

A depresszió és az öngyilkosság

Sokan tudják, hogy Magyarországon gyakori a magas vérnyomás betegség. Meglepő, de még kevesebben tudják, hogy gyakoribb a hangulati depresszió előfordulása. Hazánkban ma kb. egy millió depressziós beteg él, s közülük legalább nyolcszázezer kezelést igényelne. A legtöbb ember egyáltalán nincs tisztában a betegség lényegével. Néha még a közvéleményt formáló orvosi nézetek sem felelnek meg a korszerűség követelményeinek. A depressziósok egy része „*lábán hordja ki*” a betegségét.

Milyen panaszai vannak a depressziós betegnek? Az alvása romlik, de előfordulhat az ellenkezője is. Sokat alszik, reggel mégis fáradtabb, mint este. Feszült. Teljesítménye, minden igyekezete ellenére gyengül, ingerlékeny, étvágya csökken. Viselkedését környezete nehezen viseli el. Akaratgyengeséggel magyarázzák az indíték hiányát, esetleg jellemhiba miatt neheztelnek rá. Munkaképtelenségét lustasággal, szexuális érdeklődésének csökkenését, a saját neme iránti vonzódással magyarázzák.

Az ilyen betegek jelenetős részét idegkimerültségük miatt vitaminokkal tömik, jobb esetben szorongásoldó, nyugtató szereket és alatókat adnak. A javuló szakellátás mellett, depresszió elleni gyógyszert is kapnak, de többnyire kevesebbet és rövidebb ideig, mint amire szükségük lenne. Így nem csoda, ha öngyógyításra kényszerülnek. A mikor állapotuk nem javul, sokan közülük inni kezdenek, végül az ital rabjai lesz-

nek. Az ilyen ember hamarabb veszíti el állását. A válás, pl. tízszer gyakoribb a depressziósoknál és nem ritka a gyógyszerfüggőség sem. Következésképpen lehet a magas vérnyomás, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegség, a rokkantság és végül az öngyilkosság. Magyarországon évente 2000-2400 ember lesz hangulati depressziója miatt öngyilkos. 100000 emberből pár évvel ezelőtt még 34-38 felnőtt (beteg?) választotta az önkéntes halált. Görögországban ez a szám 5, Angliában 12. Az öngyilkosságot elkövetők 50-70%-a depressziós, míg az öngyilkosságot megkísérlőké 35-40%.

A körkép felismerése és megfelelő kezelése kulcsfontosságú lenne. A megoldás társadalompolitikai kérdés is, hiszen élete folyamán minden negyedik, ötödik ember legalább egyszer súlyos depressziós állapotba kerül. Az Egyesült Államokban az orvosoknál megforduló depressziósok közül minden második kap megfelelő kórismét, míg a betegek jó része nem kerül orvoshoz. A jelenlegi magyar helyzet még ennél is rosszabb. Nem hagyható figyelmen kívül a dolog gazdasági oldala sem. A felismert szakszerű kezeléssel, néhány hét alatt meggyógyított beteg sokkal „*olcsóbb*”, mint a fel nem ismert szakszerűtlenül kezelt sorstársa.

Ma Magyarországon kb. kétszer annyian hálnak meg májzsugorban, mint ahányan öngyilkosok lesznek. A problémát azonban nagy tévedés volna csupán az alkoholizmus kérdésén belül

vizsgálni. Az alkoholistáknak kb. a fele depresszióját, szorongását próbálja „*ki-inni*” magából. Nyilvánvaló, hogy nem a szesztilalom, vagy az alkohol áremelelése jelentheti a megoldást. A fals orvoslás (pl.: az írisz diagnosztika, a talpnyomogatás, a „*távgyógyítás*”), szintén nem megoldás, sőt rontja a gyógyítás esélyét.

Az alkoholizmus a lelki betegségek szakszerű gyógyításával előzhető meg. A felismerés alapjában véve nem nehéz. Legjellemzőbb a szomorú, örömtelen hangulat, az indíték hiány, a fáradékonyság, a gátoltság, az érdektelenség. Súlyosabb esetben feledékenységgel, döntés-képtelenséggel, büntudatérzés, szorongás, néha álmoság („*húzza az ágy*”) jellemző a napközbeni hangulati ingadozásra. A reggeli rossz közérzet, este felé enyhülhet. Az étvágytalanság a gyakoribb, de a téli depresszióban megnőhet az étvágy. Testi tünetek közül a fejfájás, a reumás fájdalmak, a nyaki panaszok, a gerincbántalmak, a zsibbadások jelentkeznek. Az érzelmi kiürülés, a szexuális érdeklődés csökkenése, az örömtelenség, halálvágyhoz vezethet, öngyilkossági gondolatok jelentkeznek.

Ennyi bevezető gondolat után lássuk részletesen a hangulati betegségek eredetét, gyökerét, okait, külső és belső tényezőit.

A legújabb osztályozásoknál kevésbé veszik figyelembe azt, hogy mi a biológiai gyökér, melyek a kiváltó okok. A külső megjelenési formák, ezek súlyossága, a teendők milyenségét határozzák meg, de orvosi kóreredetet az első elemzésekben már figyelembe kell venni. Mindenekelőtt számolnunk kell

azzal, hogy minden depresszióknak van biológiai alapja. Bizonyos esetekben örökletességgel és ezzel együtt pszichoszociális összetevőkkel is számolnunk kell. Ezek aránya a különböző depressziós formáknál változó. Vannak olyan esetek, amelyeknél bizonyított, hogy a biológiai eredet meghatározó jellegű, ezeket ún. belső okú, endogén, vagy primer depresszióknak nevezik. Van mikor a környezetben kereshetjük a depresszió magyarázatát (pl. súlyos alkalmazkodási zavarok mutathatók ki), más esetekben viszont a beteg személységéből vezethetjük le a hangulati betegséget. Tudnunk kell, hogy a különböző eredetük mellett, a depressziós betegségek tünetileg azonos, vagy hasonló képet mutatnak. Pl.: alkalmazkodási nehézség miatt jelentkezik ez a hangulati betegség, és elérheti az ún. „*major*” (nagyobb) depressziós mélységet, amely megfelelhet egy biológiai alappal rendelkező súlyos, testileg meghatározott kórnak.

Érdekes, hogy ezek tünettanilag hasonlíthatnak egymásra. Ha egy beteg konkrét kórisméjét elemezzük, akkor az egyedi elemzés dönti el, hogy a depresszió milyen formájáról van szó. Egyes esetekben a differenciálás viszonylag egyszerű, mert a beteg elmondja mit érzelt. Erre szoktuk mondani, hogy „*ön olyan mintaszerűen adta elő panaszait, hogy a diagnózis nem lehet kérdés*”. Mellékesen azért megjegyezzük, hogy előbb is eljöhett volna orvosához. Más esetekben egy hosszabb megfigyelésre és kiegészítő klinikai vizsgálatokra van szükség. Ilyen pl. a pszichológiai teszt módszerek alkalmazása. Tekintettel, arra hogy a ma-

gyarországi lakosság igen nagy arányban szenved különböző szomatikus betegségektől. Lássuk először, hogy milyen betegségek okozhatnak depressziót, és fordítva: milyen hangulati betegségekhez társulhatnak testi megbetegedések.

Számos ilyen betegséghez csatolkozhatnak depressziós állapotok. Már itt megemlíthetjük, hogy bizonyos gyógyszerek váltanak ki tartós hangulati depressziót. Egyes gyógyszerek inkább pozitív, mások inkább negatív hangulati eltolódást eredményeznek. Fontos az, hogy amikor a beteg tüneteit megismertük, részletesen elemezzük az addigi gyógyszeresedési szokásait. Mióta, milyen gyógyszereket szedett és milyen tapasztalatai vannak.

Jelenlegi ismereteink szerint a genetikailag meghatározható hangulati betegségek nem ritkák. Fontos eldönteni azt, hogy a kórképek hátterében a genetikai meghatározottság milyen úton vezet a hangulatzavarhoz. Az ún. ingerület átvivő anyagok rendszerének működése bizonyos okoknál fogva – itt elsősorban gondolhatunk öröklődési okokra – elégtelenné válik. Más esetekben a pozitív hangulati eltolódás inkább túlműködésből vezethető le. Nagy valószínűséggel, a kettő váltakozása, a hangulat pozitív és negatív eltolódása szintén genetikai szabályozás alatt áll. Ez a szabályozás irányítja, a fázikus, vagy ciklikus „*elhangolódásokat*”. A belső készítés, az ún. endogén depressziók hátterében fontos a tünetek felismerése akkor is, ha enyhék, és ha arra gondolunk, hogy valamilyen környezeti hatás enyhe depressziót váltott ki. Ugyanis az endogén megbetegedés mélyén kiszá-

míthatatlan folyamatok zajlanak és egy enyhe depresszív tünetekből súlyos veszélyeztető jellegű hangulati betegség alakulhat ki.

A beteg magatartása kevésbé megjósolható, különösen olyan depressziós folyamatok esetén, ahol a pszichológiai folyamatok bonyolultak, nehezen elemezhetők és a megérthetőség határain belül mozognak.

Az öngyilkosságok egy része megelőzhető lenne, ha az orvosok a depresszió hátterében az endogén magfelismerését meglehetősen korán regisztrálnák. Jó lenne különválasztani, és szisztemásan leírni az objektív és szubjektív tüneteket egyaránt. Mindkettő hozzátartozik a depresszió kórisméjéhez.

A depressziós magtüneteinek felismerését a vegetatív, biológiai tünetegyüttes korai észlelése is elősegíti. Ilyen, pl.: az alvászavar típusos formája, a rohamszerű álomba zuhanás, ugyanakkor korai ébredés. A kényszer elalvás „*gyors szemmozgásokkal*” lerövidülése, jelezheti a depresszió kezdetét. A korai ébredés, az ágyban való forgolódás, az újra elalvási képtelenség az egyik legkínzóbb típusos tünet. Az étvágy, a testsúly, a libidó jelentős változása kifejezett lehet. Mint már említettük, a tünetek napszaki ingadozása is jellegzetes. Reggel a tünetek súlyosabbak, mint délután, vagy este felé.

Az időbeli dinamikából levezethető adatok szintén fontosak. Az elsődleges depresszió gyakran hirtelen kezdődik és gyorsan meg is szűnik. Még idült lefolyás esetén is előfordulnak hirtelen és váratlan változások, amelyek külső okokkal nem magyarázhatók.

Különlegesen indokolt rossz időszakokat, kifejezetten jó állapotok váltják fel. Ekkor az endogén betegség súlyosabb formájára a bipoláris, tehát kettős-pólusú depresszióra gondolhatunk. Ezek gyakorlatilag mindig elsődleges megbetegedések. Ugyancsak fontos jellegzetesség a téli és a tavaszi depresszió. Ezeket a jelenségeket a megelőzés szempontjából is figyelembe kell venni.

Az orvos a beteg kikérdezése után véleményt alkot arról, hogy milyen az érzelmi és a viselkedés tüneteinek csoportosulása, alakulása, változása. A neurotikus állapotoktól, a személyiségzavaroktól való elkülönítés, néha bonyolult, hosszadalmas megfigyelést igényel. Elsődleges depresszió mellett szól, ha egyértelmű a beteg szerint is, a hozzátartozó szerint is, az, hogy a beteg magatartása időben körülhatárolható módon megváltozott. A már említett koncentráció zavar ugyancsak amellettszól, hogy a kialakulóban lévő depresszió elsődleges, tehát belső gyökerű.

További fontos következtetést lehet levonni a „megismerési” változásokból, vagy fogalmazhatnánk úgy is, hogy az új tanulási képessége gátolt. A megismerési struktúra olyan rendszer az ideghálózatunkban, amelyet külön tudunk elemezni, amelynek a változása a hangulati életben is fontos lehet. Környezete rendszerint átéli azt, hogy a betegnek gondjai vannak a tanulással és olyanok a hangulati változásai, amelyeknél a megismerési szerkezet a személyiségben egy állandó zavar jelenlétét tételezi fel, annak szerves részét képezi.

Végül fontos az is, ha a beteg állapotát hosszasan követjük. A beteg gyógyulása, betegségstüneteinek válto-

zása, vagyis a terápiás válasz egy adott gyógyszerre (milyen gyors, vagy lassú, javulni kezd vagy nem) rendkívül fontos. Vagyis a gyógyszeres kezelés alapján következtetünk arra is, hogy milyen jellegű depresszív formáról van szó (gyorsan változó bipoláris, lassabban változó hosszú ciklusú, vagy krónikus formájú, elhúzódó, esetleg más betegségekkel társuló, hangulati betegséggel állunk szemben).

Nézzük azokat a formákat, amelyek esetében kimutathatók a külső okok. Ezek régebbi kifejezéssel – a reaktív depressziók. Ilyen esetekben kielemezhetők a súlyosabb életesemények, annak következményei, megállapítható a pszichés sérültség. Sérülékenység nélkül is kialakulhatnak függetlenül attól, hogy a külső okok mennyire viselték meg a beteget. Ilyenek a különböző traumák, katasztrófák. Minden hangulati zavart, enyhébb megjelenésben is, már az első alkalommal gondosan ki kell vizsgálni.

A kórismének legalább három szintje van:

1. A már említett tüneti elemzés, amelynek alapján az új betegségosztályozási rendszerben már megfelelő kategóriába sorolható.
2. Ugyanilyen fontos a körkép hosszszetszeti elemzése és a lefolyási típus meghatározása.
3. Végül a már említett differenciális kórisme szempontjából fontos oki, genetikai tényező feltárása.

Ennek külön elnevezése az ún. etiopatogenetikai diagnózis.

Fontos azonban, hogy a diagnózis pontosítása, annak elhúzódása a terápiát nem hátráltathatja. Mindenesre az

első találkozásnál célszerű meghatározni, hogy testi eredetű, vagyis organikus gyökerű hangulati betegségről van-e szó.

Meg kell határozni azt is, hogy nem belsőgyökerű, endogén, valószínűleg genetikai meghatározottságú betegség kezdődik. Vannak, átmeneti endogén kórképek, amelyek hasonlítanak a skizofréniához, ezért skizoaffektív kórképként diagnosztizáljuk. A már említett bipoláris és unipoláris kórképekre különítjük el a késői, régebbi kifejezés szerint involúciós depressziót. Régen sokat beszéltek ún. neurotikus alkatról, neurotikus személyiségfejlődésről. Az ideges alkatúaknál elég gyakran fellépnek hangulati változások, amelyeknek külön ismérve van és az ismérvek alapján dysthimia, vagyis lassú hangulati „váltások” ismerhetők fel. Ezek már betegség tüneteket mutatnak, és kezelésre szorulnak, de nem érik el a depresszió szintjét.

Megkülönböztetjük, régi kifejezéssel élve, de igen találóan, depressziós karaktert is. Ismerünk olyan embereket, akiknek a karakterében örök pesszimizmus, öngyötrő lemondás, keserűség, panaszkodás jellemző. Elég nehéz tartani bennük a lelket. Lehetnek jól dolgozók, szorgalmasak, jó, család szerető emberek, mégis általában pesszimiztikus a látásmódjuk és elég gyakran pár napra, vagy egy hétre is depressziós tünetekkel reagálnak bizonyos külső tényezőkre. Ezt hosszú idő át karakter depresszióknak diagnosztizálja az orvos. Ezeket összefoglaló néven a reaktív, vagy kiváltott depressziókkal, a lelki depressziók csoportjába soroljuk. Ezt a három formát régóta elfogadják. Egy

svájci kutató (Kielholz) szerint az új besorolási kategóriák korszerű jellege ellenére el kell fogadni az ún. szomatogén, valamint a pszihogén (lelki), hangulati betegségek csoportjait. Ezúttal az elkülönítő kórisme feladata áll a szakorvosok előtt. Az elsőnek említett belső organikus kórképek elsősorban gondos testi, neurológiai és belgyógyászati vizsgálatok alapján állapíthatók meg. Ezek szükségszerűen minden betegnél elvégezhetők, még akkor is, ha számos vizsgálatról úgy gondoljuk, hogy „negatív”. A testi tünetek és a depresszió együttes jelentkezése miatt el kell döntenünk, hogy milyen szervi elváltozások vannak a betegnél. Kiegészítő laboratóriumi vizsgálatok szükségesek, sőt, képalkotói eljárásokkal is fel kell tárnunk az organikus kórképek súlyosságát, pontos eredetét, és a szervi elváltozások és a hangulatzavarok szoros vagy távolabbi összefüggését.

A kedélybetegségek ősidők óta ismertek, főbb tüneteik már az ókori irodalomban is megtalálhatók. A tünetek leírása évszázadok során gyakorlatilag nem változott, azonban a besorolás, a klasszifikáció és elméleti háttér jelentősen megváltozott. A század elején a hangulatzavart még összevontan a mániás-depressziós pszichózis kategóriájába sorolták. Később, az 1960-as években már elkülönítették az unipoláris (egypólusú) és a bipoláris (kétpólusú) depressziót. Az elkülönítés alapja a hosszú távú betegség lefolyás során jelentkező epizódok jellege. Unipoláris esetben az élet folyamán csak depressziós epizódok vannak, míg bipoláris esetben felváltva jelentkeznek depressziós és mániás epizódok. A későbbiek

során az egyes epizódok vizsgálata alapján különítik el a kétpólusú egyes és kettes alcsoportokat. Ezek abban különböznek, hogy egyik periódus, pl.: a jó hangulati periódus, rövidebb ideig tart, vagy enyhébb. Ez az ún. kétpólusú kettes alcsoport. A ma használatos klasszifikációk mindegyike az érzelmekek zavarát és az aktivitást, a vitalitás általános megváltozását tekintik alapkritériumnak. A többi számos tünet másodlagos. Egyes epizódok lefolyása, ismétlődése alapján elkülönítik az egyszeri és a visszatérő major, vagy nagy depressziós zavart.

A lassú hangulati váltások, olyan, enyhébb, közérzési zavar, amely depresszióba hajló. Elkülönítik az „A” típusos zavart, valamint a ciklikusan visszatérő hangulatzavart, a cyclothimiát. Hangulatzavarokra mindig jellemző a testi funkciók és a pszichés társuló zavar, az egyénileg megélt kellemetlenség és a szociális, személyiségközi, interperszonális nehézségek. A diszfunkcióknak a hármasa kimutathatók. E három terület szoros kapcsolatban van egymással, a diagnózis felállításának kritériuma, hogy a tünetek eléggé intenzívek legyenek ahhoz, hogy a normál életvitel, a társadalmi szerepeket befolyásolják, és meghatározott ideig álljanak fenn. '97-ben a WHO felmérése szerint a világon 340 millió ember szenved hangulatzavarban. Az előfordulási arány túlnyomórészt a 14 és 24 éves kor között, tehát a fiatalok körében 16,8%. Ez egyes felmérésekben megegyezik a felnőtt populációban észlelt aránnyal. Vagyis a fiatalabb korcsoportban is jelentős mértékben fordulnak elő hangulatzavarok, depresszív betegségek.

Hazai felmérések azt mutatták, hogy ez az előfordulási arány a 24 és 34, valamint a 45 és 54 korcsoportban volt a legmagasabb. Napjainkban használt csoportosítási rendszerek mindegyike a lehangoltságot, valamint az öröm kapacitás és az érdeklődés elvesztését tekinteti a „nagy”, vagy major depressziós epizód alap tüneteinek. A kórisme felállításához elengedhetetlen további tényező az időtartam és a tünetek meghatározott száma. A nagy depressziós epizód „kritériumai” akkor teljesülnek, ha meghatározott számú tünet legalább két hétig folyamatosan fennáll.

Az orvosi irodalomban a szerzők által közölt adatok nehezen hasonlíthatók össze. A felmérés során használt módszerek befolyásolják a kapott eredményeket (pl.: a tüneti skálák járványtani vizsgálatait legtöbbször becsléseken alapulnak, miután azok a betegek is bekerülnek a depressziós csoportba, akiknél más pszichiátriai betegségek is fennállnak és a depresszió másodlagos).

Egyre több adat szól amellett, hogy a depresszió már a gyermekkorban sem ritka. 6-8 évvel készült felmérés szerint, gyermekkorban, serdülőkorban 0,4–8%-ig regisztrálható a depresszió előfordulása.

