

Szegedi műhelyek

„Önimádat és önpusztítás”

Az alábbi két interjú egy olyan munkacsoport tevékenységébe, gondjaiba enged betekintést, mely az öngyilkossággal veszi fel a harcot. A Szegedi Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmegyógyászati Klinikáján működő Szuicidológiai Ambulancia pszichiátere, dr. Temesváry Beáta és dr. Boncz István beszélnek munkájukról.

— *Dr. Temesváry Beáta a szuicidológiai ambulancia vezetője. Mióta működik ez a munkacsoport? Milyen elképzelések alapján és milyen gyakorlattal?*

— A munkacsoport 1978-ban alakult. Január 1-jén kezdtük szuicidológiai, vagyis öngyilkosság-kutató vizsgálatainkat. Maga az ambulancia három évvel ezelőtt kezdett el működni. Kiindulópontunk Magyarország közismert öngyilkossági halálozása, amellyel — köztudott módon — a világelsőséget képviseli. Ez semmiféle statisztikai torzítást nem jelent, még abban az esetben sem, ha mi is tudjuk, hogy bizonyos kultúrkörökben (például iszlám, vagy erősen vallásos embereknél) nyilvánvalóan érdek lehet az öngyilkosság eltitkolása, eltussolása. De nagyságrendileg annyira eltérő öngyilkossági halálozásról beszélhetünk Európában és ázsiai országokban, Afrikában vagy más kontinenseken, hogy még az eltitkolt esetek sem jelenthetik, hogy az európai kultúrkörhöz hasonló arányokat képviselnének. Magyarország utolsó évekbeli legmagasabb öngyilkossági halálozása 46 százzezrelék volt, vagyis 46 ember követett el százezer közül öngyilkosságot. Ez csaknem 5000 ember halálát jelenti évente, ami — ha úgy vesszük — egy nagyméretű községnek a teljes lakossága. Ezenkívül van egy nagyon sajátos területi megoszlás az öngyilkossági halálozásban. A déli és keleti megyék öngyilkossági halálozása — Bács-Kiskun, Csongrád, Békés és Szabolcs-Szatmár megye erősen érintett — másfele, helyenként kétszerese, mint a Dunántúl, illetve az észak-magyarországi területek szuicid mortalitása. Ebből a motivációból alakult a munkacsoportunk, illetve abból az elképzelésből, hogy segítséget szeretnénk nyújtani a városunkban évente legalább 450—550, az egészségügyi rendszerben nyilvántartott, öngyilkosságot megkísérelt személynek. Ez a számarány azt is jelenti, hogy miután ezek az intézetbe bekerült esetek, feltételezhetünk egy jelentős ismeretlen esetszámot is. Eredeti elképzelésünk az volt, hogy valamennyi öngyilkosságot megkísérlőt megvizsgáljunk, de rá kellett jönnünk, hogy erre három ember nem képes. Ezért alakult át szuicidológiai ambulanciává a munkacsoport egyik részének a tevékenysége. Másik motivációnk pedig az volt, hogy megpróbáljunk a vizsgálatokon, a tudományos felméréseken, szociodemográfiai adatgyűjtésen túlmenően pszichoterápiás segítséget nyújtani. A legnagyobb személyes motivációnk pedig az, hogy miután elképzelésem szerint az öngyilkosság bizonyos „öröklődést” mutat, mely kizárólag szociális, és semmiféle genetikai terheltséget nem jelent, ennek következtében az öngyilkosságot megkísérelt személynek az effektív pszichoterápiás ellátása ga-

rancia arra, hogy azok utódaikban, családjában ne következzenek be öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet.

— *Kik kereshetik fel az ambulanciát?*

— Mindenki, akinek öngyilkossággal kapcsolatos gondolatai vannak. Különösen szeretnénk, ha valaki minél előbb, már az ún. preszuicidális állapotban felkeresne minket, melynek sajtószerű jelei vannak, és amelyben az illető öngyilkossági gondolatokkal küszködik, de még nem szánja rá magát a végső lépésre. A leghatékonyabban akkor végeznénk munkánkat, ha már ebben a fázisban segítséget tudnánk nyújtani. A következő lépést az jelentené, ha az öngyilkosságot már megkísérelt egyéneknek a még kritikus életszakaszában tudnánk segítségére lenni, vagyis ha krízisintervenciót nyújtunk. Jelenlegi gyakorlatunkban elsősorban azok jönnek hozzánk, akik öngyilkossági kísérlet miatt valamelyik szomatikus gyógyintézetben ellátásra kerültek, és az ott dolgozó orvosok felvilágosították őket arról, hogy van egy ilyen lehetőség, kezelési módszer.

— *Külföldi kapcsolatokkal hogy áll az ambulancia?*

— Jónak mondhatók. Ezek a kapcsolatok részben személyes ismeretségekből erednek, részben pedig onnan, hogy többször rendeztünk nemzetközi részvétellel kongresszusokat, melyeken 10—15 Európa-szerte ismert öngyilkosságkutató is megjelent. A másik ilyen nemzetközi kapcsolatot az jelenti, hogy a WHO elismeri munkacsoportunkat öngyilkosságkutató munkacsoportként, így ősztől bekapcsolódunk egy olyan nagyobb vizsgálatba, melyben 14 ország öngyilkossági munkacsoportjai vesznek részt, köztük mi lennénk az egyetlen kelet-európaiak.

— *A szakemberek az öngyilkos-magatartás jellemzőjeként olyan személyiséget írnak le, amelynek én-határai bizonytalanok, önértékelése ingataj, személyiségét állandó széthullás fenyegeti — „lyuk van az én-ben”. Mi az előzménye ennek a szuicid személy élettörténetében?*

— A „lyuk van az én-ben” kifejezés a német „Loch in Ich” megfelelője. Amonnak, a Szegeden is megfordult, Nyugat-Németországban élő pszichoanalitikusnak a kifejezése egy korai személyiségfejlődési zavarra, mely valamilyen deficitet jelent. Ezt a korai személyiségfejlődésben bekövetkező deficitet, mint az öngyilkosságra diszponáló tényezők egyikét mi is elfogadjuk, de hozzátenném, hogy nem specifikusan csak erre jelent veszélyeztetettséget vagy rizikófaktort. Általában nagy jelentőséget tulajdonítunk az anya-gyermek kapcsolatnak, ennek egy igen korai fázisában, sokszor még az első életév előtt szokott bekövetkezni valamiféle mennyiségi vagy minőségi zavar, melynek során a gyermek az anyai szeretetnek még a lehetőségétől is megfosztatik. Például elszakadnak egymástól, vagy elégtelenül szereti az anya a gyereket. A deficit tehát itt kezdődik a személyiség élettörténetében. De még sok rizikófaktort felsorolhatnánk; én nem annyira az én-határok elmosódottságát emelném ki az öngyilkossággal kapcsolatban, hanem valamiféle én-gyengésséget, én-bizonytalanságot, amikor valaki a lehetőségeit, képességeit képtelen azon a szinten megvalósítani, melyek számára adottak.

— *Az én-gyengésséggel küszködő embereket segíti vagy akadályozza a társadalom?*

— Nagyon kevés társadalom és nagyon kevés korszak van, amelyik segítené őket; az európai társadalmak semmiképpen nem teszik ezt, és azt hiszem, nem is tették soha sem. A mostani rohanó életritmus, túlterhelés, nem csupán az én-gyengésséggel küszködők sorsának az alakulását nehezíti, hanem sok esetben segíti az én-gyengésség kialakulását. Gondolok arra, hogy megváltozott a

családok struktúrája, csökkent összetartó ereje, megváltozott a nőknek a családon belüli és a társadalomban betöltött szerepe. A nyugati társadalmakban — s most ezalatt a „nem keleti” társadalmakat, tehát az európai és észak-amerikai kultúrát értjük —, csúnya szóval élve, valamiféle Taigetosz-effektus érvényesül, amely azt jelenti, hogy a társadalom szemszögéből életképtelen vagy nem eléggé életképes egyént kiközösítik. Fokozottan érvényes ez a pszichiátriai betegre, vagy az öngyilkossági gondolatokkal küzdőre.

— *Oszváth Károly* professor egyik, az *öngyilkos-magatartással foglalkozó tanulmányának* a címe „*Önimádat és önpusztítás*”. Ez a két fogalom első benyomásra ellentétes. Valóban ez a helyzet?

— Nincs ellentét a két fogalom közt. Az önimádat a latinos megfogalmazásban nárcizmus, ami Nárcisszosznak, az önmagába beleszerető ifjúnak nevéből ered, s ezzel a szóval kevésbé bizarr és szembeötlő a megfogalmazásbeli konttraszt. Én szívesebben használnám ezt a kifejezést, már csak azért is, mert az „önimádat” a magyar nyelvben igen pejoratívnak hangzik. De nemcsak a szóhasználat árnyalatairól van szó. Lényegesebb az, hogy egy töről fakadnak ezek a jelenségek. A nárcizmusfogalom egy nagyon ellentmondásos személyiséget takar, mely önmagában bizonytalan, másrészt, ellentétesen az önimádat kifejezéssel, sokszor igen távol áll attól, hogy szeresse önmagát. Mégis olyan személyiségről van szó, mely sokszor egocentrikusnak látszhat, egy Babits-idézetrel élve: „csak én bírok versemnek hőse lenni . . . Bűvös körömből nincsen mód kitörni.” Tehát valóban önmaguk számára képviselik az „alfát” és az „ómegát”. Azokra az emberekre gondolunk, akiknek a problémái olyan mértékben felnagyulnak, hogy képtelenek meglátni emellett a többszörösen nagyobb társadalmi vagy egyéb problémákat. De ez az önszeretet sokszor légtelen, inadekvát szeretetet takar. Épp ezért nagy veszélyt jelent, mert a látszólagos egyensúly könnyen felborulhat, s ennek a következménye lehet zuhanás, depresszív állapot, öngyilkossági veszély. Hozzáfűzném, hogy sokszor igen értékes személyekről van szó, akik kreatívak, alkotók is lehetnek, bár sajátságos lelkiállapotuk következtében ezt nem mindig tudják megvalósítani.

— *Ha valakinek gondjai vannak önmaga elfogadásával, ha önmagát nem vagy ritkán tudja szeretni, tudhat-e szeretni másokat?*

— Nem, hisz már a Bibliában azt olvashatjuk, hogy „szeresd felebarátodat, mint tenmagadat”, tehát az ősi bölcsesség is magában rejti azt a gondolatot, hogy szeretni csak az tud, aki önmagát is szereti. Ha valaki önmagát nem fogadja el, sőt, sokszor eljut az öngyűlölet határáig, akkor képtelen másokat szeretni, vagy szeretete látszólagos, nem megtermékenyítő, melegséget adó, hanem destruktív, romboló szeretet. Így sokszor egy újabb depresszív vagy nárcisztikus személyiség kialakulását idézheti elő az ilyen ember szeretetével való találkozás, a vele való együttélés.

— *A felnőtt ember számára az egyik legbiztosabb támpont a partnerkapcsolat. Az eddigiekben vázolt személyiség életében — az önök tapasztalatai szerint — hogyan alakul a társ-, a partnerkeresés?*

— Van olyan személyiség, akinek kedves, ha partnere rajong érte, idealizálja, imádatlal veszi körül. Az önmegvalósításért küszködő, de önmagában bizonytalan egyén sokszor olyan kapcsolatba bonyolódik, melynek nincs meg a realitása. Partnerét mitizálja, jó tulajdonságait felnagyítja, és egy olyan irreális, szinte leányregényekbe, mesébe kívánczó figurát képzel el valóságos partnere helyett, aki az elvárásnak nem tud megfelelni. Ha a partner maga is nárcisztikus, én-problémákkal küszködő személy, akkor számára ez a viszony ideális lehet, egy ideig. A rajongás után azonban át kell élnie a piederstálról való le-

taszítottást is, az addig túlzón szerető elfordulását, a gyűlölködést is. Ha tehát a partner én-stabilitása nem megfelelő, nem alakulhat ki egyensúly, s a kapcsolat felbomlik vagy tragédiába torkollik.

