

AGRESSZIÓ AZ ÖNGYILKOSSÁGBAN

SZENDI ISTVÁN

Mai világunkban évente közel 1 millió ember öli meg magát¹, ez az egyik vezető halálok², az emberiség halálozásának csaknem 2%-t teszi ki³. Ha agresszióról beszélünk, nem jut róla közvetlenül eszünkbe az öngyilkosság, sokkal inkább a másokra irányuló szándékos sérelem- vagy sérülésokozás. Pedig itt is ez történik, csak az áldozat különbözik, az mi magunk vagyunk.

Sőt, az öngyilkosság egyes formáiban az autoagresszivitás mellett egészen nyilvánvaló még a kifelé irányuló agresszív komponens is: a haragos portája előtt elkövetett öngyilkosság örökre megbélyegezhetette az illetőt, vagy a kútbaugrás az önhalál mellett egyúttal az ott élők egyetlen vízforrását is megmérgezte.

EMPÍRIKUS VIZSGÁLÓDÁSOK

A tudomány erős kapcsolatot talált az agresszivitás és az öngyilkosság között, a családokban és a klinikumban egyaránt^{4,5,6}. A két magatartásforma családi átörökítése kapcsolatban is van egymással⁵, valamint háttérükben részben közös neurobiológiai alapok találhatók⁷.

A vizsgálati eredmények megértéséhez néhány szak kifejezés magyarázatára tekintünk rá. A mai orvosi és tudományos terminológiában összefoglalóan öngyilkossági magatartásnak nevezzük a saját élet

¹ Mann JJ: Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci.* 2003. 4. 819–828.

² <http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/yp1110.html>

³ *World Health Organization.* World health report 2000. health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.

⁴ Romanov K, Hatakka M, Keskinen E et al.: Self-reported hostility and suicidal acts, accidents, and accidental deaths: A prospective study of 21,443 adults aged 25–59. *Psychosom Med.* 1994. 56. 328–336.

⁵ Brent DA, Bridge J, Johnson BA, et al.: Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:1145–1152.

⁶ Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, et al.: Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2001. 31. 367–385.

⁷ Mann J.J., Currier D: *Biological predictors of suicidal behavior in mood disorders.* In: D Wasserman, C Wasserman (Eds.), Oxford textbook of suicide prevention. A global perspective. Oxford, UK: Oxford University Press. 2009. 335–341.

kioltására irányuló viselkedésformák teljes körét a fantáziáktól, a kommunikáción át a szándékos tettig⁸. Az agresszió reaktív formája provokációra következik be, magas szintű vegetatív izgalommal jár, valamint negatív érzésekkel társul – haraggal vagy félelemmel^{9,10}. Nevezik még impulzív, hosztilis vagy affektív agresszióknak is. Kórossá akkor válik, ha a provokációhoz képest túlméretezett az agresszív válasz. Amikor pedig közvetlen és veszélyes a fenyegetés, a megfontolás nélküli agresszió védekezőnek is minősíthető. Ezzel szemben az agresszió proaktív formája világos céllal tervezett viselkedés, nem közvetlen fenyegetésre következik be, és nem jár feltétlenül vegetatív izgalommal sem^{9,10,11}. Nevezik előre megfontoltnak, instrumentálisnak vagy ragadozóknak is, és néha még társadalmilag is szentesített (pl. háborúk idején).

Bár makacs, intuitív feltételezés köti az öngyilkosság és az agresszió közötti kapcsolatot az utóbbi reaktív formájához, egy vizsgálatban kimutatták, hogy nem csak a reaktív, hanem a proaktív agresszió is kapcsolatba hozható az öngyilkossági magatartással¹². Egy másik intuitív feltételezés az öngyilkosság befejezettségét hozza kapcsolatba a személy agresszivitásával, azonban a vizsgálatok ennél az összefüggésnél is találtak bizonytalanságot. Míg követéses vizsgálatok mutattak ki kapcsolatot az önbeszámolón alapuló agresszivitás és a befejezett öngyilkosság között^{4,13}, valamint a *violens* öngyilkossági módszerek alkalmazása jól jelezte az agresszív-impulzív viselkedés teljes élettartam során megfigyelhető magas szintjét¹⁴, egy *borderline* betegekkel kapcsolatos vizsgálatban a magas és alacsony letalitású kísérletek között nem tett különbséget a betegek agresszivitási szintje¹⁵. Egy harmadik kutatási

⁸ Van Orden K, Witte TK, Cukrowicz KC, et al.: The Interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010. 117. 575–600.

⁹ Blair RJ: The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain Cogn.* 2004. 5. 198–208.

¹⁰ Meloy JR: Empirical basis and forensic application of affective and predatory violence. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006. 40. 539–547.

¹¹ Barratt ES, Felthous AR: Impulsive versus premeditated aggression: implications for mens rea decisions. *Behav Sci Law.* 2003. 21. 619–630.

¹² Conner KR, Swogger MT, Houston RJ: A test of reactive aggression-suicidal behavior hypotheses: Is there a case for proactive aggression? *J Abnorm Psychol.* 2009;118: 235–240.

¹³ Angst J, Clayton P: Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Compr Psychiatry.* 1986. 27. 511–531.

¹⁴ Dumais A, Lesage AD, Lalovic A, et al.: Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *Am J Psychiatry.* 2005. 162. 1375–1378.

¹⁵ Soloff PH, Fabio A, Kelly TM, et al.: High-lethality status in patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord.* 2005. 19. 386–399.

irány a haragkifejezés irányítottága és a pszichopatológia közötti kapcsolatot vizsgálja. Ezt az összefüggést már a klasszikus pszichoanalitikus irodalom is boncolgatta¹⁶, mert lényeges lehet a harag és az öngyilkossági kísérletek letalitása közötti kapcsolatban. Vizsgálatok összefüggést mutattak ki a depresszió és a befelé irányuló harag¹⁷, a szorongás és a kifelé irányuló agresszió¹⁸, továbbá a pszichopátia és a kifelé irányuló harag között¹⁹.

PSZICHOANALITIKUS ELMÉLETEK

Az empirikus vizsgálódások háttérében az agresszió és öngyilkosság közötti kapcsolatot teoretikusan a pszichoanalitikus irodalomban elemzik leg részletesebben. A témába Steven Huprich nyújt átfogó betekintést²⁰. A kérdést már Sigmund Freud is vizsgálta, és itt is radikális meglátásai lobbantották be az elméletalkotás gazdag folyamatát. Szerinte az öngyilkosság nem más, mint a másokra irányuló agresszió egy formája. „Az ego csak akkor tudja megölni magát, a tárgy megszállás (cathexis) visszatérésének köszönhetően, ha magát tárgyként tudja kezelni – hogyha képes maga felé irányítani egy tárggyal kapcsolatos hosztilitását, ami az ego eredeti reakcióját reprezentálja a külső világbeli tárgy felé”²¹. Meglátása szerint, az öngyilkos személyben kettős érzelem munkálkodik, egyrészt nagy ellenségeséget és agressziót táplál egy frusztráló személy irányában, aki iránti kapcsolatának ugyanakkor van egy libidinális mozzanata is, ami kielégülésre vágyik. Az erős gyűlölet és pozitív vágyódás ambivalenciájában az egyén azonosul ezzel a személlyel, internalizálja. A szuperego kudarca, hogy nem tudja elkülöníteni magát az internalizált másiktól, az ebből fakadó szorongás nem kontrollált²², így elhatalmasodnak a felé irányuló agresszív készletések. És, ha ez ego-nak az válik a meggyőződésévé, hogy a vélt veszélyt önnön erejéből nem tudja

¹⁶ Menninger KA: Psychoanalytic aspects of suicide. *Int J Psychoanal.* 1933. 14. 376–390.

¹⁷ Brody CL, Haaga DAF, Kirk L, et al.: Experiences of anger in people who have recovered from depression and never-depressed people. *J Nerv Ment Dis.* 1999. 187. 400–405.

¹⁸ Olatunji BO, Ciesielski BG, Tolin DF: Fear and loathing: A meta-analytic review of the specificity of anger in PTSD. *Behav. Ther.* 2010. 41. 93–105.

¹⁹ Blair RJ: Reactive aggression and psychopathy. Psychopathy, frustration, and reactive aggression: The role of ventromedial prefrontal cortex. *Br J Psychol.* 2010. 101. 383–399.

²⁰ Huprich SK: Psychodynamic conceptualization and treatment of suicidal patients. *J Contemp Psychother.* 2004. 34. 23–39.

²¹ Freud S: *Mourning and Melancholia*. Standard Edition, 14. London, Hogarth, 1917.

²² Freud S: *The ego and the id*. Standard Edition, 19:12. London, Hogarth, 1923.

meghaladni, „...minden védő erő által elhagyatottnak látja magát, és hagyja magát meghalni”²². A másik személy iránt érzett gyűlölet mélyén vágyott libidinális kapcsolat hiányának kontrollálatlan, ambivalens feszültségében nem tudja magát megkülönböztetni az internalizált másik személytől, így meggyőződésévé önmaga elpusztításának szüksége válik.

Freud elképzeléseinek agresszív komponenseit Karl Menninger differenciálva még tovább tágította¹⁶ - a megölni, a megöletni és a meghalni vágyás dimenziókra. Ő is a frusztráló személy introjekciójából indul ki, amit a valós személy iránt érzett gyűlölet áttolása követ az introjektált tárgyra. Az introjektált tárgy felé irányuló erőszak szélsőséges formája a gyilkosság, így jelenik meg az ölni vágyás. Meglátása szerint azonban, az introjektált tárgy iránt érzett gyűlölet a másik végletbe is átsodorhatja a személyt, az introjektált személynek való alávetettség érzéséhez, aminek extremitása pedig a megöletés. A megölni vágyás mellett megjelenhet így a megöletés, a megölve levés vágya is. A személy itt a tudattalan gyűlöletet inkább maga iránt érzi, öngyűlöletet, valamint bűnösségérzést tapasztal, ami elvezet oda, hogy súlyos büntetést érdemel, és végül halálbüntetést szab ki magára. Ezzel megjelent a harmadik dimenzió is, a meghalás vágya is. E három vágy közül a kísérlet előtt az utolsót verbalizálják leggyakrabban az elkövetők. A kísérlet után egy jelentős részük viszont ezt cáfolja. Menninger szerint utóbbiak képessége a valóság elviselésére gyengén fejlett, mintha csak elhítenék magukkal, hogy meg tudnák magukat ölni, hogy átéljék a szenvedést, de úgy teszik, hogy mégse haljanak meg. Meninger úgy látja, hogy ez a halálöszton tudatos realizálása volna¹⁶.

