

Doktori (Ph.D.) értekezés

**Befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek
búcsúleveleinek elemzése**

Máténé Pusztai Annamária

Debreceni Egyetem
BTK
2009.

**BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁGOT ELKÖVETETT SZEMÉLYEK BÚCSÚLEVELEINEK
ELEMZÉSE**

Értekezés a doktori (Ph.D.) fokozat megszerzése érdekében
a pszichológia tudományágban

Írta: Máténé Pusztai Annamária okleveles pszichológus

Készült a Debreceni Egyetem Multidiszciplináris Bölcsészettudományok doktori iskolája
(pszichológia programja) keretében

Témavezető: Dr.
(olvasható aláírás)

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

A doktori szigorlat időpontja: 2009.

Az értekezés bírálói:

Dr.

Dr.

Dr.

A bírálóbizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

Dr.

Dr.

A nyilvános vita időpontja: 2009.

Én, Máténé Pusztai Annamária teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletben tartásával készült. Jelen értekezést korábban más intézményben nem nyújtottam be és azt nem utasították el.

Köszönetnyilvánítás

Szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek Dr. Bugán Antalnak a dolgozat megírása közben nyújtott segítőkészségért, az értékes tanácsokért és a támogató kritikáért; valamint Dr. Kuritárné Dr. Szabó Ildikónak azért az önzetlen és értékes segítségéért, amelyet a dolgozat átolvasásával és lektorálásával adott.

Köszönöm Dr. Degrell Istvánnak, hogy lehetőséget nyújtott a Pszichiátriai Tanszéken arra, hogy a szuicid embereket jobban megismerjem; valamint Kovács Sándornak, hogy segítséget adott a statisztikai feldolgozásban.

Köszönettel tartozom Dr. Ambrus Vencel rendőr ezredesnek, a Hajdú – Bihar Megyei Rendőr Főkapitányság Megbízott Igazgatójának; Kormos János, rendőr alezredesnek, a Hajdú - Bihar Megyei RFK Nyomozó Osztályának vezetőjének; Kocsis József rendőr alezredesnek, az Életvédelmi Osztály vezetőjének; Bozsó György rendőr alezredesnek, a Debreceni Rendőrkapitányság Bűnügyi Osztályának Életvédelmi Alosztályának vezetőjének, valamint Hutóczky Sándornak a vizsgálati anyag összegyűjtésében nyújtott segítségükért.

Végül, de nem utolsósorban szintén köszönetet szeretnék mondani családomnak és barátaimnak, amiért mindig támogattak a dolgozat megírásának hosszú folyamatában, és számíthattam rájuk, amikor csak szükségem volt rá.

I. BEVEZETÉS.....	8
II. A SZUICÍDIUMRA PREDISZPONÁLÓ BIOLÓGIAI- PSZICHOLÓGIAI – SZOCIÁLIS TÉNYEZŐK.....	11
1. Epidemiológiai jellemzők.....	11
1.1 Életkori jellemzők.....	11
1.2. Nemi és módszerválasztásban mutatkozó jellemzők.....	15
2. Az öngyilkosság kutatási módszerei.....	17
3. Kognitív jellegzetességek.....	19
3.1. Problémamegoldás, coping, kognitív torzítások.....	19
3.2. Autobiografikus memória.....	23
3.3. Kontrollhely.....	25
3.4. Önértékelés	26
3.5. Perfekcionizmus, önkritikusság.....	28
3.6. Reménytelenség.....	31
4. Jellemző érzelmi állapotok.....	33
4.1. Az érzelemszabályozás zavara.....	34
4.2. Mentális fájdalom.....	35
4.3. Self-tudatos érzelmek: szégyen és öngyűlölet.....	38
4.4. Self-tudatos érzelmek: büntudat.....	40
4.5. Az agresszió és az öngyilkosság összefüggései.....	43
4.6. Nárcizmus.....	49
5. Interperszonális jellegzetességek.....	53
5.1. A származási család jellemzői.....	54
5.2. Internalizált tárgykapcsolatok	57
6. Motívumok.....	65
7. Mentális betegségek	66
7.1. Depresszió	67
7.2. Skizofrénia.....	70
7.3. Alkohol dependencia.....	71
7.4. Szorongásos zavarok és neurózis	72

7.5. Személyiségzavarok	72
7.6. Komorbiditás	73
8. Szomatikus betegségek	74
9. Preszucidális szindróma	76
10. Stressz-diatézis modellek	76
11. Személyiség típusok.....	86
III. A BÚCSÚLEVÉL KUTATÁS ELMÉLETE.....	92
1. Eredeti és szimulált búcsúlevelek összehasonlítása.....	94
2. Leíró vizsgálatok, az elhunytak demográfiai, kognitív, szituációs és emocionális jellemzőire	96
3. Thematic Guide to Suicide Prediction (TGSP).....	105
IV. A SAJÁT VIZSGÁLAT BEMUTATÁSA.....	108
1. A vizsgálat célja, kérdésfeltevések	108
2. A kérdésfeltevések konkretizálása	109
2.1. A búcsúlevelek tartalma és az elkövetés oka	109
2.2. Tipológia	111
3. Módszertan	113
3.1. A tartalomelemzés módszere	113
3.2. A saját vizsgálatban a tartalomelemzési lépések meghatározása	115
3.3. A használt statisztikai próbák	116
4. Vizsgálati minta	120
5. Elvégzett vizsgálatok és eredmények	121
5.1. Reprezentativitás	121
5.2. A kor, a nem, és az elkövetés módja között összefüggések vizsgálata.....	123
5.3. Veszélyeztető periódusok	130
5.4. A demográfiai adatok elemzéséből nyert adatok összegzése	137
5.5. A tartalmak elemzése	139
5.5.1. Kategóriák definiálása	139
5.5.2. Motívumok definiálása	147
5.5.3. A kategóriák gyakoriság szerinti megoszlása	149

5.5.4. Metakategóriák kialakítása	153
5.5.5. Eddigi eredmények összegzése	174
5.5.6. A kategóriák és a demográfiai változók kapcsolata	182
5.5.7. A motívumok gyakoriság szerinti felsorolása.....	185
5.5.8. Öngyilkos típusok	186
5.5.9. Összegzés	196
V. ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS	202
VI. SUMMARY.....	204
VII. FELHASZNÁLT IRODALOM.....	206

I. BEVEZETÉS

Az öngyilkosság jelenségére világszerte egyre nagyobb figyelem terelődik, ugyanis aggasztó mértékben nő a szuicídium által elhalálozott személyek száma. A WHO adatai szerint 1998-ban az öngyilkosság a betegségek globális mennyiségéből 1,8 %-ot jelentett, és várhatóan az arány 2,4 %-ra fog emelkedni 2020-ra (Bertolote; Fleischmann, 2002). Az öngyilkosság világszinten a 13. vezető halálok és a hetedik Európában, ami aláhúzza a témával való foglalkozás szükségességét (WHO, 2005).

Napjaink szuicidológiájában általánosan elfogadott nézet, hogy a szuicídium biológiai, pszichológiai, és szociokulturális tényezők összességének végeredményeként érthető meg a legjobban, vagyis egyfajta „final common pathway” a szuicid tett. Ebből a rendkívüli komplexitásból ered a jelenség nehéz megérthetősége is, mely feltétlenül interdiszciplináris megközelítést igényel. Az öngyilkosság kutatás ágainak, így a pszichológiai, pszichiátriai specifikumok kutatásának eredményeképpen is, olyan sok jellemző áll már rendelkezésünkre, melyek áttekintése igen nehézkes.

Orbach (1997) A Taxonomy of Factors Related to Suicidal Behavior c. cikkében kifejti, hogy empirikus és klinikai adatok tömegével állnak már rendelkezésünkre az öngyilkosság kialakulásával kapcsolatban, de a faktorok koherens osztályozása hiányzik - ami pedig komoly hozzájárulást jelentene az öndestruktív viselkedés dinamikájának megértéséhez. Az eddigi vizsgálati eredmények alapján az öngyilkos személyek csoportja nem tűnik homogénnek, hanem egymástól minőségileg különböző alcsoportokra válik szét. Különböznek egymástól jellemző vonásaikban, mögöttes pszichodinamikájukban, pszichiátriai betegségeikben. Az öngyilkosság egy olyan viselkedési kimenet, ami számos személyiségvonás és dinamikai összetevő következménye lehet.

A szuicídium mentális jelenségek oldaláról való megközelítésének számos szempontja létezik. Csoportosíthatunk a mentális zavarok nozológiai rendszere szerint; az egyes szuicid viselkedésformáknak megfelelően; gondolkodhatunk pszichodinamikai szempontok szerint; vizsgálhatjuk magát a folyamatot, amíg az egyén eljut a tett elkövetéséig. A típusok körvonalazásával a teoretikus alapon felállított, valamint az empirikus kutatások során feltárt egyes veszélyeztető faktorokat igyekeznek a kutatók dinamikailag összefűzni. Ezeket az összetartozásokat jobban megjelenítik a típusok, mint az egyes tényezők izolált vizsgálata.

Az intervenció és a prevenció szempontjából is komoly hozzájárulásuk lehet a tipológiáknak, hiszen könnyen és jól átláthatóan interpretálják a legjelentősebb motívumokat,

személyiségvonásokat, ezekhez kapcsolatosan felveti bizonyos patológiák lehetőségét és a veszélyeztetettséget okozó vonásokat.

Az öngyilkos viselkedésformák közül a befejezett szuicídium vizsgálata meglehetősen nehéz, hiszen hiányoznak azok a személyek, akik vizsgálati alanyul szolgálhatnának. A kutatók a vizsgálatok alapjául a statisztikákat, hozzátartozókkal készült interjúkat (autopsy vizsgálatot), öngyilkossági kísérletet elkövetők eseteinek és személyes dokumentumoknak a vizsgálatát javasolják (Maris, 1981; Shneidman és Farberow 1957). A búcsúlevelek speciális fajtái a személyes dokumentumoknak, amelyek értékes információkat szolgáltatnak az elhunyt személy érzelmi és kognitív állapotára vonatkozóan. A búcsúlevél kutatásnak három nagy ága indult el, amelyek közül vizsgálatunk a leíró kutatások sorába illeszkedik. Kukorelliné (2002) a búcsúlevelek funkcióját a szándék véglegesítésében; az üzenet átadásában és az öngyilkos tett konkrét megkezdésében látja. Vizsgálatunk a búcsúlevelekben olvasható üzenet tartalomelemzésével foglalkozik.

Dolgozatunk elméleti részében a szuicid kép pszichológiai, pszichiátriai aspektusainak minél alaposabb bemutatására törekszünk. Nem ismertetjük az öngyilkosság történelmi vonatkozásait, a szuicídium szociológiai és kulturális magyarázatait, hiszen a búcsúlevelek tartalomelemzéséhez elsősorban a pszichológiai szempontokat éreztük illeszkedőnek. Az öngyilkosság kutatás szociológiai és kulturális irányait azonban vizsgálatunktól függetlenül rendkívül fontos szempontoknak érezzük, amelyek nélkülözhetetlenek a teljes szuicid kép megértéséhez.

A szakirodalom ismertetése során arra törekszünk, hogy a szuicídium szempontjából legfontosabb jelenségek elméleti elgondolásait és empirikus eredményeit bemutassuk. A teoretikus és empirikus szempontok a dolgozatban egymás mellett jelennek meg az adott jelenség kapcsán a könnyebb áttekinthetőség miatt.

Az öngyilkosság lélektani hátterével foglalkozó szakirodalom áttekintése előtt fontosnak érezzük bemutatni a befejezett öndestrukció kutatásának legfontosabb irányvonalait, módszereit. Ezek után ismertetjük az öngyilkosságra predisponáló kognitív vonásokat, a szuicid személyekre jellemző érzelmi állapotokat, valamint interperszonális kapcsolataik alakulását. Ismertetjük, hogy mely mentális betegségekben fordul elő leggyakrabban az öngyilkosság; illetve bemutatjuk, hogy a szomatikus betegségek esetén hogyan alakul ki a szuicid veszélyeztettség. Bár a búcsúlevelek tartalomelemzéséhez a stressz-diatézis elmélet nem szolgáltat közvetlen segítséget, az elmélet relevanciája, valamint az általa képviselt korszerű szemlélet miatt fontosnak éreztük ismertetni. A legfontosabb

veszélyeztető faktorok bemutatása után a szuicid típusokat ismertetjük; majd a búcsúlevelek szakirodalmát.

Vizsgálatunk első, leíró jellegű részében a búcsúlevelekben olvasható érzelmi és kognitív tartalmak minél alaposabb leírására törekedtünk. Előzetesen nem dolgoztunk ki kategóriarendszert, amivel az előzetes beállítódást szeretnénk volna kiszűrni. Célunk lehetőleg az összes információ kinyerése volt a levelekből, ami azt mutatja meg, hogy mi foglalkoztatja halála előtt az öngyilkosságot elkövetni szándékozó személyeket; mit szeretnének közölni búcsúlevelükben. Ezután a kapott kategóriákat a mögöttes érzelmek, kognícióknak megfelelően összevontuk, ami megmutatja a befejezett szuicídiumot elkövetni akaró személyekre leginkább jellemző emóciókat és kogníciókat. Ezek a tartalmak a búcsúlevél funkcióit jól körvonalazzák. Emellett megvizsgáltuk az egyes kategóriák együttjárását a nemi és életkori jellegzetességekkel, valamint az elkövetés módszerével.

Vizsgálatunk következő szakaszában klaszterező programokkal rendeztettük csoportokba, típusokba a kapott kategóriákat. A búcsúlevelek tartalomelemzése alapján öt típus rajzolódik ki, melyek a befejezett szuicídium különböző lefutásait adják.

II. A SZUICÍDIUMRA PREDISZPONÁLÓ BIO-PSZICHO-SZOCIÁLIS TÉNYEZŐK

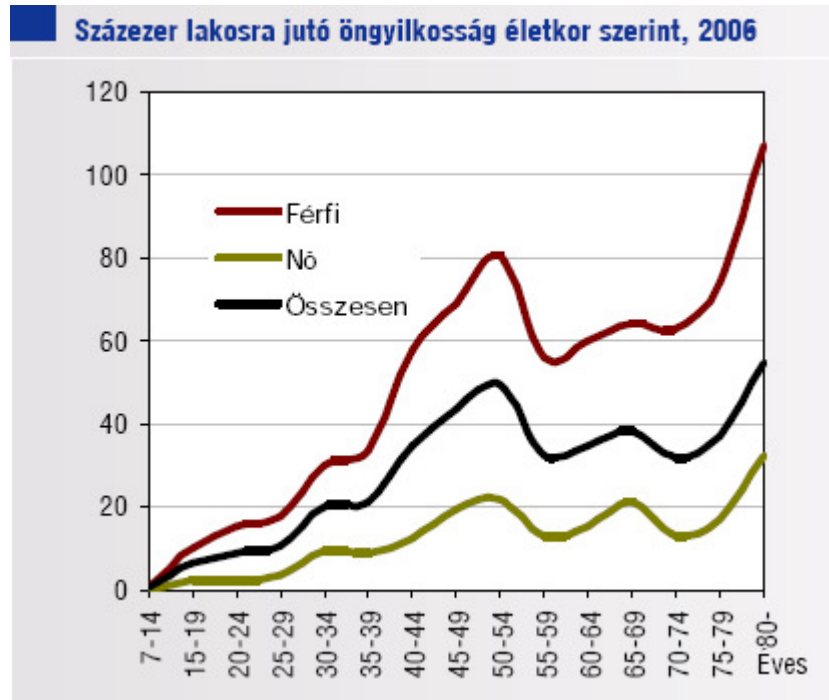
II.1. Epidemiológiai jellemzők

II.1.1. Életkori jellemzők

Világszerte megfigyelhető tendencia az életkor előrehaladtával a szuicid ráta párhuzamos emelkedése. Magyarországon is ez az eloszlás a jellemző: a középkorúak kiugró aránya mellett az idősek öngyilkossági elhalálása jelentős, ami kétfázisú görbét rajzol ki. Bár ez a lefutás világszerte hasonló, mégis „magyar kormegoszlási görbeként” ismert (Temesváry, 2005). Tény azonban, hogy Magyarország az utóbbi 30 évben az időskori öngyilkosságában magasan vezetett Európában (Zonda, 2006). A ráta 6-8-szor magasabb az idősek körében, mint a fiatalokéban. Buda (2001) azonban hangsúlyozza, hogy ha az okokat keressük, akkor - az idősek nagyobb veszélyeztetettségét el nem bagatellizálva - , figyelembe kell venni azt is, hogy az idősek száma és népességbeli aránya folyamatosan nő.

Abszolút számokban kifejezve mégis azt mondhatjuk el, hogy több fiatal hal meg öngyilkosságban, mint idős – globálisan nézve. Több öngyilkosságot (55%) követnek el az emberek 5-44 éves koruk közt, mint 45 év felett. Mindkét nembe tartozók esetén a 35-44 év közötti korosztály az világszinten, ahol a legtöbb öngyilkosságot elkövetik (Bertolote és Fleischmann, 2002). A 20-44 éves korosztályban a második legfőbb halálzási ok az öngyilkosság az Európai Unióban, a közlekedési baleseteket követően (Eurostat).

A magyarországi helyzetet tekintve mindkét nem esetében a 45-54 éves életkor számít különösen veszélyeztetőnek, illetve folyamatos emelkedést tapasztalhatunk 70 éves kortól kezdve.



1. **ábra:** Az öngyilkosság életkori megoszlása Magyarországon (KSH, 2008)

Serdülőkori öngyilkosság

De Wilde (2000) a befejezett öngyilkosságot kevésbé a serdülőkre jellemző problémának látja, a kísérletek nagy és egyre inkább emelkedő számára azonban felhívja a figyelmet. A szerző a WHO/EURO multicentrikus európai szuicídium-kutatásának eredményeit idézi, melyek szerint a fiatal korosztályban (15-24 éves) a legnagyobb az öngyilkossági kísérletek aránya. Az átlagpopuláció rizikófaktorait áttekintve megemlíti a serdülők modellkövető hajlamát; a megváltozott testkép beemelésének nehézségeit az énképbe és az identitáskeresést, melyek mind specifikusan a serdülőkre jellemző problémák. De Wilde ezeknek a problémáknak a vonalán látja veszélyeztetettnek a serdülőket.

Spirito - Esposito-Smythers (2006) megfigyelései szerint a serdülőkorosztályt kiemelten jellemzik az impulzív, agresszív viselkedésformák, és így ez tapasztalható az öngyilkos fiatal csoportban is, melyekhez könnyen társulnak antiszociális viselkedésformák: például rendőrséggel való összetűzések, verekedések és a vagyontárgyak megrongálása. Beautrais és mtsai (1996) mintegy négyszer akkora rizikót észlelnek a súlyos szuicid kísérletre társuló antiszociális zavarok esetén a 13-24 éves korcsoportban. Jellemző a szerhasználat is, mely a társuló zavarok és a stresszkezelés nehézségei esetén jelenik meg

gyakran. A szerhasználó viselkedés még tovább súlyosbítja a tüneteket, például a depressziót és az indulatkezelési zavarokat – mindezek eredményeként fokozza a szuicídium elkövetésének esélyét. Ebben a korosztályban további rizikótényezőként a korábbi öngyilkossági gondolatok és kísérletek is jelen vannak. A serdülők érzelmi állapotát a depresszív megélések, a megemelkedett szorongás-készség, valamint az erősebb haraggal való reagálás jellemzik.

Apter és Freudenstein (2000) pszichiátriai betegségben szenvedő serdülőket vizsgálva négy komorbid konstellációt lát veszélyeztetőnek. Az első csoportba a skizofrénia, a depresszió és a szerhasználat tartozik. A másodikba a szerhasználat, a magatartászavarok és a depresszió. A harmadik konstellációt a hangulatzavarok, evészavarok és szorongásos problémák alkotják; míg a negyediket a hangulatzavarok, személyiségzavarok és a disszociatív zavarok.

Felnőttkori öngyilkosság

Bár a serdülőkor világszinten egyre erősödő veszélyeztettségére fontos felhívni a figyelmet, mégis a legtöbb szuicídium a középkorú korcsoportban történik. A magas arányhoz Maris (1981) az egyes életszakaszok támasztotta elvárások be nem teljesítését, a megrekedést kapcsolja. Erikson fejlődési szakaszok elméletében a 31-50 éves felnőtt korosztály számára az „alkotás szemben a stagnálással” feladatköre a megoldandó; majd a kezdődő időskorban az éniintegritás elérése állítható szembe a kétségbeeséssel. Ez az időszak a számadások ideje, amikor a személy visszatekint életére, döntéseire és szembesül azok következményeivel. A számadás megkövetelhet életstílusbeli változtatásokat, valamint annak az elfogadását, hogy a személy már nem fiatal. Szembe kell nézni a fizikai betegségek lehetőségével, a csökkenő anyagi forrásokkal, a képességek folyamatos romlásával. Ezeket a negatív folyamatokat az elért eredmények, a megszerzett tapasztalatok és a kapcsolatok kompenzálják.

Akikre a maladaptív életvezetés (alkoholabúzusok; szexuális kicsapongások; megtartó, hosszútávú kapcsolatok kiépítésének hiánya, stb) volt a jellemző életükben, szembe kell nézniük a változtatás szükségével, mint utolsó lehetőséggel. Ha ez nem sikerül hosszú távú negatív következményeket kell elviselniük mind a szomatikus, mind a pszichés területeken. Ha a megküzdés sikertelen, bekövetkezhet az öngyilkosság. Maris vizsgálatában a férfiakra jellemző szuicid csúcs 51 éves kortól 60 éves korig tartott, amely időszak Erikson pszichoszociális fejlődélméletében a késő felnőttkor éveit jelenti, az időskor kezdete előtt, ami a stagnálás veszélyeztető jellegére hívja fel a figyelmet.

A pszichoszociális stresszorok vizsgálata is közelebb vihet a veszélyeztető területek specifikusabb megismeréséhez. Nagyszámú (N=803), 20-59 éves korosztállyal végzett vizsgálat eredményei szerint a legjellemzőbb negatív stresszort jelentő események a munkahelyi problémák (34%); a családi zavarok (27%); az anyagi problémák (22%); a munkanélküliség (19%); a szeparáció (16%) és a szomatikus betegségek (15%) (In: Nisbet, 2000). Heikkinen és mtsai (1994) korábban már ismertetett finnországi eredményei nagyon hasonló képet tárnak elénk, ami a stresszorok univerzalitása mellett szól.

Időskori öngyilkosság

Az időskori kiemelt veszélyeztetettségének több oka van. Temesváry (2005) és Buda (2001) a bio-pszicho-szociális tényezők együttesét hangsúlyozzák, amelyek időskorban komplex halmozódást mutatnak. Komoly rizikótényezőt képviselnek az egyre nagyobb gyakorisággal előforduló fizikai betegségek és a társuló szenvedés; illetve a félelem a szenvedéstől. A nagyobb autonómiaigény és a saját személy tehernek érzése kapcsán könnyen kifejlődhetnek I. tengely zavarok, amelyek az öngyilkosság felé mozdítják az idős embert. A mentális betegségek közül a depresszió és a szerdependenciák válnak a legkifejezettebbé; amelyek közül a depresszió időskorban specifikusan jelentkezhethet testi tünetek formájában. A mentális zavarokat tekintve elmondható, hogy a személyiségzavarok és a pszichózis ritkább az idős szuicid személyeknél, mint a fiataloknál. Az organikus betegségek közül a demenciákat fontos megemlítenünk, amelyek komoly rizikótényezőt jelentenek ebben a csoportban, különösen a betegség kifejlődésének kezdetén, amikor a beteg megéli mentális romlását.

A pszichológiai stresszorokat tekintetében a veszteségek halmozódnak, amelyeket összeadódóan egyre nehezebb feldolgozni; és mivel az új kapcsolatok kiépítésére sokkal kisebb a lehetőség, könnyen izolálódnak, támasz nélkül maradnak az idős emberek. Kritikus periódusnak számítanak a házastárs halála utáni egy év, illetve a patológiás gyász esetei (Harwood, Jacoby, 2000). Nisbet, (2000) idézi egy 60 év felettiekkel végzett vizsgálatnak az eredményét, amely szerint az idős emberekre nézve leggyakoribb és legmegterhelőbb életeseményeknek a szomatikus betegségek számítanak, a betegség a családban, a halál, és családi problémák. Nehezíti a stresszorokkal való megküzdést ebben az időszakban, hogy az idős emberek gondolkodása rigidebbé válik, nehezebben alkalmazkodnak (Temesváry, 2005); valamint kevésbé nyitottak az új élményekre, preferálják a megszokottat az újjal szemben (Duberstein és mtsai, 1994), ami beszűkült szemléletmódot és életvitelt eredményezhet.

Az idős emberekre öngyilkossági tervük kivitelezésekor az erős szuicid szándék a jellemző, ezt az is jelzi, hogy gyakran használnak violens módokat (Harwood, Jacoby, 2000). Az idős populációban is megőrződnek a nemek módszerválasztásban tapasztalható eltérései, vagyis az erőszakos módok használata itt is a férfiakat jellemzi.

II.1.2. Nemi és módszerválasztásban mutatkozó jellemzők

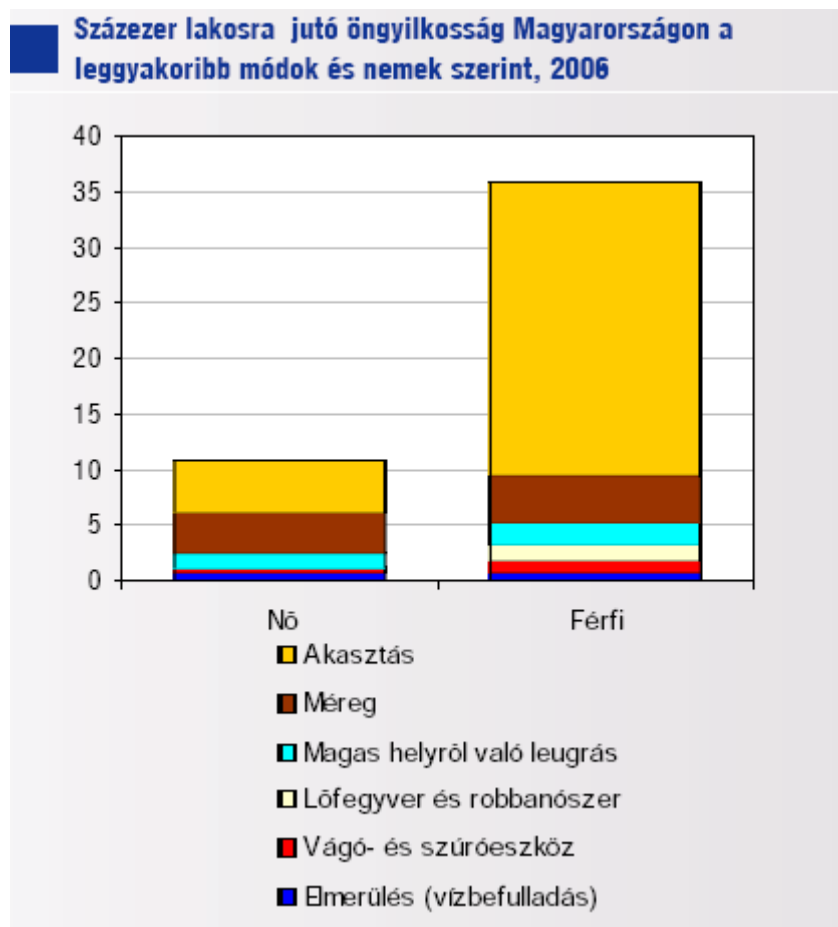
A személyt a módszer választásában annak elérhetősége és hozzáférhetősége, valamint a szuggesztív modellhatások jelentősen befolyásolják (Maris és mtsai, 2000; Fekete és mtsai, 1991). A befejezett öngyilkosság legjellemzőbb módszerei a violens formák közé tartoznak: lőfegyver használat, önakasztás, vágás, stb. Ezekre a módszerekre jellemző, hogy nagy letalitásúak, illetve a személy haláltusája csak rövid ideig tart; vagyis nehéz közbelépni, megmenteni a személyt. Jellemző az is, hogy a befejezett öngyilkosságot elkövető személyek olyan körülményeket választanak, amelyek a megmenthetőség esélyét minimalizálják. Míg Amerikában lőfegyverrel követik el a legtöbb befejezett szuicídiumot, Európában inkább az akasztás a vezető forma (Bertolote és Fleischmann, 2002).

A férfiak jóval nagyobb aránya figyelhető meg a befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek között. Az arányok országonként változnak, de akárcsak az Amerikai Egyesült Államokban, Európában is négyszer több férfi követ el befejezett öngyilkosságot, mint nő. Ez az arány 1950-ben még csak 3,2:1 volt, 2003-ban 3,6:1; míg 2020-ra 3,9:1 –es arányt jósolnak. Ez a tendencia egyedül Kínában fordított (Bertolote és Fleischmann, 2002). Hazánkban némileg eltérő arányok tapasztalhatóak: a befejezett öngyilkosságot elkövetők mintegy 70%-a férfi (Buda, 2001; Bakó, 1992).

A világszinten jellemző tendencia szerint a férfiakra inkább jellemző az erőszakos formák választása. Igaz ez a nőkkel szembeni összehasonlítás eseteiben is, akikre az ún. „soft”, nem violens módszerek alkalmazása jellemző (pl: Denning és mtsai, 2000). A magyarországi viszonyokat tekintve hasonló megoszlást tapasztalhatunk. Bakó (1992) 1984-86-os adatokat idéz, melyek szerint a férfiak 60-62%-a akasztással fejezte be életét, míg ez a forma a nők 32%-ánál volt jellemző. Ez a tendencia 2006-ban még kifejezettebben megjelent, mint az 2. számú ábrán is látható.

Az életkor és a módszerválasztás kapcsolatát tekintve elmondható, hogy minden életkori kategóriában nagy az akasztás aránya. Chuang és Huang (2004) tanulmánya szerint az

akasztás használata ugyanakkor folyamatosan nő az életkor növekedésével Taiwanban. Eredményeik szerint az idős emberek (65 év alatt) leginkább akasztással, vagy vízbefulladásal vetnek véget életüknek. Az idősek nagyobb arányú violens módszerhasználata a szuicidológiában általánosan elfogadott tény, melyet a világ sok országában végzett vizsgálatok is megerősítenek (In: Chuang és Huang, 2004; McIntosh, Santos, 1985). A fiatalabbakra (35 év alatt) specifikusan jellemzőbb a magas helyről való leugrás, illetve a lőfegyverhasználat választása. Más ellentmondó vizsgálatok szerint az akasztás aránya éppen a 20-24 éves férfiak körében a legnagyobb (In: Chuang és Huang, 2004).



2. **ábra:** Az öngyilkosság elkövetési módszereinek megoszlása nemek szerint Magyarországon (KSH, 2008)

A férfiak és nők eltérő módszerválasztására magyarázatot keresve, az egyik álláspont szerint a nők kevésbé akarnak meghalni, ami megjelenik a kevésbé letális módszerek választásában. Tettüket tehát inkább figyelemfelhívásra szánják. Denning és mtsai (2000)

állásfoglalása szerint azonban nincs különbség a szándék erőssége között a nemekben; és a meghalás, a letalitás szándéka is ugyanolyan erős. A különbség a szocializációban és esetlegesen neurobiológiai eltérésekben rejlik. Lifton és Kaplan gondolatait idézik a szerzők, melyek szerint minden öngyilkos személynek eszébe jutnak azok (az általában hozzá közel álló személyek), akik megtalálják holttestét. A nők azért utasítják el a violens módokat, mert azok általában roncsolják a testet – és nem akarják ezzel traumatizálni az őket megtalálókat. A nők az identitásuk magját alkotó kapcsolati értékek szerint cselekszenek. Egy másik magyarázat szerint a nők kisgyermekkoruktól kezdve az attraktivitásra szocializáltak, és ennek az elvárásnak még haláluk pillanatában is eleget kívánnak tenni – képtelenek testi szépségüket tönkretenni. Ám az is kimutatható az adatokból, hogy amennyiben megszűnik egy adott módszerhez fűződő „nemi konnotáció”, kiegyenlítődnek a nemi különbségek. Linehan is a szociális elvárásokat teszi részben felelőssé a módszerválasztásért (In: Maris és mtsai, 2000). Vizsgálati eredménye szerint, a befejezett öngyilkosság sokkal maszkulinabb viselkedésformaként értékelt, mint az öngyilkossági kísérlet.

A módszerválasztásnak a pszichoszociális okokon kívül neurobiológiai gyökerei is vannak, amelyek a férfiak alacsonyabb 5-HIAA szintjével hozható összefüggésbe, ami agresszívebb formák választása felé irányítja őket (In: Denning és mtsai, 2000).

A módszerválasztás kapcsán fontos jelenség az ún. Werther-effektust, amely híres, vagy elismert emberek öngyilkossága által indukálódott öngyilkossági hullám kiváltódását jelenti. Jellemzően az epidemiát kiváltó személy által használt módot követve vetnek véget életüknek a vele identifikálódó személyek, akik gyakran hasonló korosztályba és ugyanazon nembe tartozónak (Fekete és mtsai, 1991).

II.2. Az öngyilkosság kutatási módszerei

Az öngyilkosság jelenségének kutatása két alapvető nagy irányra osztható: a befejezett öngyilkosságot elkövetők; valamint a szuicid tentáment elkövetők és az öngyilkossági gondolatokról beszámoló személyek biológiai- pszichológiai- szociológiai specifikumainak kutatása (Berman, Jobes, 1991). A befejezett öngyilkosságot elkövető személyek sajátosságainak kutatásán belül két nagy irány differenciálódott: az ökológiai, vagy makro szintű megközelítés; valamint az esettanulmányok, vagy mikro szintű megközelítés irányvonala. Az ökológiai irányra a nagy vizsgálati mintákon való vizsgálódás a jellemző, ami megalapozottá teszi az epidemiológiai törvényszerűségek és az öngyilkosság szociális

vonatkozásainak megállapítását. Az esettanulmányok által képviselt irányvonal retrospektív módon szerzi az adatait.

A szuicid kísérletet elkövető és az öngyilkossági gondolatokkal küzdő személyek sajátosságainak kutatásához a vizsgálati mintát az osztályos kezelés alatt álló és az ambuláns kezelésben résztvevő beteg képezik.

Mivel a befejezett öngyilkosság kutatása meglehetősen nehéz, elfogadott a szuicid kísérletet elkövetők adatainak a letális kísérletet elkövetőkre való vonatkoztatása – amely adatszerzés jogosságát megerősíti a szuicidalitás kontinuumként való felfogása is (Maris és mtsai, 2000; Van Heeringen, 2001). Összességében mégis azt mondhatjuk ki, hogy a befejezett öngyilkosság szempontjából a legmegbízhatóbb adatot a befejezett szuicídiumot elkövetőket vizsgáló kutatások szolgáltatják.

A befejezett öngyilkosságot vizsgáló kutatási módszerek Berman és Jobes (1991) felosztásában:

1. *Ökológiai szempontú elemzések:* Ezen irány legfontosabb módszere az öngyilkos halálozási statisztikák elemzése, amely nagyon sok hasznos információt szolgáltatott a szuicídium nemmel, korral való összefüggéseire. A kulturközi eltérések kimutatására alkalmas nemzetközi összehasonlító vizsgálatok alapjául is szolgálhatnak a statisztikák, amelyekkel jól kutathatóvá válnak a nemzetek közötti eltérések. Az öngyilkosság kutatás ökológiai szempontú elemzésének kritikus pontja az a folyamat, amelynek során a haláleseteket öngyilkossággként határozzák meg. Itt ugyanis fennáll a téves azonosítás, vagy a fel nem ismerés lehetősége, ami inkorrekt statisztikai adatokhoz és következtetésekhez vezet.
2. *Szociális vonatkozások meghatározása:* Ezt az irányt tipikusan a szociológusok művelik, akik a szuicídiumot a szociális befolyások fogalmi alapján határozzák meg. Az ide tartozó vizsgálatok jelentős része durkheimiánus tradíciókat követ és a szociális integrációra fekteti a hangsúlyt a szuicídium magyarázatában. Tipikusan ide tartozó, szociális folyamatokkal magyarázható jelenség a Werther effektus, amikor egy társadalmilag jelentős személyiség szuicídiuma öngyilkos epidémiát vált ki.
3. *Esettanulmány:* Az esettanulmány az öngyilkosság kutatás mikro módszerei közé tartozik, ahol egyes szuicid esetek, illetve több eset részletes tanulmányozásával specifikusabb rizikófaktorokat azonosítanak a kutatók, mint a makrokutatásokból származók. Empirikus szemszögből nézve azonban a retrospektív információszerzés kevésbé megbízható, mint a prospektív.

4. *Orvossalakértő, illetve halottkém által végzett vizsgálatok:* Ide azok az esettanulmányok sorolhatóak, amelyek az törvényszéki orvostani szakértő, illetve a halottkém által leírt adatokat elemzik. Ezek az adatok tipikusan az elkövetők nemére, korára, az elkövetés típusára, az alkoholszint vizsgálatára vonatkoznak.
5. *Pszichológiai autopszy vizsgálatok:* Ez a vizsgálat típus a kétértelmű esetek háttérének feltárására jött létre az törvényszéki orvostani gyakorlatban, azonban önálló vizsgálati módszerré nőtte ki magát. A módszer lényege, hogy az elhunyt személy hozzátartozóitól, közeli és távoli ismerőseitől strukturált interjú keretében adatokat gyűjtenek az öngyilkos személyre vonatkozóan, személyiségével, pszichológiai jellemzőivel kapcsolatosan.
6. *Búcsúlevelek:* A búcsúlevelek a személyes dokumentumok egyik típusának tekinthetők, amelyek az adott személy kognitív, szituációs és emocionális állapotára vonatkozóan fontos információkat szolgáltathatnak. Rendkívül fontossá teszi a búcsúleveleket az öngyilkosság kutatás számára az a sajátosságuk, hogy maga a szuicid személy vetette papírra utolsó gondolatait, amelyek esetlegesen torzított jellegük (memória hibák, önbecsapás, stb) ellenére is megbízható információforrásnak számítanak.
7. *Posztmortem vizsgálatok:* A vizsgálatok ezen fajtája tipikusan az szuicídiumspecifikus biológiai markerek után kutat. Idetartozik pl: neuroendokrinális funkcionálás, cerebroszpinális folyadék, stb vizsgálata.

II.3. Kognitív jellegzetességek

II.3.1. Problémamegoldás, coping, kognitív torzítások

Az öngyilkosság kognitív elméletei a problémamegoldási hiányosságok szerepét hangsúlyozzák a szuicid folyamatban. Ezek a nehézségek az interperszonális, és a személytelen természetű feladatokra egyaránt vonatkoznak, ami így újabb és újabb megoldhatatlannak látszó helyzetek elé állítja a potenciális öngyilkost. Emellett a szuicid személyeknek mintha a motivációjuk, vagy a belátó képességük is hiányozna a hatékony, adekvát módok megtanulására; Levenson (1971) eredményei szerint ugyanis ezek a személyek még azután is kitartottak ineffektív megoldási módjaik mellett, miután bemutatták nekik a helyes stratégiát.

Több tényező is felelős lehet a problémamegoldó kapacitás elégtelenségéért. Ilyen például a nagyobb kognitív rigiditás, ami kis számú stratégiák inadekvát, helyzethez nem illő, beszűkült használatát jelenti. Megfigyelések szerint az öngyilkos személyeknek nehézségeik vannak a flexibilis gondolkodással, valamint a problémamegoldó stratégiák váltogatásával. Erőteljesebb dichotóm gondolkodás is jellemzi a potenciális öngyilkos személyeket, vagyis hajlamosabbak minden vagy semmi alapon kezelni az egyes helyzeteket (Neuringen, 1967; Patsiokas, és mtsai, 1979; In: Pollock, Williams, 2001).

Schotte és Clum (1987) eredményei szerint rosszabb a szuicidáló pszichiátriai betegek absztrakt és interperszonális problémamegoldása egyaránt. A kutatók szerint a szuicid személyekben sérült az általános problémaorientáció; nehézségeik voltak a lehetséges alternatív megoldások megtalálásával, ha egyszer beazonosították a problémát; a lehetséges negatív következményekre összpontosítottak a megoldás megvalósításakor; és nem adekvát módon valósították meg az egyébként használható alternatívát. Orbach és mtsai (In: Perczel Forintos és Poós, 2008) a problémamegoldásbeli nehézségek minőségi elemzésének azt tapasztalták, hogy az öngyilkossági fantáziákkal küzdő és a kísérleten átesett személyek többnyire a menekülést választják megoldási módként; kerülik a direkt konfrontációt; jellemző rájuk a tagadás; és gyakran ismétlik ugyanazt a megoldást, rigidek. Hajlamosak függeni másoktól a megoldás vonatkozásában; és pesszimistább megoldásokban gondolkodnak. Orbach és mtsainak vizsgálatát azért is érdemes kiemelni, mert a problémamegoldásnak nemcsak a kognitív, hanem a motivációs és az affektív vonatkozásait is vizsgálták.

A problémamegoldó deficiteknek a szuicid folyamatban játszott szerepéről eltérően vélekednek a kutatók. A stressz-diatézis elmélet (Schotte, Clum, 1987) szerint közvetetten fejt ki hatását az öngyilkosságra a problémamegoldás nehezítettsége: a feladatmegoldási nehézségek (a rugalmas, divergens gondolkodás hiánya) erős vagy krónikus stressz hatására reménytelenséget és depressziót váltanak ki - ezáltal növelik a szuicidalitás valószínűségét. A problémamegoldó deficitek szuicidogén hatását a reménytelenségen keresztül más vizsgálatok is megerősítik (Dixon, 1994).

Az öngyilkos személyek önmaguk szubjektíve is alacsonyabb szintűnek ítélik meg feladatmegoldó képességeiket, mint a kontrollszemélyek (Dixon, 1994). Ennek a „tudásnak” kihatása van az önbecslésre, mely szintén kapcsolatban van a reménytelenséggel és az öngyilkossággal (Wilson, 1995).

Dieserud (2001) a fenti mediáló feltevésekkel ellentétesen vélekedik. Vizsgálatában egy mediáló hatásoktól mentes (depresszió, reménytelenség, szuicid gondolatok) közvetlen kognitív utat igazolt a feladatmegoldási nehézségek és az öngyilkosság között. Szerinte tehát a problémamegoldási nehézségek a reménytelenség érzése nélkül is kiválthatják a szuicid reakciót.

Coping

A coping fogalma gyakran nem kellően tisztázott a kutatásokban, keverve használják a problémamegoldással, pedig a coping az érzelmi megküzdést is magában foglalja- szemben a pusztán kognitív-viselkedéses beállítottságú problémamegoldással.

Általánosan elfogadott, számos vizsgálat által igazolt megállapítás, hogy a coping egy fontos mediáló tényező a stressz és a pszichológiai jóllét között (Elliott, Frude, 2001). Aki nagyobb számú stresszről számol be, az kevésbé hatékony coping stratégiákkal rendelkezik. Az optimális coping stratégia jellemzője, hogy a személy mind a problémafókuszú, mind az emóciófókuszú formákat egyaránt használva, változatos képet mutat megküzdésében.

Yufit, Bongar (1992) amellett érvelnek, hogy a megfelelő coping stratégiák központi szerepet játszanak a szuicid viselkedés kialakulásában. Maltzberger (1988) úgy véli, hogy a szuicid rizikó felbecsülésénél ismerni kell az átélt stresszhelyzetekre - különösen a veszteségélményekre – adott korábbi válaszait a páciensnek, mivel sokat elárulnak a megküzdésről. Összegezve a kutatások eredményeit, megállapítható, hogy az öngyilkossági kísérleten átesett személyek kevésbé használnak problémafókuszú copingot; aktív viselkedéses és kognitív (szituáció újradefiniálás, elfogadás) stratégiákat; valamint kevésbé keresik a társas támaszt (Dear, 2001). Inkább jellemző rájuk a passzív, elkerülő típusú megküzdés (szociális visszavonulás, konfrontáció elkerülése), a problémákon való rágódás, az önmegnyugtatóra való nehézség és az emóció-fókuszú coping használata (Piquet, 2003). Ezt a passzivitást az interakcióvizsgálatok is alátámasztják. Varga és mtsai (2005) Közös Rorschach teszttel vizsgáltak olyan párokat, amelyeknek egyik tagja szuicid tentáment követett el. Eredményeik szerint a párok kommunikációs kudarcának hátterében a passzív, tartalmatlan megnyilvánulások, valamint a helyzettől független, passzív emocionális közlések aránytalan felszaporodása áll.

Szuicid fiatalokat vizsgálva Piquet (2003) az erőfeszítést igénylő kontroll (Rothbart, Ahadi, 1994, In: Piquet, 2003) használatát – „amely egy metakognitív monitorozó rendszer, ami rugalmas váltásokat tesz lehetővé mind a figyelemben, mind a viselkedésben, a szituációs igényekkel együttesen” (Piquet, 2003, 290.o) - ritkábbnak találta közöttük. Vagyis egy

potenciális fenyegetést magában hordozó stresszes helyzetben, a kísérletesek sokkal kevésbé voltak képesek olyan válaszokat adni, amely akarati motívumot hordozott (közvetlen cselekvés, társas támasz keresés, stb), inkább az automatikus válaszok voltak rájuk jellemzőek.

A copingot és az érzelmek regulációját tekintve tehát elmondhatjuk, hogy az öngyilkos személyek inkább éretlen, passzív és elkerülő típusú copingra hajlamosak. Problémamegoldásuk gyakran impulzív és hangulati életük szabályozásában is nehézségeik vannak, ami érthetővé teszi a feladatfókuszú coping hiányosságait. Amikor az érzelmek nagyon felfokozódnak, és már-már indulati erősségűvé változnak, a szuicid személyeknek nem marad energiájuk arra, hogy az adott problémára, feladatra összpontosítsanak, hanem érzelmeik szabályozásával, csillapításával vannak elfoglalva. Ennek a rosszabb színvonalú feladatmegoldás a következménye.

Kevesen vizsgálták a kognitív torzítások, vagy hibás gondolkodási formák szerepét az öngyilkossági folyamatban. Prezant és Neimeyer (1988, In: Beevers, 2004) eredményei szerint a szelektív absztrakció és a túláltalánosítás voltak az öngyilkossági gondolatokkal összefüggésbe hozhatóak. Az öngyilkos személyek hajlamosak azokra az információkra összpontosítani, amelyek megerősítik sémáikat, míg kizárják az annak ellentmondóakat; illetve hajlamosak egyedi szabályokat, eseményeket általánosként kezelni. Beevers és mtsai (2004) vizsgálatukban azt találták, hogy a kognitív torzítások nem közvetlenül fejtik ki hatásukat a szuicid gondolatokra, hanem a reménytelenségen keresztül, melynek jó prediktorául szolgálnak.

Williams és Pollock (2000) összefoglalása szerint a szuicid csoport más csoportoktól a problémamegoldás következő sajátosságaiban különbözik:

1. Általános jellemzőjük a kisebb hatékonyság, és a passzivitás.
2. Van egy olyan alcsoport, akiknél a specifikus problémamegoldó deficit vonásszerű sajátosságokkal rendelkeznek.
3. Van egy erősen szenzitív alcsoport, akik a szuicid kísérletek közötti periódusokban nem mutatnak nehézségeket a problémamegoldásban, de kis hangulatváltozásra súlyos hibákkal reagálnak.

A problémamegoldási deficitek etiológiáját több irányból lehet megközelíteni.

Vannak bizonyítékok arra nézve, hogy lehet vonásszerű a deficit (Wilson, 1995). A vonásszerűvé váló kognitív hiányosság a gyermekkori erős stresszhatások (gyermekkori bántalmazás, családi instabilitás, szegényes családi körülmények) következménye (Yang, Clum, 2000), melyek interferálnak a hatékony problémamegoldó stratégiák kialakulásával; így az öngyilkosság hosszú távú, közvetett rizikó tényezőivé válnak. A szerzők feltételezik, hogy ez a deficit csökkenti a személyes hatékonyság érzését, inkább külső kontrollra tesz hajlamossá és a későbbiekben akut erős vagy krónikus stressznek való kitettség esetén a reménytelenséggel együtt megnövelik a szuicid rizikót.

Pollock és Williams (2001) a választ a konkrét emlékek specifikus autobiografikus memóriából való visszahívásának zavarában látja. A sikeres interperszonális problémamegoldáshoz (melyek általában nyílt végű problémák) szükségesek a konkrét, specifikus emlékek, melyek az öngyilkos személyek számára kevésbé hozzáférhetőek a túláltalánosított emlékezeti tárolás következtében.

A deficit kialakulásában a depresszió is van szerepe, amely erősen rontja a problémamegoldás színvonalát. Kísérleti körülmények között kiváltott depressziós hangulat hatására rosszabbul teljesítettek a vizsgálati személyek az interperszonális problémamegoldó feladatokban (Mitchell, 1984, In: Williams, 2000). Az azonban nem tisztázott, hogy a hangulatromlás a fontos emlékek elérhetőségét gátolja, vagy pesszimistává teszi a személyeket a feladatok megoldásával kapcsolatban. Nezu (1986, In: Williams, 2000) a depresszió és a problémamegoldás közti kapcsolatot keresve arra jutott, hogy egy depressziós személy kevésbé magabiztos feladatmegoldó képességeiben, kevésbé szisztematikus és aktív, és alacsonyabbnak észleli a problémaszituáció felett gyakorolható kontroll lehetőségét.

II.3.2. Autobiografikus memória

Az öngyilkos viselkedés megértésének viszonylag új iránya a memóriefunkciók, különösen az önéletrajzi memória vizsgálata. A téma legelismertebb kutatója, Williams (és mtsai, 2006) az autobiografikus memóriát az epizódikus memória olyan aspektusaként mutatja be, amely az élettörténet megalkotásában vesz részt, vagyis számos specifikus élmény tárháza. A specifikus emlékek megőrzése nagyszámú és értékes tapasztalatot jelent a problémamegoldás számára, amely ezáltal egyre specifikusabb jellegűvé és egyre hatékonyabbá válik. Az autobiografikus memória nélkül képtelenek lennénk emlékezni korábbi emlékeinkre, illetve tanulni belőlük. Az autobiografikus memóriában tárolt emlékek

felidézését gyakran erős érzelmek kísérik, ugyanis az szorosan kapcsolódik önmagunk megéléséhez, vagyis a self-élményünkhöz.

Az öngyilkosságban kritikus szerepet játszó túláltalánosított memória kialakulásának gyökerei a traumatikus gyermekkorba nyúlnak vissza; funkciója a traumatikus emlékekhez társuló negatív érzelmek aktivációja elleni védekezés. A megváltozott memóriefunkciók szerepe az érzelemszabályozó szerepet tölt be (Startup és mtsai, 2001, In: Goldsmith és mtsai, 2002). A túláltalánosított memória kevésbé fókuszált, következésképpen kevésbé fájdalmas a felidezés, szemben a specifikus emlékek felidezésével. Ennek a védekezésnek azonban súlyos következményei vannak. A túláltalánosított memória a ruminációs hajlam következtében az érzelmileg zavart időszakokat állandósítja; így módon lerontja az interperszonális problémamegoldási képességeket, aminek következtében a stressz állandósul; illetve csökkenti a személy azon képességét, hogy a jövőt képes legyen specifikus módokon látni. Ez megakadályozza a jövőbeli tervek formálását és kivitelezését.

Az önéletrajzi memória vonás vagy állapotfüggő jellegének kérdését tekintve Williams és Dritschel (1988 In: Williams, Pollock, 2000) vizsgálatukban arra a következtetésre jutottak, hogy a túláltalánosítás inkább vonásként reprezentálódik a személyekben, nem pedig állapothoz kötve jelenik meg; ezáltal hosszú távú rizikófaktoraként teszi sérülékennyé a személyeket az emocionális zavarokra és a rosszabb színvonalú problémamegoldásra.

A túláltalánosított memória folyamatos használatát, a specifikus emléktanyagok előhívási képességének elvesztését Williams (1996) „emlékezeti blokkolásnak” (mnemonic interlock) nevezte el. Ez azt jelenti, hogy a személy meg van rekedve a memória szintjei között - csak az általános emlékeket éri el, ám arra már képtelen, hogy specifikus önéletrajzi emlékeket generáljon belőlük. Az emlékezeti blokkolás a hatását közvetett úton fejt ki krízisszituációban: a specifikus emlékek el nem érése akadályozza a hatékony problémamegoldást; kevésbé hatékony coping stratégiákat eredményez, és ezeken keresztül a pozitív kimenetelben való gondolkodni nem tudást és reménytelenséget okoz, ami könnyen öndestrukcióba torkollhat (Pollock, Williams, 1998).

Williams és Broadbent (1986, In: O'Connor, 2000) kutatásai megerősítik a fenti megállapításokat. A kutatók öngyilkossági kísérleten átesett személyeket vizsgálva azt találták, hogy azok két dologban különböztek a normál személyektől. Hosszabb időt igényelt pozitív emlékeket előhívniuk az életükkel kapcsolatban, és jellemző volt rájuk, hogy

túláltalánosított emléanyagokat raktározzanak el. Memóriájuk összegezte a tapasztalatokat, így emlékek csoportját, sémát idéztek vissza, és nem specifikus tartalmakat a sémából.

Azt azonban fontos hangsúlyozni, hogy a túláltalánosított önéletrajzi memória nem szuicídium-specifikus; számos pszichiátriai állapotban megtalálható: depresszióban, akut stressz reakcióban, poszttraumás stressz reakcióban, kényszerbetegségben (Pollock, Williams, 2001).

II.3.3. Kontrollhely

A Seligman és mtsai (1967, In: Carver, Scheier, 1998) által leírt tanult tehetetlenség jelensége erősen kapcsolódik a szuicídiumhoz. A tanult tehetetlenség kontrollnélkülisége és letargiája jellemző a szuicid gondolatok csapdájában vergődő emberre. A tanult tehetetlenség hosszú távú passzivitást jelent, és azt a hiedelmet, hogy a személy kontrollján kívül esnek az aktuális történések. A külső kontrollos személyek gyakran szemlélődőnek érzik magukat az életükben, és a negatív események bekövetkezését minden októl függetlennek tartják. Saját cselekedeteiket sem kötik össze a következményekkel, így tanulni sem képesek a helyzetből. Amennyiben sok negatív esemény éri őket, csapdába esetnek és erőtlennek érezhetik magukat, aki nem képes megváltoztatni a kialakult helyzetet. Egy ilyennek érzett helyzet könnyen kelthet szuicid gondolatokat.

A külső kontrollos attitűd és az öngyilkosság összefüggését számos vizsgálat bizonyítja. Sidrow és mtsa vizsgálatát idézi Yang és Clum (1996) azt találták, hogy a depresszió statisztikai kontrollálása után is megmaradt a kapcsolat a külső kontrollosság és a szuicidalitás között. De Man és mtsai (1993a) eredményei szerint az alacsony belső kontrollal rendelkező serdülők hajlamosabbak az öngyilkossági gondolatokra, és annak elkövetésére is. Goldney és mtsai (1991) nyolc éven át tartó utánkövetéses vizsgálatukban arra a következtetésre jutottak, hogy a kezdetben mért externális kontroll a 8 év múlva tapasztalható szuicid gondolatoknak jó bejósolója. Ezek szerint tehát a külső kontrollosság hosszú távon ható rizikófaktora az öngyilkosságnak.

Yang és Clum (2000) vizsgálatukban többek között a külső kontrollosság etiológiájával is foglalkoztak. A szerzőpáros igazolta, hogy a kora gyermekkorban átélt negatív stresszhatások (családi pszichopatológia, gyermekkori bántalmazás, családi instabilitás, szegényes általános családi környezet, szegényes kortárskapcsolatok) kognitív

deficiteket okoznak, például külső kontrollt, problémamegoldási nehézségeket, stb, melyek öngyilkossági gondolatokat válthatnak ki a későbbiekben.

II.3.4. Önértékelés

Az önképet alkotó kognitív és affektív struktúrák aktív szerepet vállalnak az érzelmek és a viselkedés szervezésében, a funkcionálás színvonalában és a jövőt illető elképzelésekben – tehát alapjában meghatározzák a személyiséget és a viselkedést. Általános vélekedés, hogy a szuicid személyek önértékelése tipikusan alacsony, azonban ez nem igaz minden öngyilkos személyre. A szuicid személyek önértékelése kapcsán helyesebb az önértékelés pozitív és negatív irányú szélsőségeinek, illetve az önértékelés instabilitásának figyelembevétele.

Számos bizonyíték született az alacsony önértékelés, a negatív self-sémák szerepére a szuicid folyamatban. Baumeister 1990-ben áttekintve a téma irodalmát kiemeli, hogy a krónikusan alacsony önértékelés, illetve a hirtelen önértékesés; a self elutasítása, az észlelt alkalmatlanságérzések és a gyengeség-érzés fontos prediktorok az öngyilkosságra nézve. Jellemző továbbá a kiemelkedően magas elvárások, a perfekcionizmus is (pl: Hewitt és mtsai, 1992). Számos más kutatás is alátámasztja az alacsony önértékelés és az öngyilkosság összefüggését (pl: De Man és mtsai 1993a; Goldney és mtsai 1991). Mann (2004) a negatív önértékeléssel kapcsolatos kutatások eredményei közül kiemeli, hogy az alacsony önbecslésű személyek a napi eseményeiket negatívabban értékelik; a negatív életeseményeket személyesen fontosabbnak említik meg; és az attribúciós stílusuk negatívabb. Amennyiben az alacsony szintű, vagy instabil önértékelésű személyek az aktív menekülő irányt választják a problémák kezelésében, akkor az externalizáló viselkedéshez vezet -, ha a passzív elkerülő, az internalizáló viselkedésre hajlamosít.

Dieserud (2001) véleménye szerint az alacsony önértékelés vulnerabilitás faktor, és disztális rizikófaktor a szuicid viselkedésre nézve. Részben ebből fakadnak a depresszió és a problémamegoldásban mutatott nehézségek. Tehát a negatív önértékelés inkább közvetett, mint közvetlen kapcsolatban áll az öngyilkos viselkedéssel – felnőttek esetében.

A negatív önértékelés oka a gyermekkorban átélt diszharmónikus családi miliőben, az erős stresszhatásokban és a krónikus negatív tapasztalatokban gyökerezik (Yang, Clum, 1996; Wilburn, 2005). A fejlődő gyermeknek biztos kötődési személyekre, érzelmi támaszra, megerősítésre van szüksége ahhoz, hogy a szülő pozitív viszonyulását internalizálva pozitív

képet alakítson ki magáról, és képes legyen önmagát stabilan és pozitívan elfogadni, értékelni. Az észlelt szülői visszautasítás, a csökkent mértékű anyai elfogadás viszont alacsony önértékeléshez és ezen keresztül a későbbiekben depresszióhoz vezet (Robertson, 1989; Dori és mtsai, 1999). Ha a gyermeknek sérül az önértékelése, az veszélyezteteti kompetencia-érzését is. A kompetencia-érzés két fő komponense az egészséges önértékelés és az egyénnek saját specifikus képességeit érintő becslése (Cole, 2001; In: Uhrlas, 2007). A negatív korai életesemények a kompetenciahiedelmeket is érintik, amely ismételt vulnérabilissá teheti a személyt a depresszióra. A gyakori negatív tapasztalatok hatására stabil negatív sémák alakulnak ki a kognitív triád irányainak megfelelően, vagyis a selfre, a világra, és a jövőre vonatkozóan. A negatív önértékelés hatására kifejlődő depresszió pedig a reménytelenség érzésén keresztül hozzájárul a szuicid veszélyeztetettséghez (Beautrais, 1999).

Baumeister (1997) későbbi cikkében azt a megállapítást teszi, hogy ha a potenciális öngyilkos személyek képesek lennének elfogadni kedvezőtlen ítéleteiket magukkal kapcsolatban, akkor valószínűleg nem követnének el öngyilkosságot. A szerző véleménye szerint, bizonyos emberek azért követnek el szuicídiumot, mert nem képesek szembesülni önmaguk negatív értékelésével egy adott szituációban, vagy helyzetek sorozatában. A magas elvárások; a self korábbi erősen pozitív megítélése; az egoizmus megemelkedett szintje és a tényleges „teljesítményről” visszaérkező negatív visszajelzések közötti diszkrepancia a szuicidogén tényező Baumeister vélekedése szerint – nem önmagában az alacsony önértékelés. A kudarcok következtében szétesik a személy korábbi, magas önértékű önképe; de arra képtelen, hogy egy olyan új képet alkosson selfjéről, amelybe beleintegrálhatóak a kudarcos élmények. Emellett elviselhetetlen élményt jelent számára mások pozitív ítéletének az elvesztése is. A szerző a „veszélyeztetett egoizmus” következményeként értelmezi az öngyilkosságot és más önártó tendenciákat. Baumeister elképzelése és a nárcisztikus sérülés következtében elkövetett szuicídium között erős egybehangzóságok tapasztalhatóak.

Későbbi cikkében a szerző (Bushman, Baumeister, 1998) párhuzamba állítja a nárcizmust és a veszélyeztetett egoizmust, és az erőszak vonatkozásában vizsgálja őket. Véleménye szerint nem a stabilan alacsony, vagy stabilan magas, hanem az instabilan magas önértékelésű személyek hajlamosak arra, hogy haraggal, erőszakkal feleljenek az önértékelésüket fenyegető személyekre, eseményekre. Az instabil módon magas önértékeléssel rendelkező személyek nagyon érzékenyek énjük fenyegetésére, és önértékelésük hirtelen esését rendkívül megterhelőnek élik meg – ami maximális hosztilitást vált ki belőlük az önképet fenyegető, vagy akár egy ártatlan személy irányába is.

Ezek az eredmények azt bizonyítják, hogy nem igaz az a feltevés, hogy csupán az alacsony önértékelés vezet öngyilkossághoz, hiszen veszélyeztetettnek számítanak az instabilan magas önértékelésű személyek is, ha olyan helyzettel kerülnek szembe, ami komolyan veszélyezteti addigi önképüket.

II.3.5. Perfeccionizmus, önkritikusság

A perfeccionizmus gyökerei az önkritikusság koncepciójáig nyúlik vissza (Blatt, 1992). Az önkritikus típusú személyek alapproblémája a pozitív és integrált önkép kialakításának hiányosságával függ össze. Hajlamosak értéktelennek, alárendeltebbnek és sikertelennek érezni magukat. Kiemelkedő teljesítményeket igyekeznek elérni, ám ha sikerül, akkor is csak rövid ideig érznek elégedettséget. Az elismerés és a teljesítmény utáni vágyuk olyan nagy, hogy a teljesítmény az interperszonális kapcsolatoknak a rovására is mehet. Állandóan és szigorúan vizsgálják magukat, és erősen félnek attól, hogy elveszítik a számukra fontos személyek helyeslését, elfogadását. Ambivalensek magukkal és kapcsolataikkal, de gyakran mégsem fordulnak környezetükhöz támogatásért gyötrelmeik enyhítése érdekében. Belső folyamataik meghatározóbbak számukra, mint környezete.

Distresszt jelentő életesemények hatására erős kudarcélményt élhetnek át az önkritikus személyek, valamint büntudatot; önértékelésük csökken és önkontrolljukat veszítik. Nevetségesnek, kifosztottnak, kritizáltak érzik magukat; aminek hatására erős agresszió ébred bennük, melyet önmaguk, illetve mások ellen irányuló violens cselekményekben vezethetnek le. Blatt az ilyen személyek hangulati esését introjektív, vagy önkritikus depresszióknak nevezi. Flett és Hewitt (1995) vizsgálatukban bebizonyították, hogy a perfeccionista személyek stressz hatására azért vulnerábilisak a depresszióra, mert hibaként értékelik azt, hogy elveszítik a negatív következmények felett a kontrollérzetüket.

Fazaa és Page (2003) vizsgálatukban a Blatt által leírt önkritikus és dependens típusokat vizsgálták meg az öngyilkosság szempontjából. Eredményeik szerint az önkritikus személyek nagyobb letalítású öngyilkossági kísérleteket követnek el, mint a dependensek; és a meghalási szándék erősségében is különböztek tőlük. Inkább intrapszichés stresszor hatására követték el tettüket, a menekülés explicit motívumától vezéreltetve. Olyan helyzeteket választottak, amelyben nehezebb volt megakadályozni őket tettük véghezvitelében.

A perfekcionizmus kutatásának két nagy iránya alakult ki az 1990-es évek elején. Ez a két irány különböző összetevőit tételezi fel a perfekcionizmusnak. A Frost (1990) féle teória hat dimenzióban gondolkodik: a hibákkal való foglalkozás; cselekvéssel kapcsolatos kétségek; személyes standardok; szülői elvárások; szülői kritika; szervezettség. Frost szerint a perfekcionizmusnak vannak adaptív és maladaptív formái. A maladaptív perfekcionizmus olyan irányulás, melyben olyan igényeket igyekszik követni valaki, amelyeket magától vár el, a negatív következmények ellenére. Kiemelkedően magas és rigid elvárásokat jelent, amelyeket inkább a hibázástól való félelem mozgat, és nem a teljesítmény igénye. Emellett a személy erősen kritikusan szemléli magát. A normális alacsony önbecslésű emberek nemcsak önmaguk felé kritikusak, hanem mások felé is (Crocker, 1985, In: Baumeister, 1990). Frost szerint maladaptív összetevőknek tekinthető a hibákkal való foglalkozás; cselekvéssel kapcsolatos kétségek. Ezzel szemben adaptívként határozta meg a személyes elvárásokat.

A Hewitt és Flett (1991, In: Hewitt és Flett, 1994) féle irány három dimenzióban gondolkodik: saját személy felé irányuló perfekcionizmus (self-orientált); szociálisan elvárt perfekcionizmus (szociálisan orientált); illetve a mások felé irányuló perfekcionizmus. A három összetevő közül a szociálisan elvárt perfekcionizmus - ami annak észlelését jelenti, hogy az egyén számára fontos személyek nagy elvárásokat állítanak fel vele szemben -, az az összetevő, ami a legegységesebben destruktívnak tekinthető. Magasabb szintű reménytelenséggel (O'Connor, 2004), és öngyilkossági gondolatokkal jár együtt ennek az összetevőnek a megemelkedése (Hewitt, és mtsai, 1992; Hunter, O'Connor, 2003).

A saját személy felé irányuló perfekcionizmus – mely erős tökéletessé válási motivációt jelent, irreálisan magas elvárásokat, a múltban elkövetett hibákon való rágódást, minden vagy semmi típusú gondolkodást, amely szerint csak a teljes siker elfogadható - szerepe vitatott az öngyilkossággal kapcsolatban (O'Connor, nyomtatásban). Bizonyos vizsgálatok kimutattak kapcsolatot a szuicídiummal, más vizsgálatok nem. O'Connor feltevése szerint lehetséges, hogy egyszerre vannak adaptív és maladaptív komponensei, és a személy jellemzőitől, a stresszoroktól, a szituációtól függ, hogy melyik vonása hívódik elő.

A perfekcionizmus kutatás két iránya által meghatározott dimenziók azonban nem állnak nagyon messze egymástól. Frost (1993) eredményei szerint jelentős átfedés van a Frost féle perfekcionizmus összpontszám és a Hewitt és Flett féle saját személy felé irányuló perfekcionizmus, valamint a szociálisan elvárt perfekcionizmus skálák között, de a mások felé irányuló perfekcionizmushoz kevésbé kapcsolódott az összpontszám.

Miután a reménytelenség talán a legerősebb prediktora a szuicídiumnak, minden faktor viszonyát, együttjárását megvizsgálják ezzel a jelenséggel. A tökéletességre törekvés esetében két út is lehetséges. A tökéletességre törekvés közvetetten, a reménytelenségen keresztül is hozzájárulhat az öngyilkossági gondolatok kifejlődéséhez (O'Connor, 2003). Dean és mtsai (1996) eredményei szerint a szociálisan orientált perfekcionizmus szorongásokra, és depresszióra tesz hajlamossá, amelyek reménytelenséget ébreszthetnek – ami egyenes út az öngyilkossághoz.

Ugyanakkor Hewitt és mtsai (1992, 1994), Dean és mtsai (1996), Beevers (2004) eredményei szerint a maximalizmus önálló utat is jelenthet a szuicid gondolatokhoz - nem feltétlenül szükséges a reménytelenség, vagy a depresszió mediáló szerepe. Eszerint leginkább diszpozícióként, folyamatos vulnerabilitásként kell gondolnunk a perfekcionizmusra, mely bizonyítottan jelenti azt a torzult észlelést, hogy mások irreálisan magas elvárásokkal viseltetnek a személy iránt (szociálisan elvárt perfekcionizmus), illetve jelentheti az erős tökéletessé válási motivációt a saját személlyel szemben (saját személy felé irányuló perfekcionizmus).

Baumeister (1990) nagy hatású menekülés teóriája szerint pedig az öngyilkossághoz vezető első lépcsőfok pedig annak észlelése, hogy az illető nem felel meg az elvárásoknak.

A perfekcionizmus kapcsán a stressz szerepét fontos megemlítenünk. Hewitt és mtsai (1994) a stressz-diatézis modell szellemében azt találták, hogy a self-orientált és a szociálisan elvárt perfekcionizmus interakcióba lépve az átélt stresszekkel jó bejósolója a szuicid gondolatoknak, illetve a depresszió súlyosabb tüneteinek. A tökéletességre törekvés kapcsán gyakran említett észlelt hibázás pedig jelentős hatást gyakorol az önértékelésre, és erős önkritikusságot indít be, melyek a preszuicid folyamathoz szintén hozzájárulnak.

A stressz kezelését nagyban befolyásolják a megküzdési mechanizmusok, emiatt O'Connor (2003) hangsúlyozza a coping mechanizmusok relevanciáját a perfekcionizmussal kapcsolatban is. A stresszel való megküzdés és a szociálisan elvárt perfekcionizmus kapcsolatában jellegzetes copingmintázat rajzolódik ki: az elkerülő jellegű megküzdés túlsúlya. Emellett a kognitív rekonstrukció, és az elfogadás (acceptance) csökkentebb jelenlétét mutatták ki, melyek adaptív megküzdésnek tekinthetőek. Hiányukban irreális elvárások ébredhetnek, amelyek pedig a jövővel kapcsolatos pesszimizmust, reménytelenséget, és öngyilkossági gondolatokat generálhatnak.

A jövőkép, a jövő pozitív, illetve negatív szemlélete vizsgálatok szerint leginkább a szociálisan elvárt perfekcionizmussal van összefüggésben. Hewitt és mtsai (1992) kimutatták, hogy specifikusan a szociálisan elvárt perfekcionizmus magasabb szintje jár együtt jelentősebb reménytelenséggel. Hunter, O'Connor (2003) vizsgálatukban azt találták, hogy a szociálisan elvárt perfekcionizmus negatívan korrelált a jövő pozitív szemléletével. Feltételezhető, hogy a szociálisan perfekcionista személyek esetében - akik hajlamosak a hibázástól való félelemre - ez a félelem eltolja a jövőbeli elvárásokat a pozitív kimeneteltől, amikor a személyek azt anticipálják, hogy ezek esetlegesen nem fognak megfelelni a környezet elvárásainak.

A perfekcionista self-reprezentációk etiológiája azok átörökítéséhez köthető – a túlzott pszichológiai kontroll és az autoritás eszközén keresztül (Soenens és mtsai, 2005a). A perfekcionista szülők többen nyúlnak a pszichológiai kontroll eszközehez, jellemzőbb rájuk a büntudat indukálása és a szeretet megvonás eszközével való nevelés. Gyakoribbnak találták az esetükben, hogy gátolják gyermekeiket autonómiájuk elérésében. Az ilyen szülők figyelmét gyakran saját emocionális problémáik és pszichológiai szükségleteik kötik le, ahelyett, hogy gyermekeik igényeire fókuszálnának. Önértékelésük törékeny és bizonytalan lehet, az aktuális elvárások elérésétől függő. Ugyanezt a bizonytalanságot tanítják meg a gyermekeiknek azon keresztül, hogy csak akkor elfogadhatóak és szerethetőek, ha ők is eleget tesznek ezeknek az irreálisan magas elvárásoknak. (Elliot, Thrash, 2004, In: Soenens és mtsai, 2005a).

Mind az apákra, mind az anyákra jellemzőnek találták – amennyiben maladaptív perfekcionizmussal jellemezhetőek voltak - hogy intruzívabb, pszichológiailag kontrollálóbb módon nevelték gyermekeiket (Soenens és mtsai, 2005a), bár a maladaptív maximalizmus az apáknál jobban bejósolta a pszichológiai kontrollhasználatot. Ez az erős szabályozás a későbbiekben a gyermekben negatív önértékelést, depressziót és maladaptív perfekcionizmust indukál (Soenens és mtsai, 2005b).

II.3.6. Reménytelenség

A reménytelenség jelenségét az öngyilkosság kognitív szempontú magyarázata központi szerepűnek tartja a szuicid folyamatban. A reménytelenség egy rendkívül megterhelő érzelmekkel együttjáró állapot, ami azért olyan veszélyeztető, mert megbénítja az akaratot, valamint a tolerálhatatlan helyzetből való elmenekülésre ösztönöz (Beck, 1967, In:

Elliott, Frude, 2001). A reménytelenség magában foglalja a személyes fontosság érzésének elvesztését, a motiváció és a jövőbeli elvárások csökkenését. A személy nem feltétlenül az aktuális állapotot érzi elviselhetetlennek, hanem anticipálja, a jövőbe vetíti, hogy soha nem lesz jobb, s ezt képtelen felvállalni, ez motiválja a menekülésre, a helyzetből való végleges kilépésre. Ennek vonalán nyer értelmet az öngyilkosság, mint elmenekülés. Számos kutatás arról tanúskodik, hogy a reménytelenség jobb előrejelző faktora a szuicídiumnak, mint a depresszió (In: Perczel Forintos, Poós, 2008).

A reménytelenség „definícióját” keresve két nézőpontra bukkanunk. Az egyik nézőpont szerint a reménytelenség nem más, mint a negatív elvárások összegződésének stabil sémája (Weishaar, Beck, 1992, In: Maris és mtsai, 1992). Abramson és mtsai (1978, 1989 In: 2002) elgondolása hasonló ehhez: szerintük a reménytelenség annak az elvárása, hogy pozitív események nem fognak történni, míg negatívak igen. Ez a negatív attribúciós stílus a stresszhatásokkal együttesen depressziót vált ki – a reménytelenségen keresztül. Ez a „reménytelen depresszió” elmélete, melyben a reménytelenség kiváltó ok és szimptóma is egyben.

A másik nézőpontot MacLeod és mtsai (1993) képviselik, akik vizsgálatukban kifejezetten a reménytelenségre koncentráltak, a jövőorientált gondolkodás mérésén keresztül. Céljuk annak tisztázása volt, hogy a reménytelenség negatív elvárásokat jelent-e a jövőre nézve, vagy a pozitívumokban való gondolkodás képtelenségét. Azt találták, hogy ez a két típusú gondolkodás funkcionálisan nem egyenértékű; és az öngyilkos személyek a pozitív eseményekben való gondolkodásra voltak képtelenek, de nem volt jellemzőbb náluk a jövőbeni negatív események elvárása. Három alternatíva adódik magyarázatul: 1, A nehézkes körülmények, és a csökkent lehetőségek megtapasztalása az életben; 2, A jövőbeli pozitív dolgok reprezentációi kevésbé érhetőek el a szuicid epizódban; 3, Anhedónia.

A reménytelenség nem kizárólag az öngyilkos személyek jellemzője, számos mentális betegségben is megjelenhet. Vonás vagy állapotjellege vitatott; de inkább úgy tűnik, hogy vonásszerű, stabil és krónikus jelenség, mely krónikusan fennáll a mentális zavarok lefolyása alatt, és a major depresszió elmúltával is megmarad bizonyos szinten (In: Goldsmith és mtsai, 2002). A depressziós fázisban tapasztalt szintje megjósolja a következő epizód alatti reménytelenségi szintet - így a reménytelenség rekuráló állapotnak tűnik. Azok a személyek, akik krónikusan szenvednek a reménytelenség kínzó érzésétől - esetükben ez már vonássá válik - hajlamosak a szuicid viselkedésformákra.

Az öngyilkosság jelenségében a reménytelenség központi szerepet játszik, mellyel együtt számos tényező fejt ki hatását, mire a személy eljut a szuicídiumig – a kérdés a kapcsolatok természete. Beck és mtsai (1985, In: Joiner és mtsai, 1996) a reménytelenség és más faktorok kapcsolatáról azt gondolták, hogy a reménytelenség mediátor az eredő változók (pl: depresszió) és a végső kimenet, a szuicidalitás között. Ezek szerint a depresszió eredményezi a reménytelenség létrejöttét, ami pedig a szuicidalitás kibontakozását hozza magával. Ezt a mediátor szerepet más vizsgálatok is megerősítik (Dixon, 1994, Dieserud, 2001, Beevers, 2004). Ezek az eredmények a depresszió szuicidogén elemeinek kutatására ösztönöznek, melyek reménytelenség érzést indukálnak.

A reménytelenség kialakulásának okait kutatva, a depresszió túl, korábbi kutatások azt valószínűsítették, hogy a kognitív rigiditás, a dichotóm gondolkodás (Neuringen, 1967, Patsiokas, és mtsai, 1979; In: Pollock, Williams, 2001), a kognitív torzítások (Beevers, 2004); és a problémamegoldó deficitiek (Levenson, 1971, Schotte, Clum, 1987) egyaránt szerepet játszanak a reménytelenség kifejlődésében. Újabb vizsgálatok arra mutatnak rá, hogy az alacsony önértékelés az interperszonális veszteségekkel kombinálódva (Dieserud, 2001), valamint annak érzete, hogy a személy nem képes a hangulatainak szabályozására, illetve személyes problémáinak megoldására, reménytelenséget eredményez (Catanzaro, 2000, In: Goldsmith és mtsai, 2002).

Úgy tűnik tehát, hogy a reménytelenség valóban nagyon fontos szerepet játszik a szuicid folyamatban, ami valószínűleg onnantól kezdve, hogy kialakult - folyamatosan, vonásként perzisztál. Aktuális stresszhelyzet esetén a személy szuicidogén vonásai (problémamegoldásbeli nehézségek, érzelmek szabályozásának nehézségei, stb) olyan nehezen tolerálható és megoldhatatlannak tűnő érzelmi állapotot, esetleg depressziót indukálnak, amelynek hatására felerősödik a reménytelenség, és a szuicid viselkedésforma zöld utat kap – bár ez nem tartalmazza a cselekvésbe való átfordítást, vagyis az impulzivitást.

II.4. Jellemző érzelmi állapotok

Az öngyilkos személyekre jellemző érzelmi állapotok szakirodalma nem túl nagy, hiszen az érzelmek definiálása és mérése nem egyszerű feladat. Az idetartozó vizsgálatok általában interjútechnikával szerzik adataikat, és kvalitatív tartalomelemzéssel elemzik azokat. A leginkább szuicidogén emocionális tényezőnek az érzelmi szabályozatlanságot nevezhetjük, amely hosszú távú rizikófaktorként hat, tehát a szuicidogén diatézis részét képezheti. A másik leginkább jellemző érzelmi állapot a mentális fájdalom, amely inkább az

öngyilkossági aktus elkövetése előtt jellemző, nem folyamatosan megtapasztalt érzelmi állapot.

Fontosnak érzem bemutatni ezek mellett a büntudat és a szégyen élményét, melyek szintén öngyilkosságra hajlamosító, ha nagyon gyakran és intenzíven jelentkeznek. A harag és a düh érzelmé az agresszió kapcsán kerül tárgyalásra; a nárcizmus szintén külön fejezetben.

II.4.1. Az érzelem szabályozás zavara

Az érzelmek az emberi tapasztalás alapvető összetevői, melyek fontosak a világ megértésében és interpretációjában. Biológiailag megalapozott reakciók, melyek az adaptív válasz adása felé irányítják a személyt, vagyis orientáló és adaptív funkcióval egyaránt rendelkeznek. Az érzelmeknek több összetevőjük van; úgy, mint a fiziológiai aktiváció, szubjektív megélés, és kifejező viselkedés. Az érzelmek szabályozása során az egyén felbecsüli és módosítja érzelmi reakcióit. A sikeres érzelemszabályozás az adaptív alkalmazkodásnak feltétele. Amennyiben ez nem megfelelően működik, az érzelmek szélsőségessé, indulati erősségűvé fokozódnak. Links és Kolla (2005) meghatározása szerint az érzelmi szabályozatlanságnak négy eleme van: nagyfokú ciklikusság, intenzitás, változékonyság és a külső ingerekre való nagy érzékenység, amit hangulatváltások követnek.

A szuicid személyek pont ilyenek élnek meg érzelmeiket: intenzívnek, gyakorinak, hosszan tartónak, és mindent elborítónak. Érzelmek közvetlenül az öngyilkosság elkövetése előtt valóban affektussá, indulati erősségűvé válnak, ami készítés jelleget ad nekik (Buda, 2001). Mivel ezek az erős érzelmek jelentős szenvedésnyomás és érzelmi fájdalmat generálnak, melynek kezeléséhez nem állnak rendelkezésükre megfelelő megküzdési készségek, a személy kiutat keresve az elviselhetetlennek érzett helyzetből, az öngyilkossággal lép ki abból.

Ez az érzelmi szabályozatlanság számos érzelemmel és szituációval kapcsolatos, és ezeket mélyen áthatja. Az emóciók kontroll alatt való tartásának képtelenségére a személy impulzív/ maladaptív viselkedésformákkal reagál, melyek maladaptív próbálkozásoknak tekinthetők az érzelmek megváltoztatására, kezelésére. Ilyen például a nem halálos kimenetelű szándékos fizikai önsértés, ami tipikusan az érzelemszabályozás funkcióját tölti be (Everall és mtsai, 2006).

Linehan megfigyelései szerint (Brown, 2006) a krónikusan szuicídiummal reagáló, valamint a borderline személyiségzavarban szenvedő személyek alacsony érzelmi toleranciájukból adódóan szinte a fóbia szintjét elérő mértékben igyekeznek távol tartani

magukat az érzelmektől – még a normál erősségűektől is. Az a félelem állhat ennek a háttérében, hogyha az érzelmeket egyszer elkezd megélni, akkor semmi sem állíthatja meg a sodrást. Emócióikat érvénytelenítik, ennek következtében a nagyon erős érzelmek és azok teljes legátlása között ingadoznak. Az elkerülő stratégia azonban még inkább tartósítja ezt az állapotot, így nem képesek megtanulni az érzelmek adekvát módon való kezelését, tolerálását, kifejezését.

A szuicid személyek tipikusan olyan ártalmas családi környezetben nevelkedtek, amelyben az érzelmek szabad kifejezését gátolták, jelentőségüket minimalizálták, és patológiásként értékelték a normál érzelmkifejezést is. A személyek ezt a fajta reagálási módot tanulták meg, így saját érzelmeik felé is kritikával, megvetéssel, dühvel, tagadással reagálnak. Igyekeznek egyszerűen megszüntetni, vagy érvényteleníteni őket. Ez az emóciókezelés azonban meglehetősen instabil; egy jelentősebb érzelmi distresszel járó esemény bármikor felboríthatja. A mindent elöntő érzelmek észlelésével együtjáró megemelkedett fiziológiai aktiváció pedig még izgatottabbá teszi a személyt, ami az érzelmek felfokozódásához és szétterjedéséhez vezet. Az érzelmi diszreguláció következtében erőteljesen és kontrollálatlanul perzisztáló averzív érzelmi állapotok jelentősen rontják a problémamegoldást, amely az alternatívák nem találásában, és a reménytelenségben fejeződik ki.

II.4.2. Mentális fájdalom

Az öngyilkosság kutatásának egyik legnagyobb hatású pszichológusa Edwin S. Shneidman (1985) - aki a pszichológiai dimenziók és az érzések feltérképezésében látta a szuicídium kulcsát- azt az álláspontot képviseli, hogy minden öngyilkosságban a közös stimulus a kibírhatatlan pszichológiai fájdalom: saját fogalmával a „psychache”. Shneidman megfogalmazása szerint: „...az öngyilkosság úgy érthető meg a legjobban, mint egy kombinált mozgás, ami a tolerálhatatlan érzelmektől távolodva, a tudatosság megszüntetése felé irányul...és mindez a pszichés fájdalom miatt történik. Az élet ellensége a fájdalom. Ez a pszichológiai fájdalom, amit metafájdalomnak is nevezhetünk, a fájdalom érzésének a fájdalma. Ha a szenvedés szintje csak egy kicsit is csökken, akkor a személy már az életet választja. (124.o.)”. Shneidman véleménye szerint az öngyilkosság felé csaknem minden esetben ez a fájdalom tolja a személyt. A fájdalom számos negatív érzésből, frusztrált szükségletből fakad, mint a bűntudat, félelem, szégyen, vereség, megalázottság, bánat,

megfosztottság, rettegés, magányosság, reménytelenség, frusztrált szeretet, harag, hosztilitás; melyek együttesen adják a pszichológiai fájdalom csaknem kibírhatatlan érzését (1998).

Amint a fájdalom átlépi a tolerálhatatlanság küszöbét, a személy már csak arra fókuszál, hogy elmeneküljön. Shneidman elméletével ezen a ponton megegyezik Baumeister (1990) felfogása, aki szerint az öngyilkosság menekülésként érthető meg leginkább. A menekülés szükségességének érzését még tovább erősíti a félelem a még több szenvedéstől, ami rá várhat az életben. Ebben az értelemben az öngyilkosság a még több szenvedés elviselésének megelőzése.

Az öngyilkosság jelenségében a közös stresszort a frusztrált pszichológiai szükségletek jelentik, melyek a psychache gyökerei is egyben. Shneidman kevesebb, mint húsz szükséglet jelenlétét határozza meg a legtöbb öngyilkosságban (1998). A legjelentősebbeknek a következőket tartja:

Affiliáció (Affiliation)	A kölcsönös, közeli, lojális, szereteteli kapcsolat igénye – ami az öngyilkos személyeknél nem elégül ki, így a szerethetlenség, az el nem fogadottság, a sehova tartozás formájában nyilvánul meg.
Neutralizáció (Counteraction)	Arra való igényt jelent, hogy a személy uralja és leküzdje a kudarcélményeket és akadályokat; törölje a múltbéli megaláztatásokat; proaktív legyen reaktív helyett. A szuicid személynél ez a semlegesítési igény harag és agresszió formájában nyilvánul meg.
Védekezés (Defense)	Arra való igényt jelent, hogy a személy megvédje énjét a támadásoktól, a kritikáktól, a szégyenélményektől; elrejtse vétségeit, hibáit. Ez az igény a szuicid személyekben az önképhez és a self integritásához köthető.
Sérthetlenség (Inviolacy)	Arra való igényt jelent, hogy a személy képes legyen megvédeni a selfjét; tudja fenntartani saját pszichológiai terét, szféráját; szeparált tudjon maradni; immunis legyen a kritikákkal szemben. Ez az igény a szuicídium esetében az autonómia törekvésekhez és kontrollézés veszélyeztetettségéhez, elvesztésének félelméhez köthető.
Szégyen- elkerülés (Shame- avoidance)	Annak az igénynek a megnyilvánulása, hogy a személy elkerülje a megaláztatást, a szégyent; és mindazokat a feltételeket, amelyek személye megvetéséhez, gúnyolásához, vagy mások közönyéhez vezetnek. A személy inkább megtartóztatja magát a cselekedetektől, hibázástól való félelme miatt.
Tápláltság (Succor, succorance)	Mindazokat az igényeket jelenti, hogy a személy szeretve legyen; szükségletei kielégítettek legyenek; érzelmileg táplált legyen; törődést, védelmet, megbecsültséget éljen át – szemben a bántalmazottság, elutasítottság élményeivel.
Rend és megértés (Order and understanding)	A személy azon igényeit jelenti, hogy képes legyen rendezni az eseményeket, gondolatokat, élményeket; tudjon értelmet adni nekik - mind intrapszichésen, mind interperszonálisan.

1. táblázat: Az öngyilkosságban szerepet játszó frusztrált pszichés szükségletek

Mivel a pszichológiai fájdalom egy rendkívül fontos összetevője a szuicid szcénának, ezért fontosnak érzek megemlíteni más gondolatokat is ezzel kapcsolatban - a kép további árnyalása végett.

Orbach (2001) cikkében meglehetősen részletes összefoglalót olvashatunk a pszichológiai fájdalommal kapcsolatos elgondolásokról. Bakan (1968, In: Orbach, 2001) szerint a mentális fájdalom annak a tudatosságát, érzését jelenti, hogy a személy egészségesség érzésében és szociális egységérzésében törés következett be; annak fenntartása így nehézségekbe ütközik. Styron (1992, In: Orbach, 2001) a belső hosztilis érzések kavargását és az ezek feletti kontroll elvesztését emeli ki. Bolger (1999, In: Orbach, 2001) kategóriákba rendezte az emocionális fájdalom összetevőit, és a következő főkategóriákat alkotta meg: töröttség (sebesültség-érzés, a self elvesztésének az érzése, elkülönülésérzés); a kontroll elvesztése; és a veszélyérzet. Elméletében a fájdalom lényegi összetevője a belső töröttség, sebesültség érzése; ami alatt a self-koherencia érzésének, és a másokhoz fűződő kapcsolatoknak az elvesztését érti.

Orbach (2008) egy belső fájdalomkeltő mechanizmus meglétéről beszél a szuicid személyekben, amely vélekedéseket foglal magába az életre és halálra vonatkozóan; arra, hogy mely körülmények között éri meg az élet; valamint az öndestruktív tendenciákra vonatkozóan is. A fájdalomkeltő mechanizmus működéséhez speciális testi állapot is társul, amelyet a disszociáció, a dermedtség, az örömképtelenség, a fizikai fájdalom iránti közömbösség és az érzékelésre való megemelkedett küszöb jellemez. Ebből következőnek gondolja Orbach, hogy az öngyilkos személyek adekvát terápiájában mind a lélek, mind a test gyógyításának is szerepelnie kell.

Orbach és mtsai (2003a) 120 beteg és egészséges személlyel készített interjú tartalomelemzése után az emocionális fájdalom érzésének 9 összetevőjét jelölték meg – melyek egy pszichológiai fájdalom mérésére szolgáló skála faktorait is képezik egyben. Ezek az összetevők a következők:

1. A fájdalom visszafordíthatatlanságának élménye (a fájdalom irreverzibilis és örökké tartó)
2. A kontroll elvesztésének érzése (az élmények előrejelezhetetlenek és homályosak)
3. Emocionális elárasztottság (intenzív és elárasztó érzelmek)
4. Konfúzus állapot (kognitív műveletekben mutatott nehézségek)
5. Üresség (a személyes jelentés, élmény elvesztése)

6. Dermedtség (képtelenség reagálni a szituációkra)
7. Elidegenedés a saját személytől (képtelenség a változások identitásba integrálására)
8. Narcisztikus sérülések (megsebzettségi élmények, visszautasítottság, elhagyatottság)
9. Szociális távolság szabályozása (közeledés-elkerülés tematikái a szociális orientációt tekintve)

Vizsgálatukban (2003b) azt találták, hogy különösen a fájdalom visszafordíthatatlanságának élménye (ami reménytelenséget ébreszthet); a kontroll elvesztésének érzése és az üresség skálák differenciálták egymástól a szuicid és a nemszuicid személyeket.

II.4.3. Self- tudatos érzelmek: szégyen és öngyűlölet

Lester (1997) áttekintve a szégyennel kapcsolatos szakirodalmat, arra a következtetésre jut, miszerint a szégyen az az érzés, amikor viselkedésünket úgy ítéljük meg, hogy valamit rosszul tettünk, és ebből következtetéseket vonunk le saját személyünk egészére vonatkozóan. Az interperszonális relációkat tekintve sok érzelm tartozik ide: a szociális diszkomforttól és a kínosság érzésétől (melyeket gyenge intenzitás és átmeneti jelleg jellemez) a megalázottságig (ami intenzív és hosszantartó érzés) (Scheff, Retzinger 1991). A büntudattal ellentétben, ami a viselkedés nem megfelelőnek értékelése után jelentkezik, a szégyen az egész self-re vonatkozik. Az egész én válik értéktelenné, ami arra ösztönzi a személyt, hogy elbújjon, eltűnjön, meghaljon. A szégyen személyiségfejlődési perspektívából szemlélve másodlagos érzelmnek számít, mivel öntudatosságot kíván, szemben olyan primer érzésekkel, mint az öröm és a harag - vagyis a szégyen megélése a személyiségbe beépült normák jelenlétéhez kötött. A szégyen annak az érzete, hogy a személy nem ért el egy bizonyos célt, illetve nem felelt meg bizonyos elfogadott normáknak; és ennek következtében a visszautasítottság lehetőségével kell szembenéznie. A szégyen tehát deficittel kapcsolatos érzés, amelynek során a személy énje tökéletlenségét éli át. Mokros (1995, In: Lester. 1997) úgy véli, hogy az öngyilkosság menekülés többek között a tovább már nem tolerálható ön-gúny elől.

Hermann (1984) kiemeli a szégyenérzet elidegenítő hatását. Míg más negatív érzelmek, pl: szorongás jelentkezésekor érzelmi támaszt keresünk, addig a szégyenérzet átélésekor legátlódnunk, és a mindenki előtt való elrejtőzés motívuma vezérli a személyt. A szégyen negatív hatásai közé tartozik a megszegényítő személy által okozott eltárgyasítás,

személytelenként való kezelése. Emberi méltóságától fosztódik meg a szégyenkező személy. A szégyen kizár, kiközösít az emberi közösségből, mert nem törvényeket, hanem a társadalom által elfogadott normákat, szokásokat sért meg a személy. Hermann kiemeli, hogy ebben az értelemben szociális szorongásnak is lehet nevezni a szégyenérzetet.

A szégyen ugyanakkor nem teljesen negatív és káros érzelm, ugyanis serkenti a morális tanulást. Változásra ösztönzi a selfet, a későbbi averzív szégyenérzetek elkerülése érdekében.

A szégyenérzet lehet manifeszt, s lehet be nem vallott is (Lewis, 1971, In: Scheff, Retzinger 1991). Ez utóbbi a harag és a düh defenzív jellegű elkerülését szolgálja, melyet a személy vagy önmaga, vagy mások iránt érez. Ebben az esetben tehát nem kísérik érzelmek az egyébként szégyenkeltő eseményt. Hosszú távon azonban ez a be nem vallott szégyenérzet az egyén és interperszonális kapcsolatainak integrációját károsítja. Scheff és Retzinger (1991) az agresszió és a szégyen összefüggéseit kutatták. Megfigyeléseik szerint diszfunkcionális kapcsolatokban, amelyben szándékosan figyelmen kívül hagyják a szégyenérzetet a felek fokozódik az erőszak. A nyilvánvalóan érzett, de figyelembe nem vett szégyenérzet agressziót generál. Amennyiben ehhez agressziókezelési problémák is társulnak, már komoly szuicidogén rizikótényezőt jelent.

A szégyen és az agresszió kapcsolatának kutatásában Tangney és mtsai (1996) vizsgálatai kiemelkedő fontosságúak. Feltevésük szerint a morális érzelmek (a szégyen és a bűntudat) komoly szerepet játszanak a harag szociális következményeinek mediálásában. Korábbi vizsgálataikat idézve beszámolnak arról, hogy a szégyenre való hajlam agresszív színezetű arousallal, bizalmatlansággal, nehezteléssel, irritáltsággal, mások okolásával (a negatív eseményekért), és indirekten kifejeződő hosztilitással jár együtt. A szégyent gyakrabban érző személyek kétféle módon is hajlamosak lehetnek maladaptív és destruktív válaszokat adni a haragra. Az egyik megoldási mód passzív: rumináló, ki nem fejezett harag, önmaga felé irányuló hosztilitás jellemzi, melyet az interperszonális kapcsolatoktól, szégyenteljes, illetve haraggal kapcsolatos szituációktól elmenekülés tendenciája kísér. A szégyenérzet következménye lehet a saját személy többi ember számára teherként való észlelése, ami szintén a szuicídium felé mozdíthat.

Másik lehetőség az aktív úton való problémarendezés: a megszégyenült személy a mások felé irányuló agresszióval igyekszik helyreállítani megsérült selfjét. Haragjuk védekező jellegű, de megtorló; szándékaik lehetnek rosszindulatúak és nagy valószínűséggel bocsátkoznak direkt,

indirekt, vagy helyettesítő agresszióba. Egyik út sem nevezhető pozitív kimenetellel járó problémakezelésnek, sem a szituáció, sem a kapcsolatok szempontjából.

A szuicid személyeknél azt találták, hogy hajlamosak arra, hogy titokban tartsák érzéseiket és problémáikat, hogy ily módon elkerüljék a stigmatizációt és a szégyenteli kínos helyzeteket. Ugyanezek érzések tartják őket távol a segítségkéréstől is. Mindez hosszú távon megerősíti az énről vallott negatív feltevéseket és megfoszt a társas támasztól. Everall és mtsai (2006) vizsgálatában az öngyilkos személyek nagy része „betegnek”, illetve „másnak” érezte magát, és félt attól, hogy mások megtudják öndestruktív múltjukat és elítélik őket emiatt. Ugyanakkor jogosnak és helyénvalónak érezték, ha mások elítélik őket személyes inkompetenciájuk miatt.

II.4.4. Büntudat

A szégyen és a büntudat hasonló érzelmek, ám alapvető eltérések adódnak forrásukat, intenzitásukat, hatásukat tekintve. Míg a szégyen érzésekor az egész selfre vonunk le következtetéseket, addig a büntudat átélésekor csupán az általunk produkált viselkedést ítéljük meg. A büntudat kevésbé fájdalmas érzés, mint a szégyen; legtöbbször feszültségként, lelkisimeretfurdalásként, megbánásként jelentkeznek. Baumeister (1994, 245.o) definíciója szerint a büntudat „Kellemetlen emocionális állapot, mely a személy viselkedésével... körülményeivel vagy szándékaival kapcsolatos lehetséges ellenvetésekkel áll kapcsolatban. Az emocionális distressz kiváltott formája, ami különbözik a félelemtől és a haragtól, és azon a lehetőségen alapul, hogy a személynek nincs igaza, illetve mások ezt észlelhetik.” A büntudat hatással van a viselkedésre és a másokkal való kapcsolatokra: vágyat indít be a meggyónásra, a bocsánatkérésre, jóvátételre – a proszociális viselkedés egyik feltétele tehát. Attribúció-elméleti szempontból, amíg a szégyen egy internális, globális és stabil attribúció, addig a büntudat egy internális, specifikus és instabil tulajdonítás (Tangney, Dearing, 2002). Aki büntudatot érez, az elismeri a felelősséget viselkedéséért, tudatában van viselkedése önmaga általi kontrollhatóságának - emiatt a morális érzelmek közé sorolhatjuk a büntudatot, akárcsak a szégyenérzetet. Ha azonban a gyermeket túl gyakran érik büntudatélmények, és korrekcióra sincs lehetősége, akkor önképe elsősorban selfje alkalmatlanságát és a negatív kimenetellel járó eseményekért való felelősséget fogja tartalmazni. Malatesta és mtsai (1988) hangsúlyozzák, hogy a vonások maladaptív körülmények között a személyiség rigid aspektusává válhatnak, így a gyakori, túl intenzív büntudatélmények a depresszió büntudatos

válóját hívhatják életre, amit kognitív szinten az a hiedelem ural, hogy valami rossz dolog bekövetkezése várható, a személy valami elfogadhatatlan dolgot tett és nincs menekvés a büntetés alól.

Az öngyilkosság Freud (In: Bakó, 2004) látásmódja szerint gyűlöleti reakció, és csak az képes megölni magát, aki mást is képes lenne megölni. Az öngyilkosságot elkövetni vágyó ember azt akarja önmagában megölni, akinek a szeretetét már birtokolta, ám azt elvesztette. Minél erősebben működik a felettes én kontrollja, annál erősebben legátolt a kifelé irányuló agresszió. Az öngyilkos saját énjé fölé helyezi szeretete tárgyát, és a rajta elkövetni vágyott bosszú erőteljesebbé válik minden más célnál. Ezért a bosszúért, bosszúvágyért azonban önmagát bünteti meg, önmagán követi el azt, amit másan szeretne.

Menninger (1933/1966) pszichodinamikus elmélete az öngyilkosság hátterében három féle motívumot tételez fel: a megölés, a megölettetés és a meghalás vágya. Azt gondolja, hogy az ölés destruktív vágya, a primer agresszió mindenkiben megtalálható, csak az életösztön semlegesíti ezt normál állapotban. A megölettetés vágyában a lelkiismeret is szerepet kap. Menninger szerint a mazochizmus a lelkiismeret természetében benne rejlik. Ha a személy valamilyen okból környezetére ellen támad, akkor felettes énjé bünteti. A lelkiismeret törvénye szerint a tudattalanban a destrukció kívánása azonos a valóban manifesztálódó destrukcióval, tehát a támadásnak nem kell valóban végbemennie. A személy a destrukcióért nem tudja kiengesztelni lelkiismeretét, az ugyanis extrém mértékű alávetettséget kíván tőle: szenvedést, fájdalmat, akár halált. Így ébred a személyben a megölettetés vágya.

Baumeister és mtsai (1994) a büntudat érzését intrapszichésnek, okait, következményeit és funkcióit azonban alapjában véve interperszonális természetűnek tekintik. Affektív forrásait kutatva Baumeister két szociális természetű irányról beszél: az empátiás arousalról és a szociális kizártságtól való szorongásról. A büntudat adaptív jellegű funkciójával kapcsolatban szintén az interperszonális vonatkozások említendők meg: a büntudat számos úton erősíti a szociális kötődést. Először is motiválja a kapcsolatokat kereső, megerősítő mintázatok előfordulását. Másodszor a büntudat befolyásolási technikaként is használható egy affektív kapcsolatban, ahol a kevésbé hatékony technikákkal rendelkező személyek használják ezt a módot céljaik elérésére. Ez ugyan meglehetősen manipulatív módszer, de mégis a kapcsolat erősítésének irányában hat egy olyan viszonyban, ahol érzelmekkel tudnak egymásra hatni a felek. A büntudat harmadik funkciója a diádon belüli érzelmi distressz újra szétosztása. Egy kapcsolaton belül az éles érzelmi eltérések, különbségek diszharmoniót

okoznak, mely a kapcsolat ellen hat. Ha azonban a vétkes fél büntudatot érez, ettől jobban érzi magát a károsult személy is, és a kapcsolat érzelmi mérlege kiegyenlítettebbé válik. A megbántott félnek jól esik éreznie a másik büntudatát, megbánását, mivel ez számára azt jelzi vissza, hogy fontos kötődési személy a másik számára.

Speciális jelenség a túlélők büntudata. Előfordul, hogy emberek úgy érznek büntudatot, hogy semmilyen szabályszegést nem követtek el; egyszerűen azért érznek erős megbánást, mert a másik embert érte szerencsétlenség, nem őket. Büntudatot érezhetünk azért, mert meghalt az egyik szeretett hozzátartozónk, és mi élünk; valamint akkor is, ha valaki viszonzatlanul szeret bennünket. A kiegyenlítettlen állapotok rossz érzésekkel töltenek el bennünket.

A büntudattal kapcsolatban elmondható, hogy azokra az emberekre jellemző tipikusan, akiknek interperszonális kompetenciája alacsony. Jones és mtsai (1995 In: Baumeister és mtsai, 1994) eredményeit idézi, amely szerint pozitív korreláció tapasztalható a büntudat és a magányosság, szégyenlőség, megbántódás, gyanúsítgatás, harag között.

A büntudat következményeként Baumeister említi a proszociális viselkedést, és az antiszociális, elkerülő viselkedést. Ez utóbbi reagálás antiszociális természete abban mutatkozik meg, hogy a szabályszegő azért kerüli el áldozatát véglegesen, illetve nem adekvátan hosszú ideig, hogy elkerülje a negatív érzelmeket, a szembesülést tetteivel – a büntudatot.

A büntudat és a harag összefüggéseit kutatva Tangney és mtsai (1996) arra a következtetésre jutott, hogy a szégyen érzésétől mentes büntudat (shame-free guilt) konstruktívabb és proaktívabb megoldásokra ösztönöz a harag kezelésében, mint a szégyen. Ilyen megoldás lehet a hosztilitásmentes megbeszélés, a célszemély helyzetének kognitív újraértékelése, és a direkt korrektív cselekedet. Adódik a kérdés, hogy miért jár a büntudat konstruktívabb megoldásokkal? Miután a büntudat érzésekor nem az egész self fenyegetett, hanem csupán egy körülírt viselkedés elutasított, nem indukálódik olyan irracionális erősségű harag, mint a szégyen esetében. Másodszor, miután nem kell a személynek a szégyen globális és debilizáló érzésével megküzdenie, több energia marad a helyzet kezelésére, a közvetlen, konstruktív tevékenységre. Tangney és mtsai azt is találták korábbi vizsgálataikban, hogy a büntudatra hajlamos személyek hatékonyabb problémamegoldó képességekkel rendelkeztek, mint a büntudatra kevésbé hajlamos társaik. A másik helyzetének újragondolását az empátia is segíti, mely nélkülözhetetlen a büntudat érzelmében.

A túlzott büntudatnak, valamint a büntudat szégyennel való összefonódásának azonban olyan komoly következményei lehetnek, mint a fentebb már említett depresszió, valamint az öngyilkosság.

II.4.5. Az agresszió és az öngyilkosság összefüggései

Az agresszió, a depresszió és az öngyilkosság kapcsolata

Sokáig az agresszió és az öngyilkosság, valamint a depresszió egymást kizáró jelenségnek tűnt sok kutató számára. Freud (1915) ugyan a szuicídiumot úgy definiálta, mint a szeretett tárgy ellen irányuló harag kifejeződését, amelyet inkább maga felé fordít a személy; és a pszichoanalitikus irodalom nem vesztette el az agresszió és az öngyilkosság szoros egymás mellett tárgyalását – mégis sok időre kiveszett ez a szempont a tudományos kutatásokból. Inkább az agresszióját blokkoló, azt kifejeződni nem hagyó személyiségként konceptualizálták a szuicidológusok a potenciális öngyilkos személyeket.

Ha az agresszió és az öngyilkosság kapcsolatában gondolkodunk, akkor egyfelől nyílt agresszív megnyilvánulásokat várhatunk a potenciális öngyilkos személyektől; ugyanakkor az agresszióproblematika megmutatkozhat ennél sokkal finomabban, az egyén intrapszichés folyamataiban is. Az agresszió és öngyilkosság kapcsolatát áttekintve elengedhetetlen, hogy foglalkozzunk a depresszió kérdésével is, melynek kialakulásában szintén nagy szerepe van az agressziónak; hiszen a depresszió felfogható az agresszió befelé való levezetéseként is (Freud, 1915). Ugyanakkor ez a kérdés is alaposabb vizsgálatra szorul, hiszen egyes depressziós betegek igen erőteljes, hirtelen dührohamokkal jellemezhetőek (Painuly és mtsai, 2005); míg más betegeknél nem találjuk ezeket az indulatkitöréseket - mégis mindkét típus veszélyeztetettsége megvan az öndestrukció szempontjából.

A dührohamok a harag specifikus formái depresszióban, melyeket hirtelen kezdet és erős intenzitás, valamint az autonóm arousal fokozódása (tachycardia, izzadás, kipirulás) és a kontrollvesztettség érzése jellemez viszonylag jelentéktelen provokációra (Painuly és mtsai, 2005), melyek eredményeképpen a viselkedés helyzethez nem illő lesz. A dührohamokkal jellemezhető páciensek depressziósabbak, szorongóbbak és a reménytelenség érzésével jobban jellemezhetőek voltak, mint a depressziót dührohamok nélkül megélő társaik, ezért potenciálisan hangsúlyosabban ki vannak téve az öndestrukció veszélyének. Emellett gyakran a B, illetve a C clusterba tartozó személyiségzavar (elkerülő, dependens, borderline,

narcisztikus, antiszociális) is fennáll (Fava, Rosenbaum, 1997). Közös neurobiológiai kapcsolatot jelenthet a szerotonerg diszreguláció, ami a reaktív agresszióval társuló major depresszió és a szuicid viselkedés hátterében is megtalálható. Conner és mtsai kiemelik a dührohamok és a reaktív agresszió hasonlóságát – melyek természete és összefüggése azonban még bizonyításra szorul.

Az agresszió, depresszió és az öngyilkosság összefüggését támasztják alá Van Praag (1997) eredményei is. A szerző leír egy szerotoninnal összefüggésben álló szorongás és / vagy agresszió által ösztönzött, stresszor által kiváltott depressziót, ami olyan személyekre jellemző, akik viszonylag kicsi stresszorokkal szembenézve haraggal és szorongással reagálnak; ennek talaján másodlagosan depresszió alakul ki náluk, amit gyakran öngyilkos viselkedés követ. Ez specifikus stresszorokra való vulnerabilitást jelent és egy impulzív módon való reagálási hajlamot, szorongó vagy agresszív úton megnyilvánulóan.

Az agresszió, a depresszió, és az öngyilkosság összefüggéseire Freud már 1915-ben rámutatott Gyász és melankólia című művében. A melankólia, vagy depresszió oka lehet egyfelől a gyász, a szeretet-tárgy valóságos elvesztése; másfelől depressziót válthat ki a narcisztikus alapú tárgyválasztás, melyről nehézségek esetén a tárgymegszállás a narcizmusra regrediál. Az én azonosul az elvesztett tárggyal, és önmagát kínozza szadisztikus módon. Vagyis a másnak szóló gyilkos, agresszív indulatot annak következtében tudja önmaga felé fordítani a személy, hogy tárgyként kezeli saját magát – így önmagán tudja levezetni a tárgynak szóló ellenséges indulatot. Minél erőteljesebb az indulat, annál erősebben működik a felettes én kontrollja. Freud feltételezése szerint ez az oka a depresszióknak és az öngyilkosságoknak is. „...a tárgy megszűnt ugyan, mégis hatalmasabbnak bizonyult, mint az én (Freud, 1915, 138. old)”. Shneidman (1980) találóan összegzi a freudiánus koncepciót a következő mondatával: „180 fokban elkövetett gyilkosság az öngyilkosság.”. Stekel állásfoglalása is hasonló ebben a kérdésben (In: Asch, 1980). Véleménye szerint senki sem követ el öngyilkosságot, aki nem akar megölni valaki mást, vagy legalább is nem kívánja más halálát. Attól függ csupán, hogy öngyilkosság, vagy gyilkosság lesz-e belőle, hogy hol van az áldozat. Ha az áldozat internalizált (belül helyezkedik el; nem tevődik rá képe senki másra), akkor az öngyilkosság irányába fordul a folyamat; míg ha az áldozat externalizált, vagyis a gyűlölt személy képe áthelyeződik egy valóságos személyre – akkor gyilkosság fog történni.

Az agresszió és az öngyilkosság kapcsolata

Egyre több empirikus bizonyíték szól az öngyilkosság és a mások felé irányuló nyíltan erőszakos viselkedés együttjárásáról. Van Praag (1990, In: Hawton, van Heeringen, 2000) pszichiátriai és törvényszéki tanulmányokat idézve kijelenti, hogy az erőszakos emberek közel 30 százalékánál előfordul öndestruktív cselekmény élete során; az öngyilkos személyek 10-20 százalékánál pedig erőszak szerepel az anamnézisben. Garrison és mtsai (1993) 3764 középiskolás diákot megvizsgálva azt találták, hogy a súlyos öngyilkossági kísérletről beszámoló diákok produkáltak a másik felé irányuló a legagresszívebb viselkedést. Dumais és mtsai (2005) pszichológiai autopsy módszerrel vizsgálva az összefüggést, arra a következtetésre jutottak, hogy az anamnézisben előforduló, az egész életút alatt fennálló agresszivitás jellemezte az erőszakos módon befejezett öngyilkosságot elkövetőket leginkább. Számos más vizsgálat jutott hasonló következtetésekre (Plutchik, 2000).

Mann és mtsai (1999) nagyhatású cikkükben - mellyel letették az öngyilkosság stressz-diatézis elméletének alapköveit – az impulzivitás / agresszivitás faktort vonásfaktornak és a szuicid diatézis egyik fontos közvetlen összetevőjének tekintették. Ezt támasztja alá Apter és mtsainak (1991) vizsgálata is, melynek eredménye szerint az erőszaktörténettel rendelkező személyek impulzívan, mindenféle affektív komponens fennállása nélkül elkövetnek öngyilkosságot.

Az impulzivitás és az öngyilkosság kapcsolata szintén sokat kutatott kérdés a szuicidológiában. Számos vizsgálat mutatott együttjárást az impulzivitás és a szuicídium között (pl: Hall és mtsai, 1999); míg mások inkább az agresszivitásban látják az öngyilkosság egyik legfontosabb faktorát (pl: Keilp és mtsai, 2006). Fontos hangsúlyozni, hogy az impulzivitás, a hosztilitás és az agresszivitás eltérő jelenségek, nem használhatóak egymás szinonímáiként – bár gyakran szorosán együttjárnak az öngyilkosság jelenségét tekintve. Összefoglalóan tehát kijelenthetjük, hogy az impulzív-agresszív viselkedés jelentős predispozíciót jelent az öngyilkosságra (McGirr és Turecki, 2007).

Nock és Marzuk (2000) leszögezik, hogy az erőszak (amely alatt nyílt violens viselkedést értenek) és az öngyilkosság egymást átfedő végpontjai az agresszív viselkedés kontinuumának. Bizonyítéknak tekintik például, hogy bizonyos pszichiátriai betegségeket (amelyekkel az öngyilkos személyek mintegy 90%-a jellemezhető halála előtt egyes becslések szerint; például: Arsenault-Lapierre, 2004) az agresszivitás megemelkedett szintje jellemez - de nem magát a betegséget tekintik oknak, összekötő kapocsnak az agresszió és az

öngyilkosság között. Az öngyilkos viselkedés kapcsán a következő pszichiátriai betegségeket szokás említeni: hangulatzavarok, kóros szerhasználat, schizofrénia, személyiségzavarok. Nock és Marzuk elképzelése szerint az erőszakos viselkedést, az öngyilkosságot, valamint a fent említett mentális zavarokat a következő háttérben meghúzódó jelenségek kötik össze: megemelkedett impulzivitás; affektív labilitás; gátlás / kontrollnélküliség; valamint a következtetésbeli és döntéshozatalbeli problémák. Ezek a problémák magasabb fokú agresszivitást idéznek elő, ami közös jelenség az öngyilkosságban, az erőszakos viselkedésformákban, valamint az említett betegségeken is. E négy tényező felelős tehát az öngyilkosságban, az erőszakos viselkedésformákban és az említett mentális zavarokban megfigyelhető magasabb fokú agresszivitásért.

Conner és mtsai (2003) az agresszió egy típusát, a reaktív agressziót teszik felelőssé a szuicídium bekövetkezéséért. Conner és mtsai szerint a reaktív agresszió diatézist jelent az öngyilkosságra nézve, amely akut pszichiátriai betegséggel kiegészülve súlyos rizikót képez. Véleményük szerint az öngyilkos tett maga is leginkább akut pszichiátriai megbetegedésre, valamint interperszonális problémákra (különösen a kapcsolatok megszakadására) adott reaktív agresszív válaszként érthető meg.

Reaktív agresszió az averzív események (különösen interperszonális fenyegetettség) bekövetkezése esetén reflexív, visszaható módon jelentkező haragot értik. A reaktív agresszióra hajlamos személyeknél jellemzőnek találták az impulzív, hosztilis, affektusok által motivált választ; amely megkülönböztethető a proaktív (kontrollált, érzelemmentes, instrumentális) típusú agresszióra hajlamos személyekkel. A reaktív agresszióválasz kialakulásában erőteljesebb szerepet játszanak a neurobiológiai faktorok, mint a proaktív agresszió esetében. A reaktív agresszióval válaszoló személyek az érzelmi diszreguláció általános mintázatát mutatják, ami nagymértékű érzelmi labilitásra enged következtetni. Conner és mtsai feltételezik, hogy az érzelmi szabályozatlanság és az interperszonális problémákra való fogékonyság hosszú távon öngyilkosságra predisponáló faktornak tekinthető – amely egy akut stresszhelyzet esetén öngyilkos viselkedést indukálhat. Ha az akut stresszhelyzet egy érzelmileg fontos kapcsolatnak a felbomlása, akkor az öngyilkosság gyakran egy héten belül bekövetkezik!

Conner és mtsai tanulmányukban kitérnek a reaktív agresszió és az egyes pszichopatológiai állapotok kapcsolatára. Feltételezik szerepét a borderline személyiségzavarban (antiszociális vonásokkal kiegészülve, vagy ezek nélkül) és személyiségzavarokkal társult depresszióban.

Maltsberger és Buie (1980) megállapítása szerint az öngyilkosság a megzavart internalizáció jelensége, a hosztilis introjektumokkal és a stabilitáshoz szükséges belső folyamatok hiányával való megküzdés kísérlete. Az öngyilkosság gyűlöleti aspektusainak kifejeződése két módon nyilvánulhat meg:

1. Rosszindulatú, vagy bosszúra vonatkozó vágyak
2. Megszabadulási vágyak, amelyek a megsemmisítési és destruktív fantáziákból eredeztethetőek.

Bosszúvágy és öngyilkosság:

Maltsberger és Buie feltételezései szerint a bosszú és a büntetés egyaránt vonatkozhat a környezetre és a saját személyre. A szuicid személy fantáziálhat mások büntudatáról és bánatáról, melyet koporsója felett éreznek – és ez elégedettségi érzésekkel töltheti el. Mások büntető és megtorló jellegű elhagyása is motiválhatja cselekedetét. Ezek a fantáziák intenzitásuknál fogva helyettesíthetik a realitást, és a terv kivitelezésére ösztönözhetnek. Pohlmeier (In: Temesváry 2000) az öndestrukció okai között szintén a bosszú jelentőségét emeli ki. Ezek szerint az öngyilkos személy célja többek között annak/azoknak a stigmatizálása, aki/k miatt az öngyilkosság megtörtént. Adler (In: Leenaars, 1988; Buda, 2001) szerint az öngyilkosság a bosszú eszköze: a személy úgy akar másokat bántani, hogy önmagát bántja. Sullivan (In: Leenaars, 1988) szerint az öngyilkos személy mérlegeli a cselekmény elkövetéséből származó „hasznát”; tudatosan használja arra tettét, hogy gyógyíthatatlan sebet ejtsen a másikon; hogy az akár élete végéig ne szabadulhasson az öngyilkosságért érzett felelősségtől és büntudatától – vagyis szenvedjen. Csak a pozitív interperszonális tapasztalatok lennének képesek megállítani ezt a folyamatot – amit Sullivan többé- kevésbé általánosnak és mindenkiben jelenlévőnek gondol -, ezek azonban az öngyilkosságot elkövető személyben kisebbségben vannak, a hosztilis, destruktív tapasztalatokkal szemben. Sifneos és McCourt (1962, In: Dulit, Michels, 1992) véleménye szerint a bosszú még a módszerválasztásban is megjelenhet: olyan módot választanak a szuicid személyek, amely kötődik valahogyan ahhoz a személyhez, akit halálukkal meg akarnak büntetni.

Kay (1989) self-pszichológiai szempontból az öngyilkos személyek két típusáról beszél. A két típus eltérő pszichodinamikával jellemezhető, de mindkettő diádikus

helyzetekhez kapcsolható. Az első típusba olyan személyek tartoznak, akik agresszívek, akiknek fantáziájában megjelenik a túlélőknek okozott lelki szenvedés – és tettüket bosszúvágy motiválja. Ebben az esetben az archaikus, grandiózus self intenzív sérülése valamint az idealizált tárgykapcsolatban való traumatikus csalódottság áll a tett háttérében és ezek következtében történik meg a felkeltődött nárcisztikus harag önnön személy ellen való fordítása. A harag mögött azonban az egybeolvadásra való speciális igények állnak, egy olyan tárggyal, amely az élet kínjain enyhítene, ami védelmet és komfortérzetet lenne képes adni.

A szerző által megemlített második típus a későbbiekben kerül megemlítésre.

Megszabadulási vágy és az öngyilkosság:

Az öngyilkos betegek nem jellemző az, hogy elérjék az integráció állapotát, így egész életükben szenvednek a megosztottság állapotától, és egyfajta belső állandó, megvetéstől saját személyük irányába. Ez a kiengesztelhetetlen megvetés, valamint az ezzel szembeni folyamatos ellenállás kimeríti a személyt, aki végülis beleegyezik a tett végrehajtásába. Vagyis az öngyilkosság ebben az értelemben nem más, mint a self különböző reprezentációi közötti harc; illetve az én megszabadítása a tolerálhatatlan hosztilis impulzusoktól, amelyek „belső ellenségként” definiálódnak az öngyilkos személy számára. A test-reprezentáció könnyen válik ebben a hosztilis tárgyat szimbolizáló entitássá, amely elősegíti az öndestruktív cselekedet véghezvitelét. A halál a személy számára a komfortot adó anyát személyesíti meg, akivel így lehetősége van fúzionálni, összeolvadni vele (Maltzberger és Buie, 1980).

Fónagy és Target (1999) mind a hetero, mind az autoagressziót a csökkent mentalizációs képességből vezetik le; illetve megoldási kísérletként tekintik az elárasztó tárgy selfről való leválasztására. Az öndestrukció az egyetlen lehetséges megoldásnak tűnik a megoldhatatlan problémára: a self megszabadítása a tárgytól – a tárgy selfen belüli lerombolása által.

A szerzők az agresszió kialakulásának négy fázisát különböztetik meg. Az átélt sorozatos érzelmi traumák hatására a gyermek self-je törékeny marad, mivel az anya gyermeke iránti ellenséges érzései miatt a reflektív folyamatok (a mentalizációra való képesség) veszélyeztetőek a gyermek számára. A gyermek törékeny pszichológiai self-je védelme érdekében mozgósítja agresszióját a tárgy feltételezett hosztilitása ellen. Ennek következtében a gyermekben az agresszió - amely folyamatosan jelen van - összekapcsolódik,

fúzionál az önkifejezéssel. Amikor az agresszív készlet erősen beépült a személyiségbe, akkor a csökkent mentalizációs képesség az agresszió gátlásának képességét is csökkenti – ami azt eredményezi, hogy az agresszor személy áldozatát gondolatoktól és érzelmektől mentesnek, a valódi szenvedésre képtelennek látja. (Fónagyék hangsúlyozzák, hogy az agresszió ezen formája nem azonos a sadizmussal – ott ugyanis a mentalizációs képesség nagyonis jelen van: folyamatosan elképzeli áldozata érzéseit az agresszor.)

Az erőszakos személy ugyanakkor folyamatosan keresi az érzelmi közelséget, de amikor a közelébe jut, akkor csapdába esettnek érzi magát – üldözött tárggyá lényegül át a másik személy a számára, aki hasonlít a benne élő üldözött anyai tárgyra, aki idegen és asszimilálatlan a selfjében. A vágyott tárgy tehát fenyegetést jelent számára, akivel szemben nincs kontrollja. Mindez elkeseredett szeparációs törekvéseket indít be a személyben, annak reményében, hogy autonóm identitást érhesen el. Indulatkitörésének célja tehát a fenyegetés csökkentése, a gyűlölt, elnyelő vagy elutasító anya elpusztítása; azért hogy a túlélő self szabad legyen, és egyesülhessen a hasított, idealizált, omnipotens módon mindent megadó anyával.

II.4.6. Nárcizmus

A látszólag oly magabiztos és erős nárcisztikus személyiségek önértékelése és selfregulációja valójában meglehetősen instabil és törékeny. Folyamatos másoktól való függetlenedni akarásuk erős kontrasztot képez azzal a függéssel, ami környezetük visszajelzéseivel kapcsolja őket. Önképük igen erősen függ interperszonális megítéltségüktől, ami emelkedettebb szintű emocionális válaszkészséget és változékonyságot, valamint önértékelés változást eredményez. Amennyiben ego fenyegetettséget élnek át a nárcisztikus személyiségek, arra szégyennel, önérték-eséssel, haraggal és megalázással reagálnak.

A nem-nárcisztikus személyekhez viszonyított nagyobb fokú érzelmi reaktivitásuk úgy tűnik, hogy a self-ről való visszajelzések területéhez kötődik leginkább. Rhodewalt és mtsai (1998) az erősebb nárcisztikus reaktivitás okai között megemlíti a self-reprezentáció kevésbé differenciált kognitív komplexitását; valamint egyik jellemző elhárítási mechanizmusukat, a hasítást. Eszerint minél kevésbé differenciált módon látják magukat, annál szélsőségesebbek és változóbbak lesznek érzelmeik és önértékelésük is (Kernis, 1993, In: Rhodewalt, 1998). Ebben nagy hasonlóságot mutatnak a nárcisztikus személyek a magas, de instabil önértékelésű személyekkel, akik a stabil pozitív önértékelés megalapozása érdekében rendkívül érzékenyek az önértékükről szóló szociális visszajelzésekre, legyen akár negatív

akár pozitív. A pozitív visszajelzésekre kedvezően, a negatívakra ellenségesen, leértékeléssel reagálnak. Ezek a személyek gyakran hosztilisek és indulatosak is (Kernis et al, 1992, In: Rhodewalt, 1998). Vagyis nem csupán az önbizalom szintje, hanem egy bizonyos rövid távú perióduson belüli változékonysága is meghatározó a személyre nézve (Bushman, Baumeister, 1998).

A nagyfokú érzelmi reaktivitás oka ezek mellett még a hasítás primitív elhárító mechanizmusa is, amely Kernberg (1975) szerint jellemző elhárítási módja a nárcisztikus személyeknek. A környezettől kapott pozitív, illetve negatív visszajelzések vagy a pozitív, vagy a negatív selfképzetet erősítik – így nem az integráltság irányába hatnak, hanem még tovább polarizálják az önértékelésbeli eltéréseket.

Gramzow és Tangney (1992) hangsúlyozzák, hogy a szégyennek központi szerepe van a nárcisztikus folyamatban, mivel mindkettő mélyen a self-ben gyökerezik. A nárcisztikus személyek énje nem kellően integrált és koherens (aminek megnyilvánulása a törekeny én, és önértékelés); a szégyenélmény pedig az egész self-et célbavevő és leértékelő élmény. Pontosan énjük fejletlensége miatt lesznek a nárcisztikus személyek specifikusan érzékenyek a szégyenélményre. Az irreálisan magas követelményekhez képest minden egyes hibázás a szégyenérzés állapotába juttatja őket. A szégyenérzet kvalitásai közül az intenzitással és az időtartammal szemben a gyakorisága a leginkább meghatározó. Lewis (1987, In: Gramzow és Tangney, 1992), valamint Kohut és Kernberg (In: Gabbard, 2008) véleménye szerint a nárcisztikusok éppen a szégyenélmény elleni védekezésükkel fejlesztették ki számos jellegzetes tulajdonságukat – a kompenzáló grandiozitást, a kritikákra való érzékenységet, stb. A szégyen-hajlam pozitívan korrelál a hasítással. Azt találták, hogy az egészséges nárcizmus deficitjei és a hangsúlyosan nárcisztikus személyiség szerveződés esetei járnak együtt jelentősebb szégyenre való hajlammal.

Kohut (1972) hangsúlyozza, hogy nárcisztikus személyek számára a lelkiállapotuk feletti kontroll rendkívül fontos. Ha a kontrollképességük sérül, a személy dühvel reagál, amiért nem ura saját gondolatainak, vagyis elveszítette számára oly létfontosságú omnipotencia érzését. Az ébredő erőteljes nárcisztikus harag a racionális korlátok szinte teljes figyelmen kívül hagyásával jár, valamint erőteljesen kényszerítő jellegű. Ez a nárcisztikus harag a belső erő érzetének eléréséhez, ezáltal a self összetartásához és az összeomlás megelőzésében drive szerepet tölt be.

Kohut elveti a felettes én szerepét az öngyilkosságban; szerinte az öndestruktív impulzusok a nárcisztikus harag kifejeződései. Vagyis az öngyilkosság nem a szuperego támadását jelenti az énré, hanem a szenvedő én a self megszüntetésével a hiba bántó, csalódást keltő realitását kívánja eltörölni.

A nárcisztikus személyek problémáikat alkohollal, illetve egyéb szerhasználattal igyekeznek orvosolni. Az addiktív viselkedés rövidtávon védőfaktort jelent az öngyilkosság ellen; hosszú távon azonban jelentős rizikótényező – krónikus szuicídium, ahogyan Menninger (1938) nevezte. Dodes (1990) meglepően nagy átfedéseket lát a nárcisztikus harag és az addikciók sajátosságai között, melyeket az erőtlenség érzése elleni védekezésként ad a személy. Dodes azt azonban hangsúlyozza, hogy a legtöbb addiktív személy nem nárcisztikus karakter, csupán nárcisztikus vonásokkal rendelkezik, melyek a fontosság és az erőtlenség érzésével állnak kapcsolatban. A dekompenzálódott nárcisztikus személyek számára az addiktív viselkedés visszaadhatja a kontrollérzetet, a passzív elviselés helyett aktivitásba való átfordítás révén. A szerek megváltoztatják a belső kontroll érzetét, és az érzelmi állapotot, csökkentik a feszültségeket – így korrigálják a diszharmóniát, a hiányállapotot. Paradoxonuk abban áll, hogy miközben kontrollérzetet biztosítanak valójában éppen kontrollon kívül helyezik a viselkedést; valamint pótolni látszanak az ego funkciókat, ám éppen tovább hagyják romlani funkcionálásuk színvonalát. Az addikció tehát védelmi funkciót tölt be az erőtlenség ellen, és a nárcisztikus harag kifejeződése is egyben.

Kohut (1978, In: Dodes) az addikciókra nárcisztikus viselkedéses zavarként utal. Az anyai gondozás hibáját sejtí a háttérben, aki nem tudott adekvát, idealizált self-tárggyá válni gyermeke számára. A pszichológiai struktúra ezen defektusa elleni védelemben segítenek az addiktív szerek – nem pedig a szeretett személyt, tárgyat helyettesítik.

Ronningstam és Maltzberger (1998) a szuicídium irányába ható nárcisztikus személyiségsszerveződés összetevőit a következőkben határozták meg: az alsóbbrendűség érzelme; a visszautasítás félelme; a mások reakcióira való fokozott érzékenység; a fenyegetésre való válaszként adott intenzív harag; és az empátiahiány. Ezek az inadekvát jellemzők megnehezítik a problémás helyzetre adott adekvát választ, és hirtelen, váratlan öndestrukcióra ösztönöznek.

A patológiás nárcizmus komoly érzelemszabályozási zavarokat is magában foglal: amikor a grandiózus self fenyegetett, előtör a nárcisztikus harag és a szégyen. Az önvédő karakterstruktúra hiányában a self utat enged a destrukciónak, az öngyilkosságnak.

A patológiás szintet elérő nárcisztikus személyiségek önértékelését paradox módon növelheti az a tudat, hogy egy erősen frusztrált helyzetben öngyilkosságot követhetnek el, ami a számukra oly fontos hatalom és a kontroll érzetével tölti el őket. A szuicídium ebben az értelemben védő funkciót tölt be a számukra, a selfjüket fenyegető sérelmek ellen. A szuicid impulzus ugyanakkor egy agresszív, bosszúszomjas és kontrolláló attitűdből származik, mely úgy hangzik, hogy: „Az én utam vagy semmi” és „Majd én megmutatom nektek”.

Az öngyilkosság végrehajtását az elpusztíthatatlanság grandiózus fantáziája is megerősíti; ugyanis sok nárcisztikus valójában nem szánja tettet halálosnak. A nárcisztikus fantáziák, melyek a grandiózus self-élményhez kapcsolódnak, megakadályozzák a szuicid tett és a halál fogalmának összekapcsolódását - a tettet és a halott állapotot heroizáló jellegű jelentéssel látják el. Ezt a szétválasztást segíti az erőteljes szégyen és haragélmények hatására előálló disszociáció állapota is. Az erős szégyenérzet az alkalmatlanság és jelentéktelenség olyan erős érzéseivel borítja be a személyt, hogy ez megbontja kognitív funkcióinak és selfjének integrációját.

A disszociáció tehát a realitástesztelést és az ego kognitív funkcióit leválasztja a személyről. Így az öngyilkosságot elkövetni szándékozó nárcisztikus személynek halhatatlansági fantáziái vannak, amelyek következtében megfélemedezik minden valódi veszélyről, melynek kiteszi a testét. Gondolkodása a primer téveszmés gondolkodás szintjére vált, elfeledkezik testi sérülékenységéről - és a megmentés csodájában hisz.

A nárcisztikus személy egyszerre bünteti és védelmezi a szuicídiummal magát. Megvédi magát a további sérelmek ellen; ugyanakkor erőteljes haragját saját tökéletlen, hibázó, tolerálhatatlan selfje ellen fordítja. A folyamat valahogy így fogalmazható meg: „Elpusztítom hibázó testemet, hogy a tökéletes lelkem élhessen”.

Kernberg (1992, In: Ronningstam, 1998) hangsúlyozza, hogy érzelmi krízisekben nárcisztikus személyeknél depresszió nélkül is kiváltódhatnak öndestruktív tendenciák; olyan fantáziákkal kíséretlen, melyek szerint felsőbbrendű dolog eldobni az életet, és felülemelkedni a fájdalom és a halál félelmén. A szuicídiummal a passzív szenvedés aktív uralomba fordítható át - ami tehát a kontroll érzetét adja. Így válik az elfogadhatatlan tolerálhatóvá, ami azonban a realitásérzés erős csökkenését hozza magával - és bekövetkezik az öngyilkosság. Ezek az instrumentális öngyilkosságok gyakran nárcisztikus fantáziákhoz kötődnek, és mágikus erőfeszítésnek tekintik őket a személyek felmerülő akadályok legyőzésére.

III.5. Interperszonális jellegzetességek

A szuicídium interperszonális színpadon játszódó intrapszichés dráma; alapjában véve diádikus esemény - vélekedik Leenaars (1996, 1988). Az öngyilkosság kérdése valóban szinte elválaszthatatlan az interperszonális szférától – etiológiájában és aktuális meghatározottságát tekintve egyaránt. Már az öngyilkosság első, Durkheim (1897/1982) által megalkotott elmélete is társadalmi közegbe helyezte a szuicídiumot a kiváltó okok alapján. Durkheim a társadalmi integráció különböző okok miatti meglazulásából következőnek látja az öndestrukciót.

Bár a szuicid személyek egy csoportjának igen szegényes a kapcsolatrendszere, sokan erőteljesen izolálódtak; nem állíthatjuk, hogy ez általános lenne minden öngyilkos személyre nézve. Sajátságos kapcsolatok jellemzik a potenciálisan szuicid személyeket mind származási családjukban, mind későbbi kapcsolataikban egész életükben. Ezek a sajátosságok egy erősen diszfunkcionális, tartós szeparációélményekkel, abúzással, érzelmi elhanyagolással kísért családi működésből, szülő - gyermek kapcsolatból származnak. A kedvezőtlen élmények tipikus kötődési mintázatokat, tárgykapcsolati reprezentációkat alakítanak ki, amelyeknek megfelelően történik a későbbiekben is a kapcsolatok választása, kiépítése. Az öngyilkos személyekre jellemző, hogy olyan kapcsolatokat választanak, amelyek kompenzációs jellegűek, amelyek szimbiózisba hajlóak; illetve ambivalensek, esetleg szadomazochista jellegűek. A szuicidogén tényező ezekben a kapcsolatokban az, hogy irreálisan nagyok az elvárások a partner felé; direkt, illetve indirekt módon túl erős a kötődés – ami regresszióra hajlamosít.

Az öngyilkosságot gyakran triggereli interperszonális veszteségélmény, fontos kapcsolat meglazulása, megszakadása, szakítás, vagy halál. Ez a veszteségekre való érzékenység az esetek nagy többségében kora gyermekkorban alapozódik meg, s a jelenkori veszteségélmény aktualizálja a sérülékenységet.

A szociális izoláció nagymértékben megnöveli a szuicídium valószínűségét. Az inadekvát szociális kapcsolatok, a hiányzó szociális támogatás a szuicid kép részét jelentik. Maris (1981) azt találta, hogy a befejezett öngyilkosságot elkövetők felének nem volt egyetlen közeli barátja sem, míg a természetes halált haltaknál, ez az arány csupán 30% volt. A családi állapotot tekintve a „nemházas” állapot az, ami a legmagasabb rizikót hordozza magában (Bakó, 1992). Így az özvegyek, az elváltak, és az egyedülállók között sokkal nagyobb az

öngyilkosság aránya, mint a házasságban élők közt. Érdekes, hogy a házasság jelenléte a nőket kevésbé védi az öngyilkosság ellen, mint a férfiakat.

III.5.1. A származási család jellemzői

Az öngyilkos személyek gyermekkorban átélt kapcsolati stresszor eseményei komoly vulnerabilitást okoznak a szuicídiumra. A leggyakrabban a következő tematikák emelkednek ki:

1. Tartósan átélt szeparáció egy érzelmileg fontos személytől (eltűnés, válás, halál), vagyis az instabil család (pl: Wasserman, 1989, Botsis, 1995)
2. Családi diszfunkció (pl: Richman, 1986)
3. Érzelmi elhanyagolás (pl: Silove, és mtsai, 1987; In: Blumenthal, Kupfer, 1990)
4. Érzelmi- fizikális- szexuális abúzus (pl: Gibb, 2001; Simon, 2002; Molnar, 2001)

A családi diszfunkcionális működés és az öngyilkosság együttjárásának kapcsolatát vizsgálva Richman (1986) a szuicid potenciállal rendelkező családoknak hét jellegzetességét határozta meg.

Talán az egyik legfontosabb jelenség ezek között a rigiditás: a család képtelen a szükséges változások elfogadására – fenyegetésként értékeli azokat. A családnak ugyanis amellet, hogy a biztonság állandó érzését kell nyújtania tagjai számára, folyamatosan meg is kell újulnia, hogy eleget tehessen a különböző szakaszok támasztotta fejlődési feladatoknak. Richman véleménye szerint ez a rugalmasság négy tényező miatt nem valósulhat meg a potenciálisan öngyilkos személyek családjában: a szükséges szeparációt a család nem fogadja el; a fennálló szimbiotikus kapcsolatok empátia nélküliek; túlzott ragaszkodás tapasztalható a korai kötődésekhez, mely a későbbi kapcsolatok kárára megy; illetve a család képtelen a gyászra. Jellemző egy empátiát, szeretet és érzelmi melegséget nélkülöző, de erősen szimbiotikus családi szerveződés, amelyben a szülők teljes lojalitást kérnek gyermekeiktől. A családtagoknak túlzottan erős igényeik vannak az egységre, mellyel párhuzamosan az izoláció és az önvesztés a meghatározó érzelmi élmények. A családtagok félnek a szeparációtól, de a közelségtől és az intimitástól is. A családon kívüli kapcsolatok legátoltak, és szégyenteljesnek, a családi összetartás elárulásának minősülnek.

Richman elgondolása szerint az erős szimbiózis az öngyilkossághoz kétféle dinamika révén kapcsolható. Amennyiben az egyik családtag számára a maladaptív viszonyulások

patológiásként és nem követendőnek értékelődnek, akkor az egyén a családi rendszer megváltoztathatatlansága miatt nem lát más kitörési lehetőséget. Ebben az esetben individualizációs folyamatként nyer értelmet számára a szuicídium.

Ha az egyén identifikálódik a családi működési mechanizmussal, akkor az öngyilkosság a függetlenséggel való megküzdési nem tudásból származtatható. A személy a külvilágban sorozatos kudarokat él meg az irreális családi közegben szerzett képességbeli hiányosságai következtében. Ebben az esetben az öngyilkosság a családdal való teljes újraegyesüléshez való szimbolikus utat jelent számára. Az elvesztett jó tárggyal való újraegyesülési fantáziák is az elvesztett szimbiózis visszaállítására tett törekvésnek tekinthetők.

A nevelési stílusok szerepét vizsgálva Silove és mtsai (1987, In: Blumenthal, Kupfer, 1990) azt találták, hogy az elhanyagoló és overprotective nevelési stílus differenciált az öngyilkos és a kontrollszemélyek csoportja között a felnőttkori aktuális szeparáció, vagy konfliktus esetén. Az erősen kontrolláló szülői stílus negatív következményei többek között a dependenciahajlam, az alacsony önértékelés; valamint a saját személy viszonyítási pontként való tagadása (Id: De Man, 1993b). Lai (2001) az autoriter nevelési stílus, a magasabb anyai kontroll, a családban tapasztalható alacsony érzelmi melegség és az öngyilkossági gondolatok között fedezett fel összefüggést.

Jellemzőek még az egyoldalú intrafamiliaris kapcsolatok, ami szadomazochista, ambivalens kapcsolatokat jelenthet; a családban nehézkes bizonyos érzelmi állapotok kifejezése vagy kontrollálása (agresszió, depresszió). Wagner (1997) öngyilkos gyermekek és serdülők családi diszfunkciójával kapcsolatban kiemeli még a szegényes családi kommunikációt és problémamegoldást (a direkt verbális kommunikáció kerülése; titkolózás; egymás iránti hosztilitás, ám ennek gátolt a nyílt kifejeződése). Az együttélés gyakran konfliktusos mind a szülők között, mind a gyermekek és a szülők között.

Az öngyilkosságkutatás viszonylag új területe a gyermek – és serdülőkori fizikai-és szexuális abúzusok vizsgálata. A következmények között szerepelnek a drog- és alkoholdependenciák, a depresszió, a PTSD, a magas rizikójú szexuális élet, a deviáns viselkedésformák, borderline és antiszociális személyiségzavarok. Több az emocionális probléma, szorongóbbak, alacsonyabb az önértékelésük, izoláltabbak, és hajlamosabbak a

szuicid viselkedésformákra (Tyler, 2002). A fizikai, illetve a szexuális abúzus súlyossága és az öngyilkossági kísérletek száma között összefüggést találtak (Joiner, 2007).

Szuicídium specifikusnak találták a traumához kapcsolatosan, az azzal kapcsolatos szégyenkezést (Barker-Collo, 2001). Az eseménnyel kapcsolatos attribúció fontos hatással bír a következményekre nézve. Amennyiben az abuzált személy a traumára vonatkozóan inkább belső, globális és stabil módon attributál, vagyis elsősorban önmagát hibáztatja és szégyent érez magatartása miatt, akkor az öngyilkossági kísérletek bekövetkezésének veszélyét jósolja be a felnőttkorban.

A trauma több tényezőn keresztül fejti ki szuicídiumra is predisponáló hatását. A gyermekkori traumatizáció és a későbbi öngyilkosság közötti közvetítő tényezők: a kötődés (ambivalenssé és ingadozóvá, dezorganizálttá válik); kontrollvesztés érzete; adekvát agressziószabályozás hiánya (dühkitörések; az agresszió teljes negálása, vagy befelé fordítása váltakozhatnak); izoláláció, stb (Herman, 2003). A gyermekkorban átélt abúzusélmények pszichopatológiai állapotokra predisponálnak, melyek hosszú távon ható rizikótényezőknek tekinthetők a szuicídiumot tekintve.

A családban elkövetett öngyilkosság szignifikánsan megemeli a szuicid kísérlet rizikóját (Roy, 1983). Azoknak a betegeknek csaknem a felénél (48.6%) történt öngyilkossági kísérlet, ahol a családban volt ennek története. A szülők modellfiguraként szolgálnak a gyermeknek személyiségfejlődése során. A szülő viselkedése, gondolkodási módja iránytű az életben felmerülő problémákkal való megküzdés során a gyermek számára. Amennyiben a személy bármely életkorban megéli egy hozzá közel álló ember öngyilkosság általi halálát, 2-6-szorosára nő a rizikója, hogy egyszer ő is választja majd ezt az utat – nagy valószínűséggel a következő évben (Id: Cerel, 2005). Öngyilkos személyek családjában gyakori a szándékos önsértés, különösen az anyák között (Hawton, 2002). Az öngyilkossági kísérletet már elkövetett anyák gyermekeinél fiatalabb életkorban manifesztálódnak a szuicid tendenciák, korábban követnek el öngyilkosságot, mint az öndestrukcióban nem érintett családokból származó személyek (Lieb, 2005). Kapcsolat fedezhető fel a családban meglévő szuicid történet és a violens módszerek használata között. Számos más vizsgálat is megerősíti a családban előforduló öngyilkosság szuicídiumra és más komoly mentális betegségre predisponáló hatását.

III.5.2. Internalizált tárgykapcsolatok

Kötődési mintázatok

Mindezek a családi jellegzetességek a felnövekvő gyermekekben bizonyos kötődési mintázatok kialakulását valószínűsítik. Az öngyilkossághoz a legjellemzőbben a bizonytalan kötődési stílus kapcsolható, ahol az elsődleges gondozó nem képes megfelelő biztonságérzést nyújtani a gyermeknek, illetve nem képes feszültségeit csökkenteni. Ebben a kötődési stílusban a vulnerabilitást a self negatív értékelése, a zavart interperszonális kapcsolatok; valamint a jövővel kapcsolatos pesszimizus adhatják (Adam, 1994; West és mtsai, 1999). Azok a személyek, akik gyermekkorukban nem élhették meg a biztonság érzését gondozóikkal való kapcsolataikban, érzékenyebbé válnak a későbbi csalódás és visszautasítottsági élményekre. A fontos másik tényleges vagy potenciális elvesztése nemcsak a biztonság külső forrásának elvesztését jelentheti, hanem ezzel egyidejűleg a belsőt is; illetve a self integritását is veszélyezteti. Amennyiben aktuális veszteségélményt, vagy visszautasítást él át a személy – amelyek tehát precipitáló tényezőt jelentenek a szuicid folyamatban – szorongás, harag és reménytelenség indukálódik; amely öngyilkossághoz vezethet.

Adam (1994) kifejti, hogy ahogyan az öngyilkosság jelensége kontinuumot képez a gondolatoktól a kísérleten át a befejezett öngyilkosságig, a bizonytalan kötődést is kontinuumnak kell felfognunk, ami a relatíve bizonytalan kötődéstől az erősen bizonytalanig terjed. Véleménye szerint ennek a kötődési kontinuumnak megfeleltethetőek a tettek is: az elsősorban interperszonálisan meghatározott, manipulatív jellegű szuicídiumok jelentik az egyik végpontot, míg a szélsőségesen kétségbeesett, a self és mások szélsőségesen negatív értékítéletét hordozó letális öngyilkosságok a másikat. A szerző kötődéseméleti szempontból elutasítja azt az álláspontot, hogy a legtöbb szuicídium a tolerálhatatlan helyzetből való elmenekülés szándékával magyarázható. Véleménye szerint az öndestruktív események többségének hátterében a diszfunkcionális kötődés áll; melyben nem sikerül elérni a biztonság érzését, kifejezhetetlenek a stresszélmények és a harag érzelme az elérhetetlen kötődési figura irányába. Az öngyilkossági kísérlet aktív kötődési mintázatként értékelendő. Funkciói: az érzelmi distressz emelkedésének jelzését szolgálja; büntet a visszautasításért; segítségével a szuicid személy megkísérli visszaállítani a létfontosságú kapcsolatot. A befejezett öngyilkosság a stabil kötődések létrehozásának ismételt kudarca miatt következik be Adam vélekedése szerint.

Interperszonális veszteség

A tárgyvesztés talán a legfontosabb és leggyakoribb kiváltó esemény az öngyilkosság esetében, tekintet nélkül nemre és korra – amely összefüggés empirikus vizsgálatok által is igazolt (pl: Dieserud és mtsai, 2001). Szuicídium-specifikus séma a tartósabb, gyermekkorban átélt szeparáció amely, nagyon jelentős vulnerabilitási tényezővé teszi a későbbi veszteségélményeket az érzelmi labilitásra, és az öndestrukcióra. Empirikus vizsgálatok bizonyítják (In: Richman, 1986), hogy minél korábbi a veszteségélmény, annál súlyosabb az öngyilkosság.

A kora gyermekkorban átélt tartós szeparáció a súlyos regresszióhajlam, az azonosulási zavarok, és az egész személyiség torzulása révén képezheti a jövőbeni öndestruktív tendenciák alapját. Ha a tárgyvesztés a későbbi időszakban alakul ki, a szeretet és támogatásbeli igényei miatt a gyermek a tárgy iránt érzett gyűlöletét önmaga felé fordítja – így önértékelése válik szélsőségesen negatívvá; önvádításokra hajlamossá (Bakó, 2004).

A veszteségélményekre azért különösen érzékenyek a szuicid személyek, mert önértékelésük, integritásérzésük, self-kohéziójuk a másikkal való kötődésen alapul. Selftárgy igényeik archaikusabb szintűek; irreálisan nagy elvárásaik vannak a másik személy felé kapcsolataikban (Kay, 1989). Ha a támaszt és stabilitást jelentő személy elveszik, akkor összeomlás fenyegeti a potenciális szuicid személyt.

Szimbiotikus és kompenzatórikus kapcsolatok

Empirikus vizsgálatok is megerősítik (Brunstein Klomek és mtsai, 2007), hogy nagyobb a hasonlóság öngyilkos serdülők önbemutatója és szüleinek leírása között, mint szuicídiumot el nem követőknél, ami arra is utal, hogy selfjük kevésbé differenciálódott szüleik reprezentációjától. Emellett az öngyilkossági kísérletet elkövető serdülők erőteljesebben féltek a szeparációtól, mint a kontrollszemélyek, ami szintén a kevésbé differenciálódott tárgykapcsolatok mellett szól.

Az anyaméhbe való visszavágyás és a szuicid gondolat szélsőségesen regresszív tendenciák. A halál és a szimbiózis abban mutatnak hasonlóságot, hogy megszűnik az egyéni lét, a felelősség, illetve a tudat és tudattalan közötti polaritás (Kast, 2000). A szimbiózis, mint

állandóság az életben bekövetkező változások alkalmával válik vonzóvá, különösen a rigid megküzdési stílussal rendelkezők számára, akik a változást mindig nehezen élik meg.

A szimbiotikus kapcsolatokat a szeparációs szorongás tartja össze. A szimbiotikus kapcsolatok a személyek közötti különbözőségek tagadásáról szólnak – a családi rendszer egybentartása érdekében; jellemzőjük az álkölcsönösség, mivel a tagok az identitás tagadását várják el egymástól. Családi szinten Richman (1986) differenciálatlan családi egomasszát említ – ami egyéni szinten is leképeződik. A tartósan fennálló szimbiózis identitászavarokat, autonómiaproblémákat, károsodott egofunkciókat, határtartási problémákat és a mentális zavarokra való komoly vulnerabilitást okoz. A szimbiózis olyan kapcsolatot hoz létre, amelyben a partnerek korlátozzák egymást személyiségük kibontakoztatásában, és mivel arra sem képesek, hogy elváljanak egymástól – erős gyűlölet alakulhat ki közöttük (Kast, 2000). s

Az autonómiaproblémával küzdő személyek hajlamosak lehetnek szimbiotikus kapcsolatokat választani, illetve olyanokat, amelyek kompenzatórikus jellegűek.

A kompenzatórikus kapcsolatok pszichodinamikáját self-pszichológiai szempontból írja le Kay (1989). A személyiségfejlődés során a potenciálisan öngyilkos személy archaikusabb szinten reked meg a selftárgyigényeket tekintve, ugyanis selfje nem kellően egységes, kohezív. Ráutalt olyan élmények, illetve személyek jelenlétére amelyek helyreállítják és megerősítik a self-kohézió érzését – valamint nárcisztikus egyensúlyát kívülről jövően fenntartják. Az öngyilkos személy tehát pszichés egyensúlyának megteremtéséhez, fenntartásához használja a számára oly fontos másikat, ami patológiás jellegű kötődést sejtet.

Carrigan (1994) öngyilkossági kísérleten átesettekkel kapcsolatos vizsgálati eredményei empirikusan is megerősítik az öngyilkos személyek határokat átlépő, a normál kapcsolati elvárásokat jóval meghaladó igényeit. A betegek még az egészségügyi kezelőszeméllyzettel szemben is olyan igényeket fejeztek ki, mint a szeretve, támogatva lenni; elvárták a személyzettől, hogy önértékelésüket tartsák magas szinten; illetve segítsenek visszaszerezni a kontrollt életük felett. A beteg azokat a funkciókat várja el másoktól, amit neki magának kellene gyakorolnia saját maga felé – ám ez nem sikerül.

Amennyiben talál magának egy olyan személyt a potenciális öngyilkos, aki referenciaszemélyként működhet és aki kívülről ellátja az öncsillapítás feladatát is, akkor a személy egyensúlyban érzi magát és idealizálni fogja azt, aki mindezen funkciókat megadja számára. Ez a kompenzáció azonban sosem lehet teljesen kielégítő, így a személy speciális vulnerabilitása bármikor reaktiválódhat, ha selftárgy sérülést él át. Ha gyors, fájdalmas és

intenzív csalódottságot él meg ezen idealizált szelftárggyal kapcsolatban, akkor arra üresség, zavartság, a vezérlés hiányának érzése lesz a reakció, és a self fragmentálódása is bekövetkezhet. Nárcisztikus személyekben a self fragmentációja a nárcisztikus harag indukálódásához vezet – amely destrukciónak az önvédő karakterstruktúra hiányában, a self utat enged az öngyilkosságon keresztül (Ronningstam, Maltzberger, 1998). Az eredetileg az anya ellen irányuló harag áttevődik a kapcsolati partnerre és a szuicid személy erősen ambivalens, intenzív érzésekkel küzd egy ilyen helyzetben: egyszerre érez rendkívül nagy, archaikus eredetű haragot a visszautasító másik iránt; emellett azt is érzi, hogy nem látja értelmét az életének a számára olyan fontos funkciókat biztosító másik nélkül. A „megoldást” az öndestrukció képviseli a szemében

A Nock, Marzuk (2000) által leírt szerelmi féltékenység érzésével kísért kiterjesztett öngyilkosság a fentiekhez hasonló, ám szélsőségesebb dinamikát jelenít meg. Ezekben az esetekben egy kaotikus, abuzív kapcsolat talaján következik be a gyilkosság, melyet rövid időn belül öngyilkosság követ. A kiváltó konfliktus egy valós, vagy elképzelt hűtlenség; vagyis az áldozat szeparálódási kísérlete. Az elkövető válasza erre tipikusan prolongáló, intenzív érzelmeket megmozgató érzelemkitörés, amit verbális abúzus és szubletális erőszak kísér – majd maga a gyilkosság és az öngyilkosság.

A kapcsolat rendkívül nagy érzelmi töltetét a konfliktus elhúzódó jellege mutatja; az áldozatra való „rátapadás”; és a gyilkosság után elkövetett öngyilkosság. A kiterjesztett öngyilkosság hátterében a saját self ellen érzett gyilkos impulzusok állnak; valamint a túlértékelt kötődés egy személyhez, egy konfliktusokkal kísért kapcsolathoz, melyet aktuálisan felbomlás fenyegeti. Az elvesztéstől való félelem a kapcsolat teljes lerombolásához vezet, ami általában erőszakosabb módon következik be, mint más gyilkosságok, ami szintén a nagyon erős érzelmi töltet mellett szól. Fónagy és Target (1999) az agresszió és az öngyilkosság hátterében egyaránt az egyszerre vonzó és menekülésre készítő elárasztó tárgyat vélik felfedezni. Ha az erőszakos személy eléri a vágyott érzelmi közelséget, akkor szeretete tárgya üldöző, fenyegető tárggyá válik a számára. A gyilkosság és az öngyilkosság egyszerre szolgálja a self megszabadítását a tárgytól. A tárgy negatív aspektusainak elpusztítása után lehetségessé válik az egyesülés a hasított, idealizált, omnipotens módon mindent megadó anyával.

Ha a szimbiotikus és kompenzatórikus kapcsolatokban tapasztalható érzelmi függést megelégtelve a potenciális öngyilkos személyben feltámad a nagyobb autonómiára való igény,

akkor aktiválódik benne a kapcsolat elvesztésétől való félelem is, melynek hatására könnyen regresszióba esik. Újra átéli mind azt az ambivalenciát, ami az újraközeledési fázisban lévő gyermekre jellemző, aki az önállósodás és a szimbiózis között ingadozik. Ez dühöt és elhagyatottsági érzéseket indukál. Élményszinten ez a „se veled, se nélküled” típusú kapcsolatként jelenik meg, amely rendkívül intenzív és ambivalens érzéseket mozgat meg.

Az autonómiaproblémához csatlakozik Bakó (2004) vizsgálata is a Közös Rorschach módszerével. „Mintha az egyik legközpontibb probléma lenne a szuicid párkapcsolati dinamikában az önállóság, a függetlenség kiharcolása. A veszélyeztetett függetlenségi törekvése elindítja a partner bizonytalanságát, aki indirekt úton törekszik arra, hogy társát befolyásolja, kontroll alatt tartsa. Ezt olyan destruktív stratégiákkal éri el, mint... az elbizonytalanító, megoldatlan válaszok, a nyílt és rejtett kommunikáció kétértelműsége. A veszélyeztetett (az Achilles-pontjain ért találatok miatt) néhány próbálkozás ellenére igazodását, beletörődését jeleníti meg, elfogadva partnere destruktív, visszahúzó, indirekt irányítását.” (111.old).

Míg Bakó az általa végzett vizsgálatban a szuicid személy szerepére vonatkozóan a passzivitást és belekényszerítettséget észlelte, addig Asch (1980) ellentétesen vélekedik a szuicid személy szerepére vonatkozóan. Asch egy fúziós jellegű szuicid fantáziáról beszél, ami meghatározó jelentőségűnek tart a szuicid személyek egy csoportjára. Asch teóriája ugyanakkor jól mutatja azt a zsaroló, fogvatartó partnerkapcsolati dinamikát is, amibe bizonyos szuicid személyek bevonhatják partnerüket.

A fantázia kiváltója egy internalizált, ambivalensen szeretett tárgy (a korai szülő imágó), ami egy külső tárgyra projektálódik, amint talál olyan személyt a potenciális öngyilkos, aki elfogadja az eredetileg egyszerre gyűlölt és szeretett, visszautasító tárgy szerepét. A regresszív, szadomazochisztikus fúzió így újjáéled. Tárgyvesztés hatására a személy valódi vagy elképzelt kivégzője szerepébe kényszeríti partnerét, aki (látszólagos) akarata az öngyilkos passzívan aláveti magát.

Asch a „belső kivégző” jelenlétéről beszél az öngyilkosságban. A korai szadomazochista kapcsolatból következően a szuperego szadisztikusan büntető jellegű, amely egy külső személyre projektálódik, vagyis a személy tárgygyá válik saját felettes énje számára (Freud elképzelésével egybevégezően eltárgyiasítja tehát önmagát a személy). Ezzel a projekcióval provokálja partnerét, és teszi meg valódi, vagy elképzelt kivégzőjének – akinek akarata szerint végez magával. Az ilyen személyek kapcsolataikban, ha a támogatás, vagy a

szerepet irreálisan magas elvárásaikhoz képest csökkentebb mértékét észlelik, akkor zsaroló üzeneteket küldenek partnerüknek: „Ha nem teszed meg azt, amit kérek, akkor öngyilkosságot követek el – vagyis te leszel az oka, te leszel a kivégzőm; akinek akarata szerint meg kell ölnöm magam!”

Asch úgy véli, hogy kettős célja van az öngyilkosságnak: megtisztítani a selfet a rossznak értékelt részekről (az archaikus szuperegótól); ezután egyesülni (vagy újraegyesülni) az eredetileg ambivalensen szeretett tárggyal. Az Asch által feltételezett dinamika megjelenhet a szuicídiumnak azokban a típusaiban, amikor partnerét teszi felelőssé a személy, amiért elhanyagolásával, közömbösségével, vagy az állandó konfliktusokkal öngyilkosságra „kényszerítette”.

Interakciós és kommunikációs jellegzetességek

Mivel az öngyilkosság interperszonálisan meghatározott esemény, így a szuicid személyekre jellemző kommunikációs formák, jellegzetességek vizsgálata is fontos részét képezi a jelenség megismerésének. Maga az öngyilkosság is kommunikáció: a megoldatlan problémák és krízis elmondásának kísérlete (Richman, 1986).

Az öngyilkossággal kapcsolatos kommunikációvizsgálatok nagy része a szuicid szándék kommunikálásának, vagy eltitkolásának kérdésére vonatkozik; valamint a környezet erre való reakcióját tárja fel. Az elfogadott nézet szerint minden szuicid kommunikációt komolyan kell venni; nem igaz, hogy az a személy, aki beszámol öngyilkos gondolatairól, nem fogja elkövetni a tettet.

Wasserman (2001) verbális és nemverbális, direktív és indirektív formákra osztja fel a szuicídiumra utaló kommunikációs mintázatokat. Történhet a szándékközlés egyértelműen (direkt verbális); kevésbé érthetően, a preszuicid állapottal összefüggő utalások formájában (indirekt verbális); a végrehajtáshoz kapcsolódó viselkedések formájában (direkt nonverbális); rejtettebb, nehezebben érthető, a preszuicid folyamattal összefüggő viselkedéses formákban (indirekt nonverbális). Wasserman az érzelmileg fontos másik reagálásait is csoportosította és elemezte ezek szuicid rizikóját.

Az öngyilkos kommunikációra adott empátiás viszonyulás protektív jellegű az öngyilkossággal szemben, ami figyelemfokozást, érzelmi támaszt, professzionális segítségnyújtást foglalhat magában. Kivételt a borderline betegek jelentenek, ugyanis

öndestruktív tendenciáikat erősíti a fokozott személyük felé irányuló figyelem, a szuicídium által megszerezhető előnyök révén (Kuritárné, 2008).

A szuicid kommunikációra válaszul megjelenő ambivalens viszonyulás aggódó, szorongó, csendes beállítódást jelent, amit egyszerre jellemez a szuicid személy védelmezésének és elhagyásának vágya; a segítségkérés és a várakozás egyszerre; direkt illetve indirekt agressziókifejezés a veszélyeztetett személy felé. Veszélyes párhuzamba állhat a szuicid személy megbénítottsága, és környezete óvatossága, csendessége, elforduló reakciói. A környezet ambivalenciája azért veszélyes, mert még tovább fokozza a szuicid személy ambivalenciáját; azáltal, hogy nem nyújt stabil támaszt, valamint a veszélyeztetett személy a negatívumokban könnyebben tud gondolkodni, mint a pozitívumokban, így környezete ambivalenciájában is inkább ezt percipálja; és a szeretet hiányaként, vagy visszautasításként értelmezi.

A harmadik típusú környezeti reakciók az agresszív válaszok, amikor is a hozzátartozók frusztráltságukat direkt vagy indirekt verbális agresszió formájában az öngyilkos személy ellen fordítják, illetve közönyösen hátat fordítanak neki, aki így teljesen egyedül marad.

Richman (1986) a fenti reagálási típusokból az üzenetek passzív be nem fogadását, a szándékos ignorálást; valamint a harag passzív módon elfordulásba való átfordítását erősíti meg, mint az ambivalens viszonyulás jellemzőit. Bakó (2004) eredményei szintén ezt erősítik meg: a partner válasza empátiától mentes, passzívan kiváró; saját nehézségeit hangsúlyozó; amelyet elutasításként él meg a veszélyeztetett fél.

Varga és mtsai (2005) öngyilkosságot elkövetett személyeket és partnereiket a Közös Rorschach módszerével vizsgálva, arra a következtetésre jutottak, hogy a párkapcsolatban a kommunikációs kudarcot a passzív, tartalmatlan megnyilvánulások; valamint a helyzettől független, passzív emocionális közlések erős felszaporodása jelenti. A kommunikációs krízishelyzetekben, amikor az egészséges párok aktív reagálnak, a szuicid párokban a passzivitás, a passzív érzelmek uralkodnak el. Amikor a problémára kellene fókuszálni, akkor ezt általánosságban nem tudják megtenni, mert az érzelmi fékek kisebb hatékonysággal működnek. Jellemző a közös küzdelem feladása, mivel a partner általában nem segítőkész; a tartalmatlanság; a hatékonyság hiánya és a bizonytalanság.

A szuicid férfiakra specifikusan inkább az erősen negatív érzelmi töltöttség (kritika, agresszivitás), a passzivitás és a regresszió a jellemző a romló kommunikációval jellemezhető

helyzetekben. A szuicid nőknél az emocionális színezetű megnyilvánulásokat, a regressziót és a negatív érzelmeket találták gyakorinak, kontrollszemélyekkel összehasonlítva.

Archaikus szuperego

A strukturális modell megalkotása után Freud úgy tekintette az öngyilkosságot, mint amikor az ego a szadisztikus szuperego áldozatává válik. Az öngyilkos tendenciákkal jellemezhető személyek tárgykapcsolatainak egyik jellegzetessége a szadisztikus kínzó és a meggyötört áldozat között zajló dráma (Gabbard, 2008).

Maltsberger (1998) kivégző szuicídiumnak nevezi a következő szuicídium típust. A nem optimális eseményeket tartalmazó, vagy a traumatikus fejlődés eseteiben hosztilis, empátianélküli, elutasító, bántalmazó introjektumok épülnek be a személyiségbe. Ezek az introjektumok, melyek erősen töltöttek feldolgozatlan agresszív és szexuális energiával vagy lazán kapcsolódnak a Superegohoz, vagy erősebben - de az agresszív vektor, ami az introjektumhoz tartozik, az hozzáadódik a felettes énhez is. Amilyen fokig összeköttetésben áll az introjektum a felettes énnel attól függ a beteg szubjektív élménye. Ha az introjektumok erősebben hozzákapcsolódnak a felettes énhez, akkor az időszakosan megbomlott tudatosságot, akár pszichózis idézhet elő, ami élményszinten úgy jelenik meg a páciensben, hogy a self egyik része támadja a többit. A lelkiismeret szigorúan bünteti a személyt, míg a self többi része hallgat és megalázkodik. Ez a folyamat az önértékelésre brutális hatással van: a téveszme szintjére viheti. Így az olyan szélsőséges ítéletek szintjére léphet az önértékelés, amelyek szerint „szörnynek, ördögnek, gyilkosnak” érzi magát a személy. Ezt a folyamatot úgy kell elképzelnünk, mintha egy hosztilis idegen betört volna a selfbe és letelepedett volna ott. A páciens ekkor érezheti azt, hogy meg kell mentenie a jó világot önmagától – amely minden rossz forrása.

Az öngyilkosság így lehet az az eszköz, amelyen keresztül a személy menekülni igyekszik saját belső üldözője elől. Maltsberger idekapcsolja Melanie Klein értelmezését, amely szerint az öngyilkosságra készülő személyek őrizni próbálják a jó belső tárgyat és az egonak azt a részét, amelyik azonosult vele, attól, amelyik a rossz tárgyal identifikálódott. A személy a jó belső tárgyat azonosítja egy külvilágból származó reálissal - ezzel a külvilág válik jóvá. A self-reprezentáció megtagadott fragmentumai (idetartozik a test-reprezentáció is) fúzionálnak a rossz introjektummal – végletesen negatív előjelet nyerve ezzel. Így üldöző belső tárggyá válik a self egy része, mellyel szemben a külvilág képviseli a jót. Ez arra

ösztönzi a szuicídiumra készülő személyt, hogy a jó tárgyat, a külső világot, megvédje saját személyétől, amit a rossz tárggyal azonosított. Az agresszív superego elemek projekciója következtében a személy súlyos elmarasztalást, negatív ítéletet tulajdonít egy reális személynek környezetéből, vagyis úgy észleli, hogy a másik is helyesli szuicid terveit, ezáltal az elkövetésnek semmi gátja nem marad.

II.6. Motívumok

Maris és mtsai (2000) a búcsúlevél kutatások kapcsán a szuicid motívumok vizsgálatát jelöli meg lehetséges témakörként a további kutatások számára. Hangsúlyozzák, hogy a búcsúlevelek a szuicid motívumok beazonosításához különösen jó vizsgálati mintául szolgálnak, megfigyeléseik szerint ezek nagyon tisztán felismerhetők a szövegekben.

A korábbi kutatásokból az Edland és Duncan (1973, In:O'Donnel és mtsai, 1993) által leírt motívumokat említik, melyek a következők: (1) megtorló elhagyás, (2) retroflex módon elkövetett gyilkosság, (3) újraegyesülés, (4) újjászületést, (5) önbüntetés.

A szerzők mintegy kilenc motívumot említenek meg, ám érdekes módon csak hatot definiálnak részletesebben.

Motívum	Jelentés
Újra egyesülés (Reunion)	Ha a szuicid személy egy számára fontos kapcsolat megszakadása miatt követte el öngyilkosságát; illetve ha magányt említett szuicídiuma okaként.
Pihenés (Respite)	Ha tettét a személy a fájdalom megszüntetése, enyhítése miatt követte el. A fájdalom lehet testi és érzelmi egyaránt.
Újjászületés (Rebirth)	Az öngyilkosság egy új létezésben való újjászületést, átalakulást tesz lehetővé.
Bosszú (Revenge)	A harag és a düh esetei egy érzelmileg fontos másik személy felé, amelyek olyan erősek, hogy az öngyilkosság gyakorlatilag retroflex gyilkosságként értelmezhető.
Megszabadulás (Ridance)	A személy akár öngyűlöletig menő szélsőségesen alacsony önértékelésről számol be, illetve rendkívül kétségbeesett és reménytelen.
Jóvátétel (Reparation)	Nagyon erős büntudati érzések miatt követi el tettét, melyet jóvátételnek szán az általa elkövetett hibákért.
Rigiditás (Rigidity)	Csólátás, beszűkülés, kontroll,
Megmentés (Rescue)	Mások felé fordulás, kommunikáció
Szerencsejáték (Gamble)	Ambivalencia, elkerülés

2. táblázat: Öngyilkos motívumok

Ezek közül a motívumok közül az újraegyesülést, az újjászületést, és a megszabadulást más kutatók is tárgyalják (In: Jacobs és mtsai, 1992).

II.7. Mentális betegségek

A pszichiátriai kórképek megoszlása nehezen állapítható meg az öngyilkosság eseteiben. Számos kutató a befejezett öngyilkosságok elkövetői közt a diagnosztizálható pszichiátriai betegségeknek mintegy 90%-os arányáról beszél, a halál pillanatában (pl: Arsenault-Lapierre, 2004). Mások csupán a halálesetek negyede, harmada mögött tételeznek fel súlyos kórtörténetet. Konszenzusként megállapítható, hogy a szuicídium által elhalálozott személyek között nagyobb arányban találunk krónikus és súlyos pszichiátriai kórképben szenvedőket, mint az öngyilkossági kísérletet elkövetők eseteiben. Szuicídiumra veszélyeztetett az az ember, aki depresszióban, skizofréniában, krónikus neurózisban, krónikus szerhasználatban, illetve bizonyos személyiségzavarokban szenved. Ezen zavaroknak a szuicídium jelenségén belüli arányát tekintve Bertolote és mtsai (2004) eredményeit idézzük (5. ábra). A szerzők tanulmányukban 31, szigorú szempontok alapján kisselektált vizsgálat eredményeit tekintették át, melyek 1959- 2001 között keletkeztek.

	Pszichiátriai beteg populáció	
	Egy diagnózis	
Esetszám	7424	
Betegségek	Diagnózis	%
Hangulatzavarok	1545	20,8
Szerhasználattal összefüggő zavarok	725	9,8
Skizofrénia	1481	19,9
Személyiségzavarok	1129	15,2
Organikus mentális zavarok	1115	15,0
Más pszichotikus zavarok	769	10,4
Szorongás/szomatiform zavarok	187	2,5
Viselkedészavarok	3	0,0
Más DSM I. tengelyén elhelyezhető zavarok	460	6,2
Nincs diagnózis	10	0,1
Összesen	7424	100,0

3. táblázat: Az öngyilkosság és a pszichiátriai betegségek kapcsolata

II.7.1. Depresszió

Az öngyilkosság jelenségének talán a legismertebb területe a depresszió és az öngyilkosság szoros kapcsolata. Szélsőségesen változó értékekről számolnak be a kutatók, amikor azt becsülik meg, hogy az öngyilkosságot elkövetett személyeknek hány százaléka szenved depresszióban (29-88%; In: Lönnqvist, 2000). Vélhetően az elkövetés pillanatában az öngyilkos személyek igen nagy százaléka súlyosan depressziósnak lenne diagnosztizálható; kérdés azonban, hogy valóban a depresszió vezetett-e az élet önkezü kioltásának szándékához, vagy a depresszív megélés csupán másodlagosan alakult ki; inkább „megtámogatta” az önkezü halál szándékát, és nem tekinthető az öngyilkos motívum központi kiváltó magjának.

Befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek túlnyomó többsége, 85 %-a a depresszió mellett valamely más pszichiátriai betegségben is szenvedett (Henriksson és mtsai, 1993). Testi betegségektől szenvedett 49 %-uk; 31 %-uknál személyiségzavar, 28 %-uknál alkoholdependencia volt diagnosztizálható; 15% esetében nem volt megállapítható semmilyen társult zavar. Ezek az eredmények arra mutatnak, hogy nem elégedhetünk meg csupán a depresszió diagnózisával, mint indukáló tényezővel. Az endogén depresszió viszonylag ritka, emiatt a hangulatzavarok inkább stresszor tényezőt jelentenek, és nem a diatézis részei (Mann és mtsai, 1999). Vagyis inkább serkentik, elősegítik a szuicid válasz kialakulását, ritkábban okozzák azt elsődlegesen. Zonda (2005) túldiagnosztizálnak tartja a depressziót az öngyilkos cselekményekkel kapcsolatban. Ennek egyik lehetséges okaként említi azt, hogy a pszichológiai autopsy vizsgálatokban depresszióként értékelik a preszuicidális szindrómát és a krízis állapotot – melyek tünetileg valóban hasonlítanak a hangulatzavarhoz; de más motívumokat és etiológiát rejtenek magukban. Az impulzív agresszió, a nácisztikus személyiségzavar és az öngyilkosság kapcsolatának vizsgálatai is cáfolták azt a feltevést, miszerint minden öngyilkosság háttérében megtaláljuk a depressziót (pl: Apter és mtsai 1991; Links, Kolla, 2005).

Miután a depresszió olyan kiemelt jelentőségű kórkép az öngyilkosságban, részletesebben írok a betegség és az öngyilkosság kapcsolatáról.

Bertolote és mtsai (2004) eredményei szerint mind a pszichiátriai betegek csoportjában, mind az átlagnépességben a hangulatzavarok jelentették a vezető szuicid okot a mentális zavarokon belül. A befejezett öngyilkosságot elkövetett, pszichiátriai kezelésen átesett személyek 20,8 százaléka szenvedett depresszióban. Temesváry (2000) szerint a

befejezett öngyilkosságoknak legfeljebb az 50% -a magyarázható depresszióval; és ezt is leginkább tüneti, vagy szekunder depressziónak tartják a szuicidológusok.

Sokkal többet ígérőnek tűnik azonban annak a kérdésnek megfejtése, hogy miben különböznek egymástól a szuicídiumot elkövető, illetve el nem követő depressziósok. Miles (1977) hosszú távú nyomkövetési vizsgálatának eredményeit idézi Bronisch (2003), amely szerint a súlyosan depressziós személyeknek 15%-a követett el öngyilkosságot. A major depresszióban szenvedő személyeknek mintegy 50-70%-a számol be öngyilkossági gondolatokról; de csak 2-4 % kísérli is meg azt epidemiológiai vizsgálatok eredményei szerint.

A WHO szerint a populáció 3-4 %-a tekinthető depressziósnak, és a felnőtt lakosság 10-15%-a kerül élete során legalább egyszer klinikai kezelést igénylő depresszív állapotba. Azokat a depressziós személyeket, akik szuicídium által haláloztak el összehasonlítva azokkal, akiknek sose volt még kísérletük sem, azt találták, hogy a súlyosabb szubjektív depresszióban; a több öngyilkossági gondolatban különböztek; illetve kevesebb okuk volt az életben maradáshoz (Mann, 1999). A szuicid veszélyeztettség szempontjából a depresszió súlyossága; az agitáltság; az alvászavarok; a saját személy mellőzésére, háttérbe tolására való hajlam, az értéktelenségérzés; a reménytelenség (Tanney, 2000); a büntudat, érdeklődés elvesztése a megszokott aktivitások iránt és az alacsony önértékelés fontosságát hangsúlyozzák a kutatási eredmények (In: Lönnqvist, 2000). Az agitáltság, az alvászavar és az értéktelenségérzés valószínűleg a depresszív zavarok biológiai aspektusainak –a hipotalamusz hipofunkciójának – következménye; ezáltal az endogén depresszió vagy melankólia körvonalazódik a szuicid veszélyeztetettségre utaló tünetek mögött.

A NIMH Collaborative Depression Clinical Study-ban (Fawcett, és mtsai, 1997; In: Maris és mtsai, 2000) nagyszámú depressziós személyből álló mintán történt vizsgálatok eredményeként 3 csoportba sorolható faktorok bizonyultak a szuicídiumra veszélyeztetőnek a depresszióon belül: anhedonia, reménytelenség; súlyos szorongás, agitáltság, pánikrohamok; agresszió, impulzivitás. A depresszióon belül tehát a reménytelenség – örömképtelenség; a szorongásosság; valamint az impulzív-agresszió veszélyeztetőek a szuicídium szempontjából. Van Praag (2001) vizsgálatai szerint a depresszió szuicidogén elemei közül nem a zavar súlyossága a leginkább veszélyeztető tényező. A szerző véleménye szerint a szuicídium vonatkozásában sokkal inkább a szorongás- és agressziószabályozási zavarok tekinthetőek a depressziós állapotok magtényezőinek.

A reménytelenség kulcsfontosságú tényező az öngyilkosság kapcsán, és igen szoros kapcsolatban áll a depresszióval. A reménytelenséghez bár társulnak érzelmek is - mint a kétségbeesettség -, elsősorban inkább mégis kognitív tényezőként tekinthetünk rá. Jóllehet az eredmények meglehetősen ellentmondók, úgy tűnik, hogy a reménytelenség erőteljesebb bejósoló faktora a szuicidalitásnak, mint a depresszió (In: Perczel Forintos, 2008; Gabbard, 2008). Mann és mtsai (1999) is azt hangsúlyozzák, hogy nem minden depressziós személy lesz öngyilkos – önmagában a kórkép nem veszélyeztető. A szuicid és nemszuicid depressziós személyeket egymástól jól diszkriminálja a reménytelenség, más tényezőkkel együtt (Fawcett és mtsai, 1997, In: Maris és mtsai, 2000).

Számos kutatás szerveződött annak eldöntésére, hogy a depresszió, vagy a reménytelenség a jobb prediktora az öngyilkosságnak; illetve arra, hogy melyik jelenség következik a másiktól. Az öngyilkosság vonatkozásában lényeges két kognitív depresszióelmélet (Beck, 1987; Abramson, 1989; In: Gotlib, Hammen, 2002) szerint a reménytelenség megelőzi a depresszió állapotát, és annak kialakulásában komoly szerepet játszik, nem pedig következménye annak. A reménytelenség továbbá mediálja a kapcsolatot a depresszió és az öngyilkos motívumok között.

Abramson és mtsai (1978, 1989 In: 2002), a reménytelenség érzéséből következőnek látják a depresszió állapotát; azon belül is annak egy speciális altípusát: a reménytelen depressziót, ahol a reménytelenség tünet és központi ok is egyben. Negatív életeseményekkel találkozva bizonyos személyek hajlamosak depresszióssá válni - ezen belül is reménytelen depresszióssá. Feltevésük szerint ebben a típusú depresszióban központi tényezők: a kauzalitás kérdése, a negatív elvárások a kedvező kimenetelt tekintve; valamint a self kedvezőtlen megítélése. Ezek szerint azok a személyek hajlamosak a depresszióra, akik a fontos következményekkel bíró negatív életeseményeket globálisan (életük minden területére kiterjedőnek gondolva), stabilan (állandóan perzisztálóknak gondolva) a belső faktoroknak tulajdonítják – ezáltal azt tételezik fel magukról, hogy értéktelenek. Abramson és mtsai kiemelik, hogy ez a modell egy kognitív vulnerabilitás-stressz modell, amelyben a vulnerabilitás faktort a depressziogén negatív kognitív stílus jelenti. Amennyiben fennáll egy aktuális stresszt jelentő esemény, a negatív kognitív stílus következtében jelentkeznek a reménytelen depresszió tünetei – ha azonban nincsen ilyen esemény, akkor a kognitív stílus sem feltűnő.

A reménytelenség azonban csak akkor fejlődik reménytelen depresszióvá, ha más faktorok is adottak, mint például a társas támasz hiánya, a rossz színvonalú problémamegoldás, stb. A reménytelen depresszióknak számos következménye van, mint a

szomorúság, apátia, alvászavar és az öngyilkosság. Eszerint az elképzelés szerint, az öngyilkosság a reménytelen depresszióknak csupán egy tünete a sok közül.

A depressziós személyek nagyobb szuicídium -vulnerabilitására hívja fel a figyelmet Rudd (2000) szuicid mód elméletével. Rudd az öngyilkos személyek kognitív triádjában a következő maghiedelmeket gondolja jellemzőnek: szerethetlenség, tehetetlenség és alacsony distressz tolerancia. A depressziós személyek negatívabban értékelik személyüket másoknál; problémamegoldási képességeik kevésbé hatékony mivolta miatt hajlamosabbak a tehetetlenség érzésére, és amennyiben ehhez egy csökkentebb tolerancia is társul a megterhelő érzelmek elviselését tekintve, akkor a személy nagyon könnyen belesodródik a szuicídiumba.

II.7.2. Skizofrénia

Ismert a skizofrénia (különösen a paranoid forma) és a megemelkedett szuicid veszélyeztettség együttjárása. Bertolote és mtsai (2004) tanulmányukban a befejezett öngyilkosságot elkövetett, pszichiátriai betegségben szenvedők között a skizofrén betegek arányát 19,9%-osnak találta.

A skizofréniaiban specifikusan az öngyilkosságra veszélyeztető tényezőkről nem számolnak be a kutatások. Itt is nagyobb kockázatnak vannak kitéve a férfiak, az izoláltak, a munkanélküliek, stb. Erre a betegcsoportra jellemző az, hogy a betegek nagyobb része fiatalabb korban és a betegség korai stádiumában követik el öngyilkosságukat (In: De Hert és Peuskens, 2000). Különösen az első schub utáni 3 hónapban veszélyeztetettek a betegek, a kórházból való hazakerülés után (Roy, 1982), hiszen ekkor szembesülnek azzal, hogy betegségük hosszútávú; súlyos érzelmi, szociális és kognitív következményekkel jár; valamint megtapasztalják a társadalom részéről felmerülő stigmatizációt. Pontosan ezeknek a következményeknek a felmérése miatt veszélyeztetettebbek a premorbidan jól funkcionáló, magas iskolázottságú, jó intellktussal bíró betegek. Kaplan és Harrow (1999) a kórházi kezelés utáni rossz funkcionálást jelölte meg jelentős rizikófaktorként mind skizofrén, mind skizoaffektív betegeknél. Kiemelik, hogy önmagában a pszichózis jelenléte inkább a skizoaffektív betegek esetében jelenthet öngyilkosság veszélyt hosszabb távon. A hallucinációk viszont mindkét csoportban rizikófaktorként szerepeltek a későbbi szuicid cselekményekre vonatkozóan.

Összességében az jellemző, hogy a krónikus és számos manifeszt tünettől (állandósult, akusztikus, öngyilkosságra motiváló hallucinációk) szenvedő személyek vetnek véget életüknek leginkább. Szintén ismeretes a posztpszichotikus depresszió fogalma, amikor nagymértékben megnő a szuicid veszélyeztetettség mértéke. A pszichózis más betegségénél is súlyosbító tényezőnek bizonyult az öngyilkosság szempontjából. A pszichotikus depressziót átélt személyek szuicid rátája 2.7-szer nagyobbak bizonyult, mint a nem pszichotikus depressziósoké (Krupinski és mtsai, 1998).

II.7.3. Alkohol dependencia

Az alkoholizmus igen jelentős bejósoló faktora az öngyilkosságnak. Az alkoholizmus gyakorisága a szuicidált pszichiátriai betegek csoportjában 9,8% (Bertolote és mtsai, 2004). A kóros szerhasználat férfiaknál hatszor nagyobb szuicid rizikót képez, nőknél pedig ez az arány valamivel több, mint négyszeres (Goldsmith, et al, 2002). Az alkoholdependencia paradoxonja az, hogy rövidtávon éppen védelmet jelent az autoagresszióval szemben (például a szorongásoldás miatt), hosszú távon azonban komoly rizikó faktornak számít. Ismeretes az alkoholbetegség larvált szuicídiumként való felfogása, miszerint a személy az észlelt káros következmények ellenére sem képes felhagyni szenvedélyével és életformát változtatni (Menninger, 1966).

Az alkoholprobléma szuicídiummal való összefonódása olyan jelentős, hogy a „tipikus öngyilkos” profiljában is szerepel. A gyakoriságok alapján megrajzolható egyfajta kép, amely szerint „az öngyilkos személy” egy fehér, középkorú férfi, aki nem házasodott meg, és hosszútávra visszanyúló alkoholtörténettel rendelkezik. Munkanélküli, egyedül él, szegényes a társas támogatása. Tettét interperszonális veszteségélmény következtében, komoly mennyiségű alkohol elfogyasztása után követi el violens módon. A szuicidáló személyek mintegy 40-60% -a legális szerektől intoxikált állapotban van a halál pillanatában (Maris és mtsai, 2000). Az alkohol valószínűleg a racionális védekezőrendszert segít minimalizálni, amely gátolná a saját személy elpusztítását.

Az alkoholizmus szuicidogén hatásai között tartják számon izoláló hatását, amely hosszú távon igen jelentős: szétzilálja a társas és családi kapcsolatokat, valamint az egzisztenciát. Az alkoholdependencia továbbá gyakran jár együtt hangulatzavarokkal. O'Connor (2000) eredményei szerint az öngyilkosságot elkövető alkoholista személyek csaknem fele depressziós.

II.7.4. Szorongásos zavarok és neurózis

Fontos szerepet játszanak a szorongásos betegségek is a szuicídium jelenségében, akár önállóan, akár társulva más zavarokhoz. A szuicidált pszichiátriai betegek csoportjában 2,5% a szorongásos zavarok gyakorisága (Bertolote és mtsai, 2004).

Van Praag (1997) hangsúlyozza a szorongásosság fontosságát az öngyilkosság kialakulásában. A szerző véleménye szerint azok a személyek különösen veszélyeztetettek, akik viszonylag kis stresszort jelentő eseményekkel szembesülve erős szorongást és haragot élnek át, ami depressziót és szuicídiumot indukál. Tanney (2000) a pánik zavar és az öngyilkosság kapcsolatát vizsgálva, 22 tanulmányon végzett metaelemzést. Ennek eredménye szerint a pánik zavar szignifikánsan kötődik a szuicid cselekményhez, amennyiben fennáll komorbidan hangulatzavar, illetve szerhasználat. Schmidt (2000, In: Goldsmith és mtsai, 2002) vizsgálatában kimutatta, hogy az autoagresszív eseteknek csaknem 20%-a köthető pánikzavarhoz. A pánikzavar tehát más mentális betegségekkel társulva az egyik legjelentősebb szuicid veszélyt képezi. A szorongásos zavarok közt kiemelendő a poszttraumás zavar és az öngyilkosság rendkívül erős kapcsolata.

II.7.5. Személyiségzavar

Világviszonylatban a szuicidált pszichiátriai betegek között a személyiségzavarok aránya 15,2% (Bertolote és mtsai, 2004). Pszichológiai autopsy vizsgálatok szerint a befejezett öngyilkosságok 31-57 %-a elhelyezhető a DSM II. tengelyén, a személyiségzavarok között (Maris és mtsai, 2000). A legnagyobb gyakoriság (11-41%) a B (antiszociális, borderline, hisztrionikus, narcisztikus) és C (elkerülő, dependens, kényszeres) clusterben (10-28%) tapasztalható. Isometsa és mtsai (1996) vizsgálatukban megállapították, hogy a B clusterbe besorolható betegek 95%-a rendelkezett a depresszió, vagy a kóros szerhasználat comorbid diagnózisával. Ezek a személyek veszélyeztetettebbek a szuicídium szempontjából, mint akiknél ezek a társuló betegségek nincsenek meg.

A borderline betegekre életük során 3,4 kísérlet jut, és 3-10 % körüli a befejezett öngyilkosság aránya, melynek többségét 40 éves koruk előtt követik el a betegek (In: Kuritárné, 2008a,b). A krónikus szuicidalitás a borderline személyiségképnek diagnosztikus kritériuma, mely a patológiás érzelemszabályozás és az instabil személyiség jellemzője, valamint annak mutatója, hogy nem szükséges különleges mértékű stresszor a szuicid gondolatok megjelenéséhez. A szuicid gondolatok és kísérletek ugyanis a krónikus

interperszonális problémákkal függenek össze, valamint maladaptív másokhoz való kapcsolódási formáknak tekinthetők. A borderline betegek esetében a leginkább szuicídógén vonásnak az impulzivitás és az érzelmi labilitás bizonyultak. Fontos megemlíteni gyermekkori szexuális és fizikai abúzusok erős szuicídiumra prdiszponáló hatását.

A nárcizmus és az öngyilkosság együttjárásának vonatkozásában a szakirodalom inkább a nárcisztikus sérülést említi indukáló tényezőnek, és kevésbé a személyiségzavart. Stone 15 éves nyomkövető vizsgálatának eredményeit idézi Links és Kolla (2005), aki arról számolt be, hogy a nárcisztikus személyiségzavarban szenvedő, vagy a kifejezett nárcisztikus vonásokkal jellemezhető betegek sokkal inkább vetettek véget életüknek öngyilkossággal, mint az ilyen személyiségvonásokkal nem rendelkező betegek. A nárcisztikus betegek sajátossága, hogy a depresszió állapotának megélése nélkül is követhetnek el öngyilkosságot. Ronningstam és Maltzberger (1998) összegyűjti, hogy a nárcisztikus személyiségszerveződés mely elemei azok, amelyek a szuicídium irányába hathatnak. Ezek pedig: az alsóbbrendűség érzelme, a visszautasítás félelme, a mások reakcióira való fokozott érzékenység, az intenzív harag a fenyegetésre való válaszként, és az empátiahiány. Ezek az inadekvát jellemzők összességében megnehezítik a problémás helyzetre adott adekvát választ, és hirtelen, váratlan öndestrukcióra ösztönöznek.

Az antiszociális személyiségzavar, illetve az antiszociális vonások megléte különösen a serdülőkori öngyilkosságok kapcsán jelentős. Beautrais és mtsai (1996) társuló antiszociális zavarok esetén a 13-24 éves korcsoportban négyszer nagyobb rizikót észlelnek a súlyos szuicid kísérletre, szemben az antiszociális problémák hiányának eseteivel. A későbbi életkorokba tekintve pedig Links és Kolla (2005) Hare munkásságát idézik, aki az antiszociális személyiségzavar vonatkozásában két nagy dimenziót határozott meg. Az első dimenzió az érzelmi közönyösség, a második pedig az antiszociális viselkedés. Az öngyilkossággal a második dimenzió jár együtt szignifikánsan, amely a következő jellemzőket jelenti: unalomra való fogékonyság; a szegényes viselkedéskontroll; a reális, hosszútávú célok hiánya; impulzivitás; felelőtlenség; stb.

II.7.6. Komorbiditás

Számos szerző kimutatta, hogy a másodlagos affektív betegségek inkább eredményeznek befejezett szuicídiumot, mint az elsődlegesek. Bertolote és mtsai (2004) vizsgálatában leginkább a hangulatzavarok és a kóros szerhasználatok alkottak komorbid diagnózisokat. Henriksson és mtsai (1993) vizsgálatában olyan magas volt a komorbid

diagnózisok száma, hogy a betegeknek csupán 12%-a kapott egy diagnózist. Számos vizsgálat erősíti meg a komorbiditás relevanciáját. Kim és mtsai (2003) a komorbid csoportok mintázatát vizsgálta és eredménye szerint a befejezett szuicid eseményt elkövetők legalább 3 csoportba oszthatóak a komorbiditás szempontjából: alacsony komorbiditású csoport, kóros szerhasználattal jellemezhető csoport és a gyermekkori indíttatású pszichopatológiával rendelkező csoport. Összességében elmondható, hogy a szuicídium tekintetében a hangulatzavarok könnyen kombinálódnak a szerhasználattal, pánik betegséggel, szorongásos zavarokkal, skizofréniával.

II.8. Szomatikus betegségek

A testi betegség jelentős veszélyeztető faktor az öngyilkosságra nézve. Az 50 év feletti páciensek 50 százalékánál, míg a 70 év feletiek 70 százalékánál jelentős motívumnak számít (Hendin, 1999). Ennek ellenére a terminális betegek nagyobb hányada olyan sokáig szeretne élni, ameddig csak lehet, és csupán kevesebb, mint 4 százalékuk követ el öngyilkosságot. A betegségeket tekintve veszélyeztetőnek találták a migrénes fejfájást, a hátfájdalmakat, a rákot, a terminális vesebetegséget, az asztmát, a bronchitist, stb. (Fisher, 2001, Druss, 2000, Soykan, 2003). A fizikai betegség a szükségképpen velejáró regresszióval együttesen is lehet veszélyeztető faktor, ami blokkolhatja az adekvát problémamegoldást. Különösen igaz lehet ez akkor, amikor a test egészségességét súlyosan károsító betegségről van szó.

Úgy tűnik, hogy a fizikai fájdalom önmagában nem indukál szuicid szándékot. Összehasonlítva a szuicid tendenciákkal és testi betegséggel rendelkező személyeket, az ugyanabban a betegségben szenvedő, ám öndestruktív tendenciákkal nem jellemezhető társaikkal, eltérnek a depresszió és a reménytelenség erősebb fokában, a társuló (elsősorban alváskezdettel összefüggő) insomniában, és a korábbi öngyilkossági kísérlet(ek) meglétében (Fisher, 2001, Chochinov, 1998, Tang, 2006). A kapcsolatot a betegség és az öngyilkossági gondolatok között a reménytelenség látszik mediálni (Chochinov, 1998).

Meglepő az eredmények ellentmondásossága a fájdalom erőssége és a szuicid tendenciák között. Vannak kutatások, melyek egyszerű lineáris kapcsolatról számolnak be; születnek azonban ennek ellentmondó eredmények is, melyek alapján az mondható el, hogy a fájdalom erősebb mértéke és az azzal szembeni tehetetlenség nem számít rizikófaktornak az öndestrukciót tekintve (Id: Tang, 2006, Fisher, 2001).

Soykan és mtsai (2003) terminális vesebetegeket vizsgálva, az étellel való elégedetlenséget és a társas támasz alacsony fokát hozták összefüggésbe a szuicídiummal. Filiberti és mtsai (2001) közel 18000 terminális rákbeteget követtek vizsgálatukban, akik közül 5 személy követett el befejezett öngyilkosságot. Autopsy vizsgálatukban a következő tényezőket találták összefüggőnek a szuicídiummal: a betegeknek autonómiájuk, függetlenségük elvesztésétől való félelme; a szenvedéstől való félelme, önmaguk teherként való észlelése, valamint a reménytelenség érzése erősen predisponálta őket az öngyilkosságra. Az elkövetés előtt nemsokkal erősen szenvedtek onkológiai kezelésük emocionálisan és fizikailag egyaránt káros melléktünetétől. Kelly és mtsai (2002) a tünetek feletti csökkent kontroll érzését, az erősebb pszichés szenvedést, és a vallási hiedelmek csökkentebb jelenlétét emelik ki a fentebb említetteken kívül.

Tang (2006) a szomatikus betegségekhez társuló öngyilkosságok kapcsán magyarázatként a fájdalomtól való menekülés vágyát emeli ki; a jövőbeni kutatások számára pedig a fájdalom katasztrófizálását, és elkerülésének vágyát, valamint a problémamegoldó deficitiek szerepének kutatását jelöli ki.

Kihangsúlyozandó azonban az, hogy sok idős ember (főként férfiak) esetében annyira erős lehet a testi betegségtől (elsősorban ráktól) való félelem, hogy valós betegség hiányában is elkövetnek öngyilkosságot. Autopsy vizsgálatok igazolták a carconifóbia súlyosan szuicidogén hatását (In: Wasserman, 2001). A fóbia, etiológiáját tekintve, a fel nem ismert és ezáltal kezeletlen depresszióban, vagy szorongásos zavarokban gyökerezik.

Összegességében a testi betegségek és a krónikus fájdalom szerepe az öngyilkossággal kapcsolatban még nem eléggé kutatott jelenségek. Jelenleg az erőteljesebb autonómiaigény veszélyeztetető vonásként körvonalazódik, aminek következtében hamarabb érzik magukat tehernek a potenciális öngyilkos személyek, illetve hajlamosabbak lehetnek az első tengelyes mentális zavarokra, különösen a depresszióra. A szenvedéssel szembeni erős félelem motiválhat megelőző jelleggel a fájdalom elől való elmenekülésre. Csapdábaesettnek érezhetik magukat a potenciális öngyilkos személyek, és értékelhetik a helyzetet kiúttalannak, reménytelennek. Fontos azonban hangsúlyozni azt is, hogy ezek a személyek korábban is hajlamosak voltak a problémamegoldásnak ebben a formájában gondolkodni, esetlegesen korábban el is követtek szuicid tentáment - vagyis hosszú távú vulnerabilitással jellemezhetőek.

II.9. Preszucidális szindróma

A preszucidális szindróma koncepciója Ringel (1976, In: Buda, 2001; Bakó, 1992) nevéhez fűződik. A szerző szerint minden öngyilkosságot elkövetni készülő személyt azonos pszichológiai állapot jellemez, amelynek három fő eleme van. Ezek a fokozódó dinamikus beszűkülés; az agresszivitás legátlódása és a fantáziavilágba való menekülés. A szerző kimondja, hogy akkor következik be a szuicídium, ha a preszucidális tényezők kölcsönösen összeadódnak és megerősítik egymás hatását.

Ringel szituatív és dinamikus beszűkülés között tesz különbséget. A szituatív beszűkülés a krízisállapotnak feleltethető meg, melyet külső és belső tényezők egyaránt előidézhethetnek. Azt azonban hangsúlyozza a szerző, hogy a külső tényezők önmagukban nem elégségesek a tett kiváltásához. Az intrapszichés tényezők a károsodott lelki struktúrából és a sajátos intrapszichés érzékelésből következnek. A szituatív beszűkülés mellett a dinamikus koartáció szerepe is szükséges, amely a személyiség rigid, egyoldalú fejlődését foglalja magában.

A beszűkülés merev asszociációkat, magatartássémákat jelent; valamint az érzelmek, az elhárító mechanizmusok, az interperszonális kapcsolatok és az értékszféra beszűkülését. Általános jellemző a szindrómában, hogy az agresszió levezetést nem nyer, míg az indulati feszültség nő, mivel a szuicid személy önfogadása alacsony szintű; ambivalens kapcsolatai akadályozzák haragja kifejezését illetve nincs olyan személy környezetében, aki indulatai tárgya lehetne. Ringel sajátos személyiségstruktúrát is említ okként, amelyet a szigorú felettes én, esetlegesen a depresszió állapota jellemez. A fantáziába való menekülésben a beszűkülés is szerepet játszik, mivel a külvilágtól elvont energiák a fantáziavilágot szállják meg. Öngyilkossági fantáziák jelennek meg, amelyek lehetnek aktívak és passzívok, vagyis az akarat ellenére megjelenőek.

II.10. Stressz-diatézis modellek

Az öngyilkosság kutatás fejlődésének egyik legígéretesebb ágát az utóbbi időkben a pszichobiológiai modellek jelentik, amelyek nagy hangsúlyt helyeznek az egyes biológiai gyökerű személyiségvonások meglétére a szuicid folyamatban. Ezen vonások azonosítása a prevenció, a veszélyeztetett csoportok kiszűrése szempontjából rendkívül fontos – valamint rámutathatnak a szuicídiumra predisponáló egyes tényezők központi, illetve disztális

jellegére. A súlyponti tényezők megtalálása fontos feladat az öngyilkosság-kutatásból származó empirikus, illetve teoretikus eredmények sokaságában.

A stressz-diatézis elmélet szerint az öngyilkos személyekben jelenlévő vulnerabilitás, vagy diatézis az aktuálisan átélt distresszt jelentő események hatására aktiválódik és beindítja a szuicid folyamatot. Az öngyilkosság tehát a személyben meglévő, vonásjellegű vulnerabilitás, és az aktuális stresszorok interakciójának következménye. Van Heeringen (2001) pszichobiológiai öngyilkosság koncepciójában a stressz-diatézis elmélet és az öngyilkosság folyamatmodelljének integrációjára törekedett. Ennek megértéséhez szükséges bemutatni a szuicídium folyamatelképzelését.

A szuicídium folyamatmodelljei:

Az utóbbi időkben megfogalmazott folyamatmodellek a befejezett öngyilkossági cselekményeket, illetve a nem halálos kimenetelű öngyilkossági kísérleteket egy modellen belül kezelik. A szuicid viselkedésformák egymáshoz való viszonya régóta vitatott. Két nézőpont váltogatta egymást évtizedek óta. A bináris teória egyik legjelentősebb képviselője Stengel (1964, In: Buda, 2001), aki amellet foglal állást, hogy a befejezett szuicídium és a kísérlet pszichológiailag különböző jelenségek. A befejezett öngyilkosságok esetén az agresszív indulat igen nagy, szemben a kísérletet elkövetők tetteivel. Stengel úgy fogalmazott, hogy a két csoport elkülönülő, de egymást részben átfedő természetű. Alátámasztja ezt az is, hogy a szuicid tentáment elkövető személyek 10-15% -ának élete a későbbiekben befejezett öngyilkossággal zárul, ám 85-90%-uk természetes halál által hal meg. Az unitárius nézőpont nem észlel ilyen erős minőségbeli különbségeket, és egy csoportba sorolja a befejezett és a megkísérelt öngyilkosságot is.

A vitából a kiutat a *folyamatmodellek* jelenthetik. Maris és mtsai (2000) a következő módon ábrázolják az öngyilkos viselkedésformák egymáshoz képest való elhelyezkedését (5. ábra).

- Egyáltalán nem szuicid
- Szuicid gondolatok (ritka, alkalmoszerű)
- Szuicid gondolatok (állandó)
- Szuicidszerű viselkedés
- Diffúz rizikótényezők sokaságával jellemezhető életstílus
- Szuicid terv (bizonytalan, nem halálos kimenetelű)
- Szuicid terv (specifikus, halálos)
- Alacsony letalitású szuicid kísérlet
- Magas letalitású, komoly kísérlet

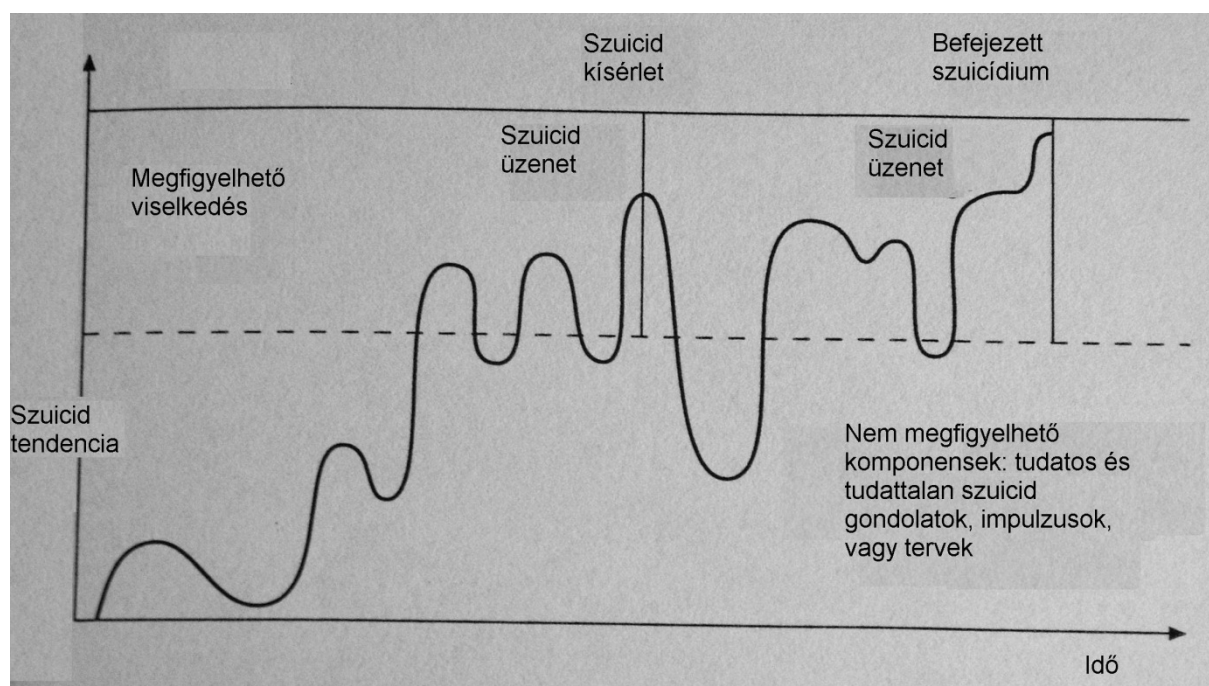
3. **ábra:** A szuicid kontinuum (Maris és mtsai, 2000)

Van Heeringen (2001) egy *szuicid piramis elméletet* mutat be, mint a folyamatmodellekhez kötődő elméletet. A piramisnak 4 egyre szűkülő rétege van. A legalsóbb réteg jelenti azok csoportját, akik szuicid gondolatokkal küzdenek, legalább egy alkalommal életük során. A második rétegben azok vannak, akiknek rekurráló szuicid gondolatai vannak, és esetlegesen konkrét szuicid terveik. A harmadik rétegbe olyan személyek tartoznak, akik nem halálos kimenetelű öngyilkossági kísérletet követtek el egyszer, vagy többször életük során. Ennek a rétegnek több alcsoportja képezhető a cselekmény letalitásának szintje, és a kísérlet elkövetésének gyakorisága alapján. A piramis csúcsán azok a személyek helyezkednek el, akik befejezett öngyilkosságot követtek el.

A *szuicid karrier* fogalom annak leírására szolgál, hogy a személy hogyan mozog a piramis különböző rétegei között. Ezt a mozgás a rizikó és a védő faktorok egyensúlya befolyásolja. A modell a szuicidalitás lépcsőzetes fejlődését feltételezi, az öngyilkossági gondolatoktól, a nem halálos kimenetelű kísérleten át, a befejezett szuicídiumig. Van Heeringen kiemeli a modellnek azt a fogyatékoságát, hogy nem képes magyarázatot adni a szuicid előtörténettel nem rendelkező személyek halálára, akik nagy számban jelen vannak a befejezett öngyilkosságot elkövetők között.

A fenti jelenség a szuicídium *folyamatmodellje* szerint jól magyarázható. Ez az elképzelés a szuicidalitás fejlődését és progresszióját mint folyamatot látja, amely a

személyen belül történik, de a környezettel való kölcsönhatásban. A folyamat alkalmoszerűen jelentkező öngyilkossági gondolatokkal, a helyzetből való kilépés vágyával kezdődik, amik akár el is tűnhetnek, ám egy következő nehézség alkalmával ismét jelentkezhetnek. Ez a folyamat folytatódhat gyakran ismétlődő kísérletekkel, melyeket egyre nagyobb letalítás, és meghalási szándék kísér – egészen a „sikeres” tettig. Az elmélet kidolgozói biológiai és pszichológiai vonásokból álló vulnerabilitást tételeznek fel, amelyek specifikus stresszorok hatására fejtik ki hatásukat. A 7. számú ábrán nyomonkövethető a folyamat.



4. **ábra:** Az öngyilkosság folyamatmodellje (In: Van Heeringen, 2001)

A szuicídium folyamatát ábrázoló ábrán a szaggatott vonal jelzi a küszöböt, amely alatt mások, és akár még a személy számára sem érzékelhető a szuicid folyamat, az öngyilkossági gondolatok és impulzusok, tervek. A küszöb felett már mások is észlelik az autoagresszív cselekmény veszélyét, annak kommunikálása, és később bekövetkezése által. A küszöbnek tehát fontos szerepe van a modell konceptualizálásában. Annak magassága Van Heeringen szerint személyiség,- valamint szociális sajátosságoktól függő. (Példaként az önfeltárás vonását említi, ami a szuicid személy esetében fontos tényező a tett bekövetkezése, vagy elmaradása szempontjából. A szociális sajátosságokat azok a kulturálisan meghatározott attitűdök jelentik, amelyek a szuicid gondolatok megosztására vonatkoznak. Ezek fontos szerepet játszanak az öngyilkos szándék kommunikálásának mértékében a környezet felé.)

Minél magasabb ez a küszöb, a személy annál kevesebb látható jelzést fog küldeni a környezet számára autoagresszív késztetési felől.

A szerző kiemeli, hogy a folyamat időtartama, és az azt befolyásoló faktorok még nem tisztázottak. Van Heeringen több kutatás vizsgálati eredményeit idézi, melyek szerint a folyamat bármely életkorban kezdődhet, de pubertás előtt nem jellemző. Átlagos hossza 37 hónap – a tett elkövetéséig. Az időtartamot befolyásolja a nem, és az esetlegesen fennálló pszichiátriai kórkép. A folyamat férfiaknál átlagosan 31, nőknél 52 hónapig tart. A különbséget a férfiak nagyobb introverziójával magyarázzák. Azt is kimutatták, hogy a férfiak kevésbé kommunikálják szuicid gondolataikat.

A szerző három olyan modellt jelöl meg, amelyek ugyan számos tekintetben másként látják az öngyilkosság alakulását, mint Van Heeringen; de teóriájuk és a folyamatmodell között mégis vannak átfedések. Ezek: a Ringel féle (1953, 1969, In: Van Heeringen, 2001) preszuicidális szindróma felfogás; Ahrens és Linden féle (1996, In: Van Heeringen, 2001) szuicidalitás szindróma; valamint a Mann és mtsai (1999) szerinti stressz-diatézis modell. Van Heeringen kifejti, hogy mindhárom modellben az a közös jellemző, hogy a vonás-függő karakterisztikumok fontosságát hangsúlyozzák a szuicid folyamatban.

A Van Heeringen féle szuicid folyamat pszichobiológiai modellje

Van Heeringen (2001) kifejti, hogy az öngyilkos viselkedést nem lehet leegyszerűsíteni a klasszikus pszichiátriai nozológiai kategóriákhoz való kötöttségre. Szuicid viselkedést eredményez a stresszor indukálta állapotjellemzők (pl. a pszichiátriai betegség) és vonás faktorok (pl. a személyiségtényezők) interakciója. Van Heeringen tehát az öngyilkosságot leginkább magyarázó modellnek a stressz és diatézis interakciójában gondolkodókat tartja.

Stressz

A korai, illetve későbbi negatív életesemények, stresszorok összefüggését a szuicídium jelenségével számos vizsgálat bizonyítja. Az öngyilkos személyek mind személyiségfejlődésük során, mind aktuálisan – öngyilkosságukat megelőzően - több distresszt jelentő életeseményt élnek át. A kora gyermekkorban átélt stresszélmények azért veszélyesek, mert megakadályozzák az adekvát problémamegoldó képességek és a megfelelő érzelmszabályozás kialakulását – ezáltal hosszú távú rizikótényezőként hatnak.

Paykel (1975, In: Blumenthal, 1990) eredményei szerint szuicid tentámenen átesetteknél négyszer annyi (általában negatív) életesemény volt regisztrálható a kísérletet megelőző 6 hónapban, mint az átlagpopulációban. Ezek az öngyilkosságot megelőző hónapban csúcsosodtak ki különösen, akkor történt az események egyharmada. Az események jellegét tekintve Heikkinen és mtsai (1994) 1067 finn szuicid személy vizsgálati mintáján az esetek 80%-ában jelentős életeseményeket mutattak ki a tettet megelőző 3 hónapban: munkahelyi problémákat (28%); családi zavarokat (23%); szomatikus betegségeket (22%); anyagi problémákat (18%); munkanélküliséget (16%); szeparációt (14%); haláleseményeket (13%); betegséget a családban (12%).

De Man és mtsai (1993b) nemcsak azt emelik ki, hogy nagyobb számú stresszes eseményt élnek át az öngyilkossági gondolatokkal küzdők, hanem negatívabban is értékelik azokat – aminek háttérében megküzdési képességbeli hiányosságaik állnak.

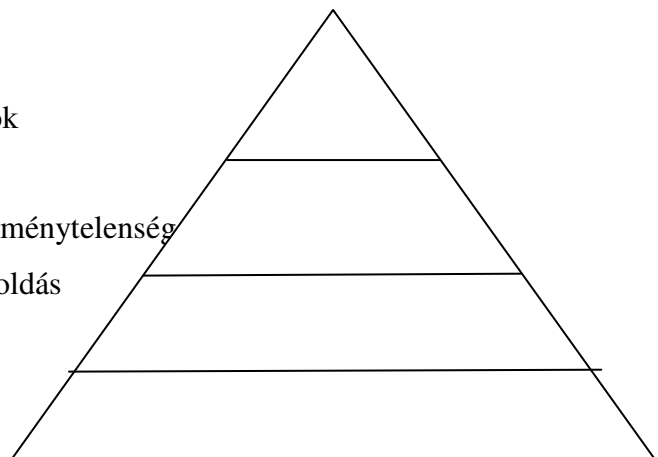
A stressz szerepét tekintve a szuicid folyamatban a mediáló, illetve additív (stressz-diatézis elméletek) hatás valószínűsíthető a leginkább. A gyermek, illetve felnőttkorban átélt stresszorok önmagukban nem vezetnek öngyilkossághoz, hatásukat több tényezőn keresztül fejtik ki, melyek egymással is szorosan összefüggenek. Ezt a folyamatot jól bemutatja a Yang és Clum (1994) féle modell (8. ábra). A szerzők egy négy lépcsőből álló folyamatot körvonalaznak az öngyilkossági gondolatok kialakulásának háttérében, melyben a stressznek is fontos szerep jut. Az alsó, vagyis alapszinten az erősen stresszes életesemények álltak, melyek a mediáló szinten álló (alacsony mértékű) társas támasszal, valamint az (alacsonyabb szintű) problémamegoldó képességekkel együttesen depressziót, és reménytelenséget váltanak ki (elsődleges következmény szint), ezek pedig szuicid gondolatokat (végső következmény szint). A társas támasz hiánya közvetlenül nem hatott az öngyilkossági gondolatokra, amennyiben viszont együttjárt magas stresszel - jól bejósolta az erős öngyilkossági gondolatokat is.

Végső következményszint: szuicid gondolatok

Elsődleges következményszint: depresszió, reménytelenség

Mediáló szint: társas támasz és problémamegoldás

Alapszint: Stresszort jelentő életesemények



5. **ábra:** *Az öngyilkossághoz vezető folyamat (Yang, Clum, 1994)*

A kognitív képességekben mutatott nehézségek és sajátosságok szintén tovább súlyosbítják az erős distressz hatását - annak pufferolása helyett. A rigid megküzdési képességek (Yufit, Bongar, 1992); az interperszonális eseményekre vonatkozó negatív attribúciós stílus (Joiner, Rudd, 1995); az erőfeszítést igénylő coping csökkentebb használata; a passzív, elkerülő megküzdés előtérbe helyeződése (Piquet, Wagner, 2003); a külső kontroll jellemzőbb használata (Yang, Clum, 1996); a problémamegoldás csökkentebb színvonala (Yang, Clum, 1994) mind mediálják a distressz káros hatásait az öngyilkos folyamatban. Tehát a szuicid személyek, ezen problémamegoldásbeli képességeik inadekvát jellege miatt nem képesek megbírkózni a distresszt okozó élethelyzetekkel. A perzisztáló feszültség, az adekvát megoldás megtalálásának hiánya, a visszatérő kudarcélmények terhe együttesen túl nehezzé teszik az adott helyzet elviselését a potenciális öngyilkos számára, aki inkább a kilépést választja a helyzetből.

Az alacsony önértékelés szintén közvetít a negatív események és a depresszió között (Chang, 2001). Dieserud (2001) eredményei szerint az alacsony önértékelés és a magányosság megemeli a depresszió veszélyét negatív életesemények fellépésekor. Az önértékeléssel rokon szubjektív kompetenciaérzés is mediáló tényezőként szerepel a negatív életesemények, valamint a depresszió között Cole (In: Uhrlass, Gibb, 2007) elméletében.

Úgy tűnik tehát, hogy a stressz kiemelten fontos tényező, mely alapot képezhet számos hiányosság és sajátosság, vagyis a predisponáló vulnerabilitás számára. A Van Heeringen féle pszichobiológiai modellben a stressz pszichiátriai, pszichológiai, biológiai jelenség, ami a distresszt jelentő életeseménynek való kitettség után jelentkezik. Bizonyos típusú stresszorok egyáltalán nem kapcsolódnak a diatézishez, míg a szociális rendszerben való integrációt veszélyeztető stresszforrások erős hatással vannak rá. Williams-et (1997) idézve a szerző elmondja, hogy a hasonlóságot („egy bizonyos rendszer része vagyok”) és a rendszeren belüli státuszt fenyegető stresszorok triggerelik specifikusan és döntően a szuicídiumot, más típusú stresszforrásokkal szemben. Az események fontosságának megítélése szempontjából a személy értékrendszere az alapvető, nem általános szempontok figyelembevételével történik. Ezt a percepciót vonás-szerű sajátosságok határozzák meg, melyek memóriefunkciókhoz kötődnek – ami viszont már a diatézis részét képezi.

Diatézis

A diatézis állandóan jelenlévő vulnerabilitást vagy predispozíciót jelent a szuicid viselkedésre. Maga a diatézis lehet genetikai predispozíció vagy genetikus kontroll alatt álló biológiai vonás, illetve mindkettő - fontos azonban, hogy független a pszichiátriai betegségek öröklődési háttérétől. Fekete és Osváth (2004) hangsúlyozzák, hogy bár merülnek fel kérdések a közvetlen genetikus meghatározottsággal kapcsolatban; egyes komplex személyiségvonások (szorongásosság, neuroticizmus) minimum részben genetikusan meghatározottak. Vagyis ha közvetlenül és önállóan akár csak kis százalékban is, a genetikusan meghatározott személyiségvonásokkal együttesen megemelhetik a szuicidogén rizikót a genetikai faktorok. Jelenleg a leggyakrabban idézett genetikus kontroll alatt álló szuicidogén biológiai tényező az alacsony centrális szerotonerg transzmisszió, amelynek összefüggése még nem teljesen tisztázott az öngyilkosság jelenségével. A szerotonin-rendszer a felelős többek között a hangulatzavarokért és az impulzív-agresszív viselkedésformákért. A diatézis kialakulása a HPA tengelyhez (hipotalamusz- hipofízis – mellékvese tengely) szabályozási zavarához, hiperaktivitásához is köthető, ami genetikailag determinált vonásfaktort is képezhet (In: Van Heeringen, 2001; Fekete, Osváth, 2004). Ez a hiperaktivitás megemelkedett kortizoltermelést okoz stresszort jelentő életeseményeknek való kitettség esetén – emiatt veszélyeztető.

A diatézis etiológiáját Van Heeringen egyaránt látja a genetikai faktorokban és a korai traumatikus életeseményekben is. Vizsgálatok bizonyítják, hogy mind az egészséges, mind a kóros személyiségvonások 40-60 százalékban genetikusan meghatározottak (In: Rózsa és mtsai, 2005). A jelentős genetikai meghatározottság mellett hangsúlyozandó a „nyitott ablak” (Fekete, Osváth, 2004) időszakok jelenléte is a fejlődés során (pl: kora, késő gyermekkor, serdülőkor), amikor a környezeti befolyás erőssége nagyobb lehet, mint a genetikus meghatározottságé. Vagyis a génállomány kifejeződésre jutása a környezeti befolyástól is függ.

A traumakutatások kapcsán azonban nyilvánvalóvá vált, hogy a súlyos trauma mind a fejlődő, mind a felnőtt idegrendszerben neurofiziológiai változásokkal, vagyis hosszú távú módosulásokkal jár (In: Kuritárné, 2008a). Az átélt traumatikus életesemények tehát biológiai változásokként is beépülnek, vagyis alapvetően meghatározzák a személyiség fejlődési potenciálját.

Van Heeringen a diatézisnek két összetevőjét különíti el - a szociális- interakció komponens és a viselkedés- gátlásos komponens -, amelyek elkülönültek, ám anatómiai és neurobiológiai úton befolyásolják egymást.

Az első összetevő a szociális- interakció komponens, amely azt a képességet jelenti, amivel a személy szabályozza a saját maga és környezete közötti interakciókat. Az interakció magában foglalja azt is, ahogyan a személy reagál a környezete változásaira; valamint azt is, hogy a személy maga is hozzájárul a környezet sajátosságainak alakulásához. Ennek a szabályozási folyamatnak az adekvát vagy inadekvát jellege révén keletkeznek az interperszonális problémák és sajátítja el a személy az ezekkel szembeni ellenállási képességet. A szuicidrizikóval jellemezhető személyeket bizonyos pszichoszociális stresszorokra való érzékenység jellemzi. A szerző ide kapcsolja a Williams és Pollock (1997) által leírt szuicidogén perceptuális sajátosságokat, amelyekre nézve szenzitivitás jellemzi a potenciális öngyilkos személyeket. A szociális- interakció komponenshez a vesztes státuszra vonatkozó figyelmi torzítás és érzékenység kapcsolható, amely szerint a szuicid személyek másokkal összehasonlítva érzékenyebbek a vesztes-pozíció jeleire, hamarabb is adják a vereség-érzés jeleit. Ezt az érzékenységet figyelmi vizsgálatokkal is igazolták (In: Van Heeringen, 2001). Ezt az érzékenységet és torzításai hajlamot Cloninger (1993, In: Van Heeringen, 2001) szerint az interperszonális szférában a jutalomfüggőség határozza meg.

A szociális- interakció komponens vonatkozásában Van Heeringen saját vizsgálatai eredményét említi, amely szerint veszélyeztettek azok, akik a Cloninger féle Temperamentum- és Karakter Kérdőív temperamentumfaktorai közül alacsony fokú jutalomfüggőséggel és a Marke-Nymanm féle Temperamentum Kérdőívvel mérve magas fokú stabilitással jellemezhetőek. Az ilyen személyek közönyösek és tartózkodóak, igyekeznek visszahúzódní a kapcsolatoktól és az egyedüllétet preferálják. A jutalomfüggés alacsony szintje tehát azért problematikus, mert interferál az jó színvonalú affiliatív képesség kialakulásával. Mivel a temperamentum minimum részben öröklött beállítódást és válaszmintázatot jelent - az interperszonális problémákra való hajlam is részben genetikusan öröklődik.

Neurobiológiai szempontból ezt az összetevőt a szerotonin rendszer határozza meg, a noradrenerg rendszerrel összefüggésben. Diszfunkciói depresszív gondolatokban és alacsony önértékelésben nyilvánulnak meg. Ugyanakkor ez a rendszer fontos szerepet játszik a stresszoroknak való ellenállásban is. Az erősebb vagy hosszútávon fennálló stresszoroknak való kitettség hatására megemelkedik a kortizolszint, ami csökkenti a rendelkezésre álló szerotonin (5-HT_{1a}) mennyiségét. Ez pedig a stresszoroknak való csökkent ellenállás irányába

hat, ami megmagyarázza azt, hogy az idő múlásával miért idéznek elő egyre kisebb distresszt jelentő életesemények egyre súlyosabb öngyilkossági szándékot. Ebben az értelemben a diatézis nő, egyre kifejezettebbé válik, ami azzal jár, hogy alapvetően csökken stresszes események hatására a szuicid módon való reagálást aktiváló, lehetővé tévő küszöb. Ez a diatézis folyamatos természete mellett szóló bizonyíték, ami magyarázza a személyek közötti különbségeket egészen a szándékos önsértéstől a befejezett öngyilkosságig.

A második összetevő a viselkedés- gátlás komponens, amely az észlelt stresszes eseményekre való viselkedéses reakciókért felelős. A szerotonin rendszer (5-HT₂) összefüggésben áll azokkal a prefrontális kéregbeli végrehajtó funkciókkal, amelyek közvetítik ezeket a viselkedéses reakciókat. Van Heeringen saját vizsgálatát idézi, amelyben együttjárást tapasztalt az 5-HT_{2a} receptor kötőpotenciál, a reménytelenség szintje és a Cloninger által meghatározott az ártalomkerülés temperamentumdimenziója között, ami többek között a viselkedés gátlásáért, megszüntetéséért felelős; valamint magas szintje a szorongásosságra való hajlam meghatározásában fontos. A szerző idekapcsolja a Williams és Pollock által leírt „gátolt menekülés” helyzetet, amelynek gátolt viselkedése összefüggésben állhat a szerotonerg rendszer működésével. Az öngyilkosság bekövetkezése előtt Williams szerint jellemző a csapdába esettség érzése (a „megfogva” lenni érzése), ami azért veszélyeztető, mert reménytelenséget generál. A csapdábaesettségi érzésnek a háttérben a problémamegoldásbeli képességdeficiteket találjuk, aminek kialakulásáért pedig az autobiografikus memória torzításai a felelősek.

Megközelítés	Szociális-interakciós komponens	Viselkedéses-gátlás komponens
Pszichiátriai	Szuicid gondolatok	Reménytelenség / szorongás
Biológiai	5-HT 1a/ noradrenalin	5-HT2 / dopamin
Személyiség: TCI temperamentum TCI karakter MNT Kérdőív	Alacsony jutalomfüggés Alacsony önirányultság Magas stabilitás	Magas ártalomkerülés Alacsony önirányultság Alacsony validitás
Neuro-anatómiai	Mediális temporális cortex / hipocampus	Prefrontális cortex/ amygdala

Kognitív pszichológiai	Érzékenység a vereség jeleire	Csapdába esettség és a menekülési faktorok hiánya
Neuropszichológiai	Figyelem	Autobiografikus memória

4. **táblázat:** *A szuicid diatézis összetevői (Van Heeringen, 2001)*

Mindezek összegzéseként elmondható tehát az, hogy a diatézis jelentősen meghatározza a stresszorokra adott viselkedéses válaszokat (2. összetevő) azáltal, hogy értelmezi a stresszor eseményeket, jelentést ad nekik, nyilvánvalóvá teszi azokat (1. összetevő). A diatézis szociális-interakciós komponense meghatározza a szociális interakciókat, értelmezi a stresszor eseményeket és ellenállást fejt ki ezekkel szemben. A második komponens meghatározza a problémamegoldó kapacitást és viselkedéses válaszokat generál.

Van Heeringen széleskörű, integratív modellt nyújt, amely az egyes személyiségvonásokat neurobiológiai struktúrákhoz, rendszerekhez rendeli. Elképzelései kiindulópontja az a feltételezés, hogy komplex kapcsolat áll fenn a szorongás, az agresszió, az impulzivitás, a depresszió és az öngyilkos viselkedés között. A pszichobiológiai modellre alapozott további kutatások közelebb vihetnek a szuicídium jobb megértéséhez, valamint ezen magjelenségek szoros összetartozásának megértése és leírása felé.

II.11. Személyiségtípusok

A típusok megállapítása a szuicidológiában visszanyúlik Durkheim (1897/1982) munkásságához, aki anómiás, egoista és altruista típusú szuicídiumokról beszélt. Shneidman (1985) egoista (pszichológiai jellegű; a self megsemmisítésével kapcsolatos öngyilkosság); diádikus (szociális jellegű; egy fontos másik személyhez való kapcsolódás beteljesületlen igénye miatt elkövetett öndestrukció); illetve ageneratikus (szociológiai jellegű; az emberiségtől, a generációk folytonosságától való eltávolodás, kilépés) öngyilkos típusokat határozott meg. Baechler négy típusát is idézi Shneidman (1985): elmenekülő (a tolerálhatatlan érzelmek elől); agresszív (bosszúálló, zsaroló, figyelemfelhívó); áldozati, valamint „ludikus” (ludic). Ezek a kategóriák bár részben lefednek olyan jelenségeket, amelyeket ma is a szuicídiumhoz tartozónak érzünk –meglehetősen távol állnak a gyakorlati élettől, inkább elméleti jellegűek.

Az utóbbi években, az eddigi tudományos eredmények figyelembevételével kialakított tipológiák előfutárai közé tartoznak a személyiségvonásokat vizsgáló kutatások. Conner és mtsai (2001) 34 év tudományos publikációit áttekintve 5 dimenziót határoztak meg a befejezett öngyilkosságra hajlamosító pszichológiai vulnerabilitáson belül: impulzivitás-agresszivitás; depresszió; reménytelenség; szorongás és öntudatosság/ szociális kiszabadulás (disengagement). A szerzők hangsúlyozzák, hogy nem típusokban beszélnek; a pszichológiai vulnerabilitásként meghatározott dimenziók alatt diszfunkcionális kogníciókat, viselkedést és érzelmeket értenek. Cikkükkel hangsúlyozni kívánják a pszichológiai tényezők fontosságát a pszichiátriai diagnózisokkal szemben.

Születtek csoportok a pszichiátriai nozológiai kategóriáknak megfelelően: schizofrén, depressziós, alkoholdependenciához kapcsolható szuicídiumok (Modestin, 1986). Az egyes diagnosztikus kategóriák öngyilkossággal való együttjárása valóban fontos kutatási terület, azonban a pszichiátriai betegség önmagában nem elegendő magyarázat a szuicídiumra (Mann és mtsai, 1999).

Rudd és mtsai (2000) maladaptív személyiségvonások alapján csoportosították az öngyilkosságot elkövetett pszichiátriai betegeket, melyeket aztán igyekeztek összhangba hozni diagnosztikus kategóriákkal, illetve rámutatnak a terápiás célokra az egyes csoportoknak megfelelően. Három típust kaptak: negativisztikus –elkerülő (szkizoid); elkerülő-dependens-negativisztikus (dependens), illetve negativisztikus-elkerülő-antiszociális (antiszociális) típusokat. Mindhárom csoportra jellemző a szegényes önkép, az érzelemszabályozási problémák, a szegényes adaptív coping, valamint az interperszonális problémák.

A szkizoid típusba tartozók önértékelése alacsony; önmagukra, mint inadekvát, érdektelen és inkompetens személy tekintettek. A mások általi elfogadottság vágya, valamint a visszautasítottság félelme között oszcilláltak, aminek következménye egy interperszonális helyzeteket elkerülő, mások reakcióira való hiperszenzitív beállítódás – valamint gyakran a szociális izoláció. Hangulatingadozásaik mindezen mozgások következményei.

A dependens típusú személyek visszautasítástól való félelme, hangulatingadozásai és alkalmatlanságérzései hasonlítottak az első csoport jellegzetességeire. Passzívan és szubmisszív módon viselkedtek az interperszonális helyzetekben, de mégis képesek voltak ezeket a helyzeteket kontrollálni dependens viszonyulási módjukon. Hangulatváltozásaik azon alapvető félelmükkel függtek össze, hogy mások visszautasíthatják, és magukra hagyhatják őket. Számukra ezek az interperszonális helyzetek voltak kritikusak.

Az antiszociális csoportba tartozók konfliktusos, elkerülő és versengő vonásokat mutattak. Félelmük arra vonatkozott, hogy mások manipulálhatják és kihasználhatják őket. Ezek a betegek a potenciális érzelmi ártalomtól tartottak leginkább, nem mások visszautasításától. Kapcsolataik felületesek és hasznosságuk alapján megítéltek voltak.

Az agresszió szuicid folyamatban betöltött szerepének felismerésével párhuzamosan megjelentek az agresszió-depresszió tipológiák. Schaffer (1974) véleménye szerint az öngyilkosságnak két típusa van: az agresszív típus, violens kitörésekkel; illetve a depressziós, visszavonulásra hajlamos típus. Apter és mtsai 1995-ben a szuicid személyeknek két típusát határozták meg: a depressziós - aki tartósabb ideig tervezve törekszik és vágyik a halálra -, illetve az impulzuskontroll problémával küzdők, akiknél a tettet az „ott nem lenni az adott időpontban” motiválja.

Orbach (1997) empirikus és teoretikus információkból a következő hipotetikus csoportokat alkotta: depressziós- perfekcionista; impulzív; dezintegrált. A szerző 9 kategória mentén alakította ki típusait: leginkább jellemző mentális állapot; fenomenológiai szint; öndestrukcióra hajlamosító tényezők; jellemző személyiségvonások; distresszt okozó jelenségek; facilitátor tényezők; háttér faktorok; szimptomatikus viselkedés.

A depresszív-perfekcionista típus túl magas igényeket támaszt saját magával szemben, de környezete jóváhagyására is szüksége van. Szenzitív a kritikára és a veszteségekre. Hajlamos agressziója és negatív érzései internalizálására, könnyen érezheti magát reménytelennek és kétségbeesettnek. Ennél a típusnál a magas elvárások hajlamosítanak öndestrukcióra; továbbá az öngyilkossággal való azonosulási hajlam; az agresszió befelé való levezetése és az önleértékelés. Jelentős stresszt generál a hibázás; a veszteségélmények és a szeparáció; a megfelelni akarás és a visszautasítás. A fenomenológiai szintet a reménytelenség, a szégyen, a bűntudat, a magányosság és a kudarc érzése képviseli.

Az impulzív típust az arousal magas szintje jellemzi; a frusztrációk iránti hiperszenzitivitás és az azokra adott viharos gyorsaságú és jellegű válaszok; a negatív érzések iránti intolerancia és az irritabilitás. A felszínen leginkább a harag és az irritáltság érzéseit találjuk az ebbe a csoportba sorolható embereknél. Gyakoriak és súlyosak interperszonális konfliktusaik, problémájuk tehát a viselkedészavarban foglalható össze a leginkább. Az öndestruktív mozzanatot az önutálat és a csapdába esettség érzése jelenti. A legjellemzőbb személyiségvonások az impulzivitás, a negativizmus, és a segítség visszautasítása. Stresszort jelentenek a frusztrációk, a konfliktusok, a családi erőszak, a megoldhatatlan problémákkal

való szembekerülés. Gyorsítják, illetve lehetővé teszik az öndestruktív kimenetet a fegyverhez való hozzáférés, a fájdalomtolerancia magas szintje, valamint a saját test iránti közömbösség.

A dezintegratív típus talán a legkevésbé pontosan körülírt és meghatározott típus. Az ebbe a csoportba tartozó személyek szorongásos problémákkal küzdenek, labilitásra hajlamosak és a kontroll elvesztésének érzésétől tartanak a leginkább. A stresszhelyzeteket nehezen kezelik. Jellemző személyiségvonásuk az identitáskonfúzió és a túlérzékenység. Öndestruktív tényezőt jelent a rájuk jellemző önmehtagadás, áldozatkészség. Az erre a típusra jellemző mentális zavar a skizofrénia, illetve a pánikzavar.

Az Apter – Ofek (2001) szerzőpáros három féle személyiségkonstellációt feltételez a szuicid folyamat háttérében: nárcisztikus – perfekcionista; impulzív - agresszív; és a mentális betegség – lehangoltság - reménytelenségi konstellációt.

A nárcisztikus - perfekcionista konstelláció kapcsán a szerzőpáros az izraeli védelmi erőknél végzett vizsgálat eredményeire hivatkoznak. Befejezett öngyilkosságot elkövetett katonák negyedénél lehetett utólagosan erősen nárcisztikus és perfekcionista vonásokat felfedezni. Tovább differenciálva vonásaikat negyven százalékuknál megállapíthatóak voltak emellett még szkizoid és elkerülő vonások. Ezek az erősen izoláló vonások függetlenek voltak a depressziótól és a stressztől. Kiemelkedően magas elvárásaik megghiúsulása után, legyen bár szó marginális problémáról, erős szégyenérzetet éltek át, ami az izoláló tendenciákkal együtt megakadályozta a segítség kérését, így vezetve el az öngyilkossághoz.

A nárcisztikus - perfekcionista konstelláció relevanciáját támasztja alá az a vizsgálat is, melyben a szerzőpáros öngyilkossági kísérlet után pszichiátriai osztályra kerülő serdülőket vizsgált perfekcionizmus, depresszió, és nárcizmus szempontjából. Blatt és Zuroff (1992) után a depresszió két formáját határozták meg meg: az interperszonális, anaklitikus depressziót és a perszonális, önkritikus típust. Azt találták, hogy a serdülőket két csoportba lehetett sorolni, melyből az egyik lefedi a nárcisztikus - perfekcionista kategóriát. Ezek a fiatalok magas értékeket mutattak az önmaguk felé irányuló perfekcionizmus, az önkritikus depresszió és a nárcizmus területein.

A szerzőpáros megemlíti még az önfeltárás képességének hiányosságait is ennél a személyiségkonstellációnál. Aki hiányában van ennek a képességnek, az hajlamosabb magát magányosnak érezni, és több distresszt is él át. Úgy tűnik az önfeltárás képessége független a depressziótól, szorongástól és a reménytelenség érzésétől. Lehetséges, hogy mediáló tényezőként vesz részt a szuicid folyamatban, vagyis a csökkent önfeltárás képessége elősegíti a súlyos öngyilkossági aktus bekövetkezését, más rizikófaktorok jelenléte mellett.

Az impulzív – agresszív konstelláció létét számos vizsgálat és megfigyelés bizonyítja. Kutatások szerint (In: Apter, Ofek, 2001) minden negyedik erőszakos múlttal jellemezhető beteg életében előfordul öngyilkossági kísérlet. Erre a típusra az impulzív agresszió, a frusztrációra adott hirtelen és nagy erősséggel kitörő agresszív hajlam, a minden előzetes megfontolás és a következmények mérlegelése nélküli válaszolás jellemző.

Ez a hirtelen agresszív reakció predisponál az öngyilkosságra, függetlenül pszichiátriai betegség meglététől (Mann és mtsai, 1999) – de azzal együttesen is. Brezo és mtsai (2006) 8 év legjelentősebb empirikus kutatásainak eredményét összegezve beszámol arról, hogy mind az öngyilkossági kísérletet, mind a befejezett öngyilkosságot elkövetett személyeket erősebben jellemezte az impulzivitás és az agresszivitás, mint a szuicid gondolatokkal küzdőket, akik nem jutottak el a tett kivitelezéséig. Az öngyilkosság esélye lényegesen nagyobb abban az esetben, ha a pszichiátriai betegség és az agresszív-impulzív személyiségvonások együttjárnak. A depresszió dührohamokkal kísért eseteiben is ilyen kiemelt veszélyeztetettséget jelentenek a szuicídiumra. A dührohamokkal kísért depresszió gyakran személyiségzavarhoz társul, különösen a B klaszterbe tartozókhöz.

A személyiségzavarok magas százalékban képviseltetik magukat az öngyilkosságra hajlamos pszichiátriai betegségek között. Különösen a B klaszter jár együtt legmarkánsabban az öndestrukcióval; ezen belül is a borderline, nárcisztikus és antiszociális zavarok. A borderline betegek esetében a leginkább szuicídium- releváns vonások az impulzivitás, és az érzelmi labilitás (In: Kuritárné, 2008b). Ronningstam és Maltberger (1998) vélekedése szerint a nárcisztikus személyiség szerveződés következő elemei jelentenek veszélyeztetettséget az öngyilkosságra: a kisebbség és a visszautasítás félelme; a mások reakcióira való fokozott érzékenység; az intenzív harag a fenyegetésre való válaszként; és az empátiahiány. Ezek az inadekvát jellemzők megnehezítik a problémás helyzetre adott adekvát választ, és hirtelen, váratlan öndestrukcióra ösztönöznek. Links és Kolla (2005) Hare munkásságát idézik, aki az antiszociális személyiségzavart tekintve két nagy dimenziót határozott meg. Az első dimenzió az érzelmi közönyösségre vonatkozik, a második pedig az antiszociális viselkedésre. Az öngyilkossággal a második dimenzió jár együtt szignifikánsan, amely a következő jellegzetességeket jelenti: az unalomra való fogékonyság; a szegényes viselkedéskontroll; a reális, hosszútávú célok hiánya; impulzivitás; felelőtlenség; stb.

Vannak ellentmondó eredmények is az impulzivitás és az öngyilkosság kapcsolatát tekintve, melyek szerint nem jellemzi impulzivitás az összes szuicid személyt; azt a következtetést azonban biztosan le lehet vonni, hogy egy magas rizikójú csoportot kijelöl.

A mentális betegség – lehangoltság – reménytelenségi konstelláció szinte bármilyen krónikus vagy komoly mentális betegség esetén megjelenhet. A betegség hosszát, a velejáró szenvedés mértékét, valamint a gyógyulás minimális esélyét felmérve könnyen kerülhet a személy a depresszió állapotába és láthatja helyzetét reménytelennek, ami a szuicídiumra predisponáló állapot lehet.

Olyan adatokat idéznek a szerzők, melyek szerint a férfi pszichiátriai betegek 10 százaléka, a női pszichiátriai betegek 1 százaléka lesz öngyilkos betegsége következtében. A pszichiátriai betegség akkor igazán veszélyeztető tényező, ha más rizikó faktor is áll mellette, illetve másik betegség társul hozzá. A betegségek és a szuicídium összefüggését tekintve összességében kijelenthető, hogy a befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek között nagyobb arányban találunk krónikus és súlyos pszichiátriai kórképben szenvedőket, mint a szuicid tentáment elkövetők eseteiben. Szuicídiumra veszélyeztetett az a személy, aki depresszióban, skizofréniában, krónikus neurózisban, krónikus szerhasználatban, illetve bizonyos személyiségzavarokban szenved.

Bár a szerzők nem tesznek arra utalást, hogy krónikus szomatikus betegség esetén is előállhat ugyanez a lehangoltság- reménytelenség konstelláció – feltételezhető, hogy ugyanaz a dinamika játszódik le.

III. A BÚCSÚLEVÉL KUTATÁS ELMÉLETE

Számtalan szakirodalmi mű látott napvilágot, mióta Durkheim megjelentette a szuicidológia szempontjából alapvető jelentőségű *Az öngyilkosság* c. művét 1897-ben. A sokféle módszer közül, amellyel a kutatók az öngyilkosság rendkívül komplex jelenségét tanulmányozni kívánták, az egyik a hátrahagyott búcsúlevelek elemzése. Allport (1942) *The use of personal documents in psychological science* c. művében megalapozottnak tartja a személyes dokumentumok használatát a pszichológiai kutatásban, még azok hiányosságai (nem reprezentatív minta, memóriahibák, önbecsapás, stb.) ellenére is; mind az idiografikus, mind a nomotetikus álláspont számára. A befejezett öngyilkosságok kutatása meglehetősen nehéz feladat, hiszen „...az adatbázis a potenciális magyarázatok számára nyilvánvalóan hiányzik.” (1981). Mindezt figyelembe véve Maris (1981) és Shneidman, Farberow (1957) a kutatások alapjául a statisztikákat, hozzátartozókkal készült interjúkat, öngyilkossági kísérletet elkövetők eseteinek és személyes dokumentumoknak a vizsgálatát javasolják. A búcsúlevelek speciális fajtái a személyes dokumentumoknak, amik nem strukturált szituációban keletkeznek.

Fontos kérdés a búcsúlevél funkciója, azaz: miért íródik a búcsúlevél? Kukorelliné (2002) három funkciót sorol fel ennek kapcsán. A búcsúlevél az öngyilkossági döntés és annak véglegesítését szolgáló eszköz (1). Segítségével a személyek lezárják életüket, félbe maradt ügyeiket lerendezik, mintegy számadást végeznek. A levél a hátrahagyott üzenet továbbításának eszköze (2); valamint az öngyilkos cselekmény, tett megkezdésének, vagy folytonosságának eszköze, azáltal, hogy a manualitás/fizikalitás első mozzanata (3).

Az öngyilkosságot elkövető személyeknek mintegy 15-30 százaléka hagy hátra búcsúlevelet (2000). Ezen adat tükrében jogosan adódott a kérdés: vajon a búcsúlevelet író, és nem író populáció megegyezik-e? Számos vizsgálat szerveződött ennek a kérdésnek az eldöntésére, ám eredményeik meglehetősen ellentmondóak. Tuckman és mtsai (1959) nem találtak szignifikáns különbséget változók igen széles körét megvizsgálva (kor, rassz, nem, foglalkoztatottság, családi állapot, fizikai-mentális állapot, mentális betegség története, az öngyilkosság helyszíne, megemlített okok, orvosi segítség igénybevétele, korábbi szuicid kísérletek megléte). Shneidman és Farberow (1960) szintén nem találtak különbséget nem, kor és családi állapot tekintetében. Stengel (1964, In: Buda, 2001) véleménye szerint a két minta csupán abban tér el, hogy a levelet hátrahagyók jobban kommunikálnak.

Heim és Lester (1990) 3127 személyt vizsgáltak meg Nyugat-Berlinben a nem, az életkor, nemzetiség, családi állapot, vallás, elkövetés napja, elkövetés módszere, és az átél

stresszorok alapján. Eredményeik szerint a nők, az idősebbek, az elváltak, akik hétfőn követtek el öngyilkosságot, és akik megmérgezték magukat, gyakrabban hagytak levelet. Velük ellentétben az tapasztalható, hogy a pszichotikus betegek és a mentálisan súlyosan azvartak kevesebb szöveget hagynak hátra. Lester azt szűri le konklúzióként cikke végén, hogy szerinte nem általánosíthatóak a búcsúlevél kutatásból származó adatok az összes öngyilkos személyre nézve, ugyanis az adatok torzítanak a nők, az idősek, bizonyos elkövetési módszerek és a mentális zavartság vonatkozásában. Ho és mtsai (1998) eredményei szerint a fiatal, vallásos nőkre; a korábban kísérletet elkövetettek; a pszichiátriai betegség történettel nem rendelkező személyekre; és az idős férfiakra inkább jellemző volt a szuicid szöveg írása. Salib és mtsai (2002) 54 búcsúlevelet hagyó személyt összehasonlítva 72 levelet nem hagyóval, ugyanígy különbségeket erősített meg idősökkel foglalkozó tanulmányában (violens módszer- kevesebb levél;). Mindezen ellentmondásokat figyelembe véve Leenaars 1992-ben (1992c) leszögezte, hogy jelenleg nem tudjuk, hogy van-e különbség a két minta között.

A témában újabb eredményeket gyűjtve Leenaars transzkulturális vizsgálatokba kezdett (Girdhar és mtsai, 2004; Chávez-Hernández és mtsai, 2006; Demirel és mtsai, 2008), amelyeknek keretében Indiában (50 búcsúlevelet hagyóval szemben 50 nem hagyó), Mexikóban (N=106; N=106) és Törökországban (N=49; N=49) hasonlított össze búcsúlevelet hagyó, és nem hagyó személyeket. Az összehasonlítás az életkor, a nem, az iskolázottság; a foglalkozás; vallásosság, családi állapot, lakóhely típusa, az elkövetés helye és módja, korábbi kísérlet megléte mentén történt. Mindhárom vizsgálat eredménye egybevágó, mely szerint nincsenek lényeges különbségek a két csoport között.

Látható, hogy a vita továbbra sem zárható le, ugyanis számos egymásnak ellentmondó eredmény születik a témában. Azt azonban érdemes megfigyelni, hogy a különbség meglétét igazoló vizsgálatok eredményei között nem tapasztalhatóak konzekvens egybehangzóságok. Ezeknek a következetes egybevágásoknak a hiánya egyenlőre meghagyja a kétséget azzal kapcsolatban, hogy univerzális eltérésekről van-e szó, vagy csak egy adott terület, adott csoport jellegzetességei jelentek-e meg a vizsgálatokban. Lehetséges, hogy több, transzkulturális jellegű, és a Heim, Lester (1990) vizsgálati mintát megközelítő kutatásban kiküszöbölhetővé válnának a kulturális eltérések és a kis mintából fakadó torzítások, vagyis széles körben általánosítható eredményeket kaphatnánk.

Shneidman (1988) végigtekintve viszonyulásának változását a búcsúlevélkutatáshoz, beszámol arról, hogy az 1950-es években rendkívül hitt a búcsúlevelek relevanciájában, és

reliabilitásában. Azt vallotta, hogy „az öngyilkosság megértésének országába az út búcsúlevelekkel van kirakva.”. Később, 1973-ban már úgy találta, hogy a búcsúlevelek elemzése nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, és amellet érvelt, hogy ezek a levelek csupán arra mutatnak rá, hogy az egyes személyek miért követnek el öngyilkosságot – eredményeik nem általánosíthatóak. Tizenöt évvel ezután visszavonva tézisét, illetve antitézisét, melyeket túlzásokként jellemzett; 1988-ban azt a megállapítást tette, hogy a búcsúlevelek fontos dokumentumok, mind általános értelemben, mind az egyedi eseteket tekintve. A búcsúlevelek hasznosságáról szóló vitát végül az International Academy for Suicide Research zárta le azzal a nyilatkozatával, hogy támogatja a levelek használatát a kutatásban. (Leenaars és mtsai, 1997)

Tuckman és mtsai (1960) azt vizsgálta meg, hogy a búcsúlevelekben található okok mennyire vannak átfedésben a környezettől származó okokkal, tehát mennyire hitelesek a levelek. Az eredmények 90%-ban azonosságot mutattak a két információforrás között.

A búcsúlevél kutatás eddigi eredményeinek áttekintése:

A témában eddig megjelent tudományos publikációk három típusba sorolhatóak be O'Connor (5) szerint:

1. Eredeti és szimulált búcsúlevelek összehasonlítása.
2. Leíró vizsgálatok, amelyek főként az elhunytak demográfiai, kognitív, szituációs és emocionális jellemzőivel foglalkoztak.
3. Strukturált keret - a Thematic Guide to Suicide Prediction (TGSP) - használata, amivel a búcsúlevelek interperszonális, és intrapszichés változók alapján sorolhatóak be (Leenaars, 1996).

1. Eredeti és szimulált búcsúlevelek összehasonlítása.

A tudományos búcsúlevél kutatás igazán Shneidman, és Farberow munkásságával indult meg – Leenaars véleménye szerint (1988)-, amikor 1957-ben megjelent *Clues to Suicide* c művük. A búcsúlevelek kutatásának egy máig is meglévő vonala indult el ekkor: az eredeti és szimulált búcsúlevelek összehasonlítása. A szerzők 33 pár búcsúlevéllel dolgoztak munkájuk során, melyek egyik fele öngyilkosságot ténylegesen elkövetett személyektől származott, másik fele pedig olyan egészséges vizsgálati személyektől, akiket arra kértek meg, hogy „írjanak olyan búcsúlevelet, amit akkor írnának, ha valóban öngyilkosságot

követnének el”. A személyeket előzőleg személyiségtesztnak vetették alá, és kiszelektálták a vizsgálati mintából azokat, akik depresszióra, illetve más mentális betegségre voltak hajlamosak. A szerzők azzal a hipotézissel éltek vizsgálatuk során, hogy az öngyilkosságot elkövető személyek gondolkodásukban különböznek az egészséges személyektől. A búcsúleveleket a Mowrer féle Discomfort-Relief Quotient segítségével hasonlították össze. Érdekes módon a kötet nem tartalmazza az elemzés eredményeit. Shneidman és Farberow publikációjuk végén közölték a mintát, mellyel dolgoztak, ennek nyomán legalább 27 olyan cikk került publikálásra, amely ezt használta fel (Oravecz, 2000).

Osgood és Walker (1959, In: O’Donnel és mtsai, 1993) valódi és szimulált búcsúleveleket vetett össze hétköznapi, barátoknak, családnak írt levelekkel. Eredményeik szerint a búcsúlevelekre nagyobb sztereotípiá jellemző, kevesebb szóból állnak, többször említik meg a búcsút bennük, több abszolút szót használnak az írók, több utalás van bennük Istenre, a vallásra, a szülőkre, stb.

Lester cikkeinek nagy részét a szuicid levelek témakörében alkotta, bár 1988-as tanulmányában meglehetősen kritikusan nyilatkozik a szimulált és eredeti búcsúlevelek összehasonlításának értelméről: „...úgy tűnik többet mondanak nekünk a búcsúlevél hamisítás képességéről, mint az öngyilkosság pszichodinamikájáról.” (1988). Ennek ellenére Lester sokat vizsgálta mind a levelek tartalmát, mind a személyeket, akik helyesen választották szét őket. Tanulmányozta a Menninger-i motívumok (harag, önhibáztatás, menekülésvágy) megjelenését valódi, szimulált és meghamisított búcsúlevelekben is (Lester és mtsai, 1990). Eredményei szerint a harag gyakrabban fordult elő a meghamisított levelekben, mint a szimuláltakban; illetve még az önhibáztatás bizonyult diszkriminatív tényezőnek az eredeti szuicid levelekre nézve. Tesztelt klinikai feltevéseket is az eredeti-szimulált búcsúlevelek megkülönböztetésére, és eredményei szerint „A levél interperszonális és bosszú orientált”, illetve „A levél relatív direkt állításokat tartalmaz, és specifikus instrukciókat” feltevések jól diszkriminálták a két levéltípust (Lester és Linn, 1998). A megkülönböztető személyeket tekintve szignifikánsan jobbnak találta a naiv, helyesen ítélő bírakat a véletlennél (1991); míg öngyilkosság szakértőkkel összehasonlítva a naiv bírák csak a véletlen szintjén teljesítettek (Lester, 1993).

O’Donnel és mtsai (1993) bírálják a szimulált levelek vizsgálatának hasznosságát, kijelentésük szerint a hétköznapi ember koncepciói az öngyilkosságról elég pontatlanok, így csak keveset tanultunk belőlük.

Shneidman és Farberow munkásságának hatását jól mutatja az a vita, ami 1995-ben bontakozott ki Black és Diamond között, az eredeti Shneidman és Farberow vizsgálat

kapcsán. Black (1993) szóvá tette, hogy a szerzők hibát vétettek akkor, amikor előzetes szelekciónak vetették alá vizsgálati személyeiket – ez ugyanis komoly mértékben befolyásolta eredményeiket. Diamond (1995) kissé keményen reagált az értekezésre, kifejtette, hogy Black sem elméleti keretet, sem alternatív hipotézist nem kínál fel. Emellett kifejtette azon véleményét, hogy a vizsgálati személyekben tulajdonképpen szuicídiumra emlékeztető lelkiállapotot generáltak a kísérletvezetők instrukciójokkal, miszerint „Írjanak olyan búcsúlevelet, amit akkor írnának, ha készülnének eldobni az életüket.” Oravec (2000) kiemeli Diamond cikkének jelentőségét: megkérdőjelezi a shneidmani megközelítés helyénvalóságát, és túlmutat az eredeti pozitivista szuicídium elmélet keretein. Magában hordozza a diszkurzív humanisztikus tudományok paradigmájának jeleit, felismeri a performatív beszédaktus jelentésteremtő erejét.

Összességében elmondhatjuk, hogy a szimulált búcsúlevelek elemzése bár hozott eredményeket, melyek előrébb vitték a szuicidológiát, nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. Valószínűleg többet mondanak el az adott kultúráról, kulturális elvárásokról, mint a szuicid és nem szuicid személyek kogníciójáról. Személy szerint egyetértek Lester 1988-ban megfogalmazott véleményével: a szimulált levelek a búcsúlevél hamisítás képességéről beszélnek leginkább.

2. Leíró vizsgálatok, az elhunytak demográfiai, kognitív, szituációs és emocionális jellemzőire

Leenaars (1988) a búcsúlevél kutatás körében megjelent tanulmányokat a következő módon csoportosította:

- 2.1. A személy helyzete, aki szuicídiumot követ el
- 2.2. A kapcsolat az elhunyt és mások között
- 2.3. Az elhunyt emocionális állapota
- 2.4. Az elhunyt kognitív állapota
- 2.5. Demográfiai adatok, a búcsúlevelek különbségeinek kor és nem szerinti vizsgálata

Leenaars (1988) és O'Connor (2000) felosztását az alábbiakkal egészíteném ki:

- 2.6. Búcsúlevelek tipológizálása
- 2.7. Befejezett öngyilkosok búcsúleveleinek összehasonlítása kísérletesek leveleivel
- 2.8. A búcsúlevelek transzkulturális összehasonlítása
- 2.9. Diszkurzív szuicidológia

2.1. A személy helyzete, aki szuicídiumot követ el:

Gyakran szólnak a levelek arról, hogy a személy számára elviselhetetlen a szituáció, amiben élni kényszerül, és feltétlenül kiutat akar belőle találni (Shneidman, 1985). A személy a pszichológiai veszteség és fájdalom állapotában van, ezt kommunikálja levelében (Shneidman, 1980). Emellett a személy meglehetősen zavart állapotban is van (Bjerg, 1967), amely esetlegesen olyan szituációkhoz kötött, amelyben más emberek is érintve vannak. A levelek instrukciókat és megszorításokat tartalmaznak az életben maradtak felé (Shneidman, Farberow, 1957), amiknek olyan funkcióik is vannak, hogy fenntartsák a kapcsolatot, és hatást gyakoroljanak másokra.

2.2. A kapcsolat az elhunyt és mások között

A szuicidális személynek általában komoly problémái vannak az interperszonális kapcsolatok terén: azok megalapozásában és fenntartásában. A szuicid személy önértékelése alacsony szintű, amihez ha társul a teljes visszautasítottság érzete, számára releváns személyektől, akkor az Leenaars és mtsa (1984) véleménye szerint gyakran kiváltója az öndestrukciónak. Egy megfelelő kapcsolat kiépítésének hiánya, illetve egy tönkrement kapcsolat élménye sokkal inkább visszatérő elem a levelekben, mint akármilyen más. Az elvesztett, vagy visszautasító személlyel a levélíró erős, direkt vagy indirekt identifikációt alakít ki (Leenaars, 1988). A levelekből emellett magas dependencia szükséglet bontakozik ki (Darbonne, 1969; In: O'Connor, Sheehy, 2000), ami megmutatja, hogy a személy kötődése és identifikációja egészségtelen és regresszív (Leenaars és mtsa, 1984).

2.3. Az elhunyt emocionális állapota

Az erre vonatkozó talán legkorábbi tanulmány Tuckman-tól (1960) származik. Négy független bíráló sorolta be a levelek tartalmait hét kategóriába: kifelé irányuló ellenségesség (5%); befelé irányuló ellenségesség (1%); semleges érzelmek (25%); pozitív affektusok (51%); kifelé irányuló ellenségesség és pozitív affektusok kombinációja (9%); befelé irányuló ellenségesség és pozitív affektusok kombinációja (7%); és mindhárom kombinációja (2%). A szerzők eredményei szerint a levelekben a pozitív affektusok tehát jóval gyakoribbak, mint a negatívak. Gyakorlatilag a második leggyakoribb érzelmi állapot eredményeik szerint az ambivalencia, amikor ellenséges és pozitív érzelmek keverednek, akár a külvilág, akár az én felé irányulnak. A szerzők a három affektus korrelációját (hosztilitás, semleges, pozitív) vizsgálták az életkorral, és a családi állapottal is – és eredményeik különbségeket rajzolnak ki a 45 év alatti/feletti korcsoportban, illetve a családi állapot szempontjából. Ezek szerint a 45

év feletti korosztály leveleiben a semleges érzelmek arányának megemelkedése tapasztalható. Az izolált és elvált személyek hosztilisabbaknak voltak tekinthetőek. Nem találtak kapcsolatot érzelmek és a nemek, illetve az öngyilkosság elkövetési módja között.

Számtalan érzelem érhető tetten a búcsúlevelekben: depresszió, büntudat (Leenaars és mtsai, 1984), ön-értéktelenség (Bjerg, 1967, In: Leenaars, 1988), szégyen, kötelességmulasztás (Shneidman, 1980). Reménytelenség, ami köztudottan rendkívül fontos bejósoló faktora az öngyilkossági szándéknak; autonómiavesztés, frusztráció, félelem, kétségbeesés - további jellemző érzelmi állapotai a szuicídiumnak. Negatív érzelmek azonban nemcsak a self irányába vannak, hanem mások felé is: megjelenik a gyűlölet (Tuckman, 1959), és a mások manipulálásának vágya (Leenaars és mtsai, 1984). Shneidman ezt nevezte 180°-ban elkövetett gyilkosságnak (1980). Oglivie és mtsai. (1969, In: Leenaars, 1988) úgy fogalmazzák, hogy a frusztrált szeretet az, ami agresszióként megjelenik az öngyilkosságban. Így a személy meglehetősen ambivalens az elvesztett, vagy elutasító személy irányába. Ez az ambivalencia, az agresszió, a reménytelenség és a magára maradottság tűnnek Leenaars (1988) szerint a legkritikusabb emocionális állapotoknak a szuicídiumban. Joiner és mtsai (2002) a saját személy teherként való észlelését emeli ki, ami szignifikánsan együttjárt vizsgálatukban a befejezett öngyilkossággal és a nagyobb letalítású módszerek használatával.

Foster (2003) vizsgálata (N=42) a búcsúlevelekben olvasható érzelmi tartalmakra vonatkozóan a „bocsánatkérés” (74%) és a „szeretet” (60%) legnagyobb gyakoriságát hozta. Gyakori érzelmi megnyilvánulások voltak még a „nehéz az életet elviselni” (48%); az „instrukciók” (36%); a „reménytelenség, nincs miért élnem” (21%); „bölcselkedés” (21%). Az idős személyek gyakrabban számoltak be saját személyük tehernek érzéséről.

Chávez-Hernández és mtsai (2006) 106 búcsúlevél elemzésének eredményei szerint a leggyakoribb érzelmi tartalomnak a reménytelenség, kedvetlenség (41%) és a sérelmek bizonyultak (38%). Felmerültek jelentősebb mértékben továbbá a bocsánatkérés (33%); a harag (15%); a hibáztatás (15%), az enyhülés (12%). Vizsgálatukkal csatlakoznak Ho és mtsai (1998) megállapításához, mely szerint a legtöbb búcsúlevél konkrét és specifikus instrukciókat, sok érzelmi jellegű megállapítást, és a személy nehézségeire való magyarázatokat tartalmaz. A szerzők megvizsgálták a búcsúlevelekben található megnyilvánulások arányát, és azt találták, hogy az anyagiakkal és a temetéssel kapcsolatos instrukciók a legnagyobb arányban képviseltek (24%); majd a másoknak szóló üzenetek (22%); az elbúcsúzás (20%); a szeretett személy dícséretét (14,5%); a felelősség felvállalása (13%); a hitre való utalás (9%); a szuicid tettekre való utalás (9%) és a szeretett személy kritizálása (9%).

A pszichodinamikára vonatkozó vizsgálatokat is ide tartozónak érzem az emocionális tartalmak közé. Leginkább kedvelt a búcsúlevél kutatásban a Menninger-i motívumok (1966) tetten érése a levelekben. Shneidman és Farberow (1957) 619 búcsúlevelet soroltak be kor, nem és a három motívum (halálvágy, gyilkolásvágy, meggyilkoltatás vágya) alapján. Férfiakra és nőkre egyaránt a halálvágyat találták legjellemzőbbnek. A fiatalabb korosztály (20-39 év) leveleiben, mindkét nem esetében a gyilkolásvágy jelent meg leginkább. Az idősebb korcsoportnál (60 év felett) a halálvágy volt a döntő motívum.

Leenaars és mtsai (1996) vizsgálata már a transzkulturális kutatások felé mutatva: 70 Németországból és az USA-ból származó levelet hasonlítottak össze a Menninger-i motívumok alapján. Eredményeik szerint nem különbözik a három motívum előfordulási gyakorisága a két populáció között, csupán tendenciák fedezhetőek fel - az amerikai levelekben gyakrabban fellelhető a meggyilkoltatás motívuma, és ritkább a meghalni mozgató rugója. Ezt a tendenciát támasztja alá Lester (1997) kutatása, aki 40 német levelet hasonlított össze 28 amerikaiával, és szignifikánsan gyakrabban találta meg a meghalni motívumot a Németországból származókban. Szintén Lester (1989) kutatta a nemek között a Menninger-i motívumokban mutatott különbségeket, ám eredményei szerint semmiben sem különböztek egymástól a férfiak és nők által írott levelek.

2.4. Az elhunyt kognitív állapota

A búcsúlevél- analízis megmutatta, hogy a szuicid személyek szokatlan módon érvelnek. Tripodes (1976, In: Leenaars, 1988) megfigyelései szerint a levelet író számára teljesen objektív és logikus saját gondolkodásmódja, képtelen disztorzióit felismerni. Hisz a saját premisszáiban, és elvárja másoktól, hogy megértsék őt minden agressziója és hosztilitása ellenére is. Nem képes a külvilág és saját belső világa között különbséget tenni. Kognitív munkamódjára a beszűkültség, csőlátás, a fókusz szűkülése, konkretizálás és az elidegenítés nagy foka jellemző (Shneidman, 1985). Ez a beszűkültség nagyobb polarizációban, fix percepcióban, és a problémamegoldás csökkentebb képességében nyilvánul meg (Oglivie és mtsai, 1969; In: Leenaars, 1988). A búcsúlevelekben gyakoriak az absztrakt szavak, és jelen orientáltak (Edelman, Renshaw, 1982; In: Leenaars, 1988), úgy tűnik a személy képtelen magát megkonstruálni a jövőben.

A személy saját magára vonatkozó kognícióit tekintve elmondhatjuk, hogy konfúzus az énképe, problematikus az identifikációja. Eltérés van a self saját maga általi megtapasztalása és a mások általi között (Leenaars, 1988).

A búcsúlevelek manifeszt tartalmát olvasva az a benyomásunk támadhat, hogy a személy tudatosan szánta rá magát a szuicídiumra, ezzel szemben az öngyilkosság tudattalan motívumok által determinált (Leenaars, Balance, 1984).

2.5. Demográfiai adatok, a búcsúlevelek különbségeinek kor és nem szerinti vizsgálata

Számtalan vizsgálat bebizonyította, hogy a szuicid személyek populációja különbözik egymástól, és leginkább az életkor mentén. Nem tekintetében kimondhatjuk, hogy a férfiak és nők öngyilkosságra hajlamosító pszichológiai jellemzői igazán nem különböznek egymástól (Leenaars, 1988b). Leenaars (1988b) észak-amerikai nőket és férfiakat vizsgált, és nem talált különbségeket. Lester és Heim (1992) német mintán vizsgálódva azt találták különbségnek, hogy a férfiak gyakrabban említettek depressziót, és rossz egészségügyi állapotot, mint végső okot. A férfiak szintén gyakrabban említettek fizikai- és pszichés fájdalmakat, interperszonális súrlódásokat, vagy veszteségeket.

Később ugyanezen a mintán vizsgálódva azt találták (Linn, Lester, 1996) hogy a levelek inkább különböztek az életkorok szerint, mint a nemek szerint. Eredményeik szerint az idősebbek kevésbé hibáztatták magukat, kevésbé volt rájuk jellemző az alacsony önértékelés, az értéktelenség érzése, a teljesítménybeli hibák elkövetéséről való beszámolás. Ezzel szemben gyakoribb volt a gyász problematika megjelenése, illetve a gyógyíthatatlan betegség.

Darbonne (1969, In: O'Connor, Sheehy, 2000) vizsgálatában az írók korával, és a levelek tartalmával összefüggő különbségekkel foglalkozott. Azt találta, hogy a fiatal felnőttek (20-39 évesek) leveleikben a visszautasítottság érzéséről számoltak be leginkább, illetve a szeretett tárgyjal kapcsolatos problémáikról. A középkorú korosztály (40-49 évesek) leveleiben az élet támasztotta igények általi legyőzettség jelent meg, a fáradtság érzete, és a kiút keresése. Az 50-59 éves populáció leginkább instrukciókat hagyott hátra, és tényszerű információkat. A 60 év feletti korcsoport leginkább a fáradtságra, fájdalomra, pszichés instabilitásra, magányra és izolációra panaszkodott a hátrahagyott szövegekben.

Tuckman et al (1959) azt találták, hogy a fiatalok kevesebb érzelmet mutatnak. Leenaars (1989) szerint a fiatal öngyilkosok keményebbek, kritikusabbak saját maguk felé, értéktelenebbnek látják magukat, és jobban tárgyként kezelik személyüket.

Leenaars (1992b) alkotói pályafutása alatt többször szóvá tette a kutatások azon hiányosságát, hogy eredményeik nem összeegyeztethetőek az eltérő korcsoportba sorolás miatt. Ő maga Erikson teóriáját felhasználva három korcsoportba sorolja be a vizsgálati személyeket: fiatal felnőttkor: 18-25 év; középkor: 25-55 év; kései öregkor: 55 év felett.

Leszögezi, hogy az idősök búcsúlevelei pszichológiailag különböznek más korosztály leveleitől. Melyek ezek a kvalitatív változók? Hosszú távú instabilitás, indirekt kifejezések, és kapcsolatok. Az idős személyek gyakran úgy látják az öngyilkosságot, mint ami hosszú távú instabilitáshoz kötődik. Ezek a személyek képtelenek alkalmazkodni a történetükhöz, ami kibírhatatlan fájdalommal és kétségbeeséssel kísért. Az idős személyek tényleg meg akarnak halni –és ez a szándék jóval tudatosabb is bennük, mint más életkorú populációkban-, illetve sokkal kevésbé ambivalensek szuicídiumuk felől, mint a fiatalok. Zavartsági szintjük is alacsonyabb, kevesebb maguk felé irányuló agressziót mutatnak, kevésbé szégyenkeznek. Búcsúleveleik nagyon direkték és világosak. Nem jellemző rájuk a dichotóm és konfúzus, disztorzióktól eltorzított gondolkodás. Érzelmeik kevésbé intenzívek, és problémáik krónikusabbak. A kapcsolatok terén az a tendencia figyelhető meg, hogy az ehhez kötődő problémák elsősorban a férfiak leveleiben jelennek meg. Úgy tűnik egy kapcsolat, egy személy elvesztése sokszor kibírhatatlan a férfiak számára. A kapcsolati téma az egyik leggyakrabban említett terület a búcsúlevelekben. Leenaars a kötődési igényt nevezte a legkritikusabb tudattalan folyamatnak az öngyilkosságban.

Leenaars (1987) a 10 szuicidológus teóriájából leképezett 50 protokoll mondatot cluster-analízisnek vetette alá, és az életkori csoportok különbségeit vizsgálta a clustereket tekintve. Különbségeket talált a már említett zavartság mértékében; a fiatalok ugyanis zavartabbnak tűntek a levelek alapján. A fiatalok és a középkorúak eseteiben az öngyilkosságról még jobban el lehetett mondani, hogy diádikus történés, tehát a kapcsolati szféra szerepe nagy. A self vonatkozásában a kogníciók kritikusabbnak, leértékelőbbnek mondhatóak a fiatalok eseteiben. A 18-25 éves korosztály hajlamosabb volt a dichotóm gondolkodásra; és arra, hogy selfjét eltérően ítélje meg mások érzékelésétől. Az öngyilkosságot a fiatalok és az idősök leginkább hosszú távú instabilitás eredményeként bekövetkező tettként látták.

2.6. Búcsúlevelek tipologizálása

Leginkább pszichodinamikai ihletettségű felosztások születtek. Tuckman és mtsai (1960) 3 csoportba osztottak 165 leveletet: pozitív / negatív / semleges érzelmeket tartalmazó búcsúlevelek. Jacobs (1967) 112 levelet elemezve 4 csoportot képezett aszerint, hogy a levél írója mit akart közölni: (1) bocsánatkérő levél; (2) gyógyíthatatlan és fájdalmas betegségre fókuszáló levél; (3) direkten vádló, bűntudatot keltő levél; (4) utolsó akaratot, végrendelezést, instrukciókat közlő levél. O'Donnel és mtsai (1993) tanulmányában

megemlíti Edland és Duncan felosztását is, mely aszerint sorolja be a leveleket eltérő kategóriákba, hogy a halál milyen funkciót töltött be a levélíró számára. Eszerint az öngyilkosság jelenthet a szuicid személy számára (1) megtorló elhagyást; (2) retroflex módon elkövetett gyilkosságot; (3) újraegyesülést; (4) újjászületést; (5) önbüntetést; (6) a társadalomnak szóló büntetést; és jelenthet a halál (7) indokolt megoldást.

2.7. Befejezett öngyilkosok búcsúleveleinek összehasonlítása kísérletesek leveleivel

Meglehetősen nehéz a vizsgálódás ezen a területen, ugyanis a szuicid kísérletüket túlélő személyek, vagy hozzátartozóik gyakran megsemmisítik a tettről árulkodó levelet. Brevard és mtsai (1990) a Menninger-i motívumok jelenlétét vizsgálták a két csoportban (N=20-20). A meghalni motívumát az elviselhetetlen fájdalomtól, vagy pszichológiai szenvedéstől való menekülés formájában keresték a levelekben; a gyilkolás vágyát a mások felé irányuló agresszió jelentette; míg a megöletés motívuma depresszió, bűnösség, önhibáztatás formájában jelent meg a levelekben. Eredményeik szerint a fájdalomtól menekülés egyforma gyakorisággal fordult elő a befejezett öngyilkosságot elkövetők és a kísérletesek között (60%-70%). A mások felé irányuló agresszió ezzel szemben nem szignifikánsan, de gyakoribb volt a kísérletet elkövetők között (5%-20%). A megöletés motívuma, ami depresszióban nyilvánult meg, a befejezett szuicídiumot elkövetőknél volt gyakoribb (65%-30%). A cikk írói levonják tanulságként, hogy igazán a befelé irányuló agresszió, a depresszió az, ami differenciál a két csoport között.

Lester (1994) szellemes vizsgálatában arra kereste a választ, hogy szakértők tudnak-e különbséget tenni befejezett szuicídiumot elkövetők és kísérletesek búcsúlevelei között? A *Suicide and Life-Threatening Behavior* 43 kritikusat kérte fel 19 búcsúlevélpár megítélésére, és azt találta, hogy csupán a véletlen szintjén teljesítettek.

Valente (1994) 25-25 pszichiátriai betegségben szenvedő, befejezett öngyilkosságot, illetve szuicid kísérletet elkövetett személyek búcsúleveleit hasonlította össze Leenaars TGSP módszerével (ld később). Vizsgálata eltérést csupán a kibírhatatlan pszichés fájdalom kategóriáján belül hozott. Eredményei szerint, a befejezett öngyilkosságot elkövetőket a jobban jellemezte a halál utáni vágy; a kétségbeesés csapdájában való megrekedtség; a depresszió és a reménytelenség. Gyakrabban számoltak be arról, hogy kimerültek a szenvedéstől és elfáradtak az élettől. Egyetlen megoldásként jelent meg az öngyilkosság a mindent elborító szenvedés megállítására. A szuicid tentáment elkövetők levelében az öngyilkosság inkább veszélyként és lehetőségként jelent meg, és szenvedésüket is bizonytalanabban fogalmazták meg.

2.8. A búcsúlevelek transzkulturális összehasonlítása

Már Durkheim (1897/1982) felhívta a figyelmet a kultúraközi kutatások szükségességére, a későbbiekben pedig Shneidman (1985) megerősítette ezt. Elkerülendőnek tartotta azt, hogy a szociokulturális eltérések potenciális szerepét lebecsüljük a szuicídium jelenségében. Ezt nyomatékosítja Takahashi (1993, In: Leenaars, 1996) is, aki szerint a nyugati kultúrákból származó elméletek nem mindig általánosíthatóak.

Az első ilyen irányú vizsgálat Leenaars (1992) nevéhez fűződik, aki 56 búcsúlevelet hasonlított össze, melyek Kanadából és az Egyesült Államokból származtak. Azért választotta ezt a két országot, mivel a kanadai öngyilkossági ráták jóval magasabbak, mint az USA-beliak. Leenaars protokoll mondatokat alkalmazott vizsgálatában, és csupán egy különbséget fedezett fel a mintában: a Kanadából származókban gyakoribb volt a menekülési vágy említése. Cikke végén azt a konklúziót vonja le a szerző, hogy a ráták különbözőségének oka nem a pszichológiai faktorokban keresendő, és arra buzdítja a kutatókat, hogy vizsgálják meg az attitűdbeli különbségeket.

A Menninger-i motívumok már említett transzkulturális vizsgálatai (Németország - USA) is idetartoznak. Leenaars és mtsai (1996) csupán tendenciaszerű összefüggéseket talált a meggyilkoltatás vágya és az amerikai populáció között, Lester (1997) pedig a meghalni motívumának gyakoribb előfordulásáról számolt be a német levelekben.

Leenaars és mtsai (1998) 58 magyar és amerikai búcsúlevelet hasonlítottak össze, és 2 protokoll mondat vonatkozásában szignifikáns különbségeket találtak. Eredményeik szerint a magyar levelekben gyakoribbak voltak a visszautasítás-agresszió csoportba tartozó traumatikus eseményekre vonatkozó állítások; és az identifikáció-kilépés kategóriában szignifikánsan gyakrabban voltak megtalálhatóak a kötődésre vonatkozó kijelentések az elveszett / elutasító tárggyal szemben. Az eredményekből le lehet vonni azt a következtetést, hogy Magyarországon az interperszonális tényezők szerepe nagyobb a szuicídiumban.

O'Connor és Leenaars (2004) 60 Észak-Írországból és az USA-ból származó búcsúlevelet hasonlítottak össze. Statisztikailag szignifikáns különbség csupán egy cluster vonatkozásában volt a nyolc közül: az írek leveleikben többször érintették az Identifikáció - Kilépés témát. Tehát kevésbé akarják elviselni a betegséget, öregedést, a túl fájdalmas érzéseket, és inkább ki akarnak lépni, el akarnak menekülni. Továbbá nem szignifikánsan, de több volt a szociális viselkedészavar az ír mintában, és gyakrabban említettek traumatikus eseményeket is.

Számos e témában folytatott kutatása után Leenaars (2004) azt a következtetést vonja le, hogy nagyobb hasonlóságok vannak a különböző kultúrákból származó búcsúlevelekben, mint különbségek – de ami adódik, az mind az interperszonális szférába tartozik. Ez pedig a kultúra, és a szociális faktorok szerepét támasztja alá.

Osváth és mtsai (1996) grammatikai szempontú kultúraközi vizsgálatot kivitelezett (119 német-angol-magyar búcsúlevél), és eredményeik szerint a tagadó grammatika szignifikánsan gyakoribb a magyar mintában; a magyarok és az angolok jobban vádolták magukat tettükért; az angol levelekben az ambivalencia gyakrabban jelenik meg; a németek pedig a több direkt szuicid utalást tettek. A dátumozás elmaradása mindhárom csoportban jellemző, ami a kognitív beszűkültség bizonyítéka. Az instrukciók, kérések mind az angol, mind a magyar mintában azonosan fordultak elő. A szerzők tanulmányuk végén megfogalmazzák, hogy a preszuicidális állapot különböző nyelveken történő megfogalmazása kulturális meghatározottságúnak tűnik. Különösen jelentős ez a magyar mintában, itt ugyanis a krízisre utaló nyelvi jelek eltűnnek a szokványos kommunikációban egyébként is gyakori tagadó nyelvtani szerkezetek között.

2.9. Diszkurzív szuicidológia

Ez az áramvonal magyar-specifikus kutatási terület. Elindítója, Kézdi (1995) úgy véli, hogy annyiban különbözik a shneidmani vonaltól, hogy nem az öngyilkossághoz vezető okok jelentik kutatásának a tárgyát, hanem a szuicid jelenség megértése, annak sűrű leírása. Ez egy szövegközpontú elemzési mód, mely nyelvészeti, filozófiai és szuicidológiai elméleteket egyaránt magába foglal.

Rendkívül fontos részét képezi a diszkurzív szuicidológiának az interperszonalitás és a kultúra, hiszen senki sem létezhet a társadalom nélkül. Kézdi (1995) kifejti, hogy a kultúrát szimbolikus és kommunikációs rendszernek tekinthetjük, amelyben a szuicídiumra jellemző beszédmód kódja felfedezhető. „A szuicid hívók beszédmódját a tagadó grammatika uralja, ...ez a negatív kód.” (Kézdi, 1995). A diszkurzusról azt vallja Kézdi (2000, In. Oravecz, 2003), hogy „az öngyilkosság is diszkurzusokban, diszkurzusok által létezik, mint annak tárgya. Mivel egy adott tárgy nem hoz létre egységes diszkurzust maga körül, minden dolog többféle diszkurzusból áll össze.”

A diszkurzív szuicidológia a szuicídiumot folyamatként fogja fel, „...melyben összefonódnak az individuum világról és önmagáról alkotott reprezentációi, a kultúra közvetítette üzenetek, de az autodestrukció sajátos kognitív lefutásai is.” (Oravecz, 2003; 54.

old.). A szuicídium folyamata a preszuicidális szindróma és a pszichológiai krízis segítségével írható le Kézdi szerint.

Oravecz (2003) kifejti, hogy a diszkurzív szuicidológia álláspontja szerint nem az a kérdés, hogy ki ír búcsúlevelet - hanem az, hogy miért. A búcsúlevelek funkciója egyszerre intrapszichés és interperszonális. A szuicid szöveg írásának folyamata abban segíti a személyt intrapszichésen, hogy egységesen addig meg nem fogalmazott gondolattöredékeit valamilyen szinten strukturált szöveggé alakítsa át. Ugyanakkor ezek a levelek a hátrahagyott személyeknek vannak címezve, vagyis a kész szöveg interperszonális funkciókkal is rendelkezik. A búcsúlevélben megfogalmazott megállapítások módosítják a saját személyéről és másokról alkotott reprezentációkat, illetve a hátrahagyott személyekkel való viszonyt. Az elköszönés aktusát arra használja fel a személy, hogy újrafogalmazza interperszonális kapcsolatait. Mivel a tett elkövetése után már nincs lehetőség arra, hogy egyetértésre jusson a levél írója és olvasója a jelentést illetően, a tudatolvasás, a mentalizáció szerepe kiemelten fontossá válik. Vagyis a levelet író személy mentalizációs készsége fontos szerepet játszik a koherens és az olvasó számára jelentéssel bíró szöveg megalkotásához. Oravecz eredményei szerint a negatív érzelmek hatására a búcsúlevelek szerkezeti és tartalmi koherenciája erősen csökken.

3. Thematic Guide to Suicide Prediction (TGSP)

Leenaars gyakran kritizálta a szuicídium kutatókat ateoretikus munkásságukért, de ő maga (1988) is kifejti, hogy a búcsúlevelek egységes teoretikai analízisének kifejlesztése már csak azért is nehézkes, mert nagyon sok a különböző tesztelhető hipotézis. Leenaars erre a problémára Carnap pozitivista felfogásában és metodológiájában találta meg a választ: a teoretikai megfogalmazások lényegét megvizsgálás céljából át lehet fogalmazni protokoll mondatokra. Száz protokoll mondat formájában fogalmazta meg a következő tíz szuicidológus munkásságát: Adler, Binswanger, Freud, Jung, Menninger, Kelly, Murray, Shneidman, Sullivan, Zilboorg. A 100 mondatból 23 fordult elő a levelek kétharmadában – ezeket erősen bejóslnak találta Leenaars az öngyilkosságra nézve. Továbbá azt találta, hogy 18 protokoll mondat szignifikánsan gyakrabban fordul elő az eredeti, mint a szimulált levelekben. A későbbiekben Leenaars (1996) ezeket statisztikailag 8 clusterba és 2 nagy csoportba (intrapszichés, interperszonális tényezők) sorolta be. Ezekből állt össze a TGSP, mely öngyilkosság-prediktív és preventív módszer egyaránt.

Az intrapszichés komponensek közé ötöt sorol be Leenaars (1996): kibírhatatlan pszichés fájdalom, kognitív beszűkülés, indirekt kifejezésmódok, alkalmazkodási problémák, Az Én.

Kibírhatatlan pszichés fájdalom: az öngyilkosság általános indítéka az elviselhetetlen lelki szenvedés; a lelki fájdalom érzetének a fájdalma („Psychache”) (Shneidman, 1985). A személy reménytelennek, kontrollján felülinek éli meg a helyzetet és ebben bezártnak önmagát. Menekülni akar a traumából származó fájdalom elől, enyhülést csak a halál hoz számára, ami egyetlen alternatívának tűnik számára. O’Connor és mtsai (1999) eredményei szerint a levelek több, mint 90%-ában megtalálható ez az emóció.

Kognitív beszűkülés: A személy képtelen helyzetét logikus, racionális módon értékelni. Csőlátással lát rá a világ dolgaira, mint arról már volt szó. Gondolkodása rigid, és mindezen tényezők, valamint nagy intenzitású negatív érzelmei miatt szinte intoxikált állapotban van. Csak a traumatikus élményekhez fér hozzá, és az ezekre való fókuszálás csak még jobban megerősíti szándéka „helyességében”. O’Connor és mtsai (1999) mintájukban a kognitív beszűkültség jeleit közel 90%-ban fedezték fel.

Indirekt kifejezésmódok: A szuicid személyekre nagyfokú ambivalencia jellemző, érzelmei zűrzavarosak, ellentétesek és erősek; agressziója gyakran indirekt módon fejeződik ki. Nemcsak szeretet és gyűlölet közötti ingadozásról van szó, hanem élet-halálról. Rengeteg érzelem van a személyben, ezeknek csak a töredéke tudatosul benne, és hasonló a helyzet indítékainak tudatosulásával is.

Alkalmazkodási problémák: Az olyan problémák, melyek nem teszik lehetővé, hogy a személy alkalmazkodjon a körülvevő világhoz, rizikófaktort jelentenek az öngyilkosságra. A szuicid személyek komoly hányada nem rendelhető egyértelműen egyik meghatározott nosológiai rendszerhez sem, de sokaknak van pszichiátriai előtörténete. Vannak olyan kutatók, akik szerint egyetlen szuicídium sem történik depresszió nélkül, Leenaars (1996) azonban azt vallja, hogy az az öngyilkosság-típusos depresszió, melyet a kibírhatatlan pszichés fájdalom jellemez, nem azonos a klinikai értelemben vett depresszióval. Az öngyilkos személyek úgy tekintenek magukra, mint akik képtelenek alkalmazkodni a világhoz. Pszichés állapotuk miatt azonban nem képesek reálisan szemlélni a történéseket.

Az Én: Az énerő protektív faktor az öngyilkossággal szemben. Azok a személyek viszont, akik szuicídiumot követnek el, gyakran hiányában vannak azoknak a képességeknek, melyek konstruktív megoldásokat tesznek lehetővé, és a személyes nehézségek legyőzésében fontosak. Leenaars (1996) úgy véli, a traumatikus események gyengítik a szuicid személy Ego-ját, coping mechanizmusait, konstruktív kivitelezési képességeit. Ráadásul az

öngyilkosság néhány esetben az önbüntetés funkcióját tölti be néhány traumatikus eseményért, amelyekért magát hibáztatja a személy. O'Connor és mtsai (1999) Ego-val kapcsolatos kijelentéseket 36%-ban találtak búcsúlevél-mintájukban.

Az interperszonális történések közé a következőket sorolja be Leenaars: Interperszonális viszonyok; Visszautasítás-agresszió; Identifikáció-kilépés.

Interperszonális viszonyok: A szuicidális személy számára nehéz kezdeményezni és fenntartani az interperszonális kapcsolatokat. Meglévő kapcsolatai gyakran erősen konfliktusosak, bár ezek pozitív irányú fejlődése lenne számára az életbemaradás komoly lehetősége – amire kevés az esély. Összességében kimondhatjuk, hogy az öngyilkosság és a frusztrált kötődési szükségletek között kapcsolat van. O'Connor és mtsai (1999) vizsgálódásaik során 75%-ban találtak a levelekben problematikus interperszonális kapcsolatokra utaló kijelentéseket.

Visszautasítás-agresszió: A visszautasítás, az elvesztés központi jelentőségű az öngyilkosságban, amit gyakran visszautasításként élnek meg a személyek. Ez kibírhatatlan narcisztikus sérülésként jelentkezik a személyben, ami önagressziót indít el. A személy mélyen ambivalens, és önmaga ellen fordítja azt az agressziót, amelyet korábban a visszautasító személynek szánt valójában. Az önvádolás és a mások felé irányuló agresszió egyaránt előfordul a levelekben.

Identifikáció-kilépés: Az öngyilkosság megértésében központi jelentőségű annak az identifikációnak a megértése, amely az elvesztett, vagy visszautasító tárgy irányába történik. Ha az emocionális szükségletek nem kielégítettek, a személy a mély fájdalom, a diszkomfort érzésének állapotába kerül, majd el akar menekülni a kibírhatatlan szituációból – és így jut el az öngyilkosság gondolatáig.

Bár a TGSP rendkívül átfogó képet nyújt a szuicídiumról, mégis kevés vizsgálat született a felhasználásával. O'Connor és mtsai (1999) 45 búcsúlevelet vizsgáltak meg ezzel a módszerrel, és meglepetésükre nem találtak különbségeket kor szerint. A depresszió megléte szerint szétválasztva a mintát (39%-a a levélíróknak depressziós volt) azt találták, hogy a depressziósokra szignifikánsan kevésbé volt jellemző a konstruktív tendenciák használata; jobban jellemzőek voltak rájuk viszont a lesújtó erejű érzelmek, a beszűkült logika és percepció. Többször említették levelükben az interperszonális kapcsolatokhoz kötődő problémáikat, és még jobban legyőzöttnek érezték magukat általuk.

IV. SAJÁT VIZSGÁLAT BEMUTATÁSA

IV.1. A vizsgálat célja, kérdésfeltevések

A befejezett öngyilkosságok lélektani vizsgálata meglehetősen nehéz, a hátrahagyott adatbázis hiányos volta miatt. Ha specifikusan ezt a csoportot szeretnénk vizsgálni, akkor statisztikákat elemezhetünk; hozzátartozókkal készített interjúkat, vagyis autopsy vizsgálatokat folytathatunk; paraszucidiumot elkövetők eseteit és személyes dokumentumokat vizsgálhatunk. A búcsúlevelek ez utóbbi kategóriába tartoznak - speciális fajtái a személyes dokumentumoknak.

Vizsgálatunk kiindulópontjaként az szolgált, hogy lehetőségünk adódott befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek búcsúleveleihez hozzáférni a Hajdú-Bihar Megyei Rendőr Főkapitányság, valamint Debreceni Rendőrkapitányság segítségével.

A rendőrség erre vonatkozó szabályzata szerint az öngyilkosság a „rendkívüli halálokok” kategóriájába tartozik (Solymosi, 1982). Ebbe a csoportba tartoznak mindazon esetek, ahol a személy megelőzően egészséges; a halál tehát klinikai előzmények, és külső behatolás nélkül következik be. A helyszínelő rendőr feladatai közé tartozik – az esetleges idegenkezűség kizárása miatt – megkérdezni, hogy az elhalt környezete tud-e valamilyen betegségről; valamilyen foglalkozási ártalom nem segítette-e elő a halált; nem történt-e baleset; illetve amennyire tudja, próbálja kideríteni, természetes úton következett-e be a halál. Az idegenkezűség kizárása miatt a rendőrség köteles bizonyítékként kezelni és megőrizni az elhunyt által hátrahagyott búcsúlevelet.

Vizsgálatunk célkitűzése a búcsúlevelekben található érzelmi tartalmak minél alaposabb leírása volt, lehetőség szerint a teljes levéltartalom lejelölése. Jelen vizsgálat tehát részben leíró jellegű. Másfelől azonban célunk következtetéseket levonni a kapott eredményekből az öngyilkosság különböző típusaira nézve. Elképzeléseink szerint a szuicídiumnak különböző lefutásai vannak aszerint, hogy a szuicid folyamatnak mely pontján helyezkedik el a személy, milyen motívumok játszanak szerepet a szuicídium elkövetésében, illetve hogy milyen életkorban van az adott személy. Mindezek vonatkozásában a búcsúlevelek fontos információkat szolgáltathatnak elvárásunk szerint. Az empirikus vizsgálatok módszertani nehézségeit ismerve törekedtünk arra, hogy a verifikálható tények szolgáltatassanak alapot következtetéseink számára.

A vizsgálat kezdetén terveink között szerepelt szuicid kísérletet elkövetett, ám azt túlélő személyek búcsúleveleinek összehasonlítása befejezett öngyilkosságot végrehajtott személyek szövegeivel. A kísérletet elkövetett és túlélő személyek levelei azonban rendkívül nehezen hozzáférhetőek. Sokszor ki sem derül, hogy a személy írt búcsúlevelet; illetve gyakori, hogy a későbbiekben a személy maga, vagy hozzátartozói megsemmisítik a szöveget, a kísérlet kvázi elfelejtése, feldolgozása miatt. Végül elvetettük a vizsgálat ezen ágának lefolytatását, mivel aránytalanul kevesebb tentáment túlélő személy szövegével (10-15) lett volna lehetőségünk összehasonlítani a befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek által hátrahagyott búcsúleveleket (247).

IV.2. A kérdésfeltevések konkretizálása

IV.2.1. A búcsúlevelek tartalma és az elkövetés oka

A búcsúlevelek elemzéséből származó információk általánosíthatósága a búcsúlevelet nem író öngyilkos személyekre nézve vitatott téma a szuicidológiában. Első lépésben tehát fontosnak érezzük annak tisztázását, hogy az alapvető demográfiai tényezők (kor, nem) és az elkövetés módszere mentén a búcsúlevelet hagyó csoport (194 fő) reprezentatívnek tekinthető-e a búcsúlevelet nem hagyókra nézve (725 fő). Sajnos nem áll rendelkezésünkre ennél több, szisztematikusan begyűjtött adat az öngyilkos személyek csoportjára. Ennek oka az, hogy a rendőrségi akták helyenként hiányosnak bizonyultak az iskolai végzettség, foglalkoztatottság, pszichiátriai kezelés meglétére vonatkozóan, ami nem tette lehetővé, hogy ezen adatok mentén is megvizsgáljuk a reprezentativitás kérdését.

Fontosnak érezzük továbbá a tartalmaknak a nemmel, az életkorral és az elkövetés módszerével való együttjárásának vizsgálatát; ami a demográfiai adatok, valamint a módszerválasztás dinamikájára, jellemző sajátosságokra világíthat rá.

A vizsgálati mintánkat jelentő 194 búcsúlevelet hagyó, befejezett öngyilkosságot elkövetett személy arányainak megoszlását a nem, a kor és az elkövetés módja vonatkozásában, a szakirodalomban olvasható arányokkal hasonlítjuk össze. A kor vonatkozásában Erikson pszichoszociális szakaszok elméletét használjuk fel az egyes életkori szakaszok megjelölésére (In: Carver, Scheier, 1998), Leenaars (1988) ajánlása szerint. A férfi - női aránnyal kapcsolatban a Magyarországon jellemző 70:30 százalékos arányt várjuk megjeleníteni, nem pedig a nemzetközileg jellemző 4:1-es eloszlást. Valószínűsítjük, hogy a kor vonatkozásában, a felnőttkorú és az időskorú korcsoport fogja magát leginkább képviseltetni a

mintában. A szakirodalmi adatok alapján a férfiak nagyobb százaléku violens és a kombinált módszerválasztását valószínűsíthetjük a nőkkel szemben. Elvárásunk szerint a fiatalok is violens módokat fognak használni.

Vizsgálatunk következő, leíróként definálható részében célunk bemutatni a búcsúlevelekben olvasható tartalmakat, illetve ezek gyakoriságát. Az elemzés során fontosnak éreztük törekedni arra, hogy a lehetőség szerinti teljes levéltartalmat lejelöljük (ne csak az érzelmeket, vagy a TGSP kategóriáknak megfelelő kiemelt fontosságú okokat), ugyanis így kaphatunk képet igazán arról, hogy mi foglalkoztatja a szuicid személyeket haláluk előtt. Ilyen jellegű vizsgálatokat kisebb százalékban találunk az irodalomban, inkább a meghatározott, strukturált szempontok alapján vizsgálódó kutatások vannak túlsúlyban. A teljes levéltartalom feltérképezése kapcsán választ kaphatunk arra a kérdésre is, hogy mire használják az öngyilkos személyek a leveleket, mi célból írják azokat. Kukorelliné (2002) a búcsúlevelek funkcióját a szándék véglegesítésében; az üzenet átadásában és az öngyilkos tett konkrét megkezdésében látja. Az üzenetek átadásának funkcióján belül sokféle lehetőség adódik. A levelek íródhatnak az okok közlésének szándékával, instrukciók hátrahagyásának szándékával, végrendelet jelleggel, stb. Ezek arányait fontosnak érezzük tisztázni.

A tartalmak gyakoriságai azon túl, hogy rámutathatnak a búcsúlevelek funkciójára; képet adnak az öngyilkos személy kognitív és érzelmi állapotáról, valamint a számára fontos kötődési személyekhez fűződő érzéseiről. Ezek a tartalmak feltételezhetően kapcsolatban állnak a szuicid motívumokkal, vagyis következtetéseket vonhatunk le belőlük az öngyilkosság okára nézve. Az érzelmi kategóriákkal kapcsolatban fontosnak érezzük, hogy törekedjünk a specifikus meghatározásra, és kerüljük a kevés információt adó általános (pozitív, negatív) besorolásokat.

Ismeretes az öngyilkossággal kapcsolatban az a gondolat, hogy az öngyilkos személyek nem meghalni akarnak, hanem az állapotukon, a helyzetükön szeretnének változtatni (pl: Bakó, 2004). Azt gondoljuk, hogy a mentális állapot, valamint a problémák fókuszának körvonalazásában segítséget ad az, ha jelöljük az öngyilkos személyek motívumait a halálra, ami rámutat arra is, hogy mit képvisel ez az állapot a számukra.

Mivel vizsgálatunk ebben a szakaszban, a tartalmak vonatkozásában leíró jellegű, nem látjuk értelmét annak, hogy hipotéziseket, elvárásokat fogalmazzunk meg, mivel célunk a mintát jelentő búcsúlevelek tartalmának beállítódásmentes leírása.

IV.2.2. Tipológia

A búcsúlevelekben hátrahagyott kognitív és emocionális tartalmak lejelölése, feltárása után, célunk különböző lefutású öngyilkos „utakat” keresni a szuicid szöveget hátrahagyók csoportjában.

Az öngyilkosság kutatás rengeteg sajátosságot fogalmazott már meg a szuicídium jelenségével kapcsolatban, de ezeknek az információknak a koherens osztályozása hiányzik. Ezt azért érezzük fontosnak, mert nem gondoljuk, hogy egyetlen pszichodinamikával jellemezhető öngyilkos kép lenne felrajzolható; illetve, hogy a feltárt sajátosságok minden öngyilkos személyre egyaránt igazak. Sokkal inkább több, eltérő jellegzetességekkel rendelkező csoport létezését tartjuk valószínűnek, amelyeknek a biológiai predispozíciók megléte mellett mások a jellemző személyiségvonásaik, más pszichodinamikával jellemezhetőek, más stresszorokra érzékenyek.

Tekinthetjük a típusokat úgy is, mint bizonyos vonásoknak egymás mellett való nagyobb megjelenési valószínűségét, összesűrűsödését; melyek kombinálódva, protektív faktorok hiányában már komoly szuicid rizikót jelentenek. Vagyis a típusokra nem egymástól teljesen elkülönülő, pszichológiai tényezőkből álló „dobozokként” gondolunk; hanem a biológiai predispozíciók talaján, a pszichoszociális tanulás hatására kialakult veszélyeztetettség különböző vonásainak, lefutásainak összesűrűsödéseként. A típusok azonosítása azért fontos, mert a súlypontokra mutatnak rá. Emellett az információkat könnyebben kezelhetővé és jobban átláthatóvá teszik, valamint segíthetnek hatékonyabban kijelölni a prevenció súlypontjait.

Természetesen vizsgálatunk nem vállalkozhat arra, hogy az általunk leírt típusok kapcsolódási pontjait megkeresse a biológiai predispozíciókkal. Modellünk konceptualizálásakor azonban fontosnak érezzük annak elhelyezését a szuicidológia irányvonalai között.

Vizsgálatunk ezen szakaszában statisztikai program segítségével, klaszterelemzéssel igyekeztünk a típusokat meghatározni. Az egyes klaszterek elnevezését az alájuk rendeződő kategóriák adják.

A búcsúlevél kutatásból származó tipológiák igen kisszámúak. Edland és Duncan (1973) csoportosítását kiemelném, akik tipológiájukat az alapján állították fel, hogy a halál milyen funkciót tölt be a szuicid személy számára. Kapott típusaik motívumként is

értelmezhetőek. Az öngyilkosság kutatásból származó tipológiák (pl: Apter, Ofek 2001; Orbach 1997) igazolása azért nehéz egy búcsúlevél kutatás számára, mivel meglehetősen sok adat hiányozhat a kép teljessé tételéhez; illetve bizonyos vonások (pl: perfekcionizmus, impulzivitás) írott szövegből nehezen, vagy egyáltalán nem ítéltetőek meg.

Ezért a búcsúlevél kutatás hagyományai között maradvá, célunk a levelekben olvasható csoportosított tartalmakból pszichodinamikai következtetések levonása, elsősorban a motívumokra vonatkozóan.

IV.3. Módszertan

IV.3.1. A tartalomelemzés módszere

A tartalomelemzés abból a felismerésből született, hogy ha elegendő mennyiségű szövegünk van, akkor ezeknek bizonyos elemeit megszámlálhatjuk, és ezek mentén értelmesen összehasonlíthatjuk őket (Ehmann, 2002). Krippendorf (1995) vázlatosan úgy írja le a folyamatot, hogy először elemzési egységeket választunk, majd ezeket előzetesen meghatározott kategóriákba soroljuk, és mennyiségileg elemezzük azokat. Vagyis a szöveget számszerűsített adatok formájában interpretáljuk, amelyeket azután statisztikai próbákkal elemzünk.

A tartalomelemzést nagyban meghatározta a kvantitatív-kvalitatív probléma, amely arról szólt, hogy „...a tartalomelemzés pusztán mérőműszer-e, vagy olyan exploratív tudomány, amely képes arra is, hogy olyasmit tegyen láthatóvá, aminek a létezéséről pusztán a szabad szemmel látható szövegelemek kigyűjtésével nem szerezhethnénk tudomást.” (Ehmann, 2002, 39. old).

Ehmann egy olyan önálló módszertani ágának tekinthető pszichológiai tartalomelemzést fogalmaz meg, ami mind a kvantitatív, mind a kvalitatív aspektust magában foglalja. Ezzel a szekvenciális- transzformatív módszer a kvalitatív kutatás által szétválasztott klasszikus tartalomelemzés egységes, kvantitatív és kvalitatív szemléletmódokat egyaránt felhasználó paradigmájához kíván visszanyúlni. A pszichológiai tartalomelemzés elsősorban exploratív- interpretatív jellegű tevékenység, amely elsődleges feladatának Ehmann az új szempontok felfedezését jelöli meg, a későbbi mérések számára.

A pszichológiai tartalomelemzés megfigyelési egységeinek Ehmann az Allport (1980) által meghatározott személyes dokumentumokat tartja, amelyek többek között az önéletrajzok, naplók, levelek, stb. Az adatfajtákat differenciálva Ehmann különbséget tesz kvalitatív és kvantitatív adat között. A minőségi adat lényege, hogy egy új tulajdonsághalmazt, kvalitást rendelünk hozzá egy korábban nem adatként létező jelenséghez – amely hozzárendelés révén olyan értelmes és egymással összemérhető mintázatokkal teszünk láthatóvá a szövegekben, amelyek korábban rejtettek voltak. A szerző hangsúlyozza, hogy a minőségi adat transzformált adat: amikor keletkezik, akkor kvalitatív; a folyamat végén azonban kvantitatív. A mennyiségi adat a ránézésre azonosítható és megszámlálható, manifeszt szövegelemet jelenti.

A kvalitatív adatok keletkezhetnek induktív és deduktív módon. A módok közül a deduktív mód számít a leginkább gyakorinak, amikor egy már korábban kialakított

pszichológiai konstruktumot használunk változóként az elemzésben. A cél a konstruktum meglétének a kimutatása a szövegben. Az induktív mód használata során egy teljesen új pszichológiai konstruktumot képezünk végtermékként.

Ehmann összefoglaló jelleggel hangsúlyozza, hogy a pszichológiai tartalomelemzésben a minőségi és mennyiségi aspektus szekvenciális, azaz egymás után következő viszonyban áll egymással. Mindkét mód célja ugyanis első lépésben a szövegelemek manifesztte tétele (ha rejtettek kezdetben), majd skálázható pszichológiai változók értékeinek meghatározása. A tartalomelemzés kompetenciája eddig a pontig tart.

A tartalomelemzés alapvető lépései az elemzendő szövegek kiválasztása; a kategóriák kidolgozása; a kódolás és az elemzés (Szokolszky, 2004).

Az elemzendő szövegek kiválasztása esetén dönteni kell arról, hogy az elemzés teljes körű, vagy mintavételen alapuló legyen-e. A kapott vizsgálandó mintát ezután elemzési egységekre bontjuk úgy, hogy a meghatározott mintavételi egységek egymástól függetlenek legyenek (Krippendorf, 1995). Következő lépésben meghatározzuk az adatrögzítési egységet, amelyre azért van szükség, mert a mintavételi egységek gyakran túl nagyok ahhoz, hogy leírási egységként szolgáljanak. Az adatrögzítési egységek a tartalom specifikus szegmentumának tekinthetőek, amelyet egy adott kategóriába sorolással jellemezünk. Fontos még megemlíteni a kontextuális egységet, amivel annak a kontextuális információnak a korlátait szabjuk meg, amely bekerülhet egy adatrögzítési egység leírásába.

A tartalomelemzéses vizsgálatok leglényegesebb részét a kategóriák kidolgozása adja; ugyanis a kategóriarendszer jó, vagy elhibázott jellege alapvetően az egész vizsgálat minőségét meghatározza. A kategóriadefiníció meghatározásánál a lehető legvilágosabban kell kifejtetni és behatárolni azt a jelenséget, amit a kategória képvisel. Érdeemes példákat közölni a teljesebb megértésért. A kategóriák fontos meghatározója, hogy egymást kizárónak kell lenniük.

A kódolás fázisában a szemantikai egységeket a meghatározott kategóriákhoz rendeljük – ezzel átfordítottuk számszerűsített adatokra a szöveget. Validitás és reliabilitáselemzések elvégzésére is ebben a szakaszban adódik lehetőség.

Az elemzés fázisában a kapott adatokat elemezzük statisztikai eljárásokkal.

IV.3.2. A saját vizsgálatban a tartalomelemzési lépések meghatározása

A vizsgálati mintát képező búcsúlevelek az allporti értelemben vett személyes dokumentumoknak tekinthetők, melyek a pszichológiai elemzés számára alapul szolgálhatnak. Ezek a személyes dokumentumok azért árulkodóak, mert szándékosan, vagy akaratlanul is információt szolgáltatnak a szerző életének struktúrájáról és dinamikájáról. Vizsgálatunkkal igyekeztünk a leíró jellegén túlmenően eleget tenni az exploratív - következtetési igénynek, amelyre a kvalitatív elemzések számot tarthatnak.

A vizsgálati mintát képező 194 személy búcsúlevelének kiválasztása nem mintavételen alapuló volt, hanem teljes körű. Lehetőségünk adódott arra ugyanis, hogy 1994 - 2002 között, Debrecenben, illetve Hajdú- Bihar megyében, befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek közül 919 személy legalapvetőbb demográfiai adatait összegyűjtsük, illetve hozzáférjünk az általuk hátrahagyott búcsúlevelekhez. Egyedüli szelekciós szempontként az olvashatóság merült fel, aminek következtében hat búcsúlevelet nem találtunk elemezhetőnek.

Ezután az elemzési egységek meghatározása következett a búcsúlevelekben. Megfigyelhető volt a mintában, hogy egy személy nem mindig csupán egy búcsúlevelet írt. Több szöveg esetén számos esetben tapasztalható volt az, hogy ezek tartalmukban akár teljesen eltértek annak megfelelően, hogy kinek szóltak. Érzésünk szerint fontos eltérések mosódnának össze, ha egy személy összes levelét vennénk egy elemzési egységnek, amellyel az egyes levelek koherenciája sérülne. Egy elemzési egységnek tehát egy búcsúlevelet tekintettünk.

Ezután az adatrögzítési egység meghatározása következett. Azt az elvet követtük, hogy értelmes legyen az egység, de csak egy jelentést tartalmazzon. Terjedelmét tekintve lehet egy, vagy két mondat, de lehet akár egy alany és egy állítmány is. Kognitív, emocionális, viselkedési egységekben gondolkodtunk, amelyek elég nagyok ahhoz, hogy már jelentést tartalmazzanak, de csupán egy jelentés erejéig. A jelöléssel kapcsolatban elmondható, hogy igyekeztünk minden megnyilvánulást lejegyezni, ugyanis célkitűzésünk az volt, hogy a búcsúlevelek tartalmát csaknem teljes mértékben lejelöljük.

A vizsgálat következő szakaszában történt a kategóriák meghatározása. Nem előre felállított kategória rendszerrel dolgoztunk, hanem azokat közvetlenül a tartalomelemzés folyamata során határoztuk meg – ezzel célunk, az előre való beállítódás műtermékének elkerülése volt. Fontosnak éreztük azt, hogy a kategóriákat a jelölés szakaszában ne értelmezzük, hanem igyekeztünk úgy elnevezni őket, mint ahogyan a levelekben szerepeltek.

Így például az „Öngyilkosságot elrejteni” kategória esetén később került sor arra, hogy azt szégyenélményként definiáljuk. Bizonyos területen a kategóriák differenciáltabbak lettek, más területen kevésbé – ez az eltérés a levelek tartalmából keletkezett. A kategóriákat úgy határoztuk meg, hogy azok egymást kizáróak legyenek. A kategóriadefiníciókat igyekeztünk világosan és specifikusan meghatározni, melyhez konzisztensen ragaszkodtunk az elemzés folyamán. Az elemzés során példákat is gyűjtöttünk össze, amelyek jól jellemzik az adott kategóriát.

A kódolás során, a kvalitatív tartalomelemzés módszerének megfelelően, adott kategória előfordulását az adott elemzési egységben csupán egyszer jelöltük le. A kvalitatív adatok keletkeztetésének deduktív formáját választottuk, vagyis az öngyilkosságkutatás, illetve a pszichológia egyéb területein megismert jelenségek, tehát már ismert pszichológiai konstruktumok meglétét mutattuk ki a búcsúlevelekből. Ezeket az ismert pszichológiai konstruktumokat azonban a vizsgálat további részében hisszük, hogy sikerül olyan szempontok alapján elemezni, csoportokba sorolni, amely az exploratív - következtetési igényeknek is eleget tesz, és esetleg további vizsgálatok számára jelenthet kiindulási pontot.

IV.3.3. A használt statisztikai próbák

Variacionálízis

A varianciaanalízis egy paraméteres eljárás, azaz a vizsgálatba bevont függő változónak normálisnak kell lennie. A módszer segítségével arra keressük a választ, hogy van-e jelentős különbség az egyes ismérvek, mint független változók (pl. nem, öngyilkossági mód) alapján csoportosított almintákban a függő változó (öngyilkosság ideje) értékében, illetve egy-egy csoporton belül az értékek szórása és a csoportok közötti szórás eltér-e. Alkalmazásának további feltétele az alminták függetlensége, valamint a függő változó szórásának meg kell egyeznie az egyes almintákon. Ennek tesztelésére a Levene statisztikát alkalmazzuk. A mintát kétféle variancia segítségével jellemezzük, az ún. belső és külső varianciával. Ha a külső variancia lényegesen meghaladja a belső varianciát, akkor a különbségek a csoportok közötti eltérésében rejlenek. Ha a szignifikancia öt század alatti, akkor elvetjük a nullhipotézist, miszerint a különböző csoportok öngyilkossági ideje között nincs különbség (például az öngyilkosság ideje szignifikánsan különbözik az öngyilkossági módokban).

Chi- négyzet elemzés

A Chi-négyzet elemzés nemparaméteres statisztikai próba. Ezeket a próbákat a kísérleti statisztikában általában akkor alkalmazunk, ha a vizsgált változók nem elégítik ki a paraméteres próbák feltételeit. Ez elsősorban a normális eloszlástól nagyon eltérő eloszlást jelent. Ezekkel illeszkedés-, homogenitás- és függetlenségvizsgálat végezhető. A χ^2 próba az egyik legalapvetőbb statisztikai próba. Általában akkor használjuk, amikor egy várt értéktől való eltérést vizsgálunk csoportosított adatokon (keresztáblák). Nagy előnye, hogy diszkrét és folytonos változók vizsgálatára egyaránt alkalmas. A folytonos változót azonban osztályokba kell sorolni, mert a próba a relatív osztálygyakoriságok valószínűségét vizsgálja. Alkalmazásának feltétele, hogy az osztálygyakoriság minimum kettő legyen, és csak az osztályok 20 % - ban lehet ötnél kevesebb adat. A χ^2 -teszttel kategóriákba sorolt ordinális, vagy nominális adatokat is értékelhetünk. A χ^2 -próbát leggyakrabban arányokra vonatkozó hipotézisek tesztelésére használjuk, és összefüggések vizsgálatára alkalmazzuk (pl.: van-e különbség az egyes öngyilkossