

Szociális problémamegoldó képességek és öngyilkossági veszélyeztetettség fogvatartottak körében

Egy hazai multicentrikus vizsgálat eredményei

Horváthné Pató Irina^{1, 2} ■ Kresznerits Szilvia^{2, 3}
Erdélyi-Belle Boglárka dr.³ ■ Szekeres Tamás⁴
Perczel-Forintos Dóra dr.³

¹Szombathelyi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet, Szombathely

²Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Mentális Egészségtudományok Tagozat, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudomány Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika,
Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudomány Kar, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

Az Orvosi Hetilap Szerkesztőségének felkérésére készített tanulmány.

Bevezetés: Nemzetközi vizsgálatok alapján a szuicidium rizikója nagyobb az elítéltek körében, mint az átlagpopulációban, ami kockázatokkal járhat mind az érintett személyekre, mind a börtönközösségre nézve. A problémamegoldó képességek alacsony szintje átlagpopuláción vizsgálva bizonyítottan szoros összefüggésben áll a depresszió és a reménytelenség mellett az öngyilkossági veszélyeztetettséggel.

Célkitűzés: Épp ezért vizsgálatunk célja a fogvatartotti populáció szociális problémamegoldó képességének felmérése, valamint összefüggéseinek vizsgálata szuicid rizikótényezőkkel, megfelelő intervenciós lehetőségek megalapozása céljából.

Módszer: Multicentrikus keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatunkba egyrészt négy büntetés-végrehajtási intézetből vontunk be fogva tartott személyeket ($n = 363$ fő), másrészt online kényelmi mintavétellel önkéntes személyeket ($n = 234$). Az összehasonlító vizsgálatokhoz illesztett mintát hoztunk létre nem és életkor alapján ($n_{\text{fogvatartott}} = 174$ fő, $n_{\text{kontroll}} = 174$ fő). Az összehasonlító vizsgálathoz független mintás t -próbát, a különbségek hatásmagnaságának mérésére Cohen-féle d -próbát alkalmaztunk. A problémamegoldó képességek szuicid rizikót jelző változókkal (öngyilkossági gondolatok, depresszió, reménytelenség, észlelt stressz, impulzivitás, szubjektív jóllét) való együttjárásának tesztelésére Pearson-féle korrelációt alkalmaztunk. Alkalmazott tesztek: Problémamegoldó Képességek Tesztje, Rövidített Reménytelenség Skála, Paykel Öngyilkossági Skála, Rövidített Beck Depresszió Kérdőív, Észlelt Stressz Kérdőív, Rövidített Barratt Impulzivitás Skála, WHO Jóllét Kérdőív 5 tételes magyar változata.

Eredmények: A fogvatartotti populációt súlyosabb depressziós állapot, gyakoribb öngyilkossági gondolatok, nagyobb észlelt stressz és impulzivitás, valamint alacsonyabb szintű szociális problémamegoldó képességek és pszichés jóllét jellemezte. Sem az illesztett mintán ($n = 174$), sem a teljes fogvatartotti mintán ($n = 363$) nem mutatkozott kapcsolat a szuicid készletések gyakorisága és a szociális problémamegoldó képességek között. Ugyanakkor a teljes fogvatartotti mintán az öngyilkossági gondolatok gyakorisága, a reménytelenség, a depresszió, az észlelt stressz szintje és az impulzivitás szintje között egymással közepesen erős pozitív irányú összefüggést találtunk.

Következtetés: Eredményeink alapján a fogvatartottak körében az öngyilkossági veszélyeztetettség csökkentésére a reménytelenség, az impulzivitás vagy az észlelt stressz csökkentését célzó 'mindfulness' intervenciók hatékonyabbak lehetnek, mint a problémamegoldó képességek fejlesztését célzó tréning.
Orv Hetil. 2024; 165(39): 1529–1538.

Kulcsszavak: fogvatartottak, szuicid rizikó, szociális problémamegoldó képességek, depresszió, impulzív viselkedés, mindfulness

Social problem-solving and suicidality in prisoners

A multicenter study in Hungary

Introduction: Based on international studies, the risk of suicidality is higher in prisons than in the general population, which can have serious consequences for both the individuals concerned and the prison community. Low levels of problem-solving skills had been shown as a major risk factor for suicidal behaviour, along with depression and hopelessness.

Objective: The aim of our study is to assess the social problem-solving skills by the Means End Problem Solving Inventory in a sample of incarcerated people as well as to examine the association of these skills with suicide risk factors in order to establish future intervention possibilities.

Method: In our multicentre cross-sectional questionnaire study, we recruited prisoners ($n = 363$) from four prisons and, for comparison, we recruited volunteers ($n = 234$) from the general population by online convenience sampling. For comparative studies, we created a matched sample by gender and age ($n_{\text{prisoner}} = 174$, $n_{\text{control}} = 174$). An independent samples t-test was used for the comparative analysis, and Cohen's d-test was used to measure the effect size of differences. Pearson's correlation was used to test the association of problem-solving skills with suicidal risk variables (suicidal ideation, depression, hopelessness, perceived stress, impulsivity, subjective well-being). Tests applied: Means End Problem Solving Test; Hopelessness Scale – short version; Paykel Suicide Scale; Beck Depression Inventory – short version; Perceived Stress Scale; Abbreviated Barratt Impulsivity Scale; WHO Well-Being Index-5 item – Hungarian version.

Results: The prison sample has significantly worse mental health indicators of suicide risk than the matched control group. The findings show that the prison population has more serious level of depression, more intense suicidal ideation, higher level of perceived stress and impulsivity as well as lower level of social problem-solving skills and psychological well-being. There was no significant relationship between the frequency of suicidal ideation and the level of problem-solving skills neither on the matched sample ($n = 174$), nor on the full incarcerated sample ($n = 363$). However, the frequency of suicide thoughts, hopelessness, depression, the level of perceived stress and impulsivity showed moderately positive significant relationship on the full incarcerated sample.

Conclusion: Based on our results, it seems that in order to reduce suicide vulnerability, hopelessness, perceived stress and impulsivity among incarcerated people mindfulness interventions might be more effective than problem-solving training.

Keywords: inmates, suicide risk, social problem-solving, depression, impulsivity, mindfulness

Horváthné Pató I, Kresznerits Sz, Erdélyi-Belle B, Szekeres T, Perczel-Forintos D. [Social problem-solving and suicidality in prisoners. A multicenter study in Hungary]. *Orv Hetil.* 2024; 165(39): 1529–1538.

(Beérkezett: 2024. július 4.; elfogadva: 2024. július 21.)