Követőik (Otto Fenichle, Stuart Ash és Herbert Hendin) az alapelveket tárgykapcsolati irányban fejlesztik tovább. Azt hangsúlyozzák, hogy az öngyilkosság nem pusztán a frusztráló személy iránti agresszió kifejezését teszi lehetővé, de egyúttal lehetőség arra is, hogy vele a halál után összeolvadjanak, egyesüljenek, újraegyesüljenek. Melanie Klein megfogalmazásában²³ az öngyilkosság nem pusztán a rossz (frusztráló/elutasító) tárgy szimbolikus megölése, hanem egyúttal a szeretett tárggyal való kapcsolat megőrzésének lehetősége is.

A szelf-pszichológia a frusztráló (introjektált) tárggyal való kapcsolatban a szelf oldalra fókuszál. Donald W. Winnicot²⁴ szerint az öngyilkos személy szelf-rendszerének fejletlensége a meghatározó. Az ún. Igazi Szelf éretlen, csak gyengén tudatosuló, valódi szükségleteit a személy alig érzékeli, helyette

²³ Klein M: A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In: M. Klein (ed.) *Contributions to Psychoanalysis 1921–1945*. London, Hogarth Press, 1934. 228–310.

²⁴ Winnicott DW: *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. New York, NY, International Universities Press, 1965.

a mások introjektált értékeiből és elképzeléseiből konstruálódó ún. Hamis Szelf a domináns. Szintén a Hamis Szelf az, aki az öngyilkosságot kezdeményezi, és befolyásolja az önpusztító késztetéseket. És bár az öngyilkosság igazi jelentése a Hamis Szelf elpusztítása lenne, ami az Igazi Szelf érdekét szolgálhatná, ám az utóbbi ismeretétől elkülönített személy nem fektethet be eleget valódi énjébe ahhoz, hogy az képes legyen megvédeni magát a teljes öndestrukciónál. Heinz Kohut rávilágít²⁵, hogy a szelf-érzékelés szegényességét az okozza, hogy a fejlődés során az egyén nárcisztikus szükségletei nem lettek megfelelően kielégítve. Így a későbbiekben, amikor mások nem elégítik ki a szelf-érzet szempontjából létfontosságú nárcisztikus szükségleteit, az egyén ezt súlyos veszteségként, az én-integritás felbomlásával fenyegető, erősen tolerálhatatlan szorongással éli meg. Ebből a kitörést a halál kontrollálásának grandiózus élményével kísért öngyilkosság jelentheti (lásd Huprich²⁰). Otto Kernberg ezt azzal egészíti ki²⁶, hogy az önbecsülés integritásának fenyegetettsége identitás diffúziót eredményez, ami különösen pszichopatológiai körülményekben, borderline személyiségzavarban, szkizofréniában, vagy dühöngőknél fordul elő.

A szelf-fejlődés zavarainak szerepét az ego-pszichológia mélyíti tovább. Anna Freud²⁷ serdülők öngyilkos viselkedései során figyelte meg, hogy a korai erős testi fájdalmak (pl. cukorbeteg gyerekeknél) vegyes érzésekhez vezethetnek saját testükkel kapcsolatban. A test egészségesen a libidinális öröмок lényegi forrása, ezért megtanuljuk gondozni és óvni. Náluk azonban vegyes élmények forrása lesz, így a vele kapcsolatos érzéseik ambivalensé válhatnak, ami a belső megnyugtató tárgyak hiányosságához vezet. Az én öngondozás, öngondoskodás nélkülivé, így vigasztalhatatlanná válik, ami fogékonyra teszi depresszióra. Ehhez társul az internalizált nem-óvó tárgyak perzekutoros hajlama, ami a vigasztalhatatlan szelfet rossznak és büntetést érdemlőnek állítja be. Összhangban Anna Freud elemzéseivel, Robert King és Alan Apter öngyilkos serdülőknél 3 általános jellegzetességet figyelt meg²⁸. Először is, szüleiktől túl sok kritikát kapnak, az empátia és a törődés hiányát tapasztalják, emiatt egy részük tolerálhatatlan vágyaik és impulzusaik miatt saját testét kezdi gyűlölni. Másodsorban nincs elegendő kapacitásuk maguk megnyugtatóására, fájdalmas érzések elviselésére, az öngondozás hiánya pedig depresszióra való

²⁵ Kohut H: *The Restoration of the Self*. New York, NY. International Universities Press, 1977.

²⁶ Kernberg OF: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, NY. Aronson, 1975.

²⁷ Freud A: Comments on aggression. *Int J Psychoanal*. 1972. 53. 162–172.

²⁸ King R, Apter A: Psychoanalytic perspectives on adolescent suicide. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1996. 51. 491–511.

idősebb és a fiatalabb (25 év alatti) elkövetőket³¹. Azt találták, hogy a jelentős személyek elvesztése fontos precipitáló tényező, mindkét csoportban előfordul, míg a freudi modell működése inkább a fiatalokra jellemző. Utóbbiak körében kifejezettebb volt a bűnösségérzés, önmaguk korlátozó kezelése, és hogy azért kellett megölniük magukat, mert nem érdemelték jobbat.

Apter és munkatársai az elhárító mechanizmusok működését vizsgálták öngyilkossági kísérletet elkövető bentfekvő betegek körében³². Az áttolás közös elhárító mechanizmusnak tűnik a violens és az öngyilkossági viselkedésre való kockázattal kapcsolatban. Az elfojtás az agresszív impulzusok befelé irányítására utalhat, míg a tagadás a kifelé fordításra. Azaz, az öngyilkossági kockázatot az áttolás és az elfojtás együttes működése megnövelheti. Az önbeszámoló alapján jelzett fokozott öngyilkossági kockázat esetén emellett az infantilis reagáló készség, és a frusztráció másokra irányítása volt megfigyelhető.

A harmadik vizsgálatsorozatot az atlantai Emory Egyetemen végezték, ahol 4 kritikus pszichodinamikus tényező meglétét elemezték öngyilkossági kísérletet elkövetők között. Feltételezték, hogy közöttük magasabb lesz a szelfre irányuló agresszió szintje, anamnézisükben jelentősebb veszteségélmények találhatók, az ego-működés zavarát tükrözve védekező mechanizmusaik kevésbé adaptívak, tárgyrepresentációik pedig kórosak, primitívebbek - szintén bentfekvő pszichiátriai betegek vegyes csoportjához viszonyítva. Egy előzetes vizsgálatot³³ követő fő vizsgálat³⁴ alapvetően a tárgykapcsolati hipotéziseket tudta megerősíteni. Az öngyilkossági kísérletet elkövetőknél a veszteségélményeknek egy sajátos ötvöződését találták, gyakoribb gyermekkori veszteségek és aktuális felnőttkori veszteség együttállását. Emellett tárgykapcsolataikban az negatív érzelmek magasabb szintje, fejletlenebb szeparáció és individuáció, ugyanakkor mások iránt szegényesebb érzelmi befektetés volt kimutatható, és a mások reprezentációja kevésbé volt összetett. Kapcsolódó vizsgálatukban³⁵ hasonló eredményeket kaptak alacsony szociális státuszú afroamerikai nők körében. Ezek alapján – a vizsgálat korlátain belül – statisztikai módszerrel egy mediációs modellt tudtak kialakítani: a gyermekkori abúzus és

³¹ Leenaars AA, Balance WDG: A predictive approach to suicide notes of young and old people from Freud's formulations with regard to suicide. *J Clin Psychol.* 1984. 40. 1362–1364.

³² Apter A, Plutchik R, Sevy S, et al.: Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *Am J Psychiatry.* 1989. 146. 1027–1031.

³³ Chance SE, Reviere SL, Rogers JH, et al.: An empirical study of the psychodynamics of suicide: A preliminary report. *Depression.* 1996. 4. 89–91.

³⁴ Kaslow NJ, Reviere SL, Chance SE, et al.: An empirical study of the psychodynamics of suicide. *J Am Psychoanal Assoc.* 1998. 46. 777–796.

³⁵ Twomey HB, Kaslow NJ, Croft S: Childhood maltreatment, object relations, and suicidal behavior in women. *Psychoanal Psychol.* 2000. 17. 313–335.

elhanyagolás és felnőttkori szuicid kísérlet közötti kapcsolatot a tárgykapcsolatok mediálják, méghozzá a legtöbb vizsgált kapcsolati dimenzióknak (elidegenedésnek, bizonytalan kötődésnek, egocentrικusságnak, szociális inkompetenciának) lehet moduláló szerepe.

KLINIKAI VISELKEDÉSES KONSTRUKTUMOK

Az öngyilkosságot és kísérletet elkövetők több, mint 90%-ának (!) pszichiátriai betegsége volt, az összes öngyilkosság 60%-a kedélybetegséggel kapcsolatban fordul elő^{36,37}.

A pszichiátriai kórállapotok viselkedéses és szubjektív élményvilága a genetikai bázisra épülő oksági láncolatban túlságosan sok rendszer szerveződési szint után következik ahhoz, hogy könnyen világos összefüggéseket lehessen közöttük találni. A megfelelő kezeléshez mégis ennek a kapcsolatrendszernek a feltárására van szükség, amiben hasznos segítség lehet, ha köztes konstruktumokat határozzunk meg, és ezeknek térképezzük fel egyik irányból a fenomenológiai, másfelől az etiológiai összefüggéseit. Ezeket a köztes alkotókat endofenotípusoknak nevezzük, melyek mérhető komponensek a disztális genotípus és a betegség közötti kóroki láncolatba³⁸. Ezek jellegzetes kóros neurofiziológiai, biokémiai, endokrinológiai, neuroanatómiai, kognitív és neuropszichológiai eltérések, melyek gyakran társulnak pszichiátriai betegségekhez³⁸, kevésbé összetettek, mint maguk a betegségek, de ezek is többkomponensűek lehetnek. Az öngyilkossági viselkedés esetében a klinikai tünetek szintjén intermedier fenotípusnak tarthatók az impulzivitás és az agresszió, valamint a neuroticizmus, a pesszimizmus és a reménytelenség³⁹.

A reménytelenség-pesszimizmus-neuroticizmus konstruktum bizonyos mértékben kapcsolódó elemei közül a neuroticizmus negatív érzelmekkel kapcsolódó személyiségvonás^{40,41}, mely a szuicid magatartás iránt sérülékenységi

³⁶ Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, et al.: Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996. 153. 1009–1014.

