

rejtőzik, amelyet a jézusi erkölcsi monoteizmushoz való visszatérésünk még korántsem szabadított fel és értékesített teljesen.

Mert végső soron erről volna szó, amikor az unitarizmusról beszélünk, lényegét kutatjuk: igaz vallásnak bizonyul-e az unitarizmus, életképes lesz-e az eljövendő unitáriusok számára?

Kudarcaink és sikereink mögött és fölött, amelyeket eddigi élete folyamán unitarizmusunkban elszenvedtünk vagy elértünk, mindig ugyanarról volt szó: Istenországáról, ennek eszméjéről és valóságáról, az örömmüzenet gyökereiről és távlatairól.

Befejezésként az "egy" két más származékszavához fűznék néhány észrevételt, megjegyzést.

Immár néhány éve játszadózom ezzel az eléggé jól hangzó fogalommal, személyes teológiai vizsgálati módszerrel: a "teológia grammatikája". Annyira ötletszerűen, hogy akár a "grammatika teológiájának" is nevezhetném. Dolgozatom felépítésében és megszerkesztésében is hasznosítottam néhány meglátást azok közül, amelyek eközben merültek fel bennem. Tehát:

- Unitarizmusunkról, vallásunkról gyakran állítjuk mi magunk, hogy egyszerű. Valóban "egy"-szerű, ha érthetőségére, ésszerűségére kívánunk ezzel utalni. De itt azért vonjunk egy határt: az unitarizmus nem is olyan egyszerű, vagyis nem könnyű, fajsúlytalan valami.

- Unitarizmusunkról, vallásunkról gyakran állítják mások, kívülállók, hogy együgyű. Valóban "egy"-ügyű, ha spekulációmentességére kívánunk ezzel utalni, a hívő értelemben, mely alapja. De itt is illő azért megvonni a határt, amúgy adysan: "Vagy bolondok vagyunk s elveszünk egy szálig, / Vagy ez a mi hitünk valóságra válik".

Régen a máglya, a börtön és egyebek hatékolyan gyógyították az együgyűséget: a jövő évezredben, melynek az unitarizmus is lényege lehet, talán számíthatunk jóindulatú elnézésre. Melyért magam is alázatosan esedezem.

Dr. Rend Aranka

EMBEREK KRÍZISBEN - AZ ÖNGYILKOSSÁG, MINT ÉRTELMETLEN VÁLASZ

Az utóbbi évtizedekben a világ majdnem minden országában az öngyilkossági cselekmények, főleg az öngyilkossági kísérletek nagymértékű növekedését észlelték. Ez a szomorú jelenség főleg az aktív életkorban lévőket, különösen a 30 év alattiakat érintette. Az öngyilkosság, mint halál ok, az általános halálozás 4. helyén szerepel (a szív-érrendszeri betegségek, rosszindulatú daganatok és a közlekedési balesetek után). Az Egészségügyi Világszervezet felmérése alapján évenkénti átlagos előfordulása 13 öngyilkosság százezer lakosra számítva, de ez a szám világrészenként és országonként elég nagy ingadozást mutat. Egy, még a 70-es évek végéről származó statisztika szerint 18 százezrelék alatti gyakorisággal szerepelt Írország, Görögország, Olaszország, Anglia, Ausztrália, Franciaország, Svédország, Svájc, Lengyelország, Kanada és Norvégia. 18 százezrelék fölötti arányban a nemzetközi adatok Magyarországot, Japánt, Németországot, Finnországot és Ausztriát emelték ki. Ezek között a legnagyobb halálozást Magyarországon (33,9 százezrelék) és Japánban (31,4 százezrelék) észlelték. Előrejelzések szerint a következő évtizedekben számuk további növekedésére számítanak.

Romániát és más keleteurópai országokat tekintve az öngyilkossági halálozást illetően adataink elég hiányosak, mivel az elmúlt rendszer tagadta, illetve eltitkolta ennek létezését.¹

Az öngyilkosságok, illetve kísérletek nagymértékű növekedése a nehezen megoldható életproblémák mind nyomasztóbb jelenlétét tükrözik, amelyek csökkenését a továbbiakban sem várhatjuk. Ilyen kihívásként tekinthetjük az életcélok beszűkülését, a munkanélküliséget, a házasság és család válságát, az elmagányosodást, az alapvető létfenntartási eszközök hiányát, a társadalmi igazságosságot fenyegető veszélyeket. A társadalmi átalakulások és a velejáró azonosságtudat-változás progresszív folyamat és személyiség formáló hatása van. A változás az egyént arra készíti, hogy helyzetét újra meg újra meghatározza, identitását továbbfejlessze, és így a helyzet megoldását válassza a feladás, menekülés helyett. Ez akkor eredményes, ha az egyének jó társas támogató rendszere (család, barátok), örömforrást és lelki kielégülést nyújtó munkája van. A beilleszkedési zavarok, köztük az öngyilkosság, az identitásváltás hibás vagy elégtelen megoldását jelentik, szerencsére azonban az embereknek csak kis része választja ezt a problémamegoldást, a nagy többség megbírkózik a nehézségekkel.

Az életkörülmények terhelése és az egyes emberek tűrőképessége között lévő aránytalanság koronként más és más be nem illeszkedést kifejező jelenségekben nyilvánul meg. A középkorban az átokfutás, a vak pánik és a tombolás, a századforduló táján a hisztériás nagyroham, az első világháború után az idegsopek, a második után a szervneurózisok szaporodtak meg. Napjaink hasonló tünete az önpusztítás: az öngyilkosság, alkohol, gyógyszer és kábítószer abúzus, kockázatos életmód és mások.²

Az öngyilkosság nem betegség-egység, a betegségek közé sorolása nem helyes, mivel sokféle a személy különböző problémákra adott eltérő reakcióit fedí, amelyekben csak az önpusztítás jelenléte közös. Mivel e cselekmények osztályozásában csak a *kimenetel* az egyetlen biztos ismérv, helyesebb az *öngyilkosság magatartás* gyűjtőfogalom használatát, amelybe beletartozik az öngyilkosság gondolata, szándéka, a vele való fenyegetés, a kísérlet és a halállal végződő aktus egyaránt. Ez a felsorolás nem sorrend, sem nem fokozat, bármelyik jelenléte az egyén heveny veszélyeztetettségét jelenti.³

Az emberi civilizáció kezdetétől léteztek öngyilkosságok, azonban a régi korok felfogása az életről más volt, mint a kereszténységé, így a közfelfogás nem talált bennük kivetni valót, és az egyes esetekben csak a különleges vonásokat találták érdekesnek, magát a cselekményt nem. Az ókor bölcseleti, pl. a sztoikusok, teljesen természetes és megszokott dologként beszéltek róla, és találkoztunk e kérdéssel Cicero bölcseleti munkáiban is. Lassanként megfogalmazódik az a felfogás, amellyel főleg Seneca műveiben találkozunk, s amelyet a szabad halál hirdetői ma is hangsúlyoznak, hogy az öngyilkosság sajátosan emberi képesség, az emberi szabadság szimbóluma is, mert a halálba bármikor menekülhet az ember. Az ókor egyik híres öngyilkossága éppen a Senecáé volt, aki felvágta ereit, amikor megtudta, hogy a császári kegyvesztés miatt életét veszély fenyegeti. Seneca öngyilkosságában volt némi kényszer is, mivel Európában a római kor kegyetlen találmánya volt, hogy akitől az uralkodók meg akarták szabadulni, annak előírták, "megengedték" az öngyilkosságot.⁴ Ez a jelenség más kultúrkörökben is gyakori volt és ma is az (Japán, India).⁵

Az öngyilkosság tanulmányozása a vallási tilalom megjelenése után kezdődött, és azután, hogy számuk a túlszűfolt középkori városok kialakulásával megnőtt. Tudományos érdekességet csak az orvostudomány némi fejlődése után jelentettek. A középkor végén már vannak leírások az öngyilkosságról, amelyekből levonnak bizonyos tanulságokat is. Ezek a vizsgálatok kezdetben anekdotikus közelftéssel történtek. Így hamar feltűnik az a jelenség, hogy e cselekmények utánzásra csábítanak. Leírták például annak a velencei polgárnak az esetét, aki a háza falán levő kampóra akasztotta fel magát, és ezután ezt a kampót előszere-ttel választották mások is öngyilkosság céljára.

A korai esetleírásokban már felfigyeltek a melankólia szerepére, és a középkori mentalitás is megértéssel fogadta, ha veszély, betegség, megszégyenülés elől menekült valaki a halálba.⁶

A magyarországi öngyilkossági folyamat 1825 táján indul, egyfajta "robbanás" formájában, addig az önkezdű halál nagyon ritka volt.⁷

A 18. századtól az öngyilkosság számadatait is kezdték nyilvántartani. Növelte az érdeklődést az a tény is, hogy a felvilágosodás korától a filozófusok is kezdtek a témával foglalkozni. David Hume filozófus esszéjéről, Montesquieu a *Perzsa levelekben* tárgyalta ezt a kérdést. Voltaire és Rousseau az egyház hagyományos tilalmát kérdőjelezte meg, az emberi szabadság jegyében.⁸

Ez idő tájt figyeltek fel a protestáns vallás nagyobb önpusztító tendenciájára a katolikusokéhoz viszonyítva, de azért a katolikus lakosság titkolózó viselkedése is ebben a kérdésben, a nagyobb egyházi tiltás miatt, hozzájárult némileg a fenti arányok létrejöttéhez.⁹

A 19. század elején jelenik meg az *öngyilkossági kísérlet*¹⁰ (paraszucidium), ezzel egyidőben terjedt el a "pillanatnyi elmezavar" fogalma a cselekmény magyarázatára, ugyanis megfigyelni vélték, hogy az életben maradt ember utólag nem tudta felidézni miért is akarta megölni magát (még ha problémájára, mely miatt életét értelmetlennek érezte, emlékezett is). Ez a felfogás jól megmagyarázta az életosztón gyengülését. A korszaknak még nem volt kellő pszichológiai ismerete ahhoz, hogy észrevegye az elhárítást, az eltávoítást az életben maradott közléseiben, vagy megéreze, hogy a látszólag értelmetlen, hirtelen öngyilkosságokról szóló történeteket miért terjesztik olyan előszeretettel az emberek.¹¹

Egyre nagyobb teret kaptak az öngyilkossági esetek a *szépirodalomban*, amely a középkor végétől részt vett az emberek társadalmi és kulturális életérzésének formálásában. Ez a jelenség korábban is ismert volt és jelképezte például a kiúttalanságból való menekülést (a bibliai Saul király "kardjába dől"), vagy a bűnhődés eszköze rettenetes cselekedetek miatt (Médea öngyilkossága, aki megölte gyermekeit, hogy Jasonon bosszút álljon), de a 18. századtól kezdve próbálták részletesen elemezni az öngyilkos ember lelki folyamatait. Mérföldkő ebből a szempontból Goethe regénye *Az ifjú Werther keservei*, amely máig is lélektanilag érvényesnek mondható dokumentum egy önértékelési zavarban szenvedő ember reménytelen szerelméről, elkeseredéséről és haláláról. A megrázóan hiteles leírás másokat is öngyilkosságra készítetett. A könyv hatására megszaporodó öngyilkosságok miatt Lipcsében, majd Amsterdamban megtiltották a kiadást. Milánóban összegyűjtötték és megsemmisítették a meglévő példányokat.¹²

A későbbi irodalomban ritka az ilyen szemléletes leírás egy öngyilkosságról, bár a téma maga gyakori, de az írók általában meghagyják az önpusztítás körüli értetlenséget, bizonytalanságot, titokzatosságot akkor is, ha rámutatnak a központi motívumra: Flaubert Bovarynéja, Hedda Gabler Ibsen híres hősnője, Tolsztoj Anna Kareninája, Naphta Thomas Mann Varázshegyéből, Kyo Malraux Embersorsából, Babits Gólya kalifájának tudathasadásos hőse, Cesare Pavese számos novella-alakja, hogy csak néhány közismert irodalmi szereplőt említsünk.

Általában az irodalom, a képzőművészetek és a film olyan összetettségben jelenítik meg az öngyilkosságot, annyira reálisan mutatnak rá a személyi krízisre, interperszonális konfliktusaira, társadalmi beilleszkedési nehézségeire, hogy abból az öngyilkosság-kutatásnak is van mit tanulnia. A megelőzésnek pedig azért kell ismernie és követnie az új irányzatokat a művészetekben és az irodalomban, mert ezek elfogadó, esetenként pozitívan értékelő viszonyulása az öngyilkossághoz része egy-egy ország vagy kultúrkör hagyományainak, hozzájárul a jelenség gyakoriságához, illetve ennek növekedéséhez. Ez ellen pedig a szakembereknek küzdeniök kell. Sajnos a modern társadalmak közfelfogása, művésze és főleg tömegkommunikációja, általában, helyesli, sőt dicsóíti és sugallja az öngyilkosságot, mint emberi krízisek, reménytelen helyzetek "megoldási módját". Az utóbbi időben veszélyes tendencia került felszínre, újságírók, egyes vallásos szekták vezetői, írók mozgalmakat kezdeményeznek a szabad halál és a szabad öngyilkosság érdekében, és a nyugati könyvpiacokon nagy számban jelennek meg olyan könyvek, amelyek az öngyilkosság könnyű és biztos módszereit tanítják.¹³

Az elmúlt századok vizsgálatait, kibővítve a modern lélektani megfigyelésekkel, új tudomány, az *öngyilkosság-kutatást* vagy *szuicidológiát* hozták létre. Ennek első meghatározása Baldwintól származik, aki az öngyilkosságot az ember önmaga tudatos meggyilkolásának nevezi. Ezt az értelmezést ma is elfogadják, így például az Egészségügyi Világszervezet olyan tetteként értelmezi, amely által

az egyén önmaga fizikai megsemmisítésére törekszik, több vagy kevesebb motiváció alapján.

A szuicidológia az utóbbi évtizedekben multidiszciplináris megközelítésben fejlődött, orvosok, lélektanászok, szociológusok, jogászok, lelkészek, jótékonyági egyesületek veszik ki részüket a megelőző és krízisellátó munkából.¹⁴

Attekintve a szuicidológia, mint tudomány alapján az *öngyilkosság okairól felállított elméleteket*, a következőket állapíthatjuk meg:

1. A *pszichiátriai felfogás* alapján Esquirol 1838-ban hirdeti az öngyilkosság kóros jellegét, antiszociális viselkedésnek tartja, amelynek okai hallucinációk, hipochondriás, üldöztetési téves eszmék és melankólia lehetnek. Szerinte, és sok más, főleg a múlt század végén működött elmeorvos szerint, minden öngyilkos elmebeteg, ugyanis az ember csak tudatzavarban követhet el merényletet a saját élete ellen. Felfogásuk alapján nem létezik olyan élethelyzet, amelyből a lelkiileg egészséges ember nem talál kiutat¹⁵ (Peigne). A legnagyobb rizikót a kedélybetegségek (mánia, depresszió) jelentik, ezek fosztják meg az embereket a lelkesedni tudástól, energiájuktól, jó hatékonyságú szellemi tevékenységüktől, zaklatott kedélyállapotot eredményeznek, sőt olyan irracionális meggyőződést sugallhatnak, hogy nem érdemes élni. Ezeket az alkoholizmus követi, amely az öngyilkosságok egyharmadában lehet oki tényező, összefüggésüket újabban két feltételezéssel magyarázzák. Az egyik szerint az alkoholizmus és az öngyilkosság azonos okokra vezethetők vissza. A másik feltételezés szerint az alkoholos függőség a maga kapcsolódó problémáival (szociális leépülés, izoláció stb.) vezet az öngyilkossághoz.¹⁶ Gyakori az öngyilkos cselekmény a hasadásos elmezavarban is (szkizofrénia), krónikus szervi betegségekben¹⁷ (rosszindulatú daganatok, krónikus sokkizületi gyulladás, amputációk, AIDS). Hosszantartó betegségben a gyógyíthatatlanságtól való félelem vagy annak ténye fenyeget. Fontos szerepe lehet a fájdalomtól és a haláltól való félelemnek.¹⁸

2. A *szociológiai felfogás* megalkotója a századfordulón É. Durkheim és továbbfejlesztője M. Halbwachs, szerintük nem mérvadóak az egyéni okok, ezek csak járulékos tényezők a nagy társadalmi erők befolyása mellett. Felfogásuk alapján az önpusztításra irányuló cselekmény szűkebb (család) és tágabb emberi közösségekben (munkahely, társadalom) játszódik le. Az öngyilkossági kísérlet fakadhat konfliktusok, súrlódások, feszültségek és ellenséges kapcsolatok következtében. Általában az öngyilkosság bekövetkezésének lehetősége fordított arányban áll az egyén szociális környezetébe való beilleszkedésével.¹⁹

3. Az *öngyilkosság mélylélektani megközelítése* új elemet hoz a témakörbe. Ez nem véletlen, ugyanis a mindennapi tudat szokott kategóriáiba e cselekményről többet aligha lehet megtudni, mint amennyit az elmúlt századok megfigyelései feltártak. A mélylélektani kutatások során kezdetben a bűntudat, az önbűntetés, a levezetetlen agresszió befelé fordulása vált fő magyarázó elvvé. Később Stekel feltételezte, hogy az öngyilkosság valamely kapcsolat elvesztésével (tárgyvesztés) függ össze, amikor az egyén nem képes vagy nem akar élni a kapcsolat nélkül. Ide sorolható például a szeretteiket elvesztett öregek öngyilkossága.²⁰ Az önpusztítás által az egyén elsősorban a benne introjektálódott kapcsolati partnert akarja megölni, ugyanis szinte nincs öngyilkosság gyilkossági szándék nélkül.²¹

Később Freud a *halálösztön*t részben az önpusztítás magyarázatára találta ki. E felfogásban az élethez kötő erők meggyengülése váltja ki a halálösztön elszabadulását.