Rövidítések

BDI-R = (Beck Depression Inventory – short version) Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; BIS-R-8 = (Barratt Impulsivity Scale – short version) Rövidített Barratt Impulzivitás Skála; CI = (confidence interval) konfidenciaintervallum; M = (mean) átlag; MEPS = (Means-End Problem-Solving Inventory) Problémamegoldó Képességek Tesztje; PAYKEL-S = (Paykel Suicide Scale) Paykel Öngyilkossági Skála; PMT = problémamegoldó tréning; PSS-4 = (Perceived Stress Scale) Észlelt Stressz Kérdőív, 4 tételes változat; RS-R = Rövidített Reménytelenség Skála; SD = standard deviáció; WBI-5 = (WHO Well-Being Index-5) WHO Jólét Kérdőív, 5 tételes magyar változat

Szucid veszély fogvatartottak körében

A fogvatartottak társas, anyagi és jogi szempontból is veszélyeztetettek a krónikus stressz szempontjából, továbbá ebben a populációban rendkívül nagy a pszichiátriai zavarok aránya. Az izoláció és a bezártság a fentiekén túl komoly stresszforrást jelent az elítéltek fizikai és mentális

egészségére, és érzelmi rendkívül megterhelőek, ezért hatékony megküzdési képességeket igényelnek, hogy a sokszor eredetileg is fennálló pszichés problémák ne súlyosbodjanak [1–3].

A befejezett öngyilkosságot, valamint az önsértést tekintve a fogvatartotti populáció különösen veszélyeztetett [4]. Számos fejlett országban, a letöltőházakban 6-szor, az előzetes fogva tartás alatt pedig 7,5-szer nagyobb az öngyilkossági arány a lakosság általános arányához képest [5]. Egy európai összefoglaló tanulmány szerint az előzetes letartóztatásban 17,5 befejezett öngyilkosság jut 10 000 főre, míg a letöltőházban előforduló befejezett öngyilkosságok aránya 8,54 [6]. Magyarországon a büntetés-végrehajtási szervezet kiemelt figyelmet fordít a prevencióra. A kiugróan nagy szucid rizikó ellenére – vélhetően a hatékony belső ellenőrzési módszereknek és a magas színvonalú prevenciók rendszernek köszönhetően – nemzetközi összehasonlításban a mutatók kedvezőek a hazai börtönökben elkövetett befejezett öngyilkosságot tekintve [7]. 2020. évi adatok

alapján a magyar büntetés-végrehajtás európai szinten alacsony számokat mutat: a hazai börtönökben a 10 000 főre jutó befejezett öngyilkosság 3,6, ezzel szemben Franciaországban ez a szám 21,9 [6, 8].

A hazai jó mutatók ellenére feltétlenül meg kell érteni az öngyilkossági kísérletek jelentős arányához hozzájáruló tényezőket, megkönnyítve ezzel a megfelelő szűrési eljárások és beavatkozások kialakítását. A szabadulás után az öngyilkosság kockázata a fogvatartottak körében akár 7-szeres lehet az általános népességhez viszonyítva [9], ezért nagyon fontos azonosítani azokat a kockázati tényezőket, amelyek szerepet játszhatnak a későbbi öngyilkosságban, még a bebörtönzés alatt is.

Nemzetközi vizsgálatok azt mutatják, hogy a fogvatartottak körében a teljes élettörténetük során is jelentősen nagyobb az öngyilkossági kockázat: a férfiak 8,6%-a (95% CI: 6,1–11,2) és a nők 12,2%-a (95% CI: 7,1–17,3) kísérel meg öngyilkosságot élete során, szemben az általános népesség 2,7%-ával [10]. Ez azt jelentheti, hogy a fogvatartottak már a bebörtönzés előtt is egy kockázati csoportba tartoztak, és hogy az öngyilkossági kísérletek kockázata a szabadulás után is megnőhet.

Az öngyilkossági viselkedéssel kapcsolatos kutatások esetében két fő területről beszélhetünk: (1) amelyek a demográfiai és társadalmi kockázati tényezőket kívánják azonosítani, és (2) amelyek az öngyilkossági viselkedés mögötti pszichológiai folyamatokat vizsgálják. Az utóbbi megközelítésben a csökkent problémamegoldó képesség fontos változó lehet [10]. Az elmúlt években több olyan tanulmány is született, amely a problémamegoldó stratégiáknak a depresszióval és az öngyilkossági viselkedéssel való összefüggéseit vizsgálta [11–16]. A problémamegoldó képességek alacsony szintje a depresszió és a reménytelenség mellett az öngyilkosságra való hajlam egyik fő kognitív tényezője [17].

Depresszió – reménytelenség – problémamegoldó készségek

Az öngyilkossági cselekedetek kockázatának növekedésében kiemelkedő szerepet játszik a reménytelenség és a gátolt menekülés érzése [15, 16, 18]. A depressziós állapotban lévő személy negatívan értékeli önmagát, környezetét és jövőjét, amit negatív kognitív triádnak nevezünk [19]. A túláltalánosított önéletrajzi emlékezet, a problémamegoldási készségek hiánya és a negatív jövőkép könnyen vezet reménytelenséghez, ami az öngyilkossági veszélyeztetettség „előszobája”. A problémamegoldás kudarca mélyíti a depressziót és a reménytelenséget, tovább növelve az öngyilkossági kockázatot. A gátolt menekülés modellje mindezeket egységes keretbe foglalja, s rámutat arra, hogy ezek előjelezhetik az öngyilkosságot [18, 20, 21].

Az impulzivitás is fontos tényező, amely hozzájárulhat a hiányos problémamegoldáshoz és az öngyilkossági kísérletekhez [22]. Az impulzivitás gyors, rögtönzött döntéseket eredményezhet, amelyeknél a személy nem veszi

figyelembe a hosszú távú következményeket. Az impulzivitásnak közvetett hatása lehet a problémamegoldás és az öngyilkossági gondolatok közötti kapcsolatra, ami nagyobb impulzivitással reagálás mellett negatívabb érzelmi állapothoz vezethet [22–26].

A problémamegoldó készségek és az öngyilkossági veszély kapcsolata

Speckens és mtsai szisztematikus irodalmi áttekintésükben igazolták, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövető serdülőknél lényegesen gyengébbek a problémamegoldási készségek, mint azoknál a serdülőknél, akik szintén klinikai zavarban szenvednek, de nem követtek el szuicid kísérletet [27]. Hazánkban *Perczel-Forintos és mtsai* eredményei is igazolták a problémamegoldás és az öngyilkosság összefüggéseit a Problémamegoldó Képességek Tesztje (MEPS) alkalmazásával [17], és megerősítették a szakirodalomban leírtakat, miszerint a pszichiátriai betegek alacsonyabb szintű problémamegoldó képességekkel rendelkeznek, mint a normálpopuláció. Emellett kutatásaik megerősítették, hogy az alacsony szintű problémamegoldás szoros pozitív korrelációt mutat a negatív hangulati állapottal [17].

Az öngyilkosságot megkísérlők körében jellemző a szociális problémamegoldási készségek alacsony szintje, azonban ezeknek a látszólagos szociális hiányosságoknak a kognitív alapjai még további kutatást igényelnek. *Szántó és mtsai* vizsgálatukban kimutatták, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövető idős depressziós személyek alacsonyabb szintű kognitív teljesítményt mutattak, hibásan ismerték fel az érzelmi állapotokat, alacsonyabb szintű társas problémamegoldó képességgel, szűk szociális hálózattal és problematikusabb interperszonális kapcsolatokkal rendelkeztek, mint a nem szuicidális idős személyek [28]. *Dombrovski és mtsai* a kognitív funkciók közül a sérült végrehajtó funkciókat emelték ki vizsgálatukban a szuicidummal összefüggésben, eredményeik szerint a korlátozott döntéshozatali képességek nagyban hozzájárulhatnak a szuicid viselkedéshez [29].

A problémamegoldó készségek fejlesztésének lehetőségei

A problémamegoldó tréningnek (PMT) az öngyilkosság megelőzésében betöltött hatékonyságára vonatkozóan egyre több tanulmányt publikálnak [16, 30, 31]. A PMT az 1990-es években népszerűvé vált, klinikai intervenciók eljárásokban használt, rövid idő alatt elsajátítható módszer, amelyet a problémamegoldó készség fejlesztésére dolgoztak ki [16]. A PMT során az egyének olyan technikákat, módszereket és stratégiákat sajátíthatnak el, amelyek segítségével hatékonyan kezelhetik és oldhatják meg a felmerülő nehézségeket és problémákat. A tréning magában foglalja az erőforrások felismerését, a problémák felismerését és megértését, valamint strukturált

módszert ad a megoldások kidolgozására és alkalmazására [16, 31].

Egy hazai vizsgálatban *Ajtay és mtsai* azt találták, hogy a PMT jelentősen csökkenti a depresszió, a reménytelenség szintjét, valamint növeli a problémaelemzési készséget és a célorientációt [30].

Perry és mtsai tanulmányukban arra keresték a választ, hogy a PMT mennyire adaptálható börtönkörnyezetben olyan fogvatartottnál, akik már követtek el öngyilkossági kísérletet. A tanulmány résztvevői felügyelők ($n = 280$), valamint olyan fogvatartottak voltak ($n = 48$), akik a vizsgálatot megelőző két hétben kíséreltek meg öngyilkosságot. Eredményeik szerint a PMT adaptálható börtönkörnyezetben, viszont további vizsgálatokra van szükség ennek alátámasztására [31].

Célkitűzés

Hazánkban a megfigyelhető pozitív mutatók ellenére szükséges figyelmet fordítani az öngyilkossági kísérletek gyakoriságát meghatározó tényezők komplexebb feltárására annak érdekében, hogy célzott szűrési eljárásokat és intervenciókat lehetségesek tudjunk bevezetni. Erre egyrészt azért van szükség, mert a fogva tartás során biztosított körülmények – mint a szigorú keretrendszer vagy az eszközökhöz való hozzáférés szigorú korlátozása – a szabadlábra helyezéssel megszűnnek. Épp ezért a fogva tartás időszaka lenne az, amikor lehetőség van megfelelő készségfejlesztésre a későbbi kárcsökkentés érdekében. Másrészt a nem szuicidális önsértés vagy „önkárosító magatartás” azonban a hazai inkarceráció során is gyakori jelenségek, melyek számos esetben tartós sérüléshez, fertőzésekhez vagy akár az eredeti szándék ellenére is halálhoz vezethetnek [7], illetve a későbbi öngyilkossági magatartás erős előjelei [4].

Vizsgálatunk célja a fogvatartotti populációban felmérni az öngyilkossági viselkedéssel összefüggő főbb pszichológiai faktorokat, kiemelten a fenti kutatásokban

is hangsúlyozott szociális problémamegoldó képesség szintjét és összefüggését a további rizikótényezőkkel. Feltételezésünk szerint a problémamegoldó készségek alacsony szintje összefügg az öngyilkossági gondolatok megjelenésének nagyobb valószínűségével. Amennyiben hipotézisünk igazolódik, eredményeinknek további, gyakorlati implikációit emeljük ki.

Módszer

Résztvevők és vizsgálati eljárás

Multicentrikus keresztmetszeti vizsgálatunkat 2021 júniusa és augusztusa között végeztük, négy büntetés-végrehajtási intézetből származó fogvatartottak ($n = 363$) bevonásával. Emellett a normálpopulációból online, nem valószínűségi alapú kényelmi mintavétellel önkéntes személyek ($n = 234$) vettek részt a vizsgálatban.

A mintába kerülés feltétele a 18–65 éves életkor volt. Kizáró feltétel volt a kérdőív kitöltését akadályozó mentális állapot (akut pszichózis, súlyos mentális retardáció, pszichoaktív szerabúzus). Az adatok gyűjtése, elemzése és tárolása anonim módon, elektronikusan vagy papíralapon, a Magyar Pszichológiai Társaság – Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete által 2004-ben elfogadott Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexében meghatározott kritériumoknak megfelelően történt [32]. A tájékozott beleegyezés részét képezte, hogy az adatok vizsgálatban való felhasználására vonatkozó nyilatkozat bármikor, indoklás nélkül visszavonható a résztvevők részéről. A kutatást a Semmelweis Egyetem Kutatásetikai Bizottsága (TUKEB-szám: 92/2015) és a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága is engedélyezte.

Az összehasonlító vizsgálatokhoz illesztett mintát hoztunk létre a MEPS-kérdőívet érvényesen kitöltő résztvevőkből, nem és életkor alapján ($n_{\text{fogvatartott}} = 174$ fő, $n_{\text{kontroll}} = 174$ fő). Az illesztett minta leíró adatait az 1. táblázat mutatja.

1. táblázat | A minta szociodemográfiai megoszlása

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

CV = Cramér-féle V hatásnagyság-mutató; SD = standard deviáció

Mérőeszközök

A jelen vizsgálat egy nagyobb felmérés része, melyben az alábbi kérdőívek kerültek elemzésre.