³⁷ Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al.: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996. 53. 339–348.

³⁸ Gottesman II, Gould TD: The endophenotype concept in psychiatry: Etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry*. 2003. 160. 636–645.

³⁹ Baud P: Personality traits as intermediary phenotypes in suicidal behavior: *Genetic issues*. *Am J Med Genet C Sem Med Genet*. 2005. 133. 34–42.

⁴⁰ Costa PT Jr, McCrae RR: Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol*. 1980. 38. 668–678.

⁴¹ Larsen RJ, Ketelaar T: Personality and susceptibility to positive and negative emotional states. *J Pers Soc Psychol*. 1991. 61. 132–140.

tényezőnek bizonyul^{42,43}. Az öngyilkossági kísérletet elkövetők betegtársaikhoz képest pesszimistábbak, ami abban érhető tetten, hogy bekövetkezett betegség vagy szociális csapás utáni továbbéléshez kevesebb érzékelt okot és értelmet találnak, depressziójukat és reménytelenségüket súlyosabbnak ítélik, és több öngyilkos gondolatuk van továbbra is⁴⁴. Pollock és Williams⁴⁵ vetették fel, hogy a szuicid viselkedés inkább a reménytelenséggel van összefüggésben, sem mint magával a depresszió súlyosságával. A reménytelenség szkizofrén betegek között végzett vizsgálat során is a szuicidalitás fő előjelző tényezőjének, prediktorának bizonyult⁴⁶. Idős betegek között a depresszió gyógyulását követően is észlelhető reménytelenség együtt járt a korábbi öngyilkos viselkedéssel, továbbá a jövőbeni kísérletek és befejezett öngyilkosságok előrejelzőjének bizonyult⁴⁷.

Az öngyilkossági magatartás személyiségi adottságainak kutatásában kiemelkedik az indulatosság és erőszakosság vonásainak moduláló szerepe. Az agresszivitás és impulzivitás párosát személyiségvonásként vagy kognitív stílusként definiálják, melyre a késztetésekre és az ingerekre adott gyors, gátolatlan választevékenység jellemző⁴⁸. Az öngyilkos viselkedés, valamint az agresszió és az impulzivitás közötti kapcsolat diagnózisokon átívelően is jól dokumentált a kutatásban és a klinikumban egyaránt^{5,49,50,51,52,53,54}. Úgy

⁴² Duggan C, Sham P, Lee A, et al.: Neuroticism: A vulnerability marker for depression evidence from a family study. *J Aff Disord.* 1995. 35. 139–143.

⁴³ Roy A: Family history of suicide and neuroticism: a preliminary study. *Psychiatry Res.* 2002. 110. 87–90.

⁴⁴ Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, et al.: Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2004. 161. 1433–1441.

⁴⁵ Pollock LR, Williams JM: Problem-solving in suicide attempters. *Psychol Med.* 2004. 34. 163–167.

⁴⁶ Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY: Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: Relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res.* 2003. 60. 71–80.

⁴⁷ Rifai AH, George CJ, Stack JA, et al.: Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of major depression in late life. *Am J Psychiatry.* 1994. 151. 1687–1690.

⁴⁸ Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, et al.: The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry.* 2001. 158. 1871–1877.

⁴⁹ Brent DA: Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev.* 1993. 14. 380–388.

⁵⁰ Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF: The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive-aggression in borderline personality disorder: An empirical analysis of self-report measures. *J Personal Disord.* 2004. 18. 555–570.

tűnik, hogy ez a kapcsolat fiatalokban kifejezettebb, és jelentősége kora-
csökken⁵⁵. Az ezzel kapcsolatos empirikus kutatásokban azonban az egyértel-
mű következtetések levonását lehetővé tevő áttekinthetőséget jelentősen
zavaró kavardást okoz az adott személyiségvonásokkal kapcsolatos nagyfokú
fogalmi tisztázatlanság. Vannak tanulmányok, melyek vegyítik az agresszi-
vitas, hosztilitás és impulzivitás fogalmait, egymással felcserélhetően hasz-
nálják őket, és impulzív agresszióról beszélnek^{55,56}. Mások az irritabilitás
kifejezést részesítik előnyben, azt gondolva, hogy ez az a jelenség vagy mér-
ték, ami a reaktív agressziót a legjobban kifejezi^{57,58}. Egyes szerzők szerint az
agresszió és az impulzivitás két elkülönült, látens dimenziót alkot^{50,59}, míg
mások szerint e konstruktumok között az átfedés univerzális, és oly robusz-
tus, hogy egységes fenotípusként kellene tekinteni rájuk ^{7,60,61}. A zavart az
okozza, hogy a hosztilitás, vagy ellenségesség egy kedélyállapot, az agresszív

