

TOVÁBBKÉPZÉS

**DIREKT ÉS INDIREKT ÖNPUZTÍTÁS, AVAGY HOGYAN LEHET A
„SZUICIDOGÉN KLÍMÁT” CSÖKKENTENI?**

TEMESVÁRY BEÁTA

Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika

Összefoglalás: Az önpusztítás nyílt formája a szuicídium, indirekt formáját többféle autodestruktív viselkedésforma jelenti (alkoholizmus, drogfogyasztás, risk taking behavior, sensation seeking, novelty seeking). Valamennyi mögött hasonló pszichodinamika áll; autoagresszió, a kellemetlen helyzetből kilépés, a valakinek szóló „üzenet” és az agresszió. Különösen fontos az öngyilkosság /öngyilkossági kísérlet, háttérében az agresszió szabályzási zavar, gyakran impulzivitással társulva. Az önpusztítást facilitálja a szuicidogén klíma (a világtól/társadalomtól a családokig és individuumokig húzódó káros attitűd, amely nemcsak nem gátolja, de kimondottan tolerálja (sőt preferálja) az önkárosító viselkedésformákat. Ez utóbbit komplex nevelési/oktatási és mentálhigiénés intézkedésekkel, valamint szuicidológiai ismereteket nyújtó orvoscépzéssel lehet csak mérsékelni.

Kulcsszavak: direkt és indirekt autodestruktivitás, autoagresszivitás szabályozása, orvos-beteg interakció szuicidogén klíma

Ringel, az elmúlt évtizedek legnevesebb európai öngyilkosságkutatója, *szuicidális klímá*-nak nevezte az öngyilkosság társadalmi hátterét jelentő (azt facilitáló vagy gátló) tényezők összességét (1). Mivel világszerte (főként Európában, s annak bizonyos régióiban) egyre több, az önpusztítás gyakoriságát elősegítő destruktív hatásról beszélhetünk, mindinkább az autodestrukciót elősegítő, vagyis „*szuicidogén klímá*”-ról szólhatunk (2, 3, 4).

Az önpusztítás (*autodestrukció*) nyílt formája a *szuicidium*; ha a cselekmény kivitelezése kevésbé drasztikus, nem „kemény” módszerű („kemény” módszert a nem gyógyszerrel elkövetett öngyilkossági cselekmények jelentik), vagy lehetőség van a megfelelő mentésre, „csak” *szuicid kísérletről* beszélünk. A meghalási szándékra ugyanakkor sem a kivitelezés módjából, sem a túlélés tényéből nem lehet következtetni.

Lélektanilag a legtöbb *szuicidális* cselekményt erős *ambivalencia*, vagyis két, egymásnak ellentmondó érzelem együttese jellemzi (5). A problémáját *megoldani nem tudó* és/vagy súlyos *lelki krízisben lévő* (és/vagy *depressziós*) egyénben egyszerre munkál az életösztön, az élni akarás és a kellemetlen helyzetből történő kilépésnek (a meghalásnak) a vágya (4).

A túlélő *szuicid* kísérlet súlyát és veszélyét ugyanakkor nem szabad alábecsülni. Bár az erre vonatkozó arányok egzakt adatokkal történő alátámasztása nehéz, egyes vélemények szerint az öngyilkosságot megkísérlők mintegy 10-30%-a hal meg öngyilkosság következtében („*life time prevalence*”). Ennél valószínűbbnek tűnik, hogy az öngyilkosok 10-30%-ának élettörténetében szerepel korábbi *szuicid* kísérlet (6). A *szuicid* kísérleten átesetteknél a letális cselekmény, a *szuicidium* valószínűségét azokhoz képest, akik korábban nem kíséreltek meg öngyilkosságot, akár 100-szorosra is teszik (7).

Az önpusztítás, az autodestrukció legfontosabb lélektani elemét a pszichikumban *felgyülemlett, elfojtott* (vagy levezetésében gátlott) *agresszió* képezi. Erre – a depresszió jelensége kapcsán – *Freud* még a XX. század elején hívta fel a figyelmet, követői (*Abraham, Stekel, Adler*) fejlesztették tovább elképzelését már az öngyilkosságra vonatkoztatva (8).

Az *agressziógátlódást* a XX. század második felében több pszichológiai felfogás is az előtérbe állította.

Ringel „*preszuicidális szindróma*” koncepciójában az öngyilkosságot – sajnos csak az esetek egy részében – megelőző tünet-hármas is tartalmazza:

- (I) a több vonatkozásban (pl. érdeklődésben, életvitelben, emberi kapcsolatokban) is mutatózó *beszűkülés*,
- (II) az *agressziógátlódás*, illetve
- (III) az *öngyilkosság*–/halál–/katasztrófa tematikájú *álmok, fantáziák, szuicid* elképzelések (9).

Kohut (10), illetve *Henseler* (11) *narcizmus* koncepciója a narcisztikus személyiségzavar, valamint az ezzel járó *narcisztikus depresszió* és *narcisztikus düh* kapcsán, indirekt módon szintén felhívja a figyelmet az *agresszió* szerepére, ahogy *Kernberg* (12) *borderline*-teóriája is. Ezek révén válik értelmezhetővé a nem pszichotikus és nem major depressziós öngyilkosságok nagy része.

A 70-es évektől a *biológiai pszichiátriai* kutatások kapcsán irányul a figyelem az *agressziószabályzás zavarára*, bár a *szuicidológusok* és a *pszichiáterek* nagy része még továbbra is magában a *depresszióban* (s nem az – akár *depresszióval* is magyarázható – *agressziószabályozási problémában*) keresi az öngyilkosság kulcsát. A kutatások a *depresszió*

mellett olyan jelenségek háttérében is *serotoninanyagcsere-zavart* mutatnak ki, mint az öngyilkosság (autoagresszió), az erőszakos, brutális bűncselekmények (heteroagresszió), vagy az ugyancsak agressziószabályzási inszufficienciával is járó alkoholizmus (13, 14, 15).

A szuicidium/szuicíd kísérlet központi mechanizmusát tehát az agresszió gátlódása, illetve a saját személy elleni fordulása,

- (I.) az *autoagresszió* jelenti. Gyakran éppen ezért az autoagresszió fogalmat a szuicidium/szuicíd kísérlet, illetve az *önsértés* (automutilitatio) szinonimájaként is használjuk. Emellett azonban főként a (nyílt) önpusztítást más lelki mechanizmusok is mozgatják. Fontos pszichodinamikai tényező
- (II.) a kellemetlen helyzet megszakításának vágya (a „*kilépés*”),
- (III.) a valakinek szóló üzenet, a *kommunikáció*, amit az esetek mintegy 30-40%-ában megírt búcsúlevél is alátámaszt. Emellett a szuicidális cselekmények egy része mögött
- (IV.) *agresszió* is munkál (16). Ez utóbbi, a bosszú komponense főleg gyermek/serdülő szuicidiumok, illetve a szerelmi csalódás vagy szakítás motiválta öngyilkosságok esetében számottevő.

A legnevesebb amerikai szuicidológus, *Shneidman* (17) a cselekmény háttérében álló lelki fájdalomra (*psychache*) irányítja a figyelmet, *Joiner* a szuicidális cselekmények előzményeként korántsem ritka gyermekkori fizikai (s főként szexuális) *bántalmazás*, *abúzus* kóroki szerepét hangsúlyozza (18).

Az önpusztítás *indirekt*, „*rejtett*” (vagy *krónikus*, illetve *protrahált*) formáját jelenti többek között az alkoholizmus – amire *Menninger* már 1938-ban felhívta a figyelmet (19). De a drogfogyasztás, illetve több más, az egészséget, testi épséget, az egzisztenciát vagy akár az életet hosszabb-rövidebb távon veszélyeztető (20), ám korántsem szuicidiumnak látszó cselekmény is idesorolható (sensation seeking, *Zuckerman*, novelty seeking, *Cloninger*, kockázatkereső viselkedés stb., 21, 22, 23).

Az említett lélektani mechanizmusok a (sokszor az önpusztító életformát folytató egyénben sem tudatosuló) autoagresszió, a kellemetlen helyzetből pl. kábulatban vagy egy különleges élmény kapcsán történő *kilépés*, a valakinek – pl. az elhanyagoló szülőnek, közömbös partnernek – szóló önpusztító cselekmény általi *üzenet*, „kommunikáció”, vagy az ezzel gyakran együttjáró *agresszió* (a bosszúállás) a nyílt önpusztításhoz hasonlóan gyakran tetten érhetők az indirekt önpusztítást jelentő viselkedésformában is (drogozó gyermekek, dohányzó-alkoholizáló kamaszok, veszélysportokat űző fiatalok stb.).

A pszichológiai elméletek és gyakorlat mellett a biológiai kutatások oldaláról is megerősített eseménysor (az agresszió – az agresszió-elfojtás –, illetve az agresszió saját személy elleni fordulása) fontossága felhívja a figyelmet a komplex, integratív látásmód fontosságára. Ahogy valamennyi pszichiátriai (sőt: testi) betegséget is holisztikusan, *bio-pszicho-szociális egységként* kellene szemlélni és értelmezni, a nyílt (és akár a rejtett) önpusztítás megnyilvánulásait is komplexitásukban, *holisztikusan* kell megközelítenünk (24, 25).

A *bio-pszicho-szociális determináció* felöleli az önpusztítás *biológiai* (genetikai, molekulárgenetikai, biokémiai, sőt akár neuro-pszichoanatómiai és fiziológiai determinánsait), valamint *pszicho-szociális faktorait* is.

A genetikai hatások önmagukban is két -- sőt kétszer két -- módon érvényesülnek az önpusztítás keletkezésében.

A szuicidiumok háttérében az esetek mintegy 90%-ában *pszichiátriai megbetegedések* valószínűsíthetők (26). Ezek egy részénél (pl. szkizofrénia, bipoláris kórkép, major depresszió) komoly genetikai *hajlamosító* (ám nem kimondottan determináló!) hatással kell számolni (27). Ettől függetlenül (de akár ehhez társulva is!) egy másik mechanizmus, az impulzivitás és agresszió genetikai hajlama is szerepet kaphat.

Az örökletesség genetikája mellett *szociokulturális hatások* (= szocio-genetikus öröklés) is érvényesülhetnek. A problémákkal megbirkózni nem tudás (= *insufficiens coping*) és a destruktív/autodestruktív viselkedésminták lehetnek a – szó szoros értelmében vett – genetikai örökletesség következményei is.

Akár örökletes hajlamot mutató betegségek (szkizofrénia, PMD, bipoláris kórkép, major depresszió), akár az impulzív-agresszív viselkedésre való hajlam részjelensége is lehet ugyanis a problémákkal való megbirkózni nem tudás. Emellett – szociokulturális öröklés révén – betegségektől függetlenül a *szociális minta* (a destruktív/autodestruktív viselkedésminták) ún. *szociális tanulás* révén bekövetkező transzgenerációs továbbadásával is átvivődhet a nem kívánatos magatartásforma.

A mindkét úton (genetikusan és szociogenetikusan) „átörökített” hajlamra mind a nyílt önpusztítás, szuicidium, mind pedig az egyik legelterjedtebb indirekt önpusztításforma, az alkoholizmus nyújt példát. A genetikai „betegség-hajlam” mellett számottevő ugyanis az autodestruktív–destruktív magatartásminták szociális tanulás révén kialakuló hatása is.

Az említett *biológiai/genetikai predispozíció* (akár a fokozott szuicidium-veszéllyel járó pszichiátriai betegségekre, akár az impulzív cselekedetekre való hajlam révén), vagy az agressziószabályzás zavarához vezető genetikai hatások mellett is számolni lehet – legalábbis járulékosan – akár a pszichiátriai beteg magatartás, akár a kontrollálatlan agresszív viselkedés szociogenetikus hatásával. Ez szerencsére nem mindig jut érvényre. Bár a külön nevelődött ikrek példája igazolja az alkoholizmusban szerepet játszó genetikai hajlam tényét, ez – „szociális minta nélküli”, azaz nem alkoholizáló környezetben akár következmények nélkül is maradhat. Bár – ahogy *Schuckit* felhívja a figyelmet – erre nem sok az esély korunkban (28).