- *Egyéni adatlap*: tartalmazta az alapvető szociodemográfiai és a fogva tartással kapcsolatos adatokat, mint nem, életkor, iskolai végzettség, munkahely, családi állapot, a fogvatartottak esetében a fogva tartás oka és időtartama.
- *Problémamegoldó Képességek Tesztje (Means-End Problem-Solving Inventory) (MEPS)*: a MEPS az interperszonális problémamegoldó képességet méri, fókuszában a problémamegoldás cél-eszköz közvetlen elemzése áll. Erőssége, hogy közvetlenül vizsgálja a személy problémamegoldó képességét konkrét problémahelyzetek megoldása révén. A vizsgálatban részt vevő személlyel különböző megoldandó problémahelyzeteket és azok célzott pozitív kimenetelét, vagyis az elérni kívánt végállapotot ismertetjük. Az a feladat, hogy a személy lépésről lépésre pontosan írja le, hogyan jut el a kiindulási helyzetből az elérendő végállapothoz. A válaszadó feladata öt problémahelyzet megoldása, például: „Kati nagyon szerette a barátját, azonban sokat veszekedtek. Egy nap a fiú végül elhagyta őt. Katinak minden vágya volt, hogy rendeződjenek a dolgok. A történet végén ismét minden rendben van közöttük. Ott folytassa a történetet, hogy egy veszekedésüket követően Katit elhagyta a barátja.” Az értékelés aszerint történik, hogy a válaszadó hány lépésben oldja meg a problémát, és válaszai mennyire megfelelőek az adott problémahelyzetben. *Releváns lépés* minden hatékony különálló lépés, amely megfelelő/releváns a cél elérése szempontjából; *irreleváns lépés*, amennyiben a válaszok a történetre irányulnak, de nincs közöttük releváns kapcsolat; *lépéshiány*, amikor a válaszadó nem tud releváns lépést megfogalmazni. Példa a célorientált adekvát lépés hiányára (irreleváns lépések): „Talán ki fognak békülni, ha szerelem van köztük, lehet, hogy egy veszekedés nem fogja elválasztani őket.” Példa célorientált megfelelő lépések sorozatának megfogalmazására: „Kati elhívja a barátját egy nyugodt helyre (1. lépés), és megbeszéljük, kinek mi a sérelme (2. lépés), kompromisszumot kötnek (3. lépés), és tartják magukat a megbeszéltekhez (4. lépés), mert szeretik egymást.” A jelen vizsgálatban a releváns lépések összegének átlagával mértük a problémamegoldó készség szintjét. Minél nagyobb ez a szám, annál magasabb a problémamegoldás színvonala [30, 33].
- *Rövidített Reménytelenség Skála (RS-R)*: 4 tételből álló önjellemző kérdőív, mely a reménytelenség vizsgált személy által észlelt mértékét méri [34, 35].
- *Paykel Öngyilkossági Skála (PAYKEL-S)*: a válaszadónak az elmúlt két hétben előfordult öngyilkossági gondolatait, elképzeléseit, illetve próbálkozásait felmérő 5 tételes kérdőív. Egy kérdés vonatkozik a korábban elkövetett öngyilkossági kísérletek fennállására,

igen/nem válaszlehetőséggel. A skála alkalmas az öngyilkossági veszélyeztetettség, illetve szuicid késztetések felmérésére. A válaszadók 6 fokozatú, Likert-típusú skálán adhatták meg válaszaikat [36–38].

- *Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI-R)*: a depresszió súlyosságát mérő, rövidített, 9 tételes skála [39, 40].
- *Észlelt Stressz Kérdőív (PSS-4)*: az adott személy aktuális stresszészlelését felmérő 4 tételes skála [41, 42].
- *Rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8)*: a kognitív és viselkedéses impulzivitást felmérő 8 tételes skála, az impulzív reakciók gyakoriságát méri. A skálát a vizsgálat során egyfaktorosként kezeltük [25, 43].
- *A WHO Jólét Kérdőív 5 tételes magyar változata (WBI-5)*: a személyek általános pszichés jólétét, közérzetét mérő egyik legelterjedtebb skála [44, 45].

Statisztikai elemzések

Az első lépésben összehasonlítottuk a fogvatartotti és a kontrollcsoport mért pszichológiai változóit: szociális problémamegoldó képesség, pszichés jólét, depresszió, észlelt stressz, szuicid késztetések, impulzivitás és reménytelenség. Az összehasonlító vizsgálatokhoz független mintás *t*-próbát, a különbségek hatásnagyságának mérésére Cohen-féle *d*-próbát alkalmaztunk. Ezt követően a fogvatartotti populációban a MEPS-re érvényes választ adók esetében ($n = 336$) a szociális problémamegoldó képességek összefüggését vizsgáltuk a fenti, szuicid rizikót jelző változókkal. Az együttjárás vizsgálatára Pearson-féle korrelációt alkalmaztunk, a korrelációs együtthatók értelmezése során a következő felosztást vettük alapul: 0,2 alatt elhanyagolható, 0,3 alatt gyenge, 0,3–0,5 között közepes erősségű, 0,5 felett pedig erős a kapcsolat [46].

Eredmények

Az összehasonlító vizsgálat eredményei

Az összehasonlító vizsgálat alapján a fogvatartotti csoport a pszichometriai mutatók alapján lényegesen veszélyeztetettebb az öngyilkosság szempontjából, mint az illesztett kontrollcsoport. Az elítélt populáció esetében magasabb a depresszió szintje, intenzívebben vannak jelen öngyilkossági gondolatok, továbbá magasabb szintű észlelt stressz és impulzivitás igazolódott. A fogvatartotti csoportban a szociális problémamegoldó készségek és a pszichés jólét szintje is lényegesen alacsonyabb a kontrollcsoportéhoz képest (2. táblázat).

Az illesztett mintán vizsgálva, a szociális problémamegoldó képességek szintje a fogvatartotti csoportban ($n = 174$) meglehetősen alacsony értéket mutatott ($M = 1,28$, $SD = 0,86$): a vizsgálati személyek 36,2%-a nem tudott egyetlen célorientált adekvát lépést sem megfogalmazni, 42,5% egy lépést fogalmazott meg, és csak 16,0% tudott legalább két adekvát lépést megfogalmazni

2. táblázat | A fogvatartotti és a kontrollcsoport illesztett mintájának pszichometriai összehasonlítása

Vizsgált változók	Fogvatartottak (n = 174)	Kontroll (n = 174)	Statistikai próba		Hatás-méret
	Átlag (SD)		t	p	Cohen-d
WBI-5	7,48 (3,87)	8,91 (3,62)	-3,575	≤0,001	0,542
BDI-R	14,87 (5,28)	13,47 (4,83)	2,563	0,011	0,388
PSS-4	6,94 (3,08)	5,16 (3,56)	5,004	≤0,001	0,759
PAYKEL-S	2,21 (4,25)	1,20 (2,39)	2,734	0,007	0,414
MEPS	1,28 (0,86)	1,96 (1,19)	6,059	≤0,001	0,650
BIS	16,36 (4,25)	15,39 (4,93)	1,950	0,047	0,298
RS-R	2,22 (2,72)	1,87 (2,24)	1,333	0,184	-

BDI-R = Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; BIS = Barratt Impulzivitás Skála; MEPS = Problémamegoldó Képességek Tesztje; PAYKEL-S = Paykel Öngyilkossági Skála; PSS-4 = Észlelt Stressz Kérdőív; RS-R = Rövidített Reménytelenség Skála; SD = standard deviáció; WBI-5 = WHO Jólét Kérdőív, 5 tételes magyar változat

a cél eléréséhez. A kontrollcsoport (n = 174) problémamegoldó képessége lényegesen magasabb szintűnek mutatkozott (M = 1,96, SD = 1,19; $t(346) = 6,059$, $p < 0,001$, Cohen-d = 0,650). A kontrollszemélyek 17,2%-a nem tudott egyetlen lépést sem megfogalmazni, 36,7%-a egy célorientált adekvát lépést, 28,1%-a legalább két lépést tudott megfogalmazni a cél eléréséhez.

Az illesztett mintán vizsgálva a szociális problémamegoldó képességet a fenti változókkal, meglepő módon azt tapasztaltuk, hogy sem a fogvatartotti csoportban, sem a kontrollcsoportban nem mutatkozott releváns összefüggés a fenti pszichometriai mutatók és a problémamegoldó készségek szintje között (3. táblázat).

A szociális problémamegoldó képességek (MEPS) csak a fogvatartottak esetében mutattak a szuicid gondolatok gyakoriságával szignifikáns együttjárást, azonban ez is elhanyagolható mértékűnek mutatkozott ($r = -0,165$, $p = 0,030$).

A szuicid rizikó mutatói és összefüggésük a problémamegoldó készségekkel a teljes fogvatartotti mintán

A teljes fogvatartotti populációban vizsgálva (n = 336) a szociális problémamegoldó képességek szintjét, továbbra is alacsony értéket tapasztaltunk (M = 1,20, SD = 0,88): a vizsgálati személyek 37,5%-a nem tudott egyetlen célorientált adekvát lépést sem megfogalmazni, 40,4% egy lépést tudott, és csak 17,8% tudott legalább két lépést megfogalmazni a cél eléréséhez.

A teljes fogvatartotti mintán a MEPS elhanyagolható mértékű szignifikáns együttjárást jelzett a depresszióval ($r = -0,172$, $p < 0,01$), a szuicid gondolatok gyakoriságával ($r = -0,196$, $p < 0,01$), a reménytelenséggel ($r = -0,124$, $p < 0,05$) és az impulzivitással ($r = -0,153$,

3. táblázat | A szociális problémamegoldó készségek összefüggése további pszichometriai változókkal az illesztett mintán ($N_{\text{fogvatartott}} = 174$, $N_{\text{kontroll}} = 174$)

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

* $p < 0,05$

BDI-R = Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; BIS = Barratt Impulzivitás Skála; MEPS = Problémamegoldó Képességek Tesztje; PAYKEL-S = Paykel Öngyilkossági Skála; PSS-4 = Észlelt Stressz Kérdőív; RS-R = Rövidített Reménytelenség Skála; WBI-5 = WHO Jólét Kérdőív, 5 tételes magyar változat

4. táblázat | A mért változók közötti korrelációk mértéke és a hozzájuk tartozó szignifikanciaszintek a fogvatartottak teljes (n = 336) csoportjában

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

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

BDI-R = Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; BIS = Barratt Impulzivitás Skála; MEPS = Problémamegoldó Képességek Tesztje; PAYKEL-S = Paykel Öngyilkossági Skála; PSS-4 = Észlelt Stressz Kérdőív; RS-R = Rövidített Reménytelenség Skála; WBI-5 = WHO Jólét Kérdőív, 5 tételes magyar változat

$p < 0,01$) (4. táblázat). Ezzel szemben az öngyilkossági veszélyeztetettséggel a leginkább összefüggésbe hozható szuicid gondolatok gyakorisága (PAYKEL-S) legalább közepes erősségű szignifikáns együttjárást mutatott a többi klinikai skálával, a legerősebben a depresszió és az észlelt stressz szintjével korrelált pozitív irányban. Eszerint a magasabb szintű szubjektíven megélt stressz és a súlyosabb depressziós állapot szoros összefüggésben áll a vizsgált mintán az öngyilkossági gondolatok gyakoribb megjelenésével. A feltételezettnek megfelelően a pszichés jóllét negatívan korrelált a szuicid gondolatok gyakoriságával. Megegyező irányú, kismértékben gyengébb erősségű összefüggéseket tapasztaltunk a szuicid veszélyeztetettség másik kognitív előrejelzője, a reménytelenség szintje és a vizsgált pszichometriai változók között.

Összességében elmondható, hogy az öngyilkossági gondolatok gyakorisága, a reménytelenség, a depresszió, az észlelt stressz szintje és az impulzivitás szintje egymással közepesen erős pozitív irányú összefüggést mutattak. Ezzel szemben a pszichés jóllét szubjektíven megélt szintje gyengébb, de szintén közepes erősségű, negatív irányú összefüggést mutatott a szuicid rizikó szempontjából lényeges fenti pszichometriai változókkal (4. táblázat).

Következtetés

Kutatásunk célja a szociális problémamegoldó képességek vizsgálata fogvatartotti mintán és annak felmérése, hogy ezek a készségek mennyire függenek össze ennél a specifikus populációnál a szuicid rizikó szempontjából jelentős mutatókkal. Ennek vizsgálatához multicentrikus keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk, négy büntetés-végrehajtási intézetben fogva tartott személyek bevonásával ($n = 336$). Másrészt az egyes mutatók átlagpopulációtól való eltéréseinek felméréséhez kényelmi mintavétellel önkéntes személyekkel is elvégeztük a vizsgálatot az átlagpopulációból, majd a két mintát illesztettük nem és életkor szerint, a MEPS-kérdőívet megfelelően kitöltők között ($n = 2 \times 174$ fő).

