

Az öngyilkosság rizikófaktorai, protektív tényezők, a preszuicidális szindróma és a „cry for help”

Az öngyilkosság komplex jelenségekörében is találhatunk körvonalazható, „kézzelfogható” tényezőket, amelyek segítségével felismerhető az öngyilkosság kockázata, és olyan tényezőket, amelyek „védelmet” nyújthatnak az öngyilkossággal szemben.

Rizikófaktorok és protektív tényezők

Az öngyilkossági rizikófaktorok előrejelző értéke nagyon különböző. Azonban minél több rizikófaktorral találunk, annál nagyobb a veszélye az öngyilkosság előfordulásának az egyénben. A befejezett öngyilkosságot elkövetők 60-75%-a férfi és közel kétharmaduk kezeletlen depresszió során követi el tettét, de csupán az a tény, hogy valaki férfi, csak igen kis mértékben fokozza a szuicidum rizikóját, a kezeletlen depresszió viszonyt 50-100 szorosra növeli azt.

Rihmer (1996) a szuicid rizikófaktorokat hierarchikusan osztályozta:

1. Elsődleges rizikófaktorok

- pszichiátriai betegség
 - affektív betegségek
 - bipoláris II > bipoláris I > unipoláris major depresszió
 - mánia (pszichotikus illetve diszfóriás tünettan)
 - szkizofrénia
 - alkohol/ gyógyszer abúzus (dependencia)
- megelőző öngyilkossági kísérlet/ szuicidum a családban
- az öngyilkossági szándék/ halálvágy kommunikációja
- csökkent központi idegrendszeri szerotoninaktivitás
- alacsony/ csökkent szérumkoleszterin

Az elsődleges öngyilkossági rizikófaktorok közös jellemzője, hogy normális körülmények között nincsenek jelen és (kivétel a szérum-koleszterinszint) jól körvonalazható időintervallumhoz kötöttek. Az adott egyénre aktuálisan jellemzők, és az egészségügyi ellátás keretében befolyásolhatók.

Az utóbbi évtizedekben végzett vizsgálatok adatai szerint az alacsony, vagy az orvosi beavatkozással csökkentett szérumkoleszterin növeli a szuicidum és a szuicid kísérletek kockázatát. Ez minden bizonnyal az alacsony koleszterinszint mellett csökkent szerotonin-szintézissel függ össze.

Számos közvetlenül az életet fenyegető vagy az élet minőségét döntő mértékben befolyásoló betegséget elemezhetünk szuicidológiai aspektusból. Ezek:

1. nagy letalitású betegségek (malignus lefolyású kórképek)
2. súlyos vagy tartós szenvedéssel járó állapotok, krónikus fájdalmak (trigeminusz-neuralgia)
3. szorongással, félelemmel járó kórképek (depresszió, pánik állapot, karcinofóbia, hipochondria...)
4. énképet vagy testképet befolyásoló kórképek (csonkoló műtétek, látásvesztés...) /Temesváry 1996/5/

Farberow (1981) vizsgálata alapján a nagy letalitású betegségek-, és a tartós szenvedéssel járó kórképek esetén közös paramétereket talált, amelyek jellemzőek az öngyilkosságot elkövetett személyre:

1. átlagéletkor a többi szuicid beteghez viszonyítva alacsonyabb
2. betegségük legtöbbször hematológiai vagy nyirokrendszeri kórkép
2. szuicidum módszere drasztikusnak minősül. Szinte valamennyi beteg részesül farmakoterápiában, mégsem gyógyszerrel követik el tettüket.

3. nehezen viselik a betegségükkel járó fájdalmakat, kifejezett depressziós tünetek figyelhetők meg
4. az említett tényezőkhez egyéb járulékos faktorok is társulnak: anyagi nehézség, házassági problémák, stb. /Temesváry 1996/5/

2. Másodlagos rizikófaktorok

- kora gyermekkori veszteségek (szülő halála, válás...)
- izoláció
- munkanélküliség, komoly anyagi problémák
- súlyos negatív életesemények
- dohányzás

Ideális esetben nincsenek jelen, de sajnos gyakran velejárói a mindennapi életnek. Csak statisztikailag érvényesek, és csak korlátozott mértékben befolyásolhatók az egészségügy keretein belül. A dohányzás gyakran társul a depresszióval, szkizofréniával, alkoholizmussal.

3. Harmadlagos rizikófaktorok

- férfi nem
- adolescens (serdülő-) korosztály, időskorú nők
- vulnerábilis periódusok (tavasz, premenstruum, a nap első harmada)

Statisztikailag gyakran észlelhetők öngyilkosoknál a rizikófaktorok harmadik csoportjának egyes tagjai. A mindennapi élet velejárói, nem elkerülhetők, nem változtathatók. Prediktív értékük az elsődleges-, és másodlagos rizikófaktorok hiányában igen csekély, de azok jelenléte esetén rendkívül nagy. /Füredi 1998./

A fent említett öngyilkossági rizikófaktorokkal szemben csupán néhány olyan tényezőt ismerünk, amelyek védelmet nyújtanának a szuicid cselekedetek ellen. **Buda és Füredi** (1986) talált néhány olyan tényezőt, melyek fennállta esetén a szuicidum esélye az átlagosnál kisebb, ezek a: - jó szociális és családi háttér

- terhesség, a szülést követő első év
- nagyobb gyermekszám
- gyakorló (nem formális) vallásosság

Az aktuálisan fennálló pszichiátriai betegség és a megelőző kísérlet tekinthető az öngyilkosság legerősebb prediktorának. Ennek oka, hogy bár az öngyilkosok kétharmada felkeresi ugyan háziorvosát vagy pszichiáterét élete utolsó hónapjában, csak kevesen közlik konkrétan öngyilkossági szándékukat, illetve burkolt, indirekt módon teszik azt. Bizonyos betegségek fennállása nagy szuicid kockázattal bír.

Összefoglaló elemzések szerint a szuicidek több, mint 90%-a ún. nagy pszichiátriai betegségben szenved (DSM-IV I. tengely), a személyiségzavar önmagában alig fordul elő. /Füredi 1998./ Klinikai szempontból az elemzések azt jelentik, hogy például a depresszió önmagában nem elég az önpusztításhoz, hanem az impulzuskontroll elégtelensége, valamint egyéb pszichoszociális rizikófaktorok egyidejű fennállása is szükséges.

Preszuicidális szindróma

Ahhoz, hogy az öngyilkosságot bizonyos szinten megértsük, elengedhetetlen az öngyilkosságot megelőző állapot ismerete, elemzése, hipotézise, magyarázata. Gyakorlatilag a prevenció szempontjából fontos és természetesen az öngyilkosságot megkísérelt vagy elkövetett ember megértésére irányul.

A megismerés kiindulópontot ad az egyénnel való terápia kiindulópontjához, a traumatizációs ok megtalálásához és feloldásához. Maga az öngyilkosság a személyiség feszültségeinek egyfajta meghatározott kifutási útja, **Sherington** elvét idézve, egyfajta „final common pathway”.

Maga a preszuicidális szindróma elnevezése egy nemrég elhunyt osztrák kutató, Erwin **Ringel** nevéhez fűződik. Ringel 1949-es közleményében irányította rá a figyelmet egy sajátos lelkiállapatra, amely rendszerint megelőzi az öngyilkosságot. Hétszáznegyvenöt öngyilkosságot megkísérelt személy és öngyilkosságot elkövetett személy lélektani elemzése és sok kollektív tapasztalat összegzése nyomán jött létre e magyarázat.

Ringel a preszuicidális szindrómát három fő jellegzetesség köré csoportosította. A három lényegi jegyet öngyilkossági-triásként is szokták nevezni:

1. fokozódó beszűkülés: - szituatív (személyes lehetőségek)
- dinamikus
2. az agresszivitás gátlása (gátolt és saját személyre irányított agresszió)
3. menekülés a fantáziavilágba /Buda 1987./

1. Beszűkülés: az egyéni lehetőségek beszűkülése a személy magatartásának eredménye, vagyis intrapszichés érzékelésből ered. Ez feltételezi a pszichés struktúra károsodását, és így a szituatív beszűkülés, társulva a dinamikus beszűküléssel, az öngyilkosság felé tereli az egyént.