Még egy téveszme, vagy a paranoiás/paranoid gondolkodás is átvivődhet egy akár nem pszichotikus, de befolyásolható személyre is (l. „folie deux”), ugyanúgy hathat kártékonyan a pszichotikus (elmebeteg), a szellemi fogyatékos, az impulzív-agresszív, vagy akár a többé-kevésbé súlyos személyiségzavarban szenvedő szülő viselkedése, gondolkodásának, értékítéletének vagy attitűdjeinek kóros vagy legalábbis problematikus volta környezetére, utódaira.

A *pszichotraumák* károsító hatása nemcsak a gyermekbántalmazás egyre kiterjedtebb szakirodalma kapcsán ismert. A bántalmazottból bántalmazóvá (illetve pszichiátriai beteggé vagy deviáns személyiségűvé) váló gyermek tragikus sorsa ismert; a traumatikus élmények nyomán kialakuló poszttraumás stresszbetegség (PTSD) mellett az ilyen élményeknek számos egyéb kockázata is lehetséges (29, 30, 31).

A kutatások egy része még olyan (inkább biológiai-genetikai eredetűnek tartott) kórképek, mint pl. a szkizofrénia vagy a mániás-depresszió esetén is felhívja a figyelmet a pszichoszociális hatások (különösen a traumák) jelentőségére. Messze vezetne az ok-okozati kapcsolatnak és a kölcsönös determinációnak a taglalása, amely – állatkísérletek és humánvizsgálatok alapján egyaránt – azt mutatja, hogy a káros pszicho-szociális hatások (pl.

anyadepriváció, szeparációs élmények) jelentősen károsítják a stressztűrést és/vagy a stresszkezelést, természetesen olyan mechanizmusok közbeiktatásával, mint pl. a szerotonin anyagszere befolyásolása vagy a HPA-tengely működése.

Az önpusztítás biológiai és pszicho-szociális determinánsainak együttes figyelembevételkor, felmérésüknél elengedhetetlen a *szuicidogén klíma* számbavétele. Ezt a tényezőt a „világ”, az emberiség, főként az ún. „nyugati”, ill. európai kultúra, ezen belül is az önpusztításra jobban hajló egyes országok, etnikumok, régiók, szubkultúrák vagy családok szuicidogén (mikro)klímája vagy mértékben befolyásolhatja.

A kiemelkedően magas magyar öngyilkos-halálozás már a XIX. században ismert volt, ami kisebb ingadozásoktól eltekintve több évtizeden át a XX. században is sokáig vezető helyet biztosított hazánknak az öngyilkossági világstatisztikákban. Magyarország Európa veszélyeztetett régiói egyikéhez tartozik:

- (I) *Közép-Európa* (a volt Osztrák--Magyar Monarchia utódállamain belül különösen a magyarok lakta területek, Erdély, vagy korábban a Vajdaság) mellett
- (II) *Skandinávia* (Finnország, Svédország, Dánia) is évtizedeken át kiemelkedő szuicíd halálozási adatokat mutatott.
- (III) A rendszerváltozás olyan, a volt szocialista országokhoz tartozó területek magas szuicíd rátáit hozta felszínre, ahol korábban nem voltak publikusak, vagy csak szűk szakmai körben voltak ismertek az adatok, illetve ahol az egyébként pozitív hatású rendszerváltozás is hozzájárulhatott a kialakuló anomia révén a kedvezőtlen „szuicidogén” hatáshoz (elsősorban *a volt Szovjetunió utódállamaiban*, pl. a Baltikumban).

Hazánk – ezek után az államok után – még a jelentős szuicíd-ráta csökkenéseket követően is, sajnálatos módon, továbbra is az élbolyban maradt.

Az egyes *országokon belül* is előfordulnak jelentős szuicíd-ráta különbségek (pl. Franciaországban, Olaszországban, Németországban). Különösen hazánkban ismert a XIX. század óta a Dél-Kelet-Alföld érintettsége, szemben a Dunántúl alacsonyabb szuicíd halálozásával. Az intraterritoriális különbségek kevésbé magyarázhatók biológiai-genetikai okokkal, az eltérések inkább szociogenetikai tényezők szerepére utalnak. Valószínűbb az indulat- és agressziókezelésnek, valamint az önpusztításnak (öngyilkosságnak, alkoholizálásnak) *eltérő preferálása* az egyes családokban, szubkultúrákban (32), illetve az előbbiekből összetevődő nagyobb területi–etnikai–kulturális egységeken (pl. régiókon) belül, mintsem az, hogy az inkább genetikai-biológiai hajlammal magyarázható, öngyilkosságveszéllyel járó pszichiátriai betegségek (szkizofrénia, affektív kórképek) előfordulása mutatna ilyenféle regionális különbségeket (33).