Vizsgálatunk alapján a fogvatartotti minta kedvezőtlenebb mentális egészségi mutatókkal rendelkezett a szuicid veszélyeztetettség szempontjából, mint a kontrollcsoport: szignifikánsan magasabb észleltstressz-szint, gyakoribb öngyilkossági gondolatok, valamint szignifikánsan alacsonyabb szintű szubjektív jóllét jellemezte őket. A szociális problémamegoldó képességek szintje szintén jelentősen alulmaradt a fogvatartotti csoportban a kontrollcsoportéhoz képest (2. táblázat).

Felmérésünk arra irányult továbbá, hogy megvizsgáljuk a fogvatartottak egy nagyobb mintáján ($n = 336$), hogy a szociális problémamegoldó képességek milyen összefüggésben állnak az öngyilkosság szempontjából rizikófaktoroknak tekinthető változókkal, mint a depresszió, a szuicid gondolatok, a reménytelenség, az impulzivitás és az észlelt stressz. Szemben a korábbi egyöntetű szakirodalmi vizsgálatok eredményeivel, vizsgálatunkban

a fogvatartotti populációban a szociális problémamegoldás MEPS-kérdőívvel mért alacsony szintje és a depresszió, az öngyilkossági gondolatok előfordulása, a reménytelenség és az impulzivitás között csupán elhanyagolható mértékű szignifikáns kapcsolat igazolódott (4. táblázat), míg az illesztett minta egyik csoportjában sem volt kimutatható összefüggés a szociális problémamegoldó képességek és a fenti változók között. Eredményeink tehát más kutatásokkal ellentétben nem mutattak szoros kapcsolatot az öngyilkosság veszélyeztető faktorai és a szociális problémamegoldó képességek között.

Az eredményeket magyarázhatja egyrészt, hogy a teljes fogvatartotti populációban alacsony mértékű szociális problémamegoldó képességeket tapasztaltunk, így ez a szinte általánosnak mondható jellemző nem különbözik az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetettebb és kevésbé veszélyeztetett csoportokban. További magyarázat lehet, hogy nem csupán a szociális problémamegoldó képességek hiányossága, hanem a megküzdési módok típusa is hozzájárulhat a depressziós és szorongásos tünetek kialakulásához, növelve ezzel az öngyilkossági veszélyeztetettség kockázatát. *Mészáros és mtsai* kimutatták, hogy a megterhelő életesemények a gyakoribb diszfunkcionális hiedelmek aktivációján keresztül az érzelemlétfókuszú megküzdés túlsúlyához vezetnek a problémafókuszú megküzdéssel szemben. Az érzelemlétfókuszú megküzdés pedig szorosabb összefüggést mutatott mind a szorongásos, mind a depressziós tünetképzéssel [47]. Tehát lehetséges, hogy az alacsony szintű problémamegoldó képességek közül kevésbé a szociális problémamegoldó képesség, mint inkább az általános megküzdési stílus játszik szerepet a szuicid veszélyeztetettségben.

Ez a hipotézis összhangban áll a gátolt menekülés modelljével [19, 20], mely szerint depressziós állapotban a negatív kognitív triád, de különösen a negatív jövőképek szükségképpen reménytelenséghez vezet, aminek az lehet a következménye, hogy az egyén a szuicid cselekményen kívül nem lát más megoldást a problémáira, különösen, ha hiányosak vagy alacsony szintűek a problémamegoldó képességei. A vizsgált fogvatartotti populáción az öngyilkossági gondolatokkal összefüggésben pedig magas reménytelenség- és észleltstressz-szintet tapasztaltunk, amelyek a szuicid veszélyeztetettséggel összefüggő leginkább releváns változók a vizsgált mintán.

Vizsgálatunk eredményei ugyanakkor a teljes mintában, de különösen a fogvatartotti populáció tekintetében teljes mértékben összhangban vannak a szakirodalmi adatokkal, miszerint a depresszió, a reménytelenség, az impulzivitás, az észlelt stressz, valamint a szuicid gondolatok szoros, illetve közepes mértékű szignifikáns együttjárást mutatnak. Ezek az eredmények felhívják a figyelmet a fogvatartotti populáció sérülékeny mentális egészségi állapotára, impulzivitására és magas stressz-szintjére, ami magában rejtheti a szuicid veszélyeztetettséget, valamint prevenciójának fontosságát. A hazai adatok nagyon biztatóak a nemzetközi összehasonlítás

fényében. A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának szakmai útmutatásait követve a hazai intézmények kiemelt figyelmet fordítanak a szuicid prevenció különböző aspektusaira. Az intézmények szakemberei – szigorú protokollt követve – rendszeres állapotfelmérésekkel, tesztfelvételekkel, kockázatelemzési módszerekkel követik a veszélyeztetett fogvatartottak pszichés állapotát, és indokolt esetben jelzést tesznek az adott intézmény egészségügyi személyzete felé, akik gondoskodnak a gyógykezelésről vagy egészségügyi intézménybe szállításról. Ám a szabadulást követő öngyilkossági kísérletekről vagy befejezett öngyilkosságokról sajnos nem állnak rendelkezésre utánkötéses adatok. Szisztematikus áttekintő elemzés alapján a szabadulás után az öngyilkosság kockázata a volt bebörtönzöttek körében akár 7-szeres lehet az általános népességhez viszonyítva [8], ezért nagyon fontos azonosítani még a bebörtönzés ideje alatt azokat a tényezőket, amelyek kockázatot jelenthetnek a későbbi öngyilkosságra. Ennek az aspektusnak a megértése különösen fontos, mivel a bebörtönzés gyakran korlátozza az öngyilkossági eszközökhöz és lehetőségekhez való hozzáférést annak ellenére, hogy a fogvatartottak ki vannak téve az esetlegesen megnövekedett stressz-szintnek [48].

Vizsgálatunkban, bár nagyon alacsonyak a fogvatartotti minta szociális problémamegoldó képességei, az átlagpopulációhoz képest az egyik legmarkánsabb különbség itt mutatkozott. Mégis úgy tűnik, hogy nem ezen képességek fejlesztése az elsődleges a szuicid prevenció szempontjából. A reménytelenség, az impulzivitás vagy az észlelt stressz csökkentését célzó intervenciók lehet, hogy hatékonyabbnak bizonyulnának.

Összefoglalva, mivel a nagyobb fogvatartotti mintán különösen erős együttjárás mutatkozott az észlelt stressz szintje, a depresszió, és a szuicid gondolatok gyakorisága között, a fentiek alapján a szuicid prevenció fejlesztése érdekében szükséges lehet a fogvatartottak intézményi ellátásának bővítése a stresszkezelésre és nagyobb fokú impulzuskontrollra irányuló célzott intervenciók alkalmazásával, például a külföldön már nagyon ígéretes 'mindfulness' (tudatos jelenlét) intervenciók [49], valamint a problémamegoldó tréning börtönspecifikus alkalmazási lehetőségeinek bevezetésével [16, 30, 31], szem előtt tartva olyan tényezők hatásait, mint a totális intézet [50], valamint deprivációk [51]. Ez nemcsak az összes fenti tényezőre hathat, hanem közvetve a társas kapcsolatok (szociális problémamegoldás) adekvátabb kezelését is segítheti [52–55].

Limitációk

A minta sajátosságából adódóan némileg nehezített volt a kérdőíves adatfelvétel, tekintve a fogvatartotti minta alacsonyabb szocioökonómiai státuszát. Továbbá mint minden önbeszámoló vizsgálat, a jelen vizsgálat is magában rejt a szubjektív válaszadásból fakadó választorzítást.

Anyagi támogatás: A kutatást az Innovációs és Technológiai Minisztérium Felsőoktatási Intézményi Kiválósági Programja finanszírozta, a Semmelweis Egyetem Neurologia tematikus programjának keretében, TKP/2021.

Szerzői munkamegosztás: H. P. I., Sz. T., K. Sz.: Szakirodalom-kutatás, statisztikai elemzések, a kézirat első változatának kialakítása, megszövegezése és véglegesítése. H. P. I., E.-B. B.: A kérdőívek felvétele és kiértékelése. P.-F. D.: A tanulmány alapjául szolgáló vizsgálat szakmai hátterének biztosítása, a kérdőívek felvételének és kiértékelésének koordinálása, a kézirat véleményezése és javítása. A cikk végleges változatát valamennyi szerző olvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk kifejezni köszönetünket a résztvevőknek a kérdőívek kitöltéséért.

Irodalom

- [1] Cinosi E, Martinotti G, De Risio L, et al. Suicide in prisoners: an Italian contribution. *Open Criminol J.* 2013; 6: 18–29.
- [2] Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, et al. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 871–881.
- [3] Edwards WT, Potter RH. Psychological distress, prisoner characteristics, and system experience in a prison population. *J Correct Health Care* 2004; 10: 129–149.
- [4] Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 946–952. Erratum: *Lancet Psychiatry* 2018; 5: e5.
- [5] Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization. Preventing suicide in jails and prisons. WHO Press, Geneva, May 17, 2022.
- [6] Bernardo A, Belmonte E, Cabo D, et al. The suicide rate among people in pretrial detention is double that of convicted prisoners. *European Data Journalism Network*, 2022. Available from: <https://civio.es/2022/05/17/europe-prisons-suicides/> [accessed: July 2, 2024].
- [7] Lehoczi Á. Analysis of completed suicides in the Hungarian correctional system. [A magyar büntetés-végrehajtásban történt befejezett szuicidumok elemzése.] *Börtönügyi Szle.* 2015; 1: 64–75. [Hungarian]
- [8] Hungarian Prison Service. Prison Statistics Review. [Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (BvOP). Börtönstatisztikai Szemle.] 2020. ISSN 2416-0881. Available from: https://bv.gov.hu/sites/default/files/Bortonstatisztikai_Szemle_2020.pdf [accessed: 15 June, 2024]. [Hungarian]
- [9] Janca E, Keen C, Willoughby M, et al. Sex differences in suicide, suicidal ideation, and self-harm after release from incarceration: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2023; 58: 355–371.
- [10] Castillejos MC, Huertas P, Martín P, et al. Prevalence of suicidality in the European general population: a systematic review and meta-analysis. *Arch Suicide Res.* 2021; 25: 810–828.
- [11] Pollock LR, Williams JM. Problem solving and suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav.* 1998; 28: 375–387.
- [12] Hasegawa A, Nishimura H, Mastuda Y, et al. Is trait rumination associated with the ability to generate effective problem solving strategies? Utilizing two versions of the Means-Ends Problem-