Freud elméletét ebben a kérdésben Menninger viszi tovább; szerinte az öngyilkosság csak egyike a halálösztön megnyilvánulásai közül. Vannak krónikus öngyilkosságok, amilyen például az alkoholizmus, a gyógyszer- vagy a kábítószer-élvezet, amikor a személy fokozatosan kergeti önmagát a halálba.

A pszichoanalitikus nézőpont szerint a leglényegesebb az a feltevés, hogy az egyéni tudat nem adhat megfelelő magyarázatot az önpusztító cselekvés okaira, de ez, a tudattartalmak és a különféle megnyilvánulások vizsgálata alapján, feltárható. A tudatos én részben nem képes bizonyos információkat megadni, hiszen azok elfojtás alatt vannak, részben pedig öntudatlanul nem akar felszínre engedni bizonyos gondolatokat, emlékeket, mert önmaga előtt titkolja őket.²²

Adler szerint a helyzetével elégedetlen ember gyakran ad tiltakozó reakciót, "férfiasan" próbál fellépni, mégha ennek direkt vagy indirekt megnyilvánulása értelmetlen vagy destruktív is. Az egyén ezáltal túlkompensálja kisebbrendűségi érzését.²³ Az öngyilkosságban Adler e tiltakozás szerepét ismerte fel. E cselekmény lényegében a személy kétségbeesett kísérlete arra, hogy saját sorsát kezébe vegye valami központi életprobléma megoldása céljából. A cselekményben kifejeződik az a döntés, hogy így nem akar élni tovább, az az élethelyzet számára elfogadhatatlan.

Egy másik, érdekes megfigyelés Henseler pszichoanalitikusé, aki öngyilkossági krízisben lévő embereknél észlelte, hogy e cselekmény mindig valamilyen *narcisztikus sérelemmel* áll kapcsolatban. Eszerint a saját én interperszonális értékével, elfogadásával, befolyásolásával kapcsolatos sérelmek jelentik azt a problémakört, amelyben a lényeges pszichodinamikai tényezők rejlenek. Ezen a területen van a konfliktus, a sérelem és a meghiúsulás, amely az öngyilkossági cselekményt kiváltja. Ezt a meghatározó szintet gyakran elfedik életproblémák és külső okok, amelyek hivatkozási alapot jelentenek a páciens és a környezet számára az esemény magyarázatában. Henseler szerint azonban a segítség csak a narcisztikus problematika kezelésén át lehetséges. Szerinte is az öngyilkosság kétségbeesett és destruktív helyzetrendezési kísérlet; a személy önbecsülése, önértékelésének helyreállítása érdekében próbál menekülni a lehetetlenné vált élethelyzetből. A Henseler-féle narcisztikus kríziselmélet nagy segítség ma az öngyilkosság megelőzésében, mivel egész sor összefüggést tesz érthetővé, amely az esetek felszínes tanulmányozásából nem ismerhető fel könnyen. Henseler megállapítása a pszichoanalitikus irányzat legeredetibb hozzájárulása a fenti téma kutatásához.²⁴

Egy másik gondolkör (Douglas) szerint az öngyilkosság *nem egységes viselkedésforma*. Minden ilyen cselekménynek sajátos jelentése van az egyén és a szociális környezet számára. Valamilyen funkciót tölt be, nem egyszerűen reakció vagy dezintegrációs jelenség. Lehet fenyegető, sőt bosszúálló jellegű. Ugyanígy az öngyilkosság elkövetése eszközének is szimbolikus értelme van. Jelentési típusoktól függően különböző módon kellene kutatni őket. Szükséges esetek leírásán át Farberow és Scheidman a rejtett öngyilkosságok különböző fajtáit tudta valószínűsíteni. Sok embernek van ugyanis módja arra, hogy ne nyílt, önpusztító cselekvéssel vessen véget életének, hanem elindítson valamilyen halálhoz vezető folyamatot, vagy siettesse betegségek lezajlását, súlyosbodását, esetleg baleset látszatát keltse. Ezek az öngyilkosság sajátos, jéghegyszerűségét mutatják.

E problémakör egyik legmodernebb megközelítése az *emberi szükségletek* kielégíthetlenségének döntő szerepét hangsúlyozza. Ezek a szükségletek A. Maslow szerint fontossági sorrendben a következők:

- élettaniak, amelyek magukba foglalják a megélhetéssel, fajfenntartással kapcsolatos igényeket,
- az egyéni biztonsággal kapcsolatos szükségletek, ezek lehetnek gazdaságiak, szociálisak, biológiaiak,
- szeretetigény és közösséghez tartozás igénye,
- önbecsülés és
- önmegvalósítás szükséglete.

Az emberi viselkedésben ezek a szükségletek az ember fejlődése során fokozatosan jelennek meg. Maximális hatásúak az élettani igények. Ha az egyik csoport követelményei megvalósulnak, a következő csoportba tartozókat akarjuk elérni. Az állandó fejlődésben lévő személy szükségét érzi mindenik lépcsőfok megmászásának. Általában megjelenik az utolsó, az önmegvalósítás igénye is. Ha az egyén ezeknek a belső elvárásoknak nem tud megfelelni, ez hangulati életének egyensúlyvesztését jelenti, amely önmaga elpusztítását eredményezheti extrém esetben.²⁵

A fenti szükségletek tudatosításában és átélésében a *lelki alkatnak* is van beleszólása. A félnék, túlérzékeny, melankolikus személyek egyrészt, másrészt a kiegyensúlyozatlan, impulzív egyének hajlamosabbak önpusztító cselekedetekre.