Külön sajátosságot jelent a szuicidogén klímán belül *az egészségügy szuicidogén „mikroklímája”*, ami két területen mutatkozik meg.

Az egészségügyi dolgozók (különösen az *orvosok*) *szuicíd rátái* a nyugati kultúrában aggasztóan magasak. Ez egyrészt pályaszelekcióval is magyarázható (mivel gyakran szorongó, vagy pszichés sérüléseken átesett személyek választják az orvosi hivatást), másrészt pedig az orvosoknál csaknem munkahelyi ártalomnak tekinthető depresszió, etilizálás és helytelen öngyógyszerezés (valamint „öngyógykezelés”) is magyarázhatja (34, 35, 36).

A foglalkozásból eredő ártalmak, a „kiégés” (*burnout*) (37), illetve a „*Helfer-* (segítő) *szindróma*” (38) még azokban az országokban is magyarázhatja a jelenséget, ahol az orvosok

jóval nagyobb megbecsülést élveznek. A „segítő”-szindróma jó szakmai teljesítményt jelent kikezdzhetetlen „szociális fasszáddal”, ám ehhez társuló magánéleti nehézségekkel, problémákkal. Ennek háttérében a már említett pályaszelekció által „kifiltrálódott” lelki sérüléseken átesett, nagy empátiakészségű „segítők” (orvosok, pedagógusok) tudatalatti önmegeerősítő törekvése áll, amire a humán segítség a hivatott. A „Helfer-szindrómás” egyén főként saját magát veszélyezteti (túlzott elkötelezettsége és kudarcos magánélete miatt). A burnouts segítő viszont páciensét, tanítványát is.

Sajátos *orvos-beteg* („egészségügyi dolgozó–beteg”)-*interakció* érvényesül az öngyilkossági kísérleten átesett páciens és az őt ellátó egészségügyi dolgozók között (a mentősöktől az orvosokig) (39, 40). A szuicíd kísérlet ténye általában *frusztrációt* jelent az orvosnak; a „saját személy elleni agresszió” gyakran az „önhiba” képzetével (sőt gyakran büntetésvággyal társul: „fiztessék meg az öngyilkossal ellátása költségeit” – merül fel szakmai vitákon).

Ehhez társul a szuicíd kísérleten éppen átesett személy infantilis, *agresszív, provokatív* („hálátlan”) *viselkedése*, ami további feszültségforrás. Az orvosok – egészségügyi dolgozók előtt sem ismert az ún. „*szeretet-teszt*” (a betegnek az őt ellátó, segítő toleranciáját/ „szeretetét” próbára tevő, tudatalatti provokációja, ami negatív érzelmeket, indulatokat mozgat meg az orvosokban/ápoló személyzetben). Hosszabb távon ez a „hálátlan” viselkedés fokozza az orvosok mentálhigiénés veszélyeztetettségét is. Látens szuicíd gondolatokat/készteséseket aktiválhat bennük, illetve megmozdítja a halállal / haldoklással / veszteséggel kapcsolatos félelmeiket, szorongásaikat (39, 40, 41).

Ez olyan *mélylélektani folyamatokat* eredményez, amelyek hatására az orvos

- (I) *felnagyíthatja* a páciens szuicíd-veszélyeztetettségét, s ad absurdum – iatrogén módon, természetesen nem tudatosan, csupán a halállal/öngyilkossággal kapcsolatos „rendezetlen” attidűdje révén – akár szavak nélkül, nonverbálisan is felerősítheti a beteg szuicíd késztesését.
- (II) A másik veszélyt az rejti, hogy az orvos esetleg nem ismeri fel, bagatellizálja páciense szuicidium-veszélyét, mert pl. az saját (elfojtott) öngyilkosság-késztesését hozná felszínre. Ismert, hogy a kísérletet követően néhány órán, majd 1–2 napon, 1 héten, 6 héten, majd fél éven belül különösen nagy az újabb – nem ritkán fatális – öngyilkossági cselekmény-ismétlődés valószínűsége. Ezért fontos minden olyan iatrogén ártalomforrás, amely vagy elfedheti az orvos előtt betege öngyilkosság veszélyeztetettségét, vagy irreálisan felnagyítja azt, „önmagát beteljesítő jóslatként” aktiválódva (39, 40, 41).