-
- ⁵¹ Dumais A, Lesage AD, Phil M, et al.: Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry*. 2005. 162. 2116–2225.
- ⁵² Carballo JJ, Oquendo MA, Giner L, et al.: Impulsive aggressive traits and suicidal adolescents and young adults with alcoholism. *Int J Adolesc Med Health*. 2006. 18. 9–15.
- ⁵³ Zalsman G, Braun M, Arendt M, et al.: A comparison of medical lethality of suicide attempts in bipolar and major depressive disorders. *Bipol Disord*. 2006. 8(5 pt2) 558–565.
- ⁵⁴ Renaud J, Berlim MT, McGirr A, et al.: Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. *J Aff Disord*. 2008. 105. 221–228.
- ⁵⁵ McGirr A, Renaud J, Bureau A, et al.: Impulsive aggressive behaviors and completed suicide across the life cycle: A predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med*. 2008. 38. 407–417.
- ⁵⁶ McGirr A, Alda M, Seguin M, et al.: Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: A three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2009. 166. 1124–1134.
- ⁵⁷ Conner KR, Meldrum S, Wiczorek WF, et al.: The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20-year old males. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2004. 34. 363–374.
- ⁵⁸ Stringaris A, Cohen P, Pine DS, et al.: Adult outcomes of youth irritability: A 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry*. 2009. 166. 1048–1054.
- ⁵⁹ Loney J, Kramer J, Milich RS: The hyperactive child grows up: Predictors of symptoms, delinquency, and achievement at follow-up. In: KD Gadow, J Loney (Eds.), *Psychological Aspects of Drug Treatment for Hyperactivity*. Boulder, CO: Westview Press. 1981. 381–415.
- ⁶⁰ Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, et al.: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999. 156. 181–189.
- ⁶¹ Seroczynski AD, Bergman CS, Coccaro EF: Etiology of the impulsivity/aggression relationship: Genes or environment? *Psychiatry Res*. 1999. 86. 41–57.

tettek lehetnek impulzívák, de előretervezettek is, az impulzivitás pedig, mint személyiségvonás alutervezett, inadekvát viselkedéseket eredményez, melyek lehetnek agresszívák, vagy egyáltalán nem azok⁵⁵. Az agresszivitás és az impulzivitás az öngyilkossági magatartás szempontjából manapság ugyanazon alapvető predispozíció, vagy klinikai endofenotípus különböző megnyilvánulásainak tekinthetők. Egyik sem szükséges, sem nem elégséges feltétele a másiknak, nem zárják ki egymást, legcélszerűbben egy egységes impulzív-agresszív öngyilkossági diatézis részeként kezelik őket⁶².

NEUROBIOLÓGIAI VONATKOZÁSOK

Az agresszió, különösen a reaktív, impulzív agresszió lényeges (44-72%) öröklődést mutat^{61, 63, 64, 65}. A hajlamot környezeti interakciók hozhatják mozgásba. A környezeti tényezők közül a gyermek- és serdülőkorban elszennvedett vagy megfigyelt agresszióknak, továbbá különféle káros társadalmi-gazdasági és kulturális tényezőknek van szerepe^{66, 67, 68}, melyek iránt a biológiailag hajlamosítottak a különösen érzékenyek⁶⁹. A többek között az indulati szabályozásban is meghatározó szerepet játszó idegi ingerületvivő anyagok, a szerotonin, noradrenalin és dopamin bontásában szerepet játszó MAO-A (monoamino-oxidáz A típusú) enzim, és a szerotonin kibocsátó sejtbe történő visszavételét végző ún. szerotonin-transzporter fehérje génjei a

⁶² McGirr A, Paris J, Lesage A, et al.: Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry*, 2007. 68. 21-729.

⁶³ Coccaro EF, Bergeman CS, Kavoussi RJ, et al.: Heritability of aggression and irritability: a twin study of the Buss-Durkee aggression scales in adult male subjects. *Biol Psychiatry*. 1997. 41. 273-284.

⁶⁴ Miles DR, Carey G: Genetic and environmental architecture of human aggression. *J Pers Soc Psychol*. 1997. 72. 207-217.

⁶⁵ Coccaro, EF, Siever, LJ: The neuropsychopharmacology of personality disorders, in Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress. In: FE Bloom, DJ Kupfer (Eds.): *Psychopharmacology*. New York, Raven Press, 1995. 1567-1579.

⁶⁶ Deater-Deckard K, Dodge KA, Bates JE, et al.: Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: group and individual differences. *Dev Psychopathol*. 1998. 10. 469-493.

⁶⁷ Fergusson DM, Lynskey MT: Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl*. 1997. 21. 617-630.

⁶⁸ Fergusson DM, Horwood J, Lynskey MT: Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Child Adolesc Psychiatry*. 1996. 34. 1365-1374.

⁶⁹ Marks DJ, Miller SR, Schulz KP, et al.: The interaction of psychosocial adversity and biological risk in childhood aggression. *Psychiatry Res*. 2007. 151. 221-230.

gyermekkori bántalmazásokkal és traumatizációval interakcióban hajlamosítanak erőszakos viselkedésre^{70,71,72}.

Agresszió akkor bontakozik ki, ha a haragot provokáló ingerre adott, a limbikus rendszer által mediált készletés prefrontális korlátozása elégtelen. A limbikus rendszer részét képező, az érzelmi reakciók feldolgozásában és tárolásában jelentős szerepet játszó szürkeállományi mag, az amygdala túlfokozott reaktivitása a prefrontális szabályozás elégtelenségével együtt képezi a hajlamosított patofiziológiai hátterét. Ugyanígy, a prefrontális gátlást facilitáló szerotonin aktivitás hatástalansága (például bizonyos receptorainak sajátos fejlődési egyensúlytalanságai révén: 2A > 2C aktivitás⁷³), vagy a kéreg alatti reaktivitást csökkenteni képes GABAerg (gamma-amino-vajsav) mechanizmusok elégtelensége szintén elősegíthetik az agresszív magatartás megjelenését. Magasabb noradrenalin koncentráció magasabb agresszivitással járhat együtt, míg alacsony koncentrációja véd a gyermekkori abúzust átélt férfiaknál a felnőttkori agresszív viselkedés és impulzivitás kifejlődésével szemben^{74,74}. A leginkább a szülést megindító perifériás hatásáról ismert, de központi idegrendszeren belüli hatásainak köszönhetően a társas bizalom és kötődések kialakulásában is meghatározó szerepet játszó, a félelemérzetet enyhítő és stresszoldó hatású oxitocin aktivitásának csökkenése is hozzájárulhat az agresszió indukálásához⁷⁵.

A szerotonin rendszer alulműködése nem csak az impulzivitásban és az agresszióban játszik szerepet, hanem az öngyilkossági viselkedés önmaga felé forduló agressziójában is. Sőt, az öngyilkosságra hajlamosító kognitív tényezőket is befolyásolhatja. Kiemelten vizsgált a reménytelenség érzése, melynek

⁷⁰ Reif A, Rosler M, Freitag CM, et al.: Nature and nurture predispose to violent behavior: serotonergic genes and adverse childhood environment. *Neuropsychopharmacology*. 2007. 32. 2375–2383.

⁷¹ Caspi A, McClay J, Moffitt TE, et al.: Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 2002. 297. 851–854.

⁷² Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A, et al.: MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2006. 1. 903–913.

⁷³ Winstanley CA: 5-HT_{2A} and 5-HT_{2C} receptor antagonists have opposing effects on a measure of impulsivity: interactions with global 5-HT depletion. *Psychopharmacology* (Berl). 2004. 176. 376–385.

⁷⁴ Huang YY, Cate SP, Battistuzzi C, et al.: An association between a functional polymorphism in the monoamine oxidase a gene promoter, impulsive traits and early abuse experiences. *Neuropsychopharmacology*, 2004. 29. 1498–1505.

⁷⁵ Ragnauth AK, Devidze N, Moy V, et al.: Female oxytocin gene-knockout mice, in semi-natural environment, display exaggerated aggressive behavior. *Genes Brain Behav*, 2005. 4. 229–239.

kialakulását modulálhatja a szerotonerg diszfunkció^{76,77}. Számos vizsgálat figyelt meg kapcsolatot a noradrenerg diszfunkció és a szuicid magatartás között is^{78,79}. Emellett a humán reménytelenséggel kapcsolatba hozható tanult tehetetlenségi reakció állatkísérletes változatában kapcsolatot találtak a tehetetlenség kifejlődése és a noradrenerg működészavar között⁸⁰. Az öngyilkossági viselkedés összefügghet továbbá a fiziológiai stressz-válasz szabályozásának kórosságával is. A vizsgálatok egy része kapcsolatot talált a stressz-választ koordináló hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg rendszer hiperaktivitása és az öngyilkossági viselkedés között^{1,81,82}.

AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS MAGYARÁZÓ MODELLJE

Az öngyilkossági viselkedéssel kapcsolatos tényezőket a Carballo és munkatársai⁸³ által kialakított magyarázati modellbe építve lehet logikusan együtt láttatni. A szerzők különválasztják a fejlődési vonatkozásokat, a genetikai és fejlődési faktorokat, mint lehetséges oksági tényezőket, valamint az endofenotípusos markereket, ezen belül a neuroendokrin, a neurokémiai és a klinikai markereket, mint köztes fenotípusos konstruktumokat az öngyilkossági magatartáshoz vezető oksági kapcsolatban⁸³. Ezt a logikai felépítést követve gyűjtjük össze az öngyilkossági viselkedés dolgozatunkban fentebb részletesen tárgyalt összetevőit. Ezekre az elemekre csupán, mint lehetséges összetevőkre tekintünk, sem nem szükséges, és nem is elégséges

⁷⁶ Meyer JH, McMain S, Kennedy SH, et al.: Dysfunctional attitudes and 5-HT₂ receptors during depression and self-harm. *Am J Psychiatry*. 2003. 160. 90–99.

⁷⁷ Bhagwagar Z, Hinz R, Taylor M, et al.: Increased 5-HT(2A) receptor binding in euthymic, medication free patients recovered from depression: a positron emission study with [(11C)MDL 100,907]. *Am J Psychiatry*. 2006. 163. 1580–1587.

⁷⁸ Arango V, Ernsberger P, Sved AF, et al.: Quantitative autoradiography of alpha 1- and alpha 2- adrenergic receptors in the cerebral cortex of controls and suicide victims. *Brain Research*. 1993. 630. 271–282.

⁷⁹ De Lucas V, Tharmalingam S, Sicard T, et al.: Gene-gene interaction between MAOA and COMT in suicidal behavior. *Neurosci Lett*. 2005. 383. 151–154

⁸⁰ Henn FA, Vollmayr B: Stress models of depression: Forming genetically vulnerable strains. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005. 29. 799–804.

⁸¹ Brown RP, Stoll PM, Stokes PE, et al.: Adrenocortical hyperactivity in depression: Effects of agitation, delusions, melancholia, and other illness variables. *Psychiatry Res*. 1988. 23. 167–178.

⁸² Coryell W, Schlessler M: The dexamethasone suppression test and suicide prediction. *Am J Psychiatry*. 2001. 158. 748–753.

⁸³ Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA: Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. *Arch Suicide Res*. 2008. 12. 93–110.

ezek mindegyikének együttállása az öngyilkossági magatartáshoz. Ez idáig ezeket a faktorokat sikerült a tudománynak feltárnia – és egyéb más ismert és ismeretlen tényezők mellett minél több kialakul ezekből egy adott személyben, az annál kiszolgáltatottabbnak tűnik az önpusztító, önvesztő viselkedés iránt.

A fejlődési tényezők, mint esetleges oksági összetevők között találhatjuk a genetikai hajlamosítotttságot, valamint a gyermekkori traumatizációt. A genetikai összetevők kutatása a meghatározó neurokémiai összetevők, a szerotonin, a noradrenalin és a dopamin agyi hírvivő anyagok receptorai és a metabolizmusukban szerepet játszó fehérjék meghatározó genetikai alapjainak sajátosságaiban talált eltéréseket – különösen a meghatározó korai környezeti stresszekkel való interakció kapcsolatában. A korai stresszek itt a gyermekkori traumatizációt, a korai veszteségélményeket, valamint a bántalmazást és az elhanyagolást jelentik.

A fejlődési traumatizáció pszichológiai következménye nárcisztikus sérülés, valamint a szelf-reprezentáció hasadása lehet, utóbbi egy rossz szelf-reprezentáns kialakulását eredményezheti, ami a későbbi önbüntetésnek kínál tárgyat. Ezen a traumatizált talajon a későbbi fejlődés során tárgy-kapcsolati negativitások bontakozhatnak ki, ami szimplább tárgy-reprezentációban, szegényes individuációban, ego-centrikusságban és bizonytalan kötődésben nyilvánulhat meg, melyek szintén esendővé és védtelenné teszik a személyt az önbüntetés iránt. Emellett a pszichológiai elhárító mechanizmusok dezadaptivitása is kifejlődhet – az áttolás és elfojtás együttes jelenléte meghatározó lehet az öngyilkosság szempontjából.

A genetikai tényezők és korai környezeti sérülések epigenetikus interakciója a biológiai rendszer fejlődését is torzítják. Kialakulhat neurokémiai szinten a szerotonin aktivitás elégtelensége, a noradrenerg és dopaminerg aktivitás fokozódása, a neuroendokrin szabályozásban pedig a stressz választ szabályozó hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg rendszer hiperaktivitása.

Ezek a biológiai zavarok meglévő egyéb egyedi genetikai hajlamosítotttsággal mellett hozzájárulhatnak pszichiátriai betegségek, főként kedélyzavarok kialakulásához. De az öngyilkos magatartás szempontjából még fontosabb, hogy speciális, a különböző betegségek határain áthúzódó klinikai viselkedéses konstrukciók kifejlődéséhez is, amiben szerepe van a párhuzamosan bontakozó tárgykapcsolati negativitásoknak és a kórosan fejlődő elhárító mechanizmusoknak is. A két klinikai endofenotípus egyike a reménytelenség, pesszimizmus és neuroticizmus konglomerátuma, a másik pedig az agresszió és impulzivitás együttese.

Ez a fejlődési, személyiségi, biológiai és klinikai sérülékenység találkozik egy aktuális sérüléssel, ami gyakran egy jelentős személy – korai traumati-

zációt is felidéz – elvesztése, vagy a részéről érkező visszautasítás lehet. Ez a narcisztikus sérülés mobilizálhatja a klinikai fenotípusra jellemző affektív tényezőket, a reménytelenség, kétségbeesés, a bűntudat és a düh érzéseit, valamint a kognitív komponenseket, a bosszúállás, a vezeklés és az újraegyülés szükségleteit, melyek az áttolás és elfojtás elhárító mechanizmusaival a tárgykapcsolati negativitások mentén az internalizált tárgy és vele a rossz szelf-reprezentáns ellen fordulnak, és az agresszivitás-impulzivitás reakció-módjával az öngyilkossági magatartásban ezek végső megbüntetését idézhetik elő.

ÖSSZEGZÉS – AZ AGRESSZIÓ SZEREPE AZ ÖNGYILKOSSÁG MAGYARÁZATI MODELLJÉBEN

A másokra irányuló szándékos sérelem- vagy sérülésokozó agresszivitás (meglehetősen szoros kapcsolatban az impulzivitással, mint alutervezett, inadekvát viselkedéseket eredményező személyiségvonással) az öngyilkossági viselkedés szempontjából egy viselkedéses köztes tényezőnek, klinikai endofenotípusnak tekinthető. Kialakulásában sajátos fejlődési tényezők játszanak szerepet, bizonyos genetikai tényezők és korai traumatizációt jelentő fájdalmas tapasztalatok és torzuló neurobiológiai folyamatok együtthatásaként. Az öngyilkossági magatartásban lehetővé teszi, hogy a gyakran korai traumatizációt elszenvedett és sajátos kóros tárgykapcsolati és pszichológiai fejlődésen átment személy egy aktuális (gyakran narcisztikus) sérülés kapcsán képes legyen magát (magában az introjektált jelentős személyt és a lehasadt, rossz szelf-reprezentást) megbüntetni - önmaga elvesztése árán is.