— *A statisztikák tanulsága szerint főként az alacsonyabb társadalmi rétegekből kerülnek ki öngyilkosságot megkísérlők. Az értelmiség körében milyen az arány?*

— Ennek nehéz a megítélése. A statisztikákból valóban az derül ki, hogy az öngyilkosságot megkísérlők nagyobb része alacsony intellektusú, sok közülük a segédmunkás vagy alacsonyan kvalifikált munkakörben dolgozó. Az öngyilkosságot megkísérlők elemzésénél azonban számolni kell a statisztikai torzítással is. Az értelmiségi ember és a magasan kvalifikált vagy az élet dolgaiban járatosabb egyén sokszor tudja, hogy mit jelent a pszichiátriára kerülés, mit jelent a stigmatizáltság, megbélyegzettség, ezért elkerüli annak a lehetőségét, hogy a pszichiátriával kapcsolatba kerüljön. Ezért fordulhat elő, hogy szinte nincs hét, amikor ne tudnánk olyan, általunk is jól ismert értelmiségiokről, akik öngyilkosságot kísérelnek meg, de valamilyen más intézetben, más diagnózis alatt kezelik őket. Ez nagyon megnehezíti a dolgunkat, hiszen, hogy mi a legfenyegetőbb a sok veszélyeztető tényező közül, egy későbbi, halálos kimenetelű öngyilkosság szempontjából, egyben egyeznek meg a kutatók: mégpedig az eltitkolt és nem kezelt öngyilkossági kísérlet fontosságában. Tehát, ha bárki eltussolja tettét, másnak tünteti fel, mint ami valójában, nagyon nagy a kockázata annak, hogy később bekövetkezzen egy halállal végződő öngyilkosság. Hisz ez a „nem-vállalás”, szégyenkezés azt jelenti, hogy az illető nem dolgozta fel lelkileg tettét, s a veszély továbbra is fennállhat. Úgy kellene tehát fogalmaznunk, hogy a kísérletet elkövetők közt az értelmiségiek a statisztikában valóban alacsonyan reprezentáltak, szemben a halállal végződő öngyilkossággal, ahol már nincs mód torzításra.

— *Az Ön által lektorált esettanulmányokat tartalmazó könyv* leírja egy értelmiségi történetét, akinek az okozza tragédiáját, hogy életterei, világai összeegyeztethetetlenek, mert mindegyikben lényének más arcát kellene mutatnia, de úgy, hogy egyiket a másik rovására meg kell hazudtolnia. Mennyire tartja tipikusnak az ő esetét?*

— Nem akarok társadalmi áttekintésbe bonyolódni, de azt hiszem, közismert, hogy az értelmiség nem kellően megbecsült, jelen van az ön által említett szerepkonfliktus, ami munkakörben való alulértékeltséget, alulfizetettséget, kihasználtságot, csupa olyan tényezőt jelent, mely valaki önértékelését alááshatja, vagy nem támogatja kellő mértékben.

— *A művészek pályafutását gyakran nevezik önpusztító, önsorsrontó életutaknak. A pszichiáter véleménye szerint a művészi alkotómunkának lehet-e öngyógyító hatása?*

— Inkább úgy kellene fogalmazni, hogy valamiféle pszichés érintettség, — legyen az szorongás vagy túlzott szenzitivitás — sokszor nem megy az alkotómunka a teljesítmény rovására. Említhetnénk József Attilát, akinek nagyon kevés olyan késői verse van, melyben betegségének nyomait észre lehetne venni. A skizofrének által írt verseknek, verskísérleteknek nagyon jellemző vonásai vannak, mégis, József Attila költészetéből, néhány nagyon késői művet leszám-

* *Az öngyilkosság pszichés héttete.* Esettanulmányok. Szerkesztette: Dr. Buda Béla, Dr. Füredi János. Lektorálta: Dr. Temesváry Beáta. Medicina Könyvkiadó. Bp., 1987.

mitva, hiányoznak ezek a patológiás jelek. De sok más példáról is tudunk. A kiteljesedés az irodalom, a művészet terén, és valamilyen személyes pszichés problémával való küszködés sok esetben összeegyeztethetők. Közismert például, hogy Rilke-t pszichiátriai kezelésre javasolták, s később nemcsak a pszichiátriai szakmai közvélemény, hanem az egész utókor is úgy ítélte meg, hogy nagy kár lett volna, ha erre sor kerül.

— *Magát az öngyilkosság cselekményét kommunikációnak is tartják, mely a szűkebb környezet, vagy egy konkrét személy felé vagy ellen irányul. Hogy kell ezt értenünk?*

— Nagyon fontos lépcsőfokot jelentett az öngyilkossági szakirodalomban, amikor körülbelül két évtizeddel ezelőtt amerikai szerzők leírták a „cry for help”-nek, a segélykiáltásnak a fogalmát és jelentőségét. Arról a megnyilvánulásról van szó, hogy az öngyilkossági gondokkal viaskodók jelzik szándékukat a külvilág felé. A magyar és más nyelvekben is létezik olyan tartalmú közmondás, hogy „amelyik kutya ugat, az nem harap”. Ez pontosan kifejezi, hogy az öngyilkos jelzéseit sokszor alábecsülik, bagatellizálják, gondolván, hogy aki öngyilkosságra készül, az nem beszél róla, hanem megteszi. A tények viszont azt mutatják, hogy az öngyilkosságban meghalóknak a 80%-a valamilyen formában érzékeltette, mire készül, segélykéréssel fordult környezetéhez, mely ezt nem vette komolyan, csupán demonstratívnak, teátrálisnak ítélte e jelzéseket.

A másik ilyen fontos lépcsőfok volt az öngyilkosság-kutatásban az ambivalencia jelenségének a leírása, jöllehet ez alapvető pszichiátriai fogalom, mely mindössze annyit jelent, hogy a gyűlölet és a szeretet, az „odi et amo” kapcsolata megmarad a későbbi életszakaszokban is. Gondoljunk a gyerekre, akire jellemző, hogy egyik pillanatban szereti az anyját, a következő pillanatban pedig végletes gyűlöletet érez iránta, mert esetleg a fenekére vert. A későbbi életszakaszokban — tulajdonképpen már az érett gyermekkortól fogva — ez az ambivalencia meg szokott szűnni, pontosabban: kialakul az érett ember ambivalenciátűrő képessége. Amennyiben viszont ez nem következik be, az egyén például hajlamossá válik a korábban említett idealizálásra, rajongásra: nem bírja elviselni, ha valakit le kell emelni a piedesztálról. Vagy végletes megnyilatkozásaként e toleranciahiánynak, öngyilkosságot követ el, mert nem tud szembenézni a kudarcokkal, nem bírja életét elviselni abban a formában, ahogyan élnie kell. Ennek az ambivalenciajelenségnek a leírása vezetett ahhoz, hogy kiderüljön, hogy a legtöbb öngyilkosságot megkísérlő vagy elkövető ember valójában nem meghalni, hanem élni akar, de más módon, más körülmények között, mint korábban. (Ennek leírása az Angliában élt osztrák Steingel érdeme.) Ez jelenti a kommunikációs aspektust, vagyis hogy akadnak olyan élethelyzetek vagy személyiségek, amikor az illető nem tudja úgy artikulálni vágyait, érzéseit, hogy a környezetének képes volna időben tudtára adni azokat, hanem egy patológiás kommunikáció formájában, már csak az öngyilkosságával tudja odairányítani a figyelmet. Nem minden öngyilkosság ilyen jellegű persze, de sok közülük igen.

— *Az ambulancián nyújtott pszichiátriai kezelés kivezető utat vagy támpontot jelenthet a beteg által is akart gyógyulás folyamatában?*

— Reméljük, hogy támpontot mindenképpen jelent, és sok esetben kivezető utat is. Legnagyobb gondunk, hogy messze nem jut el hozzánk minden ember, akinek itt volna a helye. Említettem már az előítéleteket, a stigmatizáltságtól való félelmet. Bizom benne, hogy a jövő évben, amikor egész más körülmények között fogjuk végezni munkánkat, talán már ez a megbélyegzettségtől való elriadás nem fog ekkora szerepet játszani.

— *Mit jelent ez konkrétan?*

— Az egész pszichiátriai intézet és ezen belül a szuicidológiai ambulancia is az új, ún. „400 ágyas” klinikai tömbben fog működni. Nagyon szeretnénk tevékenységünket kiegészíteni osztályos krízisintervenciós munkával is. Jelenleg az a gyakorlat folyik, hogy egyrészt kezelünk ambuláns, öngyilkosságot megkísérelt betegeket a szuicidológiai ambulancián; és osztályainkon fekszenék az arra rászoruló. A jövőben szeretnénk ezt egy egységes teammel működtetni, forgó rendszerben, hogy ugyanaz a munkacsoport látná el az ambuláns és az osztályon fekvő betegeket is. Ez jó teammunkát tenne lehetővé, együttműködést, információcserét, ugyanakkor az ambulanciára kerülő beteg kapcsolata sem szakadna meg az öt először felvevő terapeutával, hanem jó gyógyító-beteg kapcsolat alakulhatna ki. Az új épületbe való átköltözésre talán tavasszal kerül majd sor.

*

— *Dr. Boncz István a szuicidológiai ambulancia egyik pszichiáttere. Vannak-e külső tényezők, melyek az egyént az öngyilkosság elkövetése felé sodorhatják?*

— A szociálpszichiátria felfogása szerint az idegrendszer teljes kifejlődése a csecsemő megszületése után még nem fejeződik be. További léte és fejlődése a „szociális anyaméhben” történik. A harmonikus családi környezetben ideálisan fejlődhet az énkép, az önértékelés és az ingulatók megfelelő kezelése. Ellenkező esetben nagy fokú pszichés vulnerabilitás; tehát sérülékenység alakulhat ki, csekély kudarc-tűrő képességgel és az érzelmek szabályozatlanságával. A család mikroszociális tényezőin kívül jelentősek még a makrostrukturális, tehát a tágabb környezeti-társadalmi hatások. Ezek együttesen vesznek részt a személyiség kialakításában az ún. szocializáció folyamata révén. Így alakulhat ki, mint végső megoldóképlet, bizonyos élethelyzetekben az öngyilkosság sémája.

A felméréseink azt mutatták, hogy az öngyilkosságot megkísérlők kb. 60%-a okként a családi konfliktust emlegeti, további 20% a párkapcsolati, szerelmi problematikát. A két számarányt összeadva nyilvánvaló, hogy valamiféle társas kapcsolat harmóniájának a megbomlásáról van szó. Ami pedig az öngyilkosság sugalmazhatóságát illeti, ha régen pl. valaki egy Szeged környéki községben kútba ugrott, akkor az utána következő néhány öngyilkossági kísérlet is hasonló módszerrel történt. Most ugyanilyen hasonlóságot vélünk felfedezni a gyakran tragikus kimenetelű permetezőszer-ivásban. Amerikai szociálpszichiáterek kimutatták, hogy ha a hírközlő szervek valamilyen neves személyiség — színész, politikus, sportoló — öngyilkossági haláláról tudósítottak, az azt követő időkből megnövekedtek az öngyilkossági kísérletek. A mi felméréseink során az derült ki, hogy az öngyilkosságot elkövetőknek 30%-ánál a szűkebb családi, vagy a tágabb környezetben előfordult „öngyilkos minta”, tehát ön-destruktív magatartás. Az utóbbi évek szomorú aktualitása a tragikus sorsú szépségkirálynő öngyilkossági halála, majd ezt követően a sírjánál és más helyen többek által megkísérelt öngyilkosság.

— *Milyen lelkiállapot jellemző az öngyilkossági kísérlet előtt?*

— Ringel professzor nyomán ezt a sajátos lelkiállapotot öngyilkosság előtti, ún. preszuicidális szindrómának nevezi a szakma. Ennek ismérvei a dinamikus beszűkülés — mely egy sajátosan megváltozott tudati állapot —, az agresszivitás gátlódása, tehát az egyénben önmaga ellen fordulása és menekülés a fantázia világába — ez általában halálfantáziákat jelent. Ebben a sajátos lelkiállapotban az egyén a külvilág hatásaira nagyon érzékeny, mely lehet számára az öngyilkosság felé taszító, vagy az erőik harcában az élet felé hajtó is. A „cry

for help”, a segítségkérés jelzését az öngyilkosságot megtévők jelentős része leadja. Ez sokszor csupán egy tétova magatartás, szokatlan gesztus, egy elejtett szó, mely utólag kap értelmet.

