

ÖNIMÁDAT ÉS ÖNPUSZTÍTÁS

Az öngyilkosság jelensége egyidős az emberiséggel. Az ember az egyetlen élőlény, amely képes arra, hogy saját elhatározásából bármikor véget vethet életének. Talán nincs is olyan ember, akinek élete válságos pillanataiban ne jutott volna eszébe, hogy mindenből elege van, és a legegyszerűbb lenne kilépni a megoldhatatlannak tűnő helyzetből. Ennek ellenére az öngyilkosság csak a törpe kisebbség probléma-megoldó eszköze maradt, az emberek többsége a súlyos válságból is talál valamilyen kiutat a helyzet megváltoztatásával vagy a megváltoztathatatlan elviselésével. A klinikai tapasztalat szerint az öngyilkosok életproblémái semmiben sem különböznek azokétól, akik ugyanezen okokból, hasonló helyzetben nem követnek el öngyilkosságot. Az életben maradóknak vagy a környezet által feltételezett kiváltó okok között naponta szerelmi csatlódás, erkölcsi vagy anyagi veszteség, testi vagy lelki betegség, bűntudat, felelősség előli menekülés stb. Ezt tükrözik a búcsúlevelek is. Úgy tűnik, hogy az öngyilkos személyiségében kell valamilyen tényezőnek lenni, amely hajlamossá teszi az önpusztításra, vagy hiányzik belőle valami, ami meggátolja, hogy kivégezze magát.

Az öngyilkossági statisztikák számos szabályszerűséget tükröznek. Az adatok viszonylag állandók, noha az egyes országok átlagértékei vagy egyes földrajzi területek statisztikai indexei jelentősen eltérhetnek egymástól. Az öngyilkosságok regisztrálása óta a közép- és észak-európai országok öngyilkos indexei a legmagasabbak. Ezek az indexek

az évszázad folyamán lassan emelkednek, ez az emelkedés a második világháború után is tart - Anglia és Görögország kivételével, ahol csökkenést figyeltek meg. Magyarország mindig a magas öngyilkos-halálozású országok közé tartozott, a 100 ezer lakosra vonatkoztatott index 20 felett volt. Az utóbbi három évtizedben az országos átlag évről évre emelkedik, és a nyolcvanas évek közepén a 45 százaléket is meghaladta. A közreadott öngyilkossági adatok között ez egyedülálló emelkedés. A nemzetközi összehasonlítás pontossága az öngyilkos halál megállapításának módjától is függ. Hazánkban ezek az adatok megbízhatóak. Talán nem is a nemzetközi ranglistán elfoglalt első helyünk az aggasztó, hanem az országon belül egységes azonosítási eljárással regisztrált több mint két és félszeres emelkedés: az utóbbi években közel ötezer ember végzi ki magát, noha a keringési betegségek, daganatok és balesetek okozta halállok rangsorban hasonlóan magas, negyedik helyet foglaljuk el. Az öngyilkosságokról készült statisztikák az egyes egyénről keveset árulnak el, a statisztikai modalitások alapján azonban az öngyilkosság kockázatára következtethetünk. Így leírható:

- az öngyilkosság inkább a férfiakra jellemző, bár a korábban általános 70:30 százalékos férfi-nő arány az utóbbi évtizedben - főleg a városokban - közelít egymáshoz;

- az öngyilkosság kimenetele az életkorral arányosan egyre kedvezőtlenebb, viszonylag több idős ember követ el öngyilkosságot, mint fiatal, abszolút számban azonban a legtöbb öngyilkos középkorú férfi;

- az öngyilkosok között viszonylag több az egyedül élő, izolált élethelyzetű egyén, noha abszolút számban a házas férfiak követnek el több öngyilkosságot;

- az öngyilkosok között a lakosságbeli arányukhoz viszonyítva kevesebb a magasabb iskolai végzettségű, a szellemi foglalkozású, a legtöbb öngyilkos az alacsony műveltségű, szakképzetlen munkások közül kerül ki;

- nagyobb a kockázata annak, aki valamilyen testi vagy lelki betegségben, fogyatkozásban szenved, közöttük is kiemelten veszélyeztetettek az iszákosok, gyógyszer- és kábítószer-élvezők, elmebetegek;

- az öngyilkosság általában városi jelenség, hazánkban azonban az utóbbi évtizedekben a falusi lakosok követnek el gyakrabban öngyilkosságot.

Durkheim öngyilkosságról írt klasszikus könyve óta ismert, hogy a társadalom integráltsági foka és az öngyilkosságok alakulása között kapcsolat van, a társadalom anomias állapota több öngyilkossággal jár együtt. Ezek az összefüggések azonban közvetett módon érvényesülnek, indirekt módon hatnak, mint az egyes életesemények: a társadalom egy adott szakaszában bizonyos számú egyed azonos módon reagál az élet nehézségeire. Amikor a társadalmi változások és a terhelő életesemények célszerűbb, bonyolultabb alkalmazkodást kívánnak meg az egyénektől, több olyan ember is válságba kerülhet, akik a korábbi körülményekhez még drámai következmények nélkül tudtak alkalmazkodni. Az öngyilkosságok hazai emelkedéséből nem következtethetünk arra, hogy az egyes emberek életképessége csökkent, inkább azt feltételezhetjük, hogy a modern társadalom terhelésének fokozódása az adott teherbíró képességű populációból egyre többet sodor válsághelyzetbe. Ez sem egyértelmű feltételezés, mert statisztikai tény, hogy a háborúk idején, légerekben lényegesen kevesebb az öngyilkosság, mint a konszolidált békeidőkben.

A magyar öngyilkossági statisztika régóta sajátos megoszlást követ: az ország déli és délkeleti megyéiben mindig magasabb volt az öngyilkos halálozás az országos átlagnál, miközben a nyugati és északi megyékben alacsonyabb. Az elmúlt évtizedekben minden megyében emelkedtek az öngyilkosságot kifejező mutatók, de ez az eloszlás megmaradt, miközben je-

lentős társadalmi változások mentek végbe, kifejezett társadalmi mobilitással. Ez arra utal, hogy az öngyilkos cselekményekben közösségi és kulturális minták, hagyományok is érvényesülnek, egy-egy adott területen a szokásos problémamegoldások módjai szociálisan átörökítődnek. Más országokban is ismeretesek ilyen területi, földrajzi különbségek a vonatkozó statisztikákban.

Az öngyilkos-halálozás emelkedése nem egyedülálló, ugyanebben az időszakban jelentősen nőtt az infarktusz, daganat és baleset előidézte halálozási arány is. A férfiak túlsúlya itt is érvényes, de az emelkedés mindkét nemre jellemző, és bizonyos kiegyenlítődési tendencia is megfigyelhető. Az öngyilkos cselekményekkel együtt a társadalmi beilleszkedési zavarok egyéb formái is halmozódnak, egyre több az iszákos, a mentális beteg, és az erőszakos bűnözés is szaporodik. Az öngyilkosság nem izolált jelensége mai társadalmi életünknek.

Mindezideig az öngyilkosságra vonatkozó statisztikai szabályszerűségekről volt szó, mert ezekről rendelkezünk adatokkal. Az öngyilkosságot megkísérlők jelentős része azonban nem hal meg, különböző okok folytán a cselekmény nem vezet halálhoz. Ebben az esetben öngyilkossági kísérletről van szó. A szakirodalom sokáig élesen elkülönítette a két jelenséget, pedig csak egyetlen biztos ismerv áll rendelkezésre: a kimenetel. Ezt a különbségtevést fejezi ki a latin elnevezés is: suicidium (öngyilkosság) és az angolszász szakirodalomból származó: parasuicidium (öngyilkossági kísérlet). A két jelenség között azonban erős átfedés van. Ugyancsak statisztikai adatok bizonyítják, hogy az öngyilkossági kísérletek ismétlődnek, és a kísérletezők 15 százaléka öngyilkossággal végzi életét. Az öngyilkos halottak hozzátartozóinak közlése alapján korábban egyharmadnak, az

utóbbi hazai vizsgálatok szerint közel felének megelőzően volt már egy vagy több öngyilkossági kísérlete. Az öngyilkossági kísérlet a nők és a fiatalok között gyakoribb.

A tett kísérlet arányt a szakirodalom 1:10-re becsüli. Hazánkban az utóbbi évtizedben hivatalos adatok a kísérletezőkről nem állnak rendelkezésre. A társadalmi beilleszkedési zavarok kutatásának keretében Baranya megyében 1984-től regisztrálásra kerülnek az egészségügyi szolgálattal kapcsolatba kerülő öngyilkosok, így e megyére már vannak adataink. E szerint a Tett, kísérlet arány 1:5,3, férfiak esetében 2,9, nők esetében 11,4. Ezek az átlagértékek az életkorral szélsőségesen változnak: a tizenéves leányok között közel negyvenszeres, az idős férfiak között egyenél kisebb az arány-

A nemzetközi statisztikák arra utalnak, hogy az öngyilkossági kísérletek a legtöbb országban szaporodnak, azokban is, ahol az öngyilkos-halálozás nem változik vagy csökken. Úgy tűnik, hogy minden történelmi időszaknak van valamilyen olyan előtérben álló jelensége, ami a társadalmi terhelések és az egyéni teherbíróképesség közötti aránytalanság kifejeződése. A középkorban az ámokfutás és a rángógörcs, a századfordulón a hisztériás nagyroham és a konverziók, az első világháború után a rázó-remegés (idegsokk), a második után a szervneurózisok, vegetatív idegrendszeri tünetcsoportok szaporodtak meg, a jelenkor típusos reakciója az önpusztítás. Ennek legdrámaibb formája az öngyilkosság, de szaporodnak az egyéb önsorsrontó magatartás-módok is, mint az alkohol- és gyógyszerfogyasztás és -túlfogyasztás, a dohányzás, az élvezetek halmozása, a kockázatos életmód - amit a halálozási statisztikák jeleznek. Így az öngyilkosság csak egyik és nem is a legtöbb áldozatot szedő modern ártalom, amely önmagában, kiemelve a többi önpusztító mód közül nem is értelmezhető. A hazai deviancia-kutatás abból a feltevésből indult ki, hogy a különböző beilleszkedési zavaroknak közös

gyökerei vannak. A vizsgálatok első eredményei ezt abban alátámasztották, hogy az együttes előfordulásuk sokkal gyakoribb, mint a véletlen egybeesés: az öngyilkosok között sok az iszákos, a büntetett előéletű, az alkoholisták sokkal gyakrabban követnek el bűncselekményt és öngyilkossági kísérletet, mint az átlag vagy a reprezentatív kontrollminta tagjai. Így pl. a lakossági mintában 1 százalék kísérelt meg öngyilkosságot, a vizsgálatba került deviánsok mintájában férfiak között 15 százalék, nők között 30 százalék.

Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet éles határolása helyett inkább öngyilkos magatartásról célszerű beszélni, melybe az öngyilkosság gondolata, a szándék, a fenyegetés, a kísérlet és a tett egyaránt beletartozik, noha ezek nem fokozatai, egymást követő szakaszai e deviáns megnyilvánulás-formának.

A laikus közvélemény és az öngyilkosokkal foglalkozó szakemberek egy része hajlik arra, hogy minden öngyilkost elmebetegnek tekintsen, vagy ha ez a cselekmény látszólagos lelki jólét közepette lép fel, "pillanatnyi elmezavarként" fogja fel. Az öngyilkos magatartás azonban nem betegség, entitás, hanem tünet, sokféle személyiség sokféle problémára adott sokféle reakciója, melyben csak az önpusztítás közös. A szakirodalom is szélsőséges: egyes szerzők az öngyilkosokat mindennapi embereknek tartják, mások minden esetben kóros lelki működést tételeznek fel. Az öngyilkos cselekedet alanyai között a szerzők betegség-értelmezésétől függően néhány százaléktól 80-90 százalékig írnak le pszichiátriai betegeket. A baranyai vizsgálat eddigi eredményei szerint mind az öngyilkosok, mind a kísérletezők között kevés az elmebeteg, alig haladja meg arányuk a népességben való előfordulásukat. Ha viszont az alkoholistákat és egyéb sóvárságban

szenvedőket, a különc, kiegyensúlyozatlan személyeket is a lelki beteg kategóriába soroljuk, akkor valóban magas az ilyen egyének gyakorisága az öngyilkosok között. Az tény, hogy az elmebeteg öngyilkossági kockázata nagyobb, de az is klinikai tapasztalat, hogy nem annyira a kóros elmeműködés, hanem a javulás szakában az elmebeteg miveltra való rádőb-benés, a stigmatizáltság élménye vezet az önpusztításhoz. A depressziós beteg hajlamos az öngyilkosságra, a finomabb elemzés azonban arra utal, hogy a megbetegedés előtti személyiség és a hangulati nyomottság együtt vezet önkezü halálhoz. A különböző önjellemző panaszleltárok és véleményező-skálák egységes öngyilkos személyiséget nem produkáltak ezideig, és a várható öngyilkosság előjelzésére készült vizsgálati eszközök sem válnak be egy-egy személy prognosztizálására. Az öngyilkos kísérletezőkkel foglalkozó klinikusok jól tudják, hogy az adott öngyilkos cselekmény életre való veszélyességéből, a halálraszántáság fokából nem lehet a következő cselekményre következtetni: a banálilis, zsaroló öngyilkossági kísérletet vagy öngyilkossággal való fenyegetődzést halálos tett követhet, de a véletlen folytán túlélő is kikerülhet megerősödve az öngyilkossághoz vezető vál-ságból.

Az utóbbi évtizedben az öngyilkosok idegrendszerében biokémiai eltéréseket mutattak ki. Ezek a vizsgálati eredmények még nem egyértelműek, de azt kétségtelenül bizonyítják, hogy az érzelmi-indulati folyamatok biokémiai anyagcsere-termékeinek eltérése valamilyen diszfunkcióra utal. Ma még nem tudjuk, hogy ez ok vagy következmény, esetleg kísérő-jelenség, a diszfunkció örökletesen meghatározott vagy korán szerzett sérülés következménye, azaz a fejlődés és érés folyamán kívülről megzavart funkciókról van-e szó. Az affektív lelki betegségek biológiai meghatározottságára gyűlnek a bizonyítékok, de ezek ma még nagyon durva indikátorai a lelki

működésnek, noha rendkívül finom és bonyolult eljárásokról van szó.

Az öngyilkosokkal való sok évi foglalkozás és a kutatás végül arra a meggyőződésre vezet, hogy az öngyilkos magatartás a jelenség szintjén nem fejthető meg, ha csak az itt és mostban vizsgáljuk, a kiterjedt statisztikai adatok ellenére misztikum marad. Az egyes egyénekekkel való beszélgetés, az öngyilkosok hozzátartozóitól nyerhető adatok alapján néhány jellegzetesség, néhány közös vonás feltárható, mely közelebb vihet a cselekmény létrejöttének megértéséhez, és ezen keresztül az öngyilkos-túlélő esetleges újabb kísérletének kivédésére. Ezek a jellegzetes emocionális sajátságok egyaránt feltárhatók azoknál is, akiknek életútja lefelé sodródó, de azoknál is, akiknél látszólag sikeres életpálya derekán vagy második félidejében érthetetlen módon jelenik meg az öngyilkos magatartás.

- Az öngyilkosokat hozzátartozóik, a túlélők önmagukat többnyire úgy jellemzik, hogy az átlagnál érzékenyebbek, különösen az önérzeti sérelmeket, kudarcokat viselik el nehezen. Az öngyilkosságot túlélőkkel, illetve a halottak hozzátartozóival készített mélyinterjúk egyöntetűen alátámasztják ezt: a cselekmény közvetlen kiváltó oka gyakran valamilyen csalódás, veszteség, ami azonban önmagában túlnyomórészt szokványos, a veszteségre adott reakció látszik túlméretezettnek, a szokásostól eltérően elhúzódónak, mint a közeli hozzátartozó elvesztése okozta szokatlanul erős gyász, a testi betegség, vagy presztizsvesztés okozta felfokozott kétségbeesés, elértéktelenedés érzése.

- Az interjú mélyebb rétegeket megmozgató szakaszában az is megfogalmazódik, hogy az öngyilkosban a környezete vagy maga az interjút készítő szakember - valamilyen felfokozott

szeretetigényt érez, szüntelen, szinte sóvár vágyakozást az elfogadásra, a sikerre. Szinte arra rendezte be életét, hogy elkerülje a kudarcot, munkáját a perfekcionizmus, követelményeit a maximalizmus jellemzi vagy jellemezte, valamilyen görcsös erőfeszítés, hogy mindenkinek megfeleljen. Ha ez az elfogadás nem úgy következett be, ahogyan vágyta, gyakori annak az érzésnek a jelenléte, ami a mások által való megnemértettség, a másokban való csalódás kifejezése. Ez a szeretet, elfogadás, símogatás-igény egyszerre túlméretezett és egyoldalú: valójában olyan mérvű a mások szeretetére való vágy, amire a másik alig képes, vagy ha egy ideig nyújtani próbálja, rádöbben e vágnak az önző jellegére, melyben a partner számára inkább az eszköz szerep jut, ellenértéket, meleg érzelmeket alig kap viszonzásul. Az öngyilkosban ez nem tudatosul, nem veszi észre, hogy környezeteivel szemben olyan irreális elvárásai vannak, melyekre maga sem képes. A felesége vált vagy ténylegesen hűtlensége öngyilkosságba kergetheti azt a férjet, aki maga számtalanszor megcsalja feleségét. Ez a szeretet-igény nem is a felnőtt emberre, hanem a kisgyermekre jellemző, akinél azonban még a fejlődés természetes velejárója, aki még nem képs arra, hogy a másik ember lelki világába beleélje magát, vagy hogy a másik érzelmeire tekintettel legyen.

- Az öngyilkosok érzelmei szélsőségesek, és a szélsőséges, ellentétes érzelmek, indulatok egymást váltogatva vagy egymás mellett létezve burjánognak, anélkül, hogy felismerné a benne lévő ambivalenciát. A számára fontos személlyel szemben a nagyfokú szeretet és a féktelen düh egyszerre van jelen, emiatt a környezete kiszámíthatatlannak tartja. Ez azonban nemcsak a környezetével szemben nyilvánul meg így, hanem önmagát is ilyen szélsőségesen ítéli meg: időnként mindenkinél többre tartja magát, máskor kisebbrendűségi érzései uralják, amit gyakran a környezete leértékelésével kompenzál,

de az is gyakori, hogy a szeretett társ, foglalkozás túlértékelésével, idealizálásával erősíti önmagát. Kinálkozik az analógia a gyermek, a kisgyermek érzelmi reakcióival való összevetésre, aki még nem tanulta meg a jó és a rossz viszonylagosságát, aki számára csak jó és csak rossz tapasztalata áll rendelkezésére. A fiatalok szerelmi konfliktusaiban a partner idealizálása és a későbbi szükségszerű csalódás is az infantilis viszonyulást példázza.

Amikor a partner visszavonul ebből az önző szeretettel-zsarolásokkal-indulatokkal teli kapcsolatból, valójában nem a társ elvesztése, hanem az önérzeti sérelem az igazi indulat, amit a csalódásból fakadó bosszú is jelez. Ez az agresszív indulat a partnerre irányul, meg akarja büntetni, mint a gyermek, aki eltűnésével fájdalmat akar okozni az őt kedvtelésében akadályozó szülőjének. A mélylélektani felfogás szerint a partner benne kialakult képét pusztítja el önmagával. A szerelemfáltésból fakadó agresszív indulat közös a gyilkosban és az öngyilkosban, és egy további közös saját-
ságra vezethető vissza:

- Nem tudják megfelelően kezelni az indulataikat, nemcsak a szeretetigényükre, hanem a másik ellen irányuló agresszivitásukra is érvényes. Az indulatkezelés megtanulása a kora gyermekkorig nyúlik vissza, a gyermekkel szemben tanúsított bánásmód a felnőttben megjelenhet, mint a negatív indulatok megfelelő kiélésének és feldolgozásának, kezelésének elégtelensége, ahol a torló indulat a másik helyett gyakran és könnyen önmaga ellen fordul, de kialakulhat a féktelen, könnyen, banális okokra kirobbanó düh formájában is.

- Mindezekben közös az önértékelés bizonytalansága, az önértékelés elégtelensége, ami számos nem tudatos kompenzáló lelki mechanizmust tart mozgásban. Sem önmagukról,

sem a velük kapcsolatban lévő emberekről nincs reális képük, ami nagymértékben megnehezíti a másik emberrel való együttműködést. A kooperáció helyett inkább a rivalizálás, a másik lelki világába való beleélés helyén a bizalmatlanság vagy az idealizálás érvényesül. Nem tudnak segítséget kérni és segítséget elfogadni, önszeretetük olyan intenzív, hogy abba a másik önszeretete már nem fér bele. Mégsem veszi észre saját részét a körülötte kialakuló feszültség kiváltásában, ezt a mások felé irányuló kedvezőtlen beállítódásaként éli meg, gyakran az új kapcsolatban már elővételezi ezt a csalódását, sőt, ki is provokálja. Így alakul ki a szinte folyamatos sértődöttség, a magábafordultság, a kapcsolatnélküliség vagy a kapcsolatok sorozatos felbomlása.

Ezek a sajátosságok azonban megtalálhatók az iszákosok, a sóvárák, a bűnözők vizsgálatakor is, többé-kevésbé kialakult formában a munka megszállottjainál, a mindig másokért tevékenykedőknél, sikeres művészeknél, nagy tudósoknál és példás családanyáknál egyaránt. Sok ember ugyanezen érzelmi-indulati mechanizmusaival végigküzdi, olykor csak a szakember számára érzékelhető görcsös erőfeszítéssel életét, vagy csak az idős kor fogyatékosságai és tökéletlenségei borítják fel ezt a látszat-egyensúlyt. Ha ez az önszeretet-elfogadásvágy megfelelő kielégítést talál pl. a házastársban vagy a gyermekben, az ő vélt vagy tényleges elvesztésük borítja fel az érzelmi háztartást, amit az öngyilkos magatartás, a váratlanul beinduló italozás vagy a betegségben való megmerevedés jelez.

Enyhébb formában mindnyájunkban jelen van az önszeretet, ez fontos érzelmi hajtóerő, és szükséges a viszonylag reális énkép és azonosságtudat kifejlesztéséhez, szinten tartásához. Az önpusztítóknál azonban az önszeretet torz, túlméretezett, az önimádatig fokozódik, mint Narcissus

királyfiban. Ezek az önsorsrontó felnőttek megtartották a gyermekre jellemző egocentrizmust, szinte sóváran vágyják azt a biztonságot, harmóniát, ami a védett, gondozott, el látott kisgyermek sajátja lehet. A nyugalom, a zavaró körülményektől való megszabadulás, a megpihenés, az álom fantáziája gyakori a válsághelyzetekben, elsősorban az önérzeti, identitás válságokban, amit a felnőtt számára az önkezdő halál nyújthat. Ez a halálfogalom azonban nem azonos a valószínű halál képével. A terápiás tapasztalatok szerint a legtöbb öngyilkos valójában fél a haláltól, tette előtt maga is elítélte az önkezdő halált, és amikor megmentik az életét, tettét értelmetlennek ítéli meg, és örül, hogy életben maradt. A mellkaslövött, ha a sebész keze elérhető és a sebe műthető volt, retteg a vérmérgezéstől, a műtét szövődményeitől. A növényvédő-mérget ivó - amikor tiszta tudattal rádöbben, hogy milyen súlyos állapotban van - könnyörög, hogy mentsék meg az életét, és aki két napja meg akart halni, szörnyű halálfélelemmel küzd. "Szeretnék meghalni, de ne okozzon fájdalmat." "Nem akarok csúf halott lenni" - mondja az öngyilkosjelölt vagy olvashatjuk a búcsúlevelében. Nem kevés öngyilkossal találkozik a szakember, aki nem akarja elfogadni, hogy meg akarta ölni magát. Az ittas öngyilkos, ha életben marad és kijózanodik, tagadja, hogy valaha is meg akart volna halni.

Ezt a paradoxont nehéz a "józan ész" szintjén megérteni. Az öngyilkos cselekmény nem a közvetlen kiváltó ok következménye, a készség már ott rejlik a személyiségben, anélkül, hogy az egyén a benne működő önpusztító erőkkal tisztában lenne. Már túl az indulati telítettségen, tiszta fejjel a legtöbb megmentett öngyilkos nem is tudja megmagyarázni, önmaga számára elfogadhatóvá tenni cselekedetét. Magát a tevékenységet szinte automatikusan lezajlóként idézi vissza, ahol hiányzik a mérlegelés, mintha kívülről

irányítaná valami a terv kivitelezésében. Ringel, bécsi pszichiáter az öngyilkosságot megelőző időszakban sajátos beszűkülést figyelt meg, mely a lehetséges cselekvési kör beszűkülésétől a tudatos megfontolás beszűküléséig terjed, ahol már nincsenek kapaszkodók, megjelennek a megszépítő elmúlás fantáziái és a cselekedet szinte a személyiség egészét megkerülve, rövidre zárva lezajlik. A legtöbb öngyilkosság ilyen rövidzárlati cselekményként fogható fel, melyre a személyiség érzelmi fejlődésének alacsonyabb, korai szakaszán megrekedt egyének diszponáltak. Még a látszólag tudatos mérlegelés esetén is kimutatható mind az aktuális érzelmi beszűkültség, mind a személyiség érzelmi éretlensége, a belső szabályozó erők gyengesége, az autonóm erkölcsiség kialakulatlansága, a mélylélektan "felettes énjének" hiánya vagy fejletlensége, valamilyen éngyengeség, "lyuk az émben", bizonytalan énhatárokkal Ammon értelmezésében.

Az öngyilkos cselekmény egy hosszú folyamat végső állomása. Az öngyilkossághoz vezető közvetlen folyamat, a Ringel-féle öngyilkosságot megelőző tünetcsoport még megszakadhat, különböző külső és belső erők hatására. Maga a kísérlet is készítheti a túlélőt a segítség igénybevételére vagy belső érzelemvilágának felülvizsgálatára, de gyakran az is felfüggeszti a további kísérleteket, ha a cselekmény hatására javulnak az addigi egyenlőtlen, indulatokkal teli kapcsolatok. Ebben az értelemben az öngyilkos cselekmény interperszonális jelenség, az öngyilkos kapcsolatrendszerében többnyire megtalálhatók azok a gyenge pontok, ahol megszakadt a párbeszéd, ahol már csak a metakommunikáció állt rendelkezésre. Sokan úgy fogalmazzák, hogy az öngyilkos valójában nem meghalni akar, hanem azon a módon létezni képtelen. Az öngyilkosság kommunikációs aktus, ezt közvetíti a környezet felé, megnyugvásra vágyik, és ezt individualitása feladása révén is eléri.

Az öngyilkos cselekmény létrejöttében számos tényező játszik közre, a makrostrukturális hatásoktól az egyéni személyiség-fejlődést befolyásoló körülményeken át az aktuális élethelyzetig, nincs egyetlen ok, hanem a sodró és a visszatarató erők pillanatnyi alakulása szabja meg az esemény kimenetelét, melyek között a véletlen tényezők sem hagyhatók figyelmen kívül. A hazai deviancia-kutatás mind az öngyilkosság, mind az egyéb beilleszkedési zavarok eredetét, alapozását a gyermekkori szocializációs folyamatok elégtelenségében vagy túlzéreltségében tételezi fel. A cél annak az interaktív komplexitásnak a feltárása, amelyben a makroszociális hatások és az egyéni pszichológiai fejlődés erővonalai találkoznak, melyek felelősek azért, hogy a személyiség-fejlődés nem a társadalmi elvárások, hanem a diszfunkció, a nem-illeszkedés irányába torzul. A társadalmi hatások a szocializáció intézményein keresztül érvényesülnek: ez a család, az iskola, a baráti kör, a közvetlen környezet. Közvetítésük révén az oda születő új egyed tudomást vesz a világról, önmagáról, ennek a környezetnek a lenyomatát, befolyását építi énjébe, ezzel a környezettel kölcsönhatásban kezdi egyéni életét élni, alakítani, tanul meg szeretni, félni, harcolni és veszteni.

A különböző lélektani iskolák abban egységesek, hogy az első életéveknek megkülönböztett jelentőséget tulajdonítanak a személyiség fejlődésében, mégha ezt különbözőképpen is értelmezik, feltételezik. A statisztikai adatok egyértelműen mutatják a felbomló vagy csonka családok halmozódását, az intézeti nevelés gyakoriságát a deviánsok között. Bár több a csonka család, mint a deviáns, csonka családban is nőhet fel kiegyensúlyozott felnőtt, az intézeti gyermek is illeszkedhet, normatív családban is fordul elő deviáns. Ma még csak feltételezéseink vannak a predeviáns állapot létrejöttére.

Mindenki meggyőződhet róla, hogy az egyéves kisgyermek a tükörben vagy a fényképen anyját felismeri, de saját magát nem. Az anya jelensége a csecsemő számára a külvilág első és meghatározó képviselője. Az anyával (gondozóval) való intim testi kapcsolat és a szükségletek kielégítése inger az érzelmi élet kezdeményeinek a fejlődéséhez, a biológiai szükségleteket kielégítő anyai gondoskodás építi ki a csecsemőben a szavakkal ki nem fejezhető, feltételezett kellemes érzéseket. Ezekből az anyai interakciókból táplálkozik a gyermek biztonságérzete, a szeretetteljes gondoskodásból fejlődik a gyermek önszeretete, narcizmusa, ahogyan a mélylélektani iskolák nevezik. A még beszélni nem tudó kisgyermek az anya révén fedezi fel önmagát, az anyjával való szakadatlan kapcsolatban kezdi kidolgozni azt a kezdetleges énképét, amit az anya közvetít számára, elsősorban meta-kommunikatív úton. Az anya jelenléte nyugalmat, biztonságot, távolléte feszültséget okoz. Valahol itt lehet az a pont, ami a későbbiekben a veszteségekre való túlérzékenységgel függhet össze. A táplálás a csecsemő életben maradásához elengedhetetlen, ezzel valamiféle ősbiztonság érzése alakulhat ki, amit a gondozóval való kapcsolat épít tovább pozitív, felnőtt szóval szeretetteljes viszonyrá. Ha azonban ennek a továbbépítése hiányzik, akár van anya, akár nincs, ennek a szükségletnek a kielégítetlensége a későbbi időszakban a biztonságra, símogásra, melegségre való sóvár vágyakozásban a maga gyermeki formájában megmaradhat.

A gyermek nyíladózó észrevevése számára - és ezt is mindenki tapasztalja - az anya (és az apa) idealizált, jó-ságos, hatalmas lény képében jelenik meg, amit a már beszélni tudó gyermek szavakban is kifejez. Feltehetően ennek is megvannak a beszéd előtti kezdeményei, a gondozóról való kedvező és kedvezőtlen formái, a tápláló-símogató jó és a korlátozó, tiltó rossz anya formájában. A későbbiekben a

szülőről kialakult "jó" és "rossz" képből ötvöződik a reális szülőkép, aki nemcsak szeret, hanem korlátoz is, de a szeretet megtartása érdekében a korlátozásokat is később már szabályként érvényesülő módon beépíti magatartás-készletébe. Ha ez a polarizált jó és rossz - feltételezik az én-pszichológia kutatói - nem szervül a gyermekben az anyával való kapcsolat során egységes realitássá, ez a szélsőséges értékelés, a jó és a rossz különmaradása megmarad. Alapja ez a felnőtt szélsőségesen polarizált érzelmi reagálásának, amit az öngyilkosok, az alkoholisták, a bűnözők, a személyiségzavarban szenvedők között oly gyakran észlelhetünk. Hiányzik belőlük a reális értékelés, szinte átmenet nélkül jelennek meg ezek az érzelmeik, anélkül, hogy az ilyen felnőtt ezt magában észrevenné.

Feltehetően ebben a beszédtanulás előtti időszakban következik be a fejlődésben valamilyen megrekedés, ami mind az én-kép, mind a másokhoz való érzelmi viszonyulás szokásos továbbfejlődését megzavarja. Az öngyilkosokkal, alkoholistákkal való pszichoterápiás tapasztalat ezt támasztja alá, de a bűnözőkkel foglalkozó klinikus is így látja. A deviánsok én-képe torz, önértékelése szélsőségesen ingatag, mintha az énhatáraik a külvilág felé bizonytalanok lennének, mint a kisgyermeknek. Ezek a felnőttek azonosságukban bizonytalanok, akár megfogalmazzák, akár a viselkedésükből lehet erre következtetni. Ez leggyakrabban a nemi szereppel való azonosulás elégtelenségében nyilvánul meg, ezért nem képesek kölcsönös partnerkapcsolatra. De abban is megnyilvánul, hogy a gyermek-szülő kapcsolatból sem tudnak tovább fejlődni a felnőtt önállósága felé, ami mind a szenvedélybetegek, mind az öngyilkosok között gyakori. A gyermeki megrekedt érzelmi viszonyulásminták újra és újra előbukkannak, de ezek kielégíthetetlenek azon a szinten, és a kielégülés az irrealitásban, a fantáziában teljesülhet csak.

Mindezek alapján úgy véljük, hogy az öngyilkosokra jellemző sajátos személyiségvonások nincsenek, de minden deviáns esetben több-kevesebb mértékben a pszichés esékénység, az önértékelés bizonytalansága, a támogatásra való sóvár vágyakozás, a kudarctól való mélységes szorongás, a veszteségekkel szembeni kiszolgáltatottság megtalálható. Ez a fejlődésében megrekedt, felnőtt korban is a gyermek érzelmi mechanizmusaival dolgozó egyén kiszolgáltatott az életben elkerülhetetlen terheléseknek, és ha ezekből nem megerősödvé, hanem meggyengülve kerül ki, olyan képzeletvilágba menekül - önmaga értékének túlhangsúlyozásával -, amit a siker hajszolásában vagy euforiát okozó matériával, gyógyszerrel vagy akár az elmúlás megszépítő ideájával pótol. Nem képes a realitás komplex, nem csak jó vagy csak rossz feldolgozására, elfogadására. Ezért célszerű a deviáns viselkedésben a metakommunikáció megértése, ami ott lép be, ahol a verbális kommunikáció már csöddöt mondott. Az önbizonytalan ember számára minden identitás-váltás jelentős megterhelés, mely nem a személyiség integritása, hanem szétesése felé sodorhatja. Az öngyilkosság és minden deviancia úgy is felfogható, mint az identitásváltás hibás, sikertelen megoldása. A személyiség fejlődése kritikus szakaszokon át teljesül, az éngyenge, önbizonytalan egyén ezekben a krízisekben könnyebben omlik össze, hamarabb adja fel, mert eszközei a helyzet újra-meghatározásához elégtelenek.

Az ilyen egyén a válsághelyzetben külső segítségre szorul, de ez az újabb válságban még inkább szükséglete, ha önerejét nem próbálja igénybe venni. Érdemi segítség az lehet, ha az identitás-bizonytalansága csökken, ehhez azonban a szokásos támogató-segítés vagy szembesítő technika elégtelen, a verbális segítség számára alig hozzáférhetők. A mi tapasztalataink szerint az öngyilkos, de ez érvényes az alkoholistára is - nem érzi magát veszélyben lévőnek,

mihelyt kilábal a bajból. Nem motivált a segítség elfogadására, mert nincs tisztában, nem érzékeli hátrányát az elégtelen önbizalmának, önértékelésének.

Amikor a segítővel találkozik, megismétli a szokásos kapcsolati sémáit: többnyire dacos, elutasító, leértékelő a magatartása, mint a durcás gyermeké, aki nem remél megértést a szülőtől, azzal a többlettel, hogy a korábbi tapasztalataiban átélt - egyébként általa kiváltott - elutasítást elővételezi, ezt kommunikálja viselkedése a neki segíteni akaróval szemben. Ha a segítő ebben felismeri az önbizonytalanságot és ennek a viselkedésnek az ellenére megértően, elfogadóan viselkedik, a dac viszonylag hamar kapaszkodó magatartásba vált és a segítőtől vár mindent. Ha ezt nem így kapja meg, zsarolni kezd, mint a toporzékoló kisgyermek, akitől kívánsága teljesítését megtagadják. Lényegében az öngyilkossági kísérlet is ilyen kikövetelődő magatartás, zsaroló manőver -, de nem tudatos megfontolás eredményeként, hanem az adott egyén szegényes eszköztárával.

A segítőnek metakommunikatíván kell viszonznia ezt a magatartást: a nagyfokú dependenciát kézbentartva arra törekszik, hogy a válságban lévővel szemben a realitást képviselje, hogy mind az idealizálás, mind a kihasználás elkerülhető legyen. Lépésről lépésre próbálja a kliensét rávenni, hogy a benne lévő pozitív személyiségerőket használja az adott szituáció elfogadására. A terápiás cél a meglévő személyiségrészek segítségével az önértékelés erősítése, amit a felé nyilvánított bizalommal juttat kifejezésre, érzékeltetve az egyénnel; képesnek tartja arra, hogy kilábaljon a bajából. Ez attól is függ, hogy a sérülés milyen mély a személyiségben, mennyire épültek ki az énhatárok, van-e valamilyen fokú kapcsolat- és változás-igény, azaz mennyire alakult ki a "felettes én". Ha ez hiányzik, a ver-

bális pszichokorrektív terápiától alig remélhető eredmény, a terápiás kapcsolat nem tartós, nem elég teherbíró és gyorsan megszakad. Az öngyilkos és az egyéb deviánsok jelentős része nem szenved személyiségzavarától, így nehéz a terápiás igény felkeltése. Ennek a személyiségzavarnak a terápiája még kidolgozatlan, a neurotikusok kezelésében bevált eszközök esetükben alig hatásosak, sőt, a mélyebb személyiségrétegek feltárása az állapot rosszabbodását idézheti elő, ami lehet újabb öngyilkosság vagy a személyiség dezintegrálódása, s ez már pszichiátriai kezelést igényel. Az öngyilkosok (alkoholisták, antiszociális személyiségek) valahol a neurotikusok és a pszichotikusok között helyezhetők el a személyiségsérülés súlyossága alapján.

Ebből az is következik, hogy hatékonyabb lenne a személyiség sérülésének a megelőzése, mint a már kialakult deviáns magatartás korrekciója. Ez a megelőzés elsődlegesen a szocializációs műhelyek jobb funkcionálásától várható, ami pillanatnyilag utópiának tűnik. A társadalom identitásfejlesztő erői nem elég hatékonyak ahhoz, hogy a hazai megkésett és torzulásokkal terhelt erőltetett modernizációhoz kellő adaptációt biztosító norma- és értékrendet hozzon létre. Ezért ma elsősorban a veszélyeztetett családokra kell a nagyobb figyelmet fordítani, amelyekben a devianciák halmozottan fordulnak elő. A gondozásnak az egész családra kell irányulnia, a deviáns egyed a deviancia-termelő család kölcsönhatásait hordozza, az öngyilkos vagy az iszákos magatartása igazán a családi keretben érthető meg és főleg jobban befolyásolható. Hiszen a családi mechanizmus újra előhívhatja a beilleszkedési zavart, de az is előfordul, hogy a suicidium átstrukturálja a családi kommunikációs hálót, a feszültségteremtő viszonyulásokat. Ma már abban egységes a közvélemény és a szakmai felfogás, hogy a család és az iskola a személyiségfejlődés két alapvető intézménye, mind-

kettő az átmenetiség nehézségeivel küzd, maguk is diszfunkcionálisak. A jelen időszerű feladata kidolgozni, hogy a gyakorlatban hogyan lehet eredményesen beavatkozni. Ma még nincsenek általánosan elfogadott és főleg kipróbált korrekciós elveink és módszereink.

Talán a leghamarabb az ismeretek terjesztésével, szemléleti kereteink bővítésével léphetünk előre ott, ahol az emberekkel, neveléssel, képzéssel foglalkozó szakemberek oktatása és továbbképzése folyik: pedagógusok, pszichológusok, orvosok és főleg a közművelődés szakemberei tehetnek sokat e téren addig is, amíg a családgondozás specialistái kiképzésre kerülnek.

A modern társadalomban az emberek érzelmi problémáik megoldását is szakemberekre bízják. Ezekre a humán szolgáltatásokra égető szükség van, hogy az emocionális feszültség ne váljék betegséggé. Amit régen a nagycsalád, vagy a pap, tanító, háziorvos segítségével az emberek többnyire megoldottak, ma erre speciális szakemberekre van szükség. Ezeknek nem kell szükségszerűen egészségügyi problémává válniuk, ahogyan ma szinte típusos. Kockázatos a devianciák medikálizálása. Az egészségügyben csak a már valóban betegség fokot elért beilleszkedési zavarok kerülnek, de ezek többnyire végállapotok, melyek korábban megelőzhetők, visszafordíthatók lettek volna.

A reális felfogás nem tűzheti ki valamennyi öngyilkosság megelőzését, de többet tehetünk az ismétlődések megakadályozása érdekében. Az öngyilkos magatartás minden megnyilvánulását komolyan kell venni, mint az orvoslásban a szívinfarktust.

Az öngyilkossággal foglalkozó emberek nagy többsége valamilyen formában közli szándékát környezetével, ez a szó szoros értelmében lehet az a bizonyos utolsó szalmaszál, amiben még meg tudna kapaszkodni. A lehetőség, hogy valakinek a benne zajló feszültségről beszélni tudjon, az elutasítás, megtagadás kockázata nélkül, sokszor segít. Így a szavakban megfogalmazott és hangosan más számára kimondott indulatok megszelídülnek, a beszűkülés megállhat, a folyamat felfüggesztődhet, visszafordulhat. A másik részéről a türelmes meghallgatás, az együttérzés sokszor önmagában is segít. A segítség kérése (a szakirodalomban az angol cry for help honosodott meg) maga is jelzi, hogy az öngyilkos magatartás mennyire ambivalens. Az öngyilkos gondolatokról lehet és kell is beszélni, de ilyenkor az akaratra, önuralomra való hivatkozás, az erkölcsi prédikáció nem hatékony, sőt, a folyamat előrehaladását okozhatja. Az öngyilkos-jelölt elfogadásra, támaszra, megértésre vágyik, és ha szemrehányást, elutasítást, megszégyenítést kap helyette, a jószándékú ilyen segítség a visszájára fordulhat.

Nem igaz az a hiedelem, hogy aki fenyegetődzik az öngyilkossággal vagy bejelenti szándékát, az nem teszi meg. A klinikai tapasztalat szerint ezek a jelzések a cselekmény megelőzésének fontos elemei, de nem vagyunk ezekre elég érzékenyek, többnyire a cselekmény után válik nyilvánvalóvá a jelentősége. Az öngyilkos túlélőkkel készített mélyinterjúkban gyakran visszatérő momentum, hogy az öngyilkosságra készülő beszélni akart valakivel, aki számára fontos, de annak nem volt ideje rá, nem figyelt rá, vagy elutasította, nem vette észre, hogy a segélykérő milyen nagy bajban van. A teljességhez azonban az is hozzátartozik, hogy az öngyilkosok jelentős része nem tud segítséget kérni, éppen kapcsolatavara löki mélyebbre válságállapotában.

A közvélemény szélsőségesen ítéli meg az öngyilkosságot. Akit súlyos veszteség ér, nagyon kedvezőtlen az élethelyzete, azt közvéleményünk általában megérti, azzal együttérez. De aki a kívülálló számára látványosan demonstrálja meghalási szándékát vagy ott hajtja végre a veszélytelen cselekményt, ahol kéznél van a segítség, azt elítéli, elutasítja. Az öngyilkosság megelőzésének azonban nem a morális oldalról kell történnie. Ha minden öngyilkos magatartásában a kommunikációs zavart figyeljük, a banális cselekmény vagy fenyegetés hátterében is megtaláljuk a személyiség sérülékenységét. Ez az egészségügyi ellátásban is érvényesül, amíg életveszélyben van, mindent elkövetnek a megmentéséért, de amikor túl van az életveszélyen, gyakran illetik szemrehányással vagy érzékeltetik vele - nem is mindig szándékosan - a morális elítélést, az elutasítást.

Ha egyetlen mondattal kellene az öngyilkos magatartást jellemezni: Henseler nyomán önértékelési válságra adott reakcióként írhatjuk le. A pszichológiailag egészséges emberre az jellemző, hogy a másik emberrel konstruktívan képes együttműködni, képes arra, hogy beleérezze magát a másik ember lelkivilágába, és a várt szeretetért, elfogadásért viszonzást tud adni. A szakirodalom ezt interperszonális kompetenciaként írja le. Az öngyilkosságra (ez az egyéb devianciákra is érvényes) a szociális inkompetencia jellemző, azaz alig képesek a másik emberrel harmónikus, kölcsönös érzelmi viszony kialakítására vagy látszat-együttműködést tartanak fenn. Az ilyen viszony önérzeti sérelemre könnyen felborul, rivalizálásba, viszályba fordul át, ahol az ördögi körből a gyengébbik kitörése jelzi a kommunikáció csődjét. Az öngyilkosok zöme ebben az értelemben nem beteg, de nem is tekinthető érzelmileg érett, kiteljesedett személyiségnek. A gyermeki önszeretet fokán való megrekedés a felnőttben önimádatra erősödik, ezért olyan érzékeny az önérzeti sérelmekre, kerül

veszélybe, valahányszor identitását újra meg kell határoz-
nia. Valójában abban bukik el, amiben a nagy többség sze-
mélyisége kiteljesedik: az énkép, az azonosságtudat újabb
és újabb próbatételeiben.

I R O D A L O M

1. Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon. Központi Statisztikai Hivatal, 1978, 1981, 1984.
2. A társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon I. Helyzetelemzés és javaslatok. Kossuth Kiadó, Bp., 1986.
3. Henseler H., Reimer Ch. (hrg.): Selbstmordgefährdung. Problemata Fromann Holzborg 93, Stuttgart - Bad Cannstatt, 1981.
4. Kernberg, O.: Borderline conditions and pathological narcissism. Aronson, New York, 1975.
5. Kohut, H.: The Analysis of the Self. Int. Univ. Press, New York, 1971.
6. Kon, I.Sz.: Az én a társadalomban. Kossuth Kiadó, Bp. 1969.
7. Kulcsár K.: A mai magyar társadalom. Kossuth Kiadó, Bp. 1980.
8. Mérei F.-Binet Á.: Gyermeklélektan. Gondolat Kiadó, Bp. 1975.
9. Ozsváth K.: Öngyilkos események Baranya megyében 1984-ben. Orvosi Hetilap, 127. 1179-1182, 1986.
10. Ozsváth K., Kóczán Gy.: Az öngyilkos ellátás ellentmondásai. In: Társadalmi Beilleszkedési Zavarok, Bulletin IV. MSZMP KB Társadalomtudományi Intézet, Bp. 1985.
11. Ozsváth K.-Kóczán Gy.: Ki is vagyok én? Zrínyi Katonai Kiadó, Bp. 1985.

12. Ozsváth K.-Kóczán Gy.: Az öngyilkossági kísérletek komplex elemzése. In: TBZ Bulletin VII. MSZMP KB Társadalomtudományi Intézet, Bp. 1986.
13. Pataki F.: Az én és a társadlmi azonosságtudat. Kossuth Kiadó, Bp. 1982.
14. Ringel E.: Selbstmordverhütung. Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1969.
15. Stengel, E. N. G. Cook: Attempted suicide. Chapman and Hall, London, 1958.
16. Wedler, H.L.: Der Suizidpatient im Allgemeinkrankenhaus. Enke, Stuttgart, 1984.
17. Temesváry B.: Beszámoló a Szegedi Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmegyógyászati Klinikán végzett suicidológiai tudományos és gyógyító megelőző munkáról (1978-1985) In: TBZ Bulletin VII. MSZMP KB Társadalomtudományi Intézet, Bp. 1986.