A legtöbb, hangulati zavarban szenvedő nem jut el szakorvosához.

Az alapellátásban megjelenők mintegy 10%-a depressziós. 1990-ben a negyedik helyen állt a depresszió társadalom és a beteg számára legnagyobb terhet jelentő betegségek listáján. Előre láthatólag 2020-ra az első helyre fog kerülni. A túlélési analízis arra utal, hogy az összegzett kockázat legalább

egy depressziós epizód kialakulására, hatvan éves korig a férfiaknál 18, a nőknél 32%-ban fordul elő. Más vizsgálatok szerint a férfiaknál 27, a nőknél 45%. Egy skandináv felmérés szerint ez alacsonyabb. A depresszió kezdete általában a 20-as, 30-as évekre tehető. Érdekes, hogy a II. világháború után született generációban gyakrabban fordul elő, és fiatalabb korban is kezdődik. Egy másik skandináv felmérés szerint 15 év elemzése során mindkét nemnél egyértelmű növekedést észleltek, mind az enyhe, mind a közepesen súlyos kategóriákban. A kockázati rizikó csaknem megkétszereződött az utóbbi évtizedekben. A magyarországi felmérést statisztikák szerint az első depressziós epizód átlagosan 32,4 éves kor körül következett be. Megjelenése a férfiaknál 33,7, a nőknél 31,8 év. A nemzetközi adatok hasonlóak.

A különböző csoportokban végzett analízis szerint, a depresszióra vonatkozó kérdések viszonylag gyakran fordultak elő olyan személyek körében is, akik nem kaptak megelőzőleg depressziós körismét, vagyis később derült ki az, hogy depresszív hangulatzavar, vagy annak egyik epizódjáról van szó. Ami a tüneti gyakoriságot illeti, természetesen leggyakoribb a lehangoltság. Érdekes, hogy második leggyakoribb tünet mintegy 92%-a nyugtalanság. Gyakoribb az alvászavar, ritkább az alvási túlsúly. Ezt követi gyakoriságban az energiahány, az érdeklődés csökkenés, a figyelemzavar.

Kutatók megfigyelése szerint, pl.: az öngyilkossági vizsgálatban a depresszió során a nők jelentősen gyakrabban számoltak be bűnösség érzésről, érzéket-

lenségről, csökkent szexualitás aktívításról, étvágyfokozódásról és hízásról, mint a férfiak. A férfiaknál valamivel gyakoribb volt a gátoltság, mint a nőknél, de különbség nem volt statisztikailag jellegzetes. Az energiavesztés, valamint a halállal való foglalkozás ugyan csak a nőknél volt gyakoribb a mintákban. A lelassultság és az irritabilitás viszont a férfiaknál volt gyakoribb. A többi tünetcsoport kb. azonos arányban fordult elő a férfiak és a nők körében.

Ezzel elérkeztünk a depresszió legfontosabb következményéhez: az öngyilkossághoz, vagy szuicidiumhoz.

A kultúrtörténeti vizsgálódás kimutatta, hogy amióta ember él a földön és a lelki betegségek ismertek, ezek az állapotok erősen hajlamosítanak az öngyilkosságra. Ez a jelenség teljesen, vagy csaknem függetlenül a társadalmi, gazdasági állapotoktól jelentkezik. A közvélemény hajlamos ugyanis az öngyilkosságot kizárólag társadalmi gyökerű betegségből adódó jelenséggént kezelni. Az egyedi bajok manifestációját alapvetően megszbaja a társas létezés minősége.

Az utóbbi évtizedek kutatása szerint, az öngyilkosság még is csak az egyénre jellemző bajok következménye. Az egyik kínai filozófus írja: „*a féreg az ember szívében rág*”. A lelki bántalmak ugyanis egy részben, mint mondtuk, biológiai meghatározottságúak és társadalmi szerepük másodlagos. Ugyanis minden társadalomban – meglehetősen stabil százalékban – törvényszerű az öngyilkosság. Térben és időben, minden társadalomban, azonos szinten és módon jelentkeznek az önpusztító viselkedések.

Az is igaz, hogy egy adott társadalom felelős azért, hogy milyen légkört, közérzetet teremt, és milyen megelőzési hálózatot állít az öngyilkosság jelensége elé. Mennyire igyekeznek meggátolni az egyedi körben genetikusan lapangó betegség kifejeződését. A külső és laikus szemlélő számára derült égből villámcsapásként jelentkezik az öngyilkosság. Ezzel a társadalom nem tud mit kezdeni. Bizonyos, hogy a titkok egy részét feltárta a tudomány; a már említett depressziók hajlamosítanak öngyilkosságra.