— *Ez az öngyilkosság előtti lelkiállapot együtt jár-e izolált létmóddal?*

— Együtt járhat. Közismert pl., hogy a szeretetet, az együttléteket, a közösen boldogulást szimbolizáló ünnepek, mint mondjuk a karácsony, még súlyosabban megélt magányra ébreszti rá az egyedül élőket, s a kilátástalanság érzését kelti. Nagyon fontos az öngyilkosság mechanizmusában a kilátástalanságról szót ejtenünk. Ezt főleg a depresszióval foglalkozó kutatók vizsgálták, és leszögezték, hogy nem mindig a földi pokol, a tragikusan mély hangulat az, mely az öngyilkosság elkövetésére készíti a pácienseket, hanem az ún. desperáltság, a kilátástalanság érzése.

— *Beszélhetünk-e olyan sajátos életvezetésről vagy magatartásról, mely az öngyilkosságot megkísérlők többségénél utólag felderíthető volt?*

— Az öngyilkosságot megkísérlők jelentős része nem akar meghalni, hanem másképpen szeretne élni, csak a másként való éléshez a lehetőségei, eszközei hiányosak, elégtelenek. Öngyilkossági kísérletük kétségbeesett helyzetrendezési kísérletként fogható fel. Sok esetben problémamegoldó átalvást szeretnének. „Állítsátok meg a világot, ki akarok szállni”-szerű jelmonddal nem jelen lenni az életükben, mely átalvás után, mint egy fönixmadár, újjáéled, és a problémák addigra talán önélküle rendeződnek. Ez az egyik véglet. Más tényleg kifejezett halálszándékkal veszi be a gyógyszer például. De arra, hogy valójában nem meghalni, hanem máshogyan akarnak élni, bizonyíték az is, hogy sokszor az ún. „kemény módszerrel” végrehajtott öngyilkosság elkövetői, tehát valahonnan való leugrás vagy az önakasztás megmentettjei, önként jelentkeznek utógondozáson.

— *Egy öngyilkossági kísérlet után, amit valaki figyelmeztető jelként foghat fel önmagára nézve, tudatos fejjel átrendezhető-e az ember személyisége?*

— Egyedül, önmagában ez nagyon nehéz. Ehhez feltétlenül kellenek a szakképzett terapeuták. Mint már mondtam, az öngyilkosság nem tekinthető önálló betegségnek, mint pl. egy gyomorfekély, amely gyógyításában bizonyos esetekben sablonokat lehet követni. Az öngyilkosságot megkísérelt egyén gyógyításában tehát nem a „betegséget”, hanem az egész embert kell — fokozottan — figyelembe venni, egész addigi személyiségfejlődésbeli történetével, s a jelenlegi aktuális problémáival, ami azért is nehéz, mert ez sokszor már túlmegy az egészségügy, a pszichiátria kompetenciáján.

— *Az elmúlt évtizedekben változott-e az öngyilkossági statisztika?*

— Számarányaiban nem változott. Az öngyilkosságot megkísérlők nembeli megoszlására a nők dominanciája jellemző, 70% a férfiak 30%-os arányával szemben. A kormegoszlást illetően a 20 év körüli, majd a 40–50 év körüli csúcsosodás jellemző a görbén. Itt mutatkozik némi átrendeződés: inkább a 40 év körülieknél van újabban számbeli emelkedés.

— *Egy öngyilkossági kísérlet után feltételezhető-e, hogy újabb és újabb fogja követni?*

— Igen. Az öngyilkosságot megkíséreltek fokozottan veszélyeztetettebbek, bennük ugyanis kialakult már az öngyilkossággal mint egy bizonyos problémamegoldó képlettel kapcsolatos képzetstruktúra, motivációs készlet, és az ezt végrehajtó cselekvéssorozat is lejátszódott, tehát már bejáródott ez a mechanizmus. Tapasztalataink szerint az öngyilkosságot elkövetetteknek a 30%-a ismételt kísérlet volt.

Az öngyilkossági jelenség kedvező befolyásolásáért még igen sokat kell tennünk.

FORGÁCH ILONA