten kapott térképek érdekes térbeli mintázatokra mutatnak rá, és ezáltal hasznos hipotézisek megfogalmazásához nyújtanak fogódzót.

IRODALOM

- Andorka Rudolf – Buda Béla* (1972): Egyes deviáns viselkedések okai Magyarországon. Valóság 15.
- Andorka Rudolf – Cseh-Szombathy László – Vavró István* (1968): Társadalmi elítélés alá eső magatartások előfordulásainak területi különbségei (I.). Statisztikai Szemle 1.
- Andorka Rudolf* (1992): Társadalmi változások és társadalmi problémák, 1940–1990. Statisztikai Szemle 70.
- Andorka Rudolf* (1996): Deviáns viselkedések Magyarországon. Általános értelmezési keret az elidegenedés és az anómia fogalmak segítségével. In: *Andorka Rudolf* (1996): Merre tart a magyar társadalom? Szociológiai tanulmányok a magyar társadalom változásairól és problémáiról. Antológiai Kiadó, Lakitelek
- Anselin, Luc* (1995): Local Indicators of Spatial Association – LISA. *Geographical Analysis*, 27.

- Berecz Roland – Szlivka Anna – Degrell István* (2003): A befejezett öngyilkosságok jellemzői Magyarországon 1994–2001 között. *Psychiatria Hungarica* 18.
- Berecz, Roland – Cáceres, Macarena – Szlivka, Anna – Dorado, Pedro – Bartók, Enikő – Penas-Lledó, Eva – Llerena, Adrián – Degrell, István* (2005): Reduced completed suicide rate in Hungary from 1990 to 2001: Relation to suicide methods. *Journal of Affective Disorders* 88.
- Bosetti, Christina – Levi, Fabio – Lucchini, Franca – Zatonski, Witold – Negri, Eva – La Vecchia, Carlo* (2002): Worldwide mortality from cirrhosis: An update to 2002. *Journal of Hepatology*, 46.
- Böszörményi Ede* (1976): A magyarországi öngyilkosságok történetéhez. *Demográfia* 4.
- Böszörményi Ede* (1991): Az öngyilkosságok múltja és jelene. Történeti vázlat, különös tekintettel Magyarországra. Magánkiadás, Budapest
- Brainerd, Elizabeth – Cutler, David M.* (2005): Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union. IZA Discussion Paper No. 1472. Bonn
- Buda Béla* (1988): Az öngyilkossággal kapcsolatos kutatások Magyarországon. Münnich I. (Szerk.): Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarokról. Kossuth Könyvkiadó, Budapest
- Buda Béla* (1999): Gotland, depresszió, öngyilkosság-kutatás. Szerkesztői megjegyzések a vitához. *Szenvedélybetegségek* 7.
- Csőszné Seres Ilona* (2005): Öngyilkosságok alakulása a Dél-Alföld kistérségeiben. Központi Statisztikai Hivatal Szegedi Igazgatóság
- Durkheim, Emile* (1982): Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány. 2. kiadás. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
- Elekes Zsuzsanna – Paksi Borbála* (1996): Lelkünkre ül-e a politika? Az öngyilkosság és az alkoholizmus változó trendjei? *Századvég* 2.
- Jobb Sándor* (1973): Az öngyilkosságok területi jellemzői Magyarországon. *Területi Statisztika* 1.
- Kolozsi Béla* (1990): A magyarországi öngyilkossági endémia mértékének 1988-as csökkenése és annak összevetői. *Alkoholológia* 21.
- Kolozsi Béla* (1994): Az önkárosító deviáns viselkedésformák okairól. In: Münnich I. – Moksony F. (Szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Közélet Kiadó
- Kovács Katalin – Kolozsi Béla* (2000): A magyarországi öngyilkosságok a 90-es évtizedben és az öngyilkosság európai trendjei. In: Elekes Zsuzsanna – Spéder Zsolt (szerk.): *Törések és kötések a magyar társadalomban*. Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó, Budapest, 2000
- McKee, Martin – Shkolnikov, Vladimir* (2001): Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *British Medical Journal* 323.
- Meslé, France* (2004): Mortality in Central and Eastern Europe: long-term trends and recent upturns. Max Planck Institute for Demographic Research. *Demographic Research*, Special Collection 3.
- Miltényi Károly* (1993): A deviancia statisztikai vizsgálatának történeti áttekintése. *Statisztikai Szemle* 71.
- Moksony Ferenc – Hegedűs Rita* (2006): Társadalmi integráltság, kultúra, deviancia: a vallás hatása az öngyilkosságra Magyarországon. *Szociológiai Szemle* 4.
- Moksony Ferenc* (1984): A települési tényezők és az öngyilkosság. Központi Statisztikai Hivatal Népeségügyi Kutató Intézet Kutatási Jelentései 19.
- Moksony Ferenc* (2003): Születési régió és az öngyilkosság: létezik-e az önpusztítás területi szubkultúrája? *Demográfia* 46.
- Oprics Judit – Paksi Borbála* (1996): Az öngyilkosságok területi különbségeinek elemzése. *Szenvedélybetegségek* 4.
- Oravecz Róbert* (1999): Adalék a „Gotland-vitához” Szlovén szuicidológiai adatok alapján. *Szenvedélybetegségek* 7.
- Paksi Borbála – Zonda Tamás* (2000): Néhány érv a szuicid hajlam regionális differenciáltságának kulturális-normatív beágyazottsága mellett. In: Elekes Zsuzsanna – Spéder Zsolt (szerk.): *Törések és kötések a magyar társadalomban*. Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó, Budapest
- Paksi Borbála – Zonda Tamás* (2001): Anomikus és integrációs hipotézisek az öngyilkosság területi mintázatának magyarázatában. Komparatív elemzés két szélső szuicid veszélyeztetettségű régióban. *Szenvedélybetegségek* 5.

- Pikó Bettina* (2002): Az öngyilkosság szociológiája. In: *Pikó Bettina* (szerk.): A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban. JATE Press
- Rihmer Zoltán – Barsi Judit – Vég Katalin* (1989): Regionális különbségek a depressziók és a szuicidium prevalenciájában. *Ideggyógyászati Szemle* 42.
- Rihmer Zoltán – Belső Nóra – Pestaloty Péter* (1997): A depresszió és öngyilkosság kapcsolata. Irodalmi áttekintés és hazai vizsgálatok, *Szenvedélybetegségek* 5.
- Rihmer Zoltán – Rutz, Wolfgang* (2000): Depresszió és öngyilkosság férfiaknál. Springer Hungária Kft., Budapest
- Rihmer Zoltán* (1997): Az antidepresszívumok forgalomnövekedésének hatása a magyarországi öngyilkossági halálózásra 1982–1992 között. *Psychiatria Hungarica* 2.
- Rihmer Zoltán* (2003): A depresszió mint az öngyilkosság előszobája. *Kórház* 10.
- Shkolnikov, Vladimir M. – Meslé, France – Vallin, Jacques.* (1996): Health crisis in Russia I. Recent trends in life expectancy and causes of death from 1970 to 1993. *Population: An English Selection* 8.
- Tóth Géza* (2003): Területi autokorrelációs vizsgálat a Local Moran I módszerével. *Tér és Társadalom* 4.
- Vincze István – Nádor Gizella – Páldy Anna – Pintér Alán – Málnási Tibor* (2000): Nemzeti Környezetegészségügyi Akcióprogram. Fontosabb betegségek miatti halandóság területi eloszlása Magyarországon 1986–1997
- Zonda Tamás – Paksi Borbála* (1999): Az öngyilkosság regionális eltéréseinek hátterében feltételezhető okok összehasonlító vizsgálata (Csongrád és Balassagyarmat). *Szenvedélybetegségek* 3.
- Zonda Tamás – Singer Júlia* (1999a): Gotland, a boldogság szigete. *Szenvedélybetegségek* 7.
- Zonda Tamás – Singer Júlia* (1999b): Válasz Rihmer Zoltán a „Gotland-vizsgálat tanulságai” című írásához. *Szenvedélybetegségek* 7.
- Zonda Tamás* (1990): Magyarország devianciatérképeinek összehasonlító vizsgálata a regionális eltérések szempontjából. *Végeken* 4.
- Zonda Tamás* (2001): A magyarországi öngyilkossági ráták csökkenése mögött feltételezhető okok vázlatos elemzése. *Szenvedélybetegségek* 1.
- Zonda Tamás* (2006): Öngyilkosság, statisztika, társadalom. Kairosz Kiadó, Budapest
- Zonda Tamás – Paksi Borbála* (2002): Egészség-magatartási adatok egy magas és egy alacsony öngyilkossági rátájú megye mintáiban. *Lege Artis Medicinae* 12.
- Zonda Tamás – Veres Előd* (2000): Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2000). *Addiktológia: Addictologia Hungarica* 3.

Kulcsszavak: öngyilkosság, az öngyilkosság területi mintázata, öngyilkossági idősor, lokális Moran I.

Resume

The paper deals with suicides in Hungary, which took place in the past decades. It shows the time series of domestic suicides since 1970 till our days, and describes major views on the evolution of time series. Although trends are strictly bound to economic-political changes, explanations that reveal reasons of changes through empirical models are missing. The same stands for the regional pattern of Hungarian suicides. It is well-documented that suicide rate is very high in the eastern area of the country, while much lower in the Western Hungary region. The paper shows evolution of suicides in the periods between 1982/1987 and 2002/2007 at a higher detail than counties, by data of 168 subregions. While the first period covers the world widely extremely high suicide endemism, the latter period focuses on the regional pattern of much lower suicide rate in the present time. In both periods the clusters were determined by the local Moran I. test by the author. He stated, that results of the two periods are nearly identical despite the political, social and economic changes. The observed relative change did not significantly influence regional distribution of suicides, which proves territorial embeddedness of the phenomenon, the persistent survival of suicides as a very drastic way of problem solution on definite areas.