Az igazi talány első vonatkozásban az, hogy vajon a II. világháború után, miért tartott tovább a magyar öngyilkosság magas aránya, amelyet az I. és a II. világháború között észleltünk és miért vált egyre intenzívebbé? 1941-ig, Ausztria, Csehország és Magyarország régióiban még azonos szintű volt az öngyilkossági ráta, sőt Ausztria még meg is előzte hazánkat. Ezt követően azonban hirtelen megemelkedett nálunk az öngyilkosságok száma, miközben az osztrák értékek fokozatosan csökkentek. A csehszlovákiai arányszámok is lényegesen alacsonyabbak. Betegség, öregség esetén, a magára hagyott ember, ha kegyelemkenyérre szorul, elkeseredett. A század elején, vidéken az agrár munkások körében kezdett emelkedni az öngyilkosságok száma. Ady idejében, az akkori Magyarországon, képtelenek voltak hinni Széchenyi intő szavának, a 9 millió hűséges paraszt sorsát illetően. A nemzet egyik lelkiismeretét Ady Endrét idézzük. Talán a legszebben fejezte ki nyelvünkön az öngyilkosságot, a „*meghívott halál*”-t. „*Ha akarom két óra múlva halott lesz*

*egy szüntelen elme és hódolattal lépi át
kűszöböm minden halálok fejedelme a
meghívott halál*”. „*rám hull a legszebb
trónnak fénye, de jaj, gyáva vagyok*”. Ezzel Ady mutat rá arra, hogy az öngyilkosságok aránya még nagyobb volna, de emberek, a betegek nem eléggé bátrak ahhoz, hogy öngyilkosok legyenek. Ezek szerint a magyarság körében több a bátor ember, hiszen az öngyilkosságok száma még mindig meglehetősen magas. A statisztikai felmérések pontosabbá váltak a hazai öngyilkosság helyzetéről.

Érdekes, hogy a háborúk, a katasztrófa helyzetek hadifogoly vagy koncentrációs táborok, a kemény diktatúrák, háborúk paradox módon csökkentik az ilyen destruktív cselekményeket. Ez nem speciálisan magyar jelenség. Ilyenkor a foggal-körömmel küzdés a sokszor teljesen kilátástalan helyzetből való menekülés a cél. Szinte hihetetlen a túlélési ösztön, a túlélési technikák rafinált praktikái, amelyeket ilyen helyzetben kidolgoztak az áldozatok. A szociológusok az egyedi személyiségekben lezajló történéseket vizsgálták. Egyik legnevesebb európai öngyilkosság kutató az okot abban látja, hogy a nemzeti érzés növekedése emeli a közösség integrációját. Ha egyszerűsödött, átláthatóbb, egyirányúbb a társas létezés, akkor a differenciáltabb probléma megoldására képtelen egyének dolga is könnyebbé válik. A békés korok bonyolultabb és több rétegű strukturált viszonyok között ez a réteg értetlen, nehezen tájékozódik, választási konfliktusok a gyorsabb megoldás felé sodorják. Könnyebben lép fel az öndestruktív szándék is. Ilyenkor az életviteli hely-

zetek csődjeiben az egyén önmagát okolja, önmagát teszi felelőssé a kudarcért, mert a külső erőszakot nem okolhatja. Azt tartjuk tehát, hogy minél demokratikusabb, nyíltabb egy társadalom, annál nagyobb valószínűsége van egy-egy személyes destruktív döntésnek. A demokratikus, a személyiség szuverinitásának nagyobb teret engedő társadalmakban az öngyilkosságok gyakoribbak. Ezért voltak magasak a görög, a latin kultúrákban a szuicid cselekmények és ezért volt alacsony a kereszténység kialakulásának kezdetén, vagy pl.: ma is az iszlám világban. Az az ellenvetés, hogy a primitív társadalmakban is előfordul az öngyilkosság, a tételt nem cáfolják. Egészen más, kulturális, rituális okokkal motiváltak és egy fajta szerződés produktumai. Az egyedi döntésnek nyoma sincs, szigorúan tradicionális törzsi értékrend érvényesül. Az elmúlt évtizedek vizsgálatai egyértelműen bizonyították, hogy a tömegkommunikációs eszközök révén a szenzációhajhászás, az előadott öngyilkossági események romboló hatása érvényesül, és ezek az utánczó tömegeit vonzzák. Pl.: a szépségkirálynő emlékezetes öngyilkossága után az addig előforduló kivitelezési módszer jelentősen megszorodott hazánkban. Érdekes, hogy 1931-ben regisztrált, tehát a válság ideje alatt észlelt öngyilkosság mindössze 1 volt. 1932-ben 33. Foglalkozásuk nem utal arra, hogy a válság okozta volna önkezü halálukat.

Gyakran elhangzik a kérdés különböző konferenciákon, öngyilkos nép-e a magyar? Európa szerte az újságban olvashatjuk, hogy a magyar nép depresszív alkatú, nem bízik a jövőben, bo-

rúsan lát, és pesszimiztikusan ítél meg mindent. Pontos kimutatható néhány alapos elemzés kapcsán, hogy a magyar korántsem tartozott azon népek közé, akiknél szokás lett volna az önpusztító magatartás. Ez elmondható egészen a XIX. század közepéig. Feltehetjük azt a kérdést is, hogy vajon öngyilkos nép-e az angol vagy a francia. Valószínűleg erőlyesen tiltakoznának, hiszen ma már nem tartoznak Európa „élvonalához”, bár annak idején vezettek e szomorú statisztikában. A Monarchia területén a XIX. század utolsó harmadában erőteljesen kezd nőni az öngyilkosság gyakorisága. Részletes vizsgálódások kimutatták, hogy még Magyarországon belül is igen jelentős eltérések mutatkoznak egyes régiók szerint az öngyilkossági arányok tekintetében. Nem lehet tehát az egész magyar populációra kimondani a sommás véleményt, hogy öngyilkos indulat munkál bennünk, mint népi lélektani sajátosság. Úgy látszik, hogy a magyarság utóbbi hét évtizedben mutatott magas önpusztítási késztetésében egy ötszáz éves történelmi kudarc csapódott le és munkál. Ez várhatóan átmeneti jelenség. Azon a kijelentésen is csodálkozunk, hogy a magyar nép még most is „előítéletes”, pedig csodálatos alkotásokat, irodalmat hozott létre. Ma sincs semmi alapja a Herder-i jóslatnak. Meggyőződésünk, hogy a magyar a kulturált népek családjába jól illeszkedik. Nincs nyoma az identitás zavarnak. Befelé semmi önmeghatározási zavara nem volt. Sajnos az elektronikus és az írott sajtó többsége ma tovább sulykolja a kollektív büntudatot. Minden egészséges nemzeti mozgalmat, érzést, nacionalizmusnak, kirekesztésnek aposztrofál.

Az írástudók felelőssége talán soha nem volt ilyen súlyos, mint napjainkban. A legkönnyebb a devianciák elleni harcot az egészségügyre hárítani. Természetesen van tennivalója a mentálhigiénés ellátásnak is, mely teszi a dolgát folyamatosan. Kevésbé hiszünk abban, hogy a néplélektani sajátosságok genetikailag meghatározottak. A hazafiság, a közös sors egyfajta nemzeti karakter kialakulását elősegíti. Az összetartozás hat a társadalom tagjaira, egyedei nem is birtokolják külön-külön, mégis létezik, és adott esetben sajátos arculatot, néplélektani karaktert alakít ki.

Elemzők szerint a magyar jellemben van egy melankolikus hajlam. Hajlamosak a „*nekem úgy sem sikerül semmi*” típusú vélekedésre. Kisfaludy Sándor is úgy véli, hogy szomorú a magyar. A magyar táncnak többnyire kesergő a melódiája.

Valójában nem nemzet karakterű sajátságot látunk, hanem egy következetesen és folyamatosan megélt történelmi tapasztalat érzelmi tükröződését.

A melankóliát talán az „*árvaság*” érzet, az örökös védekezés ténye látszik meghatározni. Széchenyi is azt mondta, hogy „*egyedül vagyunk*”. Keresztúri szerint a magyarságnak egyik legmegrázóbb élménye az elhagyatottság, a testvértelenség, a magány. Úgy láthatjuk tehát, hogy ebben a karakterben több a sorsból következő és leszűrt tapasztalat, mint a genetikai adottság. Tehát ez nem különleges nemzeti jellem. Lehet benne ilyen összetevő is, de ezt pontosan föl kellene mérni összehasonlító jelleggel. Nem tudjuk, hogy nincs-e hasonló genetikai hajlam más népekben. Beszélnek, pl.: szláv mélabúról. A magas öngyilk-

kossági gyakoriság és a két évtized amióta a magyarság világszerte, túl kiccsi ahhoz, hogy messze menő következtetéseket levonjunk. Az elmúlt hét évben fokozatosan, de markánsan csökkenő tendenciát mutat a magyar öngyilkosságra. Visszatérve az öngyilkosságok valós jellemzésére, megállapíthatjuk, hogy az egy élettörténetbe ágyazott krízis állapot, s ebből a kiutat csak önmaga elpusztításával találja meg a beteg. Megkülönböztetünk aktív, passzív és bizonytalan öngyilkos magatartást. Passzív esetben az egyén valamely, az élethez nélkülözhetetlen tevékenységét elhanyagolja azáltal, hogy meghaljon, életmentő gyógyszereit nem veszi be, nem táplálkozik. Az önkárosító viselkedésnek sajnos sok formája van. Pl. a különböző kémiai szenvedélyek, evési kényszer, kockázat keresés, vakmerő közlekedés, veszélyes játékok, a munka és pihenés arányának torzulása. A legnehezebb megakadályozni a destruktív, antiszociális, értékromboló ideológiák követését. Nagyon jó tudni, hogy van egy megelőző, szuicid kísérlet. Ez a veszély legfontosabb előrejelzője. A kockázati tényező az előzetes kísérletek súlyosságától is függ. A kísérletezők 40%-ánál már korábban is volt próbálkozás. Növeli a veszélyt, ha öngyilkosság már fordult elő a családban. A kockázati tényezők összeadódnak. Minél több faktor található a vizsgálat során, annál nagyobb veszéllyel kell számolnunk. A kockázati sorrendet megállapíthatjuk a következő felsorolással:

- előzetes kísérletek,
- öngyilkosság a családban,
- a depresszió, mint betegség előzetes fennállása, kezelése, visszatérése,

- elmebetegségek, mint pl.: a skizofrénia,
- a szerfüggőség, az alkoholizmus,
- egyéb testi betegségek, különösen a gyógyíthatatlanok,
- további kockázati tényező az idősor, az egyedüllét, a negatív életesemények,
- valamint a személyiségzavarok (öncsonkítások, éles tárgyak lenyelése, zsaroló célú vérzések okozása).