Az orvosok, vizsgálataink szerint (*Temesváry* 4, 35, 36), aggasztó mértékben *eltúlozzák*, illetve *akceptálják* a betegek *súlyos betegség* miatti öngyilkosság-motivációját. Mivel az esetek többségében a súlyos betegekben munkáló életösztön erősebb a halálvágynál /-félelemnél, iatrogén szuicidiumveszélyt okozhat, ha az orvos nem tudja saját/rejtett öngyilkossági/ krízismotivációit elkülöníteni a betegétől. „*Interferencia*” vagy éppen „*kioltás*” (extinkció) következhet be. Az előbbi esetben az orvos által eltúlzott mértékben észlelt szuicíd veszély vezethet olyan (orvosi) viselkedéshez, ami – pl. terminális állapot vagy gyógyíthatatlan betegség esetén – mintegy *nonverbálisan* azt jelzi a beteg felé: helyes a szuicíd szándéka, hiszen valóban elfogadhatatlan életminőségének romlása, vagy élete fenyegetettsége.

Különösen akkor lehet *iatrogeniával* számolni, amikor a gyógyíthatatlan

betegség/haldoklás depressziós fázisában a betegek csaknem obligát módon jelzik – általában passzív – halálvágyukat. Ekkor áll fenn annak veszélye is, hogy a környezet (a család, de akár az orvos is!) ezeket a jelzéseket *eutanázia-kívánságnak* minősíti. Téves megítélés még azokban az országokban is lehet, ahol szabályozottan törvényes az eutanázia. (Általában nem ismerik fel a beteg depresszióját, illetve korábbi szuicíd kísérleteit nem veszik figyelembe.) Ahol – szerencsére – nem legalizált az eutanázia, vagyis az „átruházott szuicídium” (41), ott ennek az „interferenciának” a következményeként a *súlyos beteg szuicídiumának a veszélye erősödhet fel.*

Bár az eutanázia-kérdés taglalása messzire vezetne, legalább érintőlegesen meg kell említeni azt, az egészségügy szuicidogén mikroklímája integráns részeként. Mivel előbb-utóbb várható, hogy az eutanázia-kérdés politikai kérdéssé válik, s mivel a laikus közvélemény is túlzottan permisszív az eutanázia-kérdésben, okvetlenül fel kell hívni a figyelmet a probléma fontosságára.

A szuicidogén klíma befolyásolása nehéz, hosszú távú, s döntően mentálhigiénés jellegű feladat. Az aktuális, világszerte jelentkező krízishelyzettől eltekintve részben a *társadalom* (/ország/kultúra nevelési, egészségügyi és mentálhigiénés területei), részben pedig a család és az egyén oldaláról együttesen lehet csak -- megfelelő aktivitással -- elérni a szuicidogén klíma csökkenését.

A két irányból közelítés elválaszthatatlan egymástól, mivel az individuum személyiségjellemzőiben, öngyilkossággal/önpusztítással kapcsolatos kockázati/*rizikó tényezőiben*, illetve védő/*protektív faktoraiban* éppúgy benne rejlenek az egyén biológiai-genetikai hajlamai, adottságai, mint ahogy családja genetikai és szociogenetikai tényezői, magatartásmintái, attitűdjei, illetve a mikrotársadalmaknak/szubkultúráknak, valamint a makrotársadalomnak a normái és attitűdjei. Ezek egy-egy magatartásformát elutasítottá, eltűrtté vagy éppen kívánatossá, preferálttá tesznek (l. az eltérő kultúrákban az alkoholizálás, vagy egyes szubkultúrákban a drogfogyasztás előfordulását vagy hiányát).

Az önpusztítás megelőzésében és csökkentésében a mentálhigiénés, az oktatási és a nevelési teendőkön kívül kiemelkedő szerepe van az *orvosképzésnek*. A korszerű szomatikus betegellátás legújabb ismeretei mellett elengedhetetlen az orvosi pszichológiai és biológiai pszichiátriai–pszichodinamikai ismeretek naprakész elsajátítása, amelyekkel nem csupán a pszichiátria területén dolgozóknak kellene rendelkezniük. Pszichiátriai beteg és öngyilkosság veszélyeztetett páciens ugyanis a medicina valamennyi szakterületén belül előfordul. (Valószínűleg több pszichiátriai beteget és szuicídiumot megkísérelt személyt kezelnek a pszichiátrián *kívül*, mint azon belül.)

Az orvosok mentálhigiénéjének védelme, valamint az orvos-szuicíd beteg interakció ismerete is megköveteli valamennyi orvostól a szuicidológiai ismereteket. Ezek birtokában az egészségügy szuicidológiai mikroklímája is csökkenthető.

IRODALOM

1. Ringel, E.: Selbstmordverhütung. Huber, Bern. 1969.
2. Temesváry Beáta: A szuicidogén klíma. *A pszichiátria jelene és jövője hazánkban*. II. kötet, 143. o. A Magyar Pszichiátriai Társaság II. Kongresszusa, Budapest. 1988.
3. Temesváry Beáta: Suicidogeneous climate in Hungary. Autumn Meeting of Royal College of Psychiatrists. London. 1991. (Abstract: pp. 13–14.)
4. 4 Temesváry Beáta: Can suicidality be influenced by attitude of physicians? 16th IASP Congress, Montreal, 1993. Abstract: p. 29.
5. Stengel, E.: Suicide and attempted suicide. Penguin. Middlesex. 1964.

6. *Pöldinger, W., Sonneck, G.*: Die Abschätzung der Suizidalität.
7. *Nervenarzt*. 1980. 51. 147–51.
8. *Hawton, K.*: Assessment of suicide risk. *Br. J. Psychiatry*, 1987. 150: 145.
9. *Greither, A.*: Selbstmord und Erziehung. Felix Meiner. Leipzig. 1939.
10. *Ringel, E.*: A preszuicidális szindróma (öngyilkosság előtti tünetcsoport) tünettana.
11. In: *Andorka R., Buda B., Cseh-Szombathy L.*, (szerk.): A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat, Budapest, 1974 pp. 367–380.
12. *Kohut, H.*: Die Heilung des Selbst. Suhrkamp, Frankfurt/M., 1979.
13. *Henseler, H.*: Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes.
14. Rohwolt, Reinbek bei Hamburg, 1974.
15. *Kernberg, O.*: Borderline conditions and pathological narcissism.
16. Jason Aronson, New York, 1975.
17. *Linnoila, M. et al.*: Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sci*, 1983. 33: 2603-14.
18. *Virkkunen, M. et al.*: Low brain serotonin turnover rate (low CSF 5-HIAA) and impulsive violence. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 1995. 20: 271–75.
19. *Holländer, E., Stein, D.*, (eds.): Impulsivity and Aggression. John Wiley & Sons, Chichester, 1995.
20. *Linden, K. I.*: Der Suizidversuch. Versuch einer Situationsanalyse. Enke, Stuttgart, 1969.
21. *Shneidman, E. S.*: Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Jason Aronson, Northvale, NJ, 1993.
22. *Joiner, T.E., Sach-Ericson, J., La Ricka, R. et al.*: Childhood, physical and sexual abuse and life-time number of suicide attempts. A persistent and theoretically important relationship. *Behav Rev Ther*, 2007. 45: 539–47.
23. Menninger, K.: Man against himself. Harcourt, Brace, New York. 1938.
24. *Farberow, N. L.*, (ed.): The many faces of suicide. Indirect self-destructive behavior. McGraw Hill, New York, 1980.
25. *Zuckerman, M.*: Psychobiology of Personality. Cambridge University Press, Cambridge. 1991.
26. *Cloninger, C.R.*: A systematic method for clinical description and classification of personality variations. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987. 44: 573–88.
27. *Temesváry Beáta*: Az önpusztító agresszió. In: *Hárdi I.*, (szerk.): Az agresszió világa. II. átdolgozott kiadás. In press, 2009.
28. *Engel, G.L.*: Clinical application of the biopsychosocial model. *Am J. Psychiatry*, 1980; 137: 535.
29. *Szilárd J., Temesváry Beáta*: A pszichiátriai betegség. *Orvosi Hetilap*. 1979. 41: 2467–73.
30. *Leckman, J. F. et al.*: Best estimate of life-time diagnosis: A methodological study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982. 39: 379–89.
31. *Paris, J.*: Nature and Nurture. A Predisposition – Stress Model of Mental Disorders. American Psychiatric Press. Washington, D.C., 1999.
32. *Schuckit, M.A., Tsuang, J.W., Anthenelli, R.M. et al.*: Alcohol challenges in young men from alcoholic pedigrees and control families: a report from the COGA Project. *J Stud Alcohol*, 1997, 57: 368–77.
33. *Breslau, N. et al.*: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991. 48: 216.
34. *Wolf, D. A.*: Child Abuse. Sage Publ., Thousand Oaks, 1999.
35. *Kaufman, Kanro, G., Jasinski, J. L.*, (eds.): Out of the Darkness. Contemporary Perspectives of Family Violence. Sage Publ., Thousand Oaks, 1997.
36. *Temesváry Beáta*: Individual and Social Factors in the Psychodynamics of Suicide.
37. In: *Möller, H.J., Schmidtke, A., Welz, R.*, (eds.): Current Issues of Suicidology. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1988. pp. 372–81.
38. *Temesváry Beáta*: Szuicidológiai zsebkönyv. Szeged, 2005.