- a. **Szituatív beszűkülés:** a lehetőségek, melyek a párkapcsolatra, egzisztenciára és a szórakozásra vonatkoznak, leszűkülnek. Az egyén már nem tervezget, nem foglalkozik a jövőjével, nem érdekli, hogy mi fog történni vele. A szituatív beszűkülés két szempontból differenciálható: vagy külső, vagy belső tényezők hozhatják létre. Tehát származhat a külvilágból, illetve az intrapszichés érzékelésből is a beszűkülés. A külső irányból kezdődő beszűkülés önmagában nem képes öngyilkosságot kiváltani, hiszen legfőbb jellemzője a döntésképtelenség. Az átélt, belső beszűkülés esetében viszont az egyén személyiségstruktúrája sérült és valószínűleg dinamikus beszűkülés is társul hozzá. **Ringel** hangsúlyozza, hogy csak akkor kerülhet sor az öngyilkosságra, ha a legnagyobb kétségbeesésben, sőt kényszerű átélésben az öngyilkosság előtti szindróma tényezői egymást megerősítik, és ezáltal circulus vitiosus módjára önpusztító erőként lépnek fel.
- b. **Dinamikus beszűkülés:** a dinamikus jelző utalás a személyiség dinamikája, azaz az észlelés, gondolkodása, viselkedése, érzelmei, csak egy irányba tudnak működni, fejlődni, míg a többi irányba elnyomórodtak. A személyiség érdeklődései és motivációi a külvilág felé csökkennek, és szűkebb mederben, merevebb formában nyilvánulnak meg. Gyakran a spontaneitás elvesztését, passzív viselkedést és gátoltságot jelent az egyén külső megnyilvánulásaiban.

Ringel szerint a beszűkülés a pszichológiai jegyekben mutatkozhat:

- a) az appercepció és asszociációk merev lefutása
az egyénnél az észlelés és az asszociációs mód merev lefutásává válik, ezáltal torzítva észleli a világot. Olyan érzése támad, mintha minden esemény ok-okozati viszonyban állna egymással. Egy egyoldalú gondolkodási forma válik uralkodóvá.
- b) rögzült magatartássémák ismétlődése
a viselkedési mintái rögzülnek, melynek során a reakcióképesség és a reakció lehetősége csökken. A merev viselkedési minták feltételes reflexszerű lefutást eredményeznek.

c) affektív (érzelmi) beszűkülés

az affektív minta eluralja a magatartást, így az affektív tapadási tendencia miatt az egyén képtelen érzelmi beállítódásán változtatni. Az időtényező értékét veszti. Az ember a saját hangulatának áldozatává válik. Növekszik a belső bizonytalanság, szorongás és a depresszió előfordulása.

d) elhárító mechanizmusok beszűkülése, ezek között az agresszív indulatot visszatartó és befelé fordító pszichés mechanizmus túlsúlyra kerülése

Ringel fontosnak tartja az elhárító mechanizmusok számának redukcióját is. A fokozatos visszavonulással egyre inkább fogy azoknak a személyeknek a száma, akik felé a konfliktusokból származó feszültségeit lereagálhatja, így marad a saját én. A védekezés akkor válik veszélyessé, amikor egy-egy elhárítási mód, különösen az agresszió önmaga ellen való fordítása válik uralkodóvá. Ringel különösen az elfojtás, konverzió és az agresszió-visszafordítás mechanizmusát emeli ki. Ha ezen mechanizmusok dominálnak (és nem a regresszió, projekció és identifikáció), az az öngyilkosság veszélyének növekedését jelenti.

e) az emberi kapcsolatok beszűkülése

amelynek során a személyiség ezeket a kapcsolatokat magában leértékeli, redukálja, súlyosabb esetben az izolálódásig menően az egyéni értékvilág beszűkülése, vagyis a személyiség a számára korábban értékes és kíváncsi dolgok iránt már nem érez vonzódást, azok nem keltik fel érdeklődését. A meglévő kötődések értéküket veszítik. Az értékszféra szigorú korlátok közé kényszerül.

2. Az öngyilkossági triász második lényegi jegye az agresszivitás gátlódása.

Az agresszív indulat nem tud megnyilvánulni, ugyanakkor a személyiség igen sok frusztrációt szenved, amely nyomán indulati feszültsége nő és ezt a feszültséget a saját személye ellen irányítja. Ez egy sajátos személyiségstruktúrától függ, amelyet különösen szigorú felettes én jellemez. Ugyanakkor nem független pszichés állapotoktól, például depressziótól, a hiányzó emberi kapcsolatoktól, izolációtól, amely szintén kevés lehetőséget ad az agresszió levezetésére.

A gátló mechanizmusok működése mellett az agresszió levezetődésének nincs módja, mert:

- a) az öngyilkosság előtti állapotban a személyiség általában önmagára haragszik, önmagával elégedetlen, mert az adott életproblémáját előidézte, vagy nem tudja megoldani, különféle tulajdonságai, egyéni sajátosságai vagy hibái miatt
- b) a frusztrációkat az egyén ambivalens kapcsolatban szenved el, ilyenkor a másik iránti szeretet és vágy megakadályozza, hogy az agresszió felé irányuljon, holott a frusztrációt ő okozza (ilyen, pl. a szenvedélyes szerelmi csalódás, vagy a családtagokkal való viszály stb.)
- c) nincs olyan személy, aki az agresszív indulatoknak a tárgya lehetne, vagy a személyiség elszigeteltsége miatt, vagy pedig azért, mert az elszenvedett sérelem természete olyan (pl. a régi japán kultúrában - engedélyezett halált jelentett a gazdasági csőd, erkölcsi lehetetlenülés - szégyen érzete traumatizációja és ennek kivédése ily módon, gyógyíthatatlan betegség, megnyomorodás stb.)

Az agresszió gátlódása több tényezőre vezethető vissza:

1. specifikus személyiségstruktúra, melyet a merev és szigorú felettes-én jellemez, képtelen lereagálni az agressziót, így folyamatos nyomás alatt állnak
2. pszichés betegségek, melyek a testi és lelki szférában hozhatnak létre gátoltságot
3. hiányoznak az emberi kapcsolatok, így az agressziót a másik felé sem képes lereagálni
4. a felfokozott civilizációs körülmények, melyek nem engedik, hogy az egyén az agresszióját normális körülmények között levezesse

3. A harmadik lényegi jegy Ringel felfogásában önmegsemmisítő fantáziák megjelenése.

E fantáziák lehetnek aktívak, azaz szándékosak, és passzívak, az egyén akarata ellenére valók. Ezeket egymással való összefüggésében kell értelmezni és figyelni rájuk. /Bakó 1992/

A fantáziába való menekülés jelenségében is szerepet játszik a beszűkülés dinamikája, a külvilágtól elvont pszichés energiák ugyanis a fantáziavilágot szállják meg, fantáziában az öngyilkosság előtt álló személyiség érzékletes, képi módon foglalkozik problémáival, elképzei azoknak kedvező kimenetelét (vágyfantáziák), de képzeletbeli kifejtést ad befelé forduló agresszív indulati impulzusainak is, képzeletében megbünteti az őt meghiúsító személyeket. Itt érik be az öngyilkosság gondolata és terve is. Az egyén elképzei halálát, látja magát a ravatalon, látja síró hozzátartozóit stb.. A fantázia tevékenység során mind erősebb lesz benne az öngyilkosságra vonatkozó képzetcsoporthoz, ez egyre több indulati energiát köt meg benne. Ezt az indulati energiát gyűjtja be a kiváltó élmény, egy újabb valós vagy szimbolikus frusztráció. Így a terv cselekvéssé érik, közben lezajlik a segítségkérő jelzés releváns személyek felé, akiknek elutasítása végül betetőzi a helyzetet.

A fantáziában jól megmutatkozik az élethez kötő és eltávolító pszichés erők küzdelme, mely lényegében létrehozza a „cry for help” jelenséget, a megkapaszkodás utolsó próbáját.

"Cry for help"

Hasonlóan, mint Ringel preszuicidális szindróma koncepciójához -amely az öngyilkosság előtti lelkiállapot pszichodinamikáját rajzolta meg-, Farberow és Shneidman felismerte és leírta a cry for help jelenséget, mint az öngyilkossági szándék kinyilvánulásának módozatát.

Az öngyilkossági motivációk soha nem egyértelműek, hanem lehetnek ellentmondásosak, ambivalensek. A menekülésben nem az élet értékének megtagadása a lényeg, hanem az, hogy ez a legfőbb érték bizonyosan elvesz, megtarthatatlan. Így az egyén saját kezébe veszi sorsát és lerövidíti szenvedéseit.

Annak ellenére, hogy az illető elveszti a reményt, hogy a kilátástalan élethelyzete mégiscsak jobbra fordulhat, az utolsó szakaszban általában felcsillan egy fénysugár, hogy az életét a személyiségének megfelelő szintjén folytassa.

Megmutatkozhat ilyenkor az életerő, a küzdeni vágyás és a segélykérés, vagy egy segélykiáltás, mely a másik eshetősége, hogy a szenvedés már elviselhetetlen. Ez a segélykiáltás egy utolsó kétségbeesett kísérlet arra, hogy az őt halálba kergető problémát rendezze, szenvedését enyhítse. /Buda 1987./

A közlés kettős célú: egyrészt figyelmeztet, hogy baj van, másrészt a környezetétől kér segítséget, hogy az elviselhetetlen helyzet megváltozzon, és cselekvésre bírja azt, akinek a közlés szól. /Bakó 1992./

Az öngyilkosságra készülő ember valakit rendszerint értesít szándékáról, közli a környezetével szándékát. Ez a közlés ritkán direkt és felszólító jellegű, rendszerint szimbolikus formában, ajánlkozás vagy ráutalásos kommunikáció. Nem mindig egyértelmű és világos a szándék közlése, sokszor kódolt formában, csak utólag érthető meg. Erre József Attila példáját hozhatnánk, akit az öngyilkossága előtti napon több író társa autóval meglátogatott, az akkor már zaklatott költő könyörgött nekik, vigyék magukkal Budapestre. A válaszuk az volt, hogy nincs hely az autóban már egy kutya sem férne el.

Rendszerint a segélykérésre érkezett elutasító válasz adja az utolsó lökést az önpusztító tethez. Gyakori eset az is mikor az öngyilkosságra készülő ember valakit értesít a szándékáról, és közlésében az a vágy rejlik, hogy az illető próbálja őt visszatartani, próbálja megmenteni a végzetes lépéstől. Többnyire az a személy kap az öngyilkosságra készülő embertől ilyenfajta információt, aki a legfontosabb kapcsolati partnere, gyakran az, akinek eltávolodása vagy sértő viselkedése éppen az öngyilkosság aktuális oka.

Ringel úgy gondolja, hogy abban a családban, ahol az öngyilkosság szempontjából családi halmozódást találunk, ott a legközelebbi öngyilkosnál a szuggesztív komponensek döntő szerepet játszanak. Ilyenkor az öngyilkosság, mint lehetséges cselekvési forma rögződhet az egyén tudatában.

Sokszor előfordul azonban, hogy az öngyilkossági szándékot éppen a kéznél levő, a legkönnyebben elérhető, és a várhatóan leginkább segítően reagáló személy számára jelzik. Annál az embernél, akit a környezete kitaszított, valószínű, hogy a környezet az öngyilkossági jelzést sem fogja fel, vagy pedig nem veszi komolyan. Az esetek többségében a szándék közlését elhárítják, és ez az öngyilkossági cselekmény közvetlen kiváltó mechanizmusa. Az ember az elutasításban megerősítést lát tettének elkövetésére.

Az érzelmi viszonyulás lehet: - közömbös

- egyetértő, tehát kívánja az egyén halálát
- szomorú

Az öngyilkossági cselekményt megelőző gyermekes-regresszív lelkiállapot különösen alkalmas arra, hogy szélsőséges következtetésekhez vezessen. A nyílt és rejtettebb segítségkérő kommunikáció tartalmát és formáját az öngyilkos személyisége, életkora, kultúrköre, az élethelyzet és a környezet fogékonysága határozza meg.

A veszélyre csak közvetett módon utaló jelek lehetnek a menekülési fantáziák megnyilvánulása: - „el-menni valahová messzire”, „el egy lakatlan szigetre”, „eltűnni a világ elől, akár egy kis időre vagy örökre”.

Ilyen rejtett üzenetek jelenhetnek meg a viselkedés szintjén is. Változás áll be a megjelenésben, a szokásokban, a felerősödő kockázatkeresésben, a hangsúlyossá váló szenvedélyekben. A kudarcok halmozódása, a fokozódó baleseti hajlam, az élettől való búcsúzkodás, a végrendelkezés, a javak szétsztoogatása mellett a beszédben megjelenő tagadószerkezet („nekem soha semmi nem sikerül”), a gyász, a haláltéma előtérbe kerülése, beszűkülés a veszteségre, a hiányra. A reményvesztettség, kiútatlanság megfogalmazása hívhatja fel figyelmünket a veszélyre.

Ha a fent említett jelenségek a lehangoltság és a szorongás jegyeivel párosulnak, különösen fontossá teszik ezeket a jelzéseket. Fokozzák a pszichoszomatikus megbetegedések. Ez a jelenség a preszuicidális szindróma talaján következik be. Nagyon fontos arra odafigyelni, ha ezek a tünetek, szokások, szorongások, reményvesztettség érzése hosszabb ideig fennáll és hirtelen minden kiváltó ok nélkül javulás, kedélyállapot változás lép fel, abban az időszakban követi el az illető az öngyilkosságot.

Erre az időszakra általában kész van a terv, a tett elkövetéséhez, látja a kiutat a szenvedéséből. Ekkor az egyén úgy érezheti, hogy megszabadulhat minden problémájától, szenvedésétől és ez könnyedséggel tölti el. Ezáltal lesz jobb a hangulata, úgy érzi, hogy az út végéhez ért, nem kell többet szenvednie.

Az öngyilkosságot előzőleg már megkísérelt ember azért veszélyeztetettebb, mint az az ember, aki még nem követett el öngyilkossági kísérletet, mert kialakul benne az öngyilkossággal kapcsolatos motivációs és képzetstruktúra, létrejön a személyiségében az öngyilkossági cselekedet „probléma-megoldási modellje”.

Mindenki, aki felismeri a cry for help szindrómát, az kellő empátiával fordul a másikhoz. Néha szinte jelentéktelen dolgokkal ki lehet mozdítani az illetőt a regresszióból. Azok az emberek, akik bajban vannak, mindig érzékenyebben figyelnek oda a másikra, hamar észreveszik a segítő szándékunkat, így megkapaszkodási felületet tudunk biztosítani, és ami a legfontosabb, időt nyerünk. Az időnyeréssel tudunk segíteni abban is, hogy átértékelje helyzetét, konfliktusát rendezze, akár segítséggel. Nem véletlenül mondják, hogy az öngyilkosság mindig egy elmulasztott vagy elrontott kommunikáció következménye.

Felhasznált irodalom

Bakó Tihamér: Titkok nélkül, Lélektani vizsgálódások az öngyilkosságról. Cserépfalvi K., Bp., 1992.

Buda Béla-Füredi János: Az öngyilkosság pszichés háttere. Medicina Könyvkiadó, Bp., 1987.

Füredi János: A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Könyvkiadó Bp., 1998.

Temesváry Beáta: Baleset vagy szuicidum. Személyiségbetegségek 1995/5 357-363 o.

Szögedi Dalma: Az öngyilkosságot megelőző állapot felismerése, kiemelve a serdülő- és ifjúkori öngyilkossági kísérlet jelentőségét. Műhelymunka. Debreceni Egyetem, 2003.