A depresszió magyarázatánál említettük a biológiai meghatározottságot. Számos megfigyelés alátámasztja, hogy a családon belüli öngyilkosság kockázati halmozottságot jelent. Az öngyilkos beteg elsőfokú rokonai között az öngyilkosság kockázata nyolcszoros a kontroll csoporthoz viszonyítva. Többen feltételezik, hogy az erőszakos magatartás, az öngyilkossági kockázatot is közvetlenül befolyásolja. Ezek lehetnek genetikai hatások, nem csupán mentális külső okok.

Az öngyilkosság és a depresszió szoros kapcsolata egyben a megelőzés stratégiáját is kijelöli. Ha a családorvosok a „*mélabúval*” kapcsolatos ismeretei gyarapodnak, a depresszió iránti érzékenységük javul, ez esetben a betegek időben és megfelelő kezelésben részesülnek. Megfigyelések szerint a magas szintű szakképzések elősegítik egy adott régióban az öngyilkossági statisztika javulását.

Az öngyilkosságot magyarázó elméletek közül, meg kell említeni a Freud-féle halálösztön megnyilvánulását. A felnőttkori öngyilkossági cselekmények hátterében a gyermekkorból eredeztethető, gyakori fantáziálásokat is láthat-

juk. Gyermekpszichológusok szerint a gyerekek maguk elé képzelik, amint a családtagok büntudattól mardosva, zokogva veszik őket körül. Egyébként a gyermekkori fantáziavilág aktivizálódása különösen a hisztériás típusú személyiségeknél gyakori.

A már említett szociológiai magyarázatokat úgy summázhatjuk, hogy a mikroszociális környezet szerepe jelentős az öngyilkosságok megjelenésében (a család szerepe). Mindennapi nyelvhasználatunk tele van öngyilkosságra utaló kifejezésekkel. Pl.: „*felkötöm magam*”, „*főbe lövöm magam*”, „*a Dunának megyek*”, stb. Olyan családokban, ahol az öngyilkosság, mint megoldás, különösen gyakori, természetesen rossz mintát adhat, és nem kívánatos fantáziákat hívhat elő.

Már említettük, hogy a depresszió kezelése a legjobb stratégia abban a tekintetben, hogy ne vezessen öngyilkos magatartáshoz. Egyszerűen azt mondhatnánk, hogy a megelőzés lényegében időbeni krízis intervenció. Ennek szabályai szerint kell eljárunk, vagyis a krízis helyzetbe beavatkozva, minél intenzívebben, minél készségesebben, minél empátiasabban megpróbáljuk elejét venni a tragikus kimenetelnek.

A gyógyszeres kezelés mellett, a pszichoterápiás foglalkozások az elfogadottak. A beteggel szemben az empátiát, a feltétel nélküli elfogadást kell érvényesítenünk. Biztosítani kell, hogy az öngyilkos magatartást mutató személy érzelmi feszültségeit kibeszélhesse rögtön a terápia kezdetén és folyamán. Szükség esetén speciális kiépített szolgálatokhoz kell irányítanunk a beteget. Ilyenek a pszichiátriai gondozók,

szakambulanciák, esetleg a magán orvosi praxisok.

Ha elmebetegség tünetei lépnek fel, ilyen esetekben a sürgősségi, a kórházi beutalás szabályai szerint kell eljárunk. A beteget pszichiátriai osztályra irányítjuk. Törekedni kell arra, hogy a beteg beelegyezését megnyerjük, és ne kerüljön sor kényszerintézkedésekre. A vizsgálat, a beutalási eljárás, a szükséges döntések a hozzátartozó lehetőség szerinti bevonásával történjék. Az öngyilkossági veszély enyhébb eseteiben a telefonos lelki segély szolgáltatokat kell igénybe venni. Az esetek nagy részében elegendő a háziorvosi ellátás körében követni a betegeket. Az öngyilkossági kísérleten átesettek gondozásában számos önkéntes karitatív, egyházi

egyesületi szervezet is részt vesz. Ezek esetében azonban a pszichoterápia elveit kell érvényesíteni. A fennálló pszichiátriai betegséget szakszerűen kell gyógyítani, a beteget folyamatos gondozásban kell részesíteni. Rendkívül fontos megadni az újabb találkozás lehetőségét, lehetőleg fix időpontban, de lehetőséget kell adni arra is, hogy az orvos telefonon is elérhető legyen, de biztosítani kell a soron kívüli találkozás lehetőségét is. Ha a beteg nem jelenik meg, érdeklődünk utána. Számára az ilyen biztonsági kapaszkodók az öngyilkosság megelőzésében játszanak fontos szerepet.

Dr. Molnár Gyula

Felhasznált irodalom

Fekete Sándor—Vörös Viktor—Osváth Péter: *Diagnózis és pszichopathológia öngyilkos kísérletet elkövetőknél.* In: *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2001/4, 166.

Perczel Forintos Dóra: *Az öngyilkos magatartás kognitív háttér tényezői.* In: *Hungarica*, 2001/6, 661.

Szádóczky Erika: *Kedélybetegségek és szorongásos zavarok.* Print-Tech Kiadó, 2001.

Tringer László: *A pszichiátria tankönyve.* Semmelweis Kiadó, 1999.