- Solving Test. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2016; 34: 14–30.
- [13] Marx EM, Williams JM, Claridge GC. Depression and social problem solving. *J Abnorm Psychol.* 1992; 101: 78–86.
- [14] Ivanoff A, Smyth NJ, Grochowski S, et al. Problem solving and suicidality among prison inmates: another look at state versus trait. *J Consult Clin Psychol.* 1992; 60: 970–973.
- [15] Wang C, Keilp JG, Galfalvy H, et al. Entrapment and social problem-solving in suicidal behavior across the adult lifespan. *J Affect Disord.* 2023; 329: 176–183.
- [16] Perczel-Forintos D, Póos J. Out of hopelessness – problem solving training in suicide prevention. [Kiút a kiúttalanságból – problémamegoldó tréning az öngyilkosság veszélyeztetettség megelőzésében.] *Psychiatr Hung.* 2008; 23: 4–21. [Hungarian]
- [17] Póos J, Annus R, Perczel Forintos D. Investigation of problem solving skills among psychiatric patients. [Pszichiátriai betegek problémamegoldó képességének vizsgálata.] *Psychiatr Hung.* 2008; 23: 42–55. [Hungarian]
- [18] Perczel-Forintos D. Recognition and treatment of suicidal distress using cognitive methods. In: Perczel-Forintos D, Mórótz K. (eds.) *Cognitive-Behavioural Therap.* 4th revised and expanded edition. [Az öngyilkossági veszélyállapotok felismerése és kezelése kognitív módszerekkel. In: Perczel-Forintos D, Mórótz K. (szerk.) *Kognitív viselkedésterápia.* 4. átdolgozott és bővített kiadás.] *Medicina Könyvkiadó, Budapest,* 2019; pp. 399–425. [Hungarian]
- [19] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. *Cognitive therapy of depression.* [A depresszió kognitív terápiája.] *Animula Könyvkiadó, Budapest,* 2001. [Hungarian]
- [20] Perczel-Forintos D. The arrested flight: the cognitive model of suicidal behaviour. [Gátolt menekülés: az öngyilkosság kognitív modellje.] *Magy Psychol Szle.* 2011; 66: 185–201. [Hungarian]
- [21] Williams JM, Pollock LR. The psychology of suicidal behaviour. In: Hawton K, Heeringen K. (eds.) *The international handbook of suicide and attempted suicide.* John Wiley & Sons, Chichester, 2000; pp. 79–93.
- [22] Kapitány-Fövény M, Urbán R, Varga G, et al. The 21-item Barratt Impulsiveness Scale Revised (BIS-R-21): an alternative three-factor model. *J Behav Addict.* 2020; 9: 225–246.
- [23] Ros L, Zabala C, Romero-Ayuso D, et al. The Barratt Impulsiveness Scale-11 in community and incarcerated samples: motor and nonplanning impulsivity effects on criminal recidivism. *Criminal Justice Behav.* 2020; 47: 996–1013.
- [24] Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, et al. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1783–1793.
- [25] Horváthné Pató I, Szekeres T, Kresznerits S, et al. The Barratt Impulsiveness Scale-Brief-8 in an incarcerated sample: suicide risk, impulsivity and mindfulness. [Tapasztalatok a 8 tételes Rövidített Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-8) használatával fogvatartott populációban: szuicid rizikó, impulzivitás és mindfulness.] *Psychiatr Hung.* 2023; 38: 203–217. [Hungarian]
- [26] Gonzalez VM, Neander LL. Impulsivity as a mediator in the relationship between problem solving and suicidal ideation. *J Clin Psychol.* 2018; 74: 1626–1640.
- [27] Speckens AE, Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav.* 2005; 35: 365–387.
- [28] Szanto K, Dombrowski AY, Sahakian BJ, et al. Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012; 20: 257–265.
- [29] Dombrowski AY, Hallquist MN. Search for solutions, learning, simulation, and choice processes in suicidal behavior. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci.* 2022; 13: e1561.
- [30] Ajtay G, Bérdi M, Szilágyi S, et al. An effective method of therapy in suicide prevention: problem solving training in the clinical population. [Egy hatékony beavatkozás szuicid prevencióban: A problémamegoldó tréning alkalmazása a klinikumban.] *Psychiatr Hung.* 2012; 27: 92–102. [Hungarian]
- [31] Perry A, Waterman MG, House A, et al. Problem-solving training: assessing the feasibility and acceptability of delivering and evaluating a problem-solving training model for front-line prison staff and prisoners who self-harm. *BMJ Open* 2019; 9: e026095.
- [32] Hungarian Psychological Association – Hungarian Association of Psychologists for Advocacy. *Code of Ethics for Psychologists.* [Magyar Pszichológiai Társaság – Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete. *Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe.*] Budapest, 2004. [Hungarian]
- [33] Platt JJ, Spivack G. Unidimensionality of the Means-Ends Problem-Solving (MEPS) procedure. *J Clin Psychol.* 1975; 31: 15–16.
- [34] Perczel-Forintos D, Sallai J, Rózsa S. Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary. *Psychological Topics* 2010; 19: 307–321.
- [35] Beck AT, Weissman A, Lester D, et al. The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol.* 1974; 42: 861–865.
- [36] Perczel-Forintos D, Ajtay G, Barna C, et al. (eds.) *Questionnaires and rating scales in clinical psychology.* 4th revised and expanded ed. [Kérdőívek, becsüléskálák a klinikai pszichológiában. 4. átdolgozott és bővített kiadás.] *Semmelweis Kiadó, Budapest,* 2019. [Hungarian]
- [37] Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 1974; 124: 460–469.
- [38] Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54: 670–677. Erratum: *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 58(9): E1.
- [39] Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. Psychometric properties of the Hungarian version of the shortened Beck Depression Inventory. *Psychiatr Hung.* 2001; 16: 384–402.
- [40] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
- [41] Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983; 24: 385–396.
- [42] Stauder A, Konkoly Thege B. Characteristics of the Hungarian version of the Perceived Stress Scale (PSS). [Az Észlelt Stressz Kérdőíve (PSS) magyar verziójának jellemzői.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2006; 7: 203–216. [Hungarian]
- [43] Steinberg L, Sharp C, Stanford MS, et al. New tricks for an old measure: the development of the Barratt Impulsiveness Scale-Brief (BIS-Brief). *Psychol Assess.* 2013; 25: 216–226.
- [44] Bech P, Gudex C, Johansen KS. The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom.* 1996; 65: 183–190.
- [45] Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, et al. Validation of the short (5-item) version of the WHO Well-Being Scale based on a Hungarian representative health survey. *Hungarostudy 2002.* [A WHO Jól-lét Kérdőív Rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2006; 7: 247–255. [Hungarian]
- [46] Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ, 1988.
- [47] Mészáros V, Ajtay G, Fodor K, et al. From life events to symptoms of anxiety and depression: the role of dysfunctional attitudes and coping. [Az életeseményektől a depressziós és szorongásos panaszokig: a diszfunkcionális attitűdök és a megküzdés szerepe a patogenezis folyamatában.] *Ideggyógy Szle.* 2014; 67(11–12): 397–408. [Hungarian]
- [48] Moore KE, Siebert S, Brown G, et al. Stressful life events among incarcerated women and men: association with depression, loneliness, hopelessness, and suicidality. *Health Justice* 2021; 9: 22.
- [49] Han A. Effects of mindfulness-based interventions on psychological distress and mindfulness in incarcerated populations: a

- systematic review and meta-analysis. *Crim Behav Ment Health* 2022; 32: 48–59.
- [50] Luigi M, Dellazizzo L, Giguère CÉ, et al. Shedding light on “the Hole”: a systematic review and meta-analysis on adverse psychological effects and mortality following solitary confinement in correctional settings. *Front Psychiatry* 2020; 11: 840.
- [51] Favril L. Epidemiology, risk factors, and prevention of suicidal thoughts and behaviour in prisons: a literature review. *Psychol Belg.* 2021; 61: 341–355.
- [52] Han A. Effects of mindfulness-based interventions on psychological distress and mindfulness in incarcerated populations: a systematic review and meta-analysis. *Crim Behav Ment Health* 2022; 32: 48–59.
- [53] Per M, Spinelli C, Sadowski I, et al. Evaluating the effectiveness of mindfulness-based interventions in incarcerated populations: a meta-analysis. *Criminal Justice Behav.* 2020; 47: 310–330.
- [54] Bagyura M, Leleszi-Tróbert AM, Széman Z. The impact of caregiving on the emotional well-being and health of family caregivers. [A gondozás hatása a családi gondozók érzelmi jóllétére és egészségére.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 1583–1591. [Hungarian]
- [55] Ocsovszky Z, Rafael B, Martos T, et al. Correlation of social support and healthy lifestyle. [A társas támogatás és az egészséges életmód összefüggései.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 129–138. [Hungarian]

(Perczel-Forintos Dóra dr.,
Budapest, Üllői út 25., 1091
e-mail: perczel-forintos.dora@semmelweis.hu)

„*Homo vitae commodatus non donatus est.*”
(Csak kölcsönbe kaptuk az életet, nem ajándékba.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)