A különböző lélektani felfogások abban egységesekek, hogy az első életevek történéseinek különleges szerepet tulajdonítanak a személy harmonikus vagy megrekedt, torzult fejlődésében. A mélylélektani felfogás szerint az érzelmi fejlődés a beszédtanulás előtti időszakban reked meg, amely megzavarja mind az énkép, mind a másokhoz való érzelmi viszonyulás normális fejlődését. Így alakul ki az *önértékelés-elégtelenség*, az *identitás-bizonytalanság*, amely a központi mag az öngyilkosságban és minden más beilleszkedési zavarban. Az önbizonytalan egyén számára minden identitásváltás jelentős megterhelés, amely nem a személy erejét, integritását növeli, hanem a szétesés felé sodorja. Az öngyilkos magatartás úgy is felfogható, mint az identitásváltás sikertelen megoldási kísérlete.²⁶

4. A 60-as évek közepéig az öngyilkosság kutatása csaknem kizárólag szociológiai és pszichológiai síkon halad tovább, egyre növekvő tényanyagot sorakoztatva fel. A legutóbbi két évtizedben sikerült kidolgozni olyan vizsgálati módszereket, amelyekkel információ nyerhető az emberi viselkedés mögött zajló *központi idegrendszeri biológiai folyamatokról*. Így a biológiai kutatások az öngyilkosság kérdéseire is kiterjedtek és alapvetően három csoportban foglalhatók össze: 1. Posztmortem agyi biokémiai vizsgálatok; 2. Anyacsere-termékek meghatározása a gerincvelői folyadékban; 3. Neuroendokrin vizsgálatok, hormonszintmérések és terhelési próbák.

E kutatások eredményeképpen megállapították, hogy az így meghaltak agytörzsében jelentősen kisebb volt az egyik ingerület-átvivő monoamin, a szerotonin koncentrációja. Öngyilkossági kísérleten átesett személyekben a gerincvelői folyadék alacsony 5-hidroxi-indolecetsav (egy szerotonin anyagcsere-termék) koncentrációját mérték. A neuroendokrin vizsgálatok nagyobb 17-hidrokkortizol ürítést találtak.

A biológiai kutatások hívei arra törekednek, hogy ún. "rizikófaktorokat" mutassanak ki. Ez a törekvés nem ellentétes az öngyilkosság-kutatás pszichológiai vagy szocializációs elméleteivel, hanem azt vizsgálja, hogy az egyénileg nagymértékben különböző stressztűrő és konfliktus megoldó viselkedés egyes alapelemei milyen neurókémiai különbségekkel hozhatók összefüggésbe. Az alacsony liquor 5-hidroxi-indolecetsav koncentráció például feltehetően társul az agresszív impulzusok feletti csökkent kontrollal, nem az öngyilkossággal, de ha az egyén élettörténete, szociokulturális környezete és aktuális állapota fokozott agresszív feszültséget hoz létre, az ilyen emberben könnyebben következnek be a szuicidium.²⁷ Ez valószínűleg a már Durkheim által is feltételezett *öngyilkosalkatnak* az összetevője, amely az élet folyamán ható környezeti és pszichés behatásoktól különböző formát ölthet, és amely az öngyilkosságot lehetővé teszi, de nem szükségszerűen, vagyis nem tekinthető a cselekmény magyarázatának. Ismeretük azért is fontos, mert élőben mód lehet ezek gyógyszeres befolyásolására.

Az öngyilkossághajlam biológiai elemzése során felmerült ennek esetleges *öröklődése* is, mivel e halálozás jelentékeny családi érintettséget mutat. Ismert például egy család esete, ahol az apa és öt gyermeke halt meg ilyen cselekmény következtében (köztük egyik gyermek kilencéves korában). A családi halmozódásnak feltételezés szerint három oka lehet: 1. biológiai öröklődés; 2. a családi minta szuggesztívítása és 3. szocio-kulturális hatások, amelyek különösen azonos családok tagjaiban érvényesülnek hasonló módon.

A három jelenség elkülönítése ikervizsgálati modell alapján történt, és ennek eredménye azt bizonyította, hogy az öngyilkossági halálozásban észlelt jelentős családi halmozódás legfeljebb 13-17 %-ban volt biológiai-genetikai okokra visszavezethető, a többiekénél külső: családi és társadalmi tényezők voltak a meghatározóak.²⁸

Klinikai megfigyelések és interjúk alapján öngyilkossági kísérleteken átesett személyek a következő *jellegetességeket* mutatták:

1. Az "okok", amelyekre a túlélők hivatkoznak vagy amelyeket a hozzátartozók feltételeznek, megegyeznek a mindennapi élet - mások által is átélt - veszteségeivel, kudarcával. Olyan élethelyzetekben következnek be az öngyilkos magatartás, amelyben a legtöbb ember rövidebb-hosszabb kétségbeesés, gyötrő-

dés, dühöngés után talál valamilyen elfogadható megoldást, vagy ha nem tudja megváltoztatni a körülményeket, beletörődik. Megállapítható, hogy nem a kiváltó esemény a rendkívüli, hanem ennek átélése, élménye, a túlméretezett érzelmi reakció azoknál az eseményeknél amelyeknek az egyén számára különös jelentőségük van.