39. *Temesváry Beáta*: Helping the Suicidal Elderly – a Hungarian Perspective. In: *Lester, D., Tallmer, M.*, (eds): Now I Lay Me Down.
40. Charles Press Publications, Philadelphia, 1993. pp. 243–57
41. *Temesváry Beáta*: A halálfélelem néhány sajátos aspektusa. *Orvosi Hetilap*, 1996(a), 26: 1419–25.
42. *Temesváry Beáta*: Orvosok/orvostanhallgatók öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjének empirikus vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 1996(b), 11: 7–30.
43. *Maslach, C.*: Burnout. The cost of caring. Malor Books. Cambridge, MA, 2003.
44. *Schmidtbauer, W.*: Die hilflose Helfer. Rohwolt, Reinbek bei Hamburg, 1997.
45. *Reimer, C.*: Zur Problematik der Helfer-Suizidant Beziehung: Empirische Befunde und ihre Deutung unter Übertragungs und Gegenübertragungsaspekte.
46. In: *Henseler, H., Reimer, C.*, (Hrsg.): Selbstmordgefährdung, problemata, fromman-holzboog 93, Stuttgart–Bad Canstatt, 1981. pp. 1–27.
47. *Reimer, C.*: Interaktionsprobleme mit Suizidanten. In: *Reimer, C.*, (Hrsg): Suizid.
48. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1982, pp. 191–206.
49. *Temesváry Beáta, Szilárd J.* : Időskorúak és az eutanázia. *Magyar Belorvosi Archívum*, 2004; 3: 137-41.

DR. BEATA TEMESVARY

Psychiatric Clinic

University of Szeged

H-6720 Szeged

Hungary

szilard@nepsy.szote.u-szeged

DIRECT AND INDIRECT AUTODESTRUCTION, OR HOW CAN THE SUICIDOGENOUS CLIMATE BE DECREASED?

Abstract: The open form of autodestruction is suicide, its indirect form is represented by a number of autodestructive behaviors (alcoholism, drug use, risk taking behavior, sensation seeking, novelty seeking). Behind these acts similar psychodynamics can be found; autoaggression, leaving the uncomfortable situation, leaving a “message” for someone, and aggression. Particularly important in the background of (attempted) suicide is a disorder of aggression regulation, often together with impulsivity.

Autodestruction is facilitated by the suicidogenous climate (the harmful attitude spreading from the world/society to families and individuals, which not only does not inhibit, but tolerates (even prefers) autodestructive forms of behavior). This latter can only be mitigated by educational and mentalhygienic measures, and by providing physicians with suicidological knowledge during their training.

Key words: direct and indirect autodestructivity – regulation of aggressivity – physician–patient interaction – „suicidogenous climate”