2. A leggyakrabban előforduló érzelem a *csalódás, visszautasítotttság* vagy az ettől való rettegés. A csalódás forrásai a szokásosak: szülő, gyermek, házastárs, partner, barát, főnök, munkatárs, hivatás. A csalódást okozók magatartása szintén a mindennapi élethelyzeteket tükrözik: a szülő korlátozása kamasz gyermekével szemben, vagy beavatkozása a felnőtt gyermek magánéletébe; a házastárs, partner hűtlensége, a barát elfordulása, munkahelyi konfliktusok. A csalódás, meg nem értés önmagában még nem vezet öngyilkossághoz, de az interjúkból kiderült, hogy a kísérletező korábban rajongásig szerette azt az egyént, akiben csalódott. Olyan tulajdonságokkal ruházta fel, amelyek inkább vágyainak, mint a valóságnak feleltek meg. A mélyebb elemzés szerint ez a felmagasztosulás valamilyen szükségletet fejez ki: nem tudatosított módon az idealizált másikban önmagát erősíti, ezért retteg az elutasítástól. Ez szükségyszerűen csalódáshoz vezet, mert ennek az álomképnek a partner nem tud tartósan megfelelni, mert nemcsak az iránta kifejezett rajongást nehéz elviselni, hanem az ezzel való szabályozást is, és ha kezdi visszavonni szeretetét, miáltal nem elégül ki az elfogadás szükséglete, a szabályozási kísérlet elégtelenné válik, a kapcsolatrendszer szétesik és a gyengébbik fél összeomlik. Ennek egyik lehetséges megnyilvánulása az öngyilkos magatartás.

3. Megállapítható az *indulatok szélsőséges ingadozása* ugyanazon személy, tárgy, eszme iránt: szeretet és gyűlölet, engedékenység és lázadás, elfogadás és megtagadás, anélkül, hogy ez az érzelmi ambivalencia tudatosulna. Az ilyen ambivalens viszonyulások az emberek közötti kapcsolatokban gyakoriak, de aki a két indulatot nem tudja vegyíteni az adott helyzetnek megfelelően és csak az egyiket gyakorolja kizárólagosan, sokkal sebezhetőbbé válik a vereséggel szemben. Ilyen érzelmi egyensúly felbomlást jelenthet a váratlanul elkezdődő italozás, a betegserepben való megmerevedés vagy az öngyilkos magatartás.

Az érzelmi ambivalencia az önpusztító cselekményben is jelen van: az elkeseredés egyfelől, amit a másik elvesztése okoz, másrészt az iránta érzett düh, és az öngyilkossággal fájdalmat akarnak okozni annak, aki nem úgy szerette, ahogy várták.

4. Az öngyilkossági kísérlet túlélői többnyire *örülnek* életben maradásuknak, sokan közülük elítélik öngyilkos cselekedetüket. Feltehetően halállelképzésük más, mint a mindennapi elborzasztó halálfogalom. Valószínű, hogy a halált is idealizálják. Nem meghalni akarnak, hanem az adott módon már nem képesek élni. A halálvágy nem egy logikus döntés következménye a legtöbb öngyilkosnál, hanem indulataiknak a kiszolgáltatottsága, amely az adott helyzetből való kime nekülést célozza.

5. Sok esetben önző, magának való emberekről van szó, akiknél a normális önszeretet az *önimádatig* fokozódik. Ez kevésbé fér össze a mások szeretetével és így válnak képtelenné mély emberi kapcsolatok kiépítésére, amelyet azonban nem élnek meg, csak azt veszik észre, hogy környezetük nem érti meg őket, mindenkiben csalódtak, az emberek rosszak, a világ gonosz. Nem tudják beleélni magukat mások lelkivilágába, ezért tudnak könnyen kilépni a kapcsolatokból és magukra hagyni azokat, akiknek a sorsáért látszólag aggódtak.

6. Ezek az érzelmi sajátosságok sokban hasonlítanak a *kisgyermek magatartására*. A gyermek számára a realitás felfogása fokozatosan valósul meg. Önszeretetét sokáig megtartja, vágyait és indulatait nem tudja korlátozni. Ha kívánságát nem teljesítik, dühvel, daccal kényszeríti ki. Sok felnőtt ezeket a gyermekkori érzelmi reagálásmódokat megőrzi, amelyek a felnőtt világban már célszerűtlenek, mert akadályozzák a harmonikus társas kapcsolatok kialakulását. Az érzelmileg éretlen felnőtt ezért kiszolgáltatottabb, mert problémamegoldó képessége elégtelen.

7. Ezen interjúk során nem tudták megállapítani tipikus öngyilkos személyiség létezését, sem olyan élethelyzetek előfordulását, amelyekből az öngyilkosság az egyetlen kiút.

8. Az öngyilkos magatartás az önértékelési válságokra adott egyik lehetséges reakció, a válság célszerűtlen eszközökkel való közlése azok felé, akiktől segítséget remél, de ez a magatartás nem tudatos.²⁹

Az Egészségügyi Világszervezet az *öngyilkosság megelőzésében* elsődleges, másodlagos és harmadlagos intézkedéseket különít el.

A megelőzés *elsődleges* útja családterápiás és iskolai beavatkozások sora, amelyek között a vallásérkölcsi nevelésnek döntő szerepe lehet. Ezek segítségével bizonyos személyiségkárosodások, illetve neurotikus személyiség-fejlődési módok megelőzhetők vagy enyhíthetők, illetve, amelyek fogódzót jelentenek a megterhelő életesemények során. Itt hangsúlyozandó, hogy minden keresztény vallásfelekezetet felfogásában az élet a legdrágább kincs, ezért annak meg gondolatlan kockáztatása vagy éppen eldobása, az öngyilkosság egyike a legnagyobb bűnöknek. A vallás szerint minden életnek van célja és hivatása, amelynek érdekében munkálkodnunk kell egész életünkben. Az ember felelős önmaga életéért saját magának, a társadalomnak és Istennek.³⁰

A *másodlagos megelőzés* arra irányul, hogy az öngyilkossági krízis jelzését minél többen vegyék észre és arra minél gyorsabban és megfelelőbben reagáljanak.

Az öngyilkosok nagyrésze közli szándékát. Ez történhet nyíltan, szavakban, közvetlen vagy közvetett kijelentések formájában. Ilyen jelentése van az ajándékozásnak, végrendeletnek, az öngyilkosságra vonatkozó fantáziáknak, álmoknak is. Közlésnek fogható fel, amint már láttuk, maga az öngyilkossági kísérlet is. Megfigyelhető még, hogy ezek az emberek tettük elkövetése előtt egy-két hónappal, héttel felkeresik általában orvosukat kevésbé meghatározott panaszokkal (álmatlanság, kedvetlenség, közömbösség, megváltozott viselkedés).

Az öngyilkossági szándék felismerése, vagy a kísérlet túlélője *pszichiátriai sürgősségi ellátásban*, illetve *krízisintervencióban* kell részesülnön. Krízisen olyan élethelyzeti zavarokat értenek, amelyek során az egyén kénytelen egzisztenciáját veszélyeztető körülményekkel szembenézni. Ezek egy időre mindennél fontosabb problémává válnak számára, azonban azokat sem megoldani, sem elkerülni nem képes. Ilyen helyzetben elképzelhető, hogy néhány megnyugtató szó vagy az előzmények elmondásának lehetősége vagy egy szociális munkatárs segítsége a családi vagy környezeti konfliktus megoldására akár néhány óra alatt is rendezi a problémát. Ezt az időbeni beavatkozást nevezzük krízisintervenciónak.³¹

Ma ez több próbálkozást foglal magában. Speciális krízismegoldási lehetőséget kínálnak a világon egyre jobban elterjedő *telefonszolgálatok*. Ezek dolgozhatnak független szervezetként vagy a pszichiátriai ellátás részeként. Független telefonszolgálat a *szamaritánusok mozgalma*, amelynek megalapítója Chad Varah londoni lelkész, aki az első szamaritánus egységet egy régi londoni templom alagsorában és kriptában hozta létre kb. 40 éve, ez később elterjedt az egész világon. Jelenleg az angol szamaritánusok Angliában kétszáz felett, más országokban több száz segélyszolgálatot működtetnek. A telefonosok a legkülönbözőbb foglalkozási ágakból kikerülő önkéntesek, akiket kiválogatás, képzés, ellenőrzés és továbbképzés alapján engednek dolgozni. Ez egy kétéves folyamat. Ezalatt igen jelentős pszichológiai tapasztalatra és beavatkozási készségre tesznek szert. A segélyszolgálatok gyűjtik észrevételeiket, tapasztalataikat, ezeket feldolgozzák és felhasználják képzésben és továbbképzésben. Beavatkozásuk azonban csak a tényleges krízisre eredményes, a pszichiátriai betegek vagy a függőségi állapotban szenvedők (krónikus alkoholisták) esetében hatástalan. Ezeknek az ellátása a laikus segélyszolgálatok kompetenciáját meghaladja.³²

A szamaritánusok - mint általában a segélyszolgálatok - névtelenek maradnak, csak a keresztnévvel és egy szolgálati számmal azonosítják magukat a hívó és a segélykérő felé. Érdekes koncepció alapján dolgoznak tevékenységük lényegét "befriending"-nek nevezik, ami magyarul körülbelül barátkozást jelent. Ez a felfogás azt jelképezi, hogy a szamaritánusok névtelen és időszakos jóbarát

kínálkoznak többnyire magáramaradt, izolálódott, kommunikációs zavarban küzdő, krízisben lévőknek vagy öngyilkosságra készülőknek. Ez az emberi kontaktus azután alkalmat adhat neki, hogy a krízisből kikerüljön, öngyilkossági válsága elmúljon. Mindez a szó szoros értelmében életmentő segítséget nyújthat embereknek.³³

A *harmadlagos megelőzés* terén az öngyilkossági kísérleten átesetteket veszélyeztetetteknek kell tekinteni és pszichológiailag kezelni és gondozni kell. Felmerül azonban egy nehezen leküzdhető probléma. Amint már szó esett róla, az öngyilkos magatartás hátterében ritka aránylag az elmebetegség, a nagy többség nem tekinthető betegnek. Magukat sem tartják annak, így a felajánlott segítségnek nem érzik szükségét, és ezek egy része úgy távozik az egészségügyi intézményből, hogy a krízishez és az öngyilkossághoz vezető lelki mechanizmusainak kiszolgáltatója megy vissza abba a környezetbe, ahol korábban összeomlott. Szerencsés esetben az öngyilkossági kísérlet megváltoztatja a korábbi helyzetet, javíthatja az interperszonális kapcsolatokat, segítheti az önpusztító kockázat felismerését, amely az újabb válságban az öngyilkos ellenőrzése alá kerül és a visszatartó erők érvényesülhetnek. A krízis szerencsés megoldása esélyt adhat a személy érési elakadásainak pszichoterápiás segítség révén történő felszámolására, így alkalom a fejlődésre, a személyiség éréseire.

Osszegezve: sok mindent tudunk az öngyilkos jelenségről. Ismerjük a kockázati tényezőket, rangsoroljuk őket, csak éppen abban nem segít mindez, hogy azokat a személyeket azonosítsuk, akiknél valódi az öngyilkosság veszélye, vagy hogy egy adott egyén esetében milyen mértékben számíthatunk az ismétlésre. Mindenképpen az öngyilkosság megelőzésére nagy erőfeszítésre van szükség a továbbiakban is, mivel az előrejelzések szerint a civilizált, iparosodott világban az öngyilkossági cselekmények száma ezentúl is nőni fog.

JEGYZETEK

- 1 Flamand V.: *Suicidul pedeapsa sau autodeterminare?* Apostrof, 1991. 2. 7.
- 2 Ozsváth K.: *Az öngyilkos magatartás a klinikus szemzőgéből.* Orv. Htl. 1987. 128. 49. 2565
- 3 U. o. 2566
- 4 Buda B., Füredi J.: *Az öngyilkosság pszichés háttere.* Med. Könyvkiadó. Bp. 1987. 17.
- 5 Soni Raleigh V., Balarajan R.: *Suicid and self burning among Indians and West Indians in England and Wales.* Brit. J. of Psychiatry 1992. 161. 365-368.
- 6 Buda B., Füredi J., i. m. 19.
- 7 Böszörményi E.: *Az öngyilkosság múltja és jelene. Történeti vázlat.* 1991. Magánkiadás Bp., Orv. Htl. Könyvismert. 131. 1990. 2. 18. 386.
- 8 Buda B., Füredi J., i. m. 19.
- 9 Böszörményi E.: i. m. 387.
- 10 Gorgos C.: *Vademecum in psichiatrie.* Ed. Med. Buc. 1985. 47.
- 11 Buda B., Füredi J.: i. m. 20.
- 12 Ticudean M.: *Dictionar de sinucideri.* Apostrof. 1992. 2. 4-5. 25.
- 13 *Az öngyilkosság-megelőzés és krízisintervenció (2. Nemzetközi Kongresszus, 1983. okt. 2.-5. Caraballeda, Caracas).* Orv. Htl. 1984. 125. 899-901.
- 14 Flamand V.: i. m. 2.
- 15 Gorgos C.: uo.
- 16 *Az öngyilkosság empirikus kutatásának első európai szimpóziuma.* (München 1986. márc. 19-22.) Orv. Htl. 1986. 127. 1273-1274.
- 17 Marzuk P. M. et col.: *AIDS and Suicid - JAMA.* 1988. 259. 1369.
- 18 Stiefel E.: et col.: *Suizid und Cancer.* Schweiz. med. Wschr. 1989. 119. 891.
- 19 Flamand V.: uo.
- 20 Böhme K., Lungershausen E.: *Suizid und Depression im Alter.* 1988. S. Roderer Verlag. Regensburg. Orv. Htl. Könyvismert. 1990. 131. 2. 18. 386.
- 21 Paul I.: *Privatizarea sinuciderii.* Expres Magazin. 49. 1833. 5 dec. 1992.

- 22 Buda B., Füredi J.: i. m. 23.
 23 Athanasiu A.: *Elemente de psihologie medicală*. Ed. Med. Buc. 1983. 125.
 24 Buda B., Füredi J.: i. m. 30.
 25 Flamand V.: uo.
 26 Ozsváth K.: i. m. 2567.
 27 Bánki M. Cs.: *Vannak-e az öngyilkosság hajlamnak biológiai tényezői?* Orv. Htl. 1983. 124. 50. 3045-3053.
 28 Czeizel E.: *Az öngyilkosság hajlam genetikai elemzése ikrekben*. Levelek a szerkesztőhöz. Orv. Htl. 1984. 125. 15. 918.
 29 Ozsváth K.: i. m. 2566. 2568-2569.
 30 Erdő J.: *Teológiai tanulmányok*. Az Unitárius Egyház kiadása. Kolozsvár. 1986. 211.
 31 Hárdi I.: *Pszichológia a betegágyánál*. Medicina Könyvkiadó. Bp. 1972. 79. 82.
 32 Füredi J.: *A rózsátó is ideges*. Magvető kiadás. Bp. 1989. 44-45.
 33 Ayers T. D.: *A laikus segítség dimenziói és jellegzetességei*. Am. J. Ortopsy-chiatry. 1989. 59. 215. Orv. Htl. Folyóiratref. 1990. 131. 15. 832.

Dr. Virágh Enikő

A MAGZATI ÉLET VÉDELME

Emlékezzünk: 1995-ben lesz 130 éve annak, hogy "az anyák megmentője", Semmelweis elköltözött az élők sorából. Ezek az évfordulók nemcsak nagyjaink munkásságára emlékeztetnek, de arra is, mennyire más a ma orvostudománya, mennyit változtak lehetőségeink, problémáink, sőt, feladataink is. Ma már világosan látható, hogy a 20. század első fele a halál és a halálos betegségek elleni rendkívüli eredményes küzdelem jegyében zajlott le, második felének orvostörténetére azonban egyre inkább az élet keletkezésével, az emberi reprodukcióval kapcsolatos problémák válnak jellemzővé. Rendkívüli feladat és felelősség az emberiség egyik legnagyobb problémájának, a szaporodás szabályozásának a megoldása is, hiszen a családtervezés egyéni, társadalmi és egészségügyi jelentősége hallatlanul nagy.

A gyermek a nő élethivatásának beteljesülése és szervesen hozzátartozik a házaseset boldogságához. Az utódok nemzése, világrahozatala és felnevelése mindig az egyik legnemesebb emberi tevékenység volt és beláthatatlan időnkig az is marad. Korunkban ezek az alapigazságok mindössze annyiban módosultak, hogy ma már számos olyan korszerű lehetőség birtokában vagyunk, amellyel a gyermekáldás bekövetkezését - a szexuális élet teljes zavartalansága mellett - szabályozhatjuk; tehát kiküszöbölhetjük annak véletlenszerű, elemi erőként ható jellegét. Minden ivarérett, egészséges nő és férfi szembetalálkozik életének valamely szakaszában a születésszabályozás problémájával, akár annak pozitív (a gyermek vállalása), akár negatív (születéskorlátozás) értelmében.

Az emberi szaporodás mérséklésére irányuló szándék a történelem minden ismert időszakában fellelhető. Megoldására a társadalmi és tudományos fejlődés egyes szakaszaiban a különféle földrajzi, demográfiai, szociális, vallási, erkölcsi, egészségügyi és egyéni tényezők hatása alatt más-más módszereket alkalmaztak. A születésszám befolyásolására használatos módszerek az idők folyamán egyre tökéletesedtek, jelenünkben pedig ugrásszerű fejlődést mutatnak.

Tévedések elkerülése végett először néhány fogalmat kell tisztáznunk.

1. Fogamzásgátlás (contraceptio): minden olyan beavatkozás - akár a férfi, akár a nő, akár mindkettő részéről -, amelynek az a célja, hogy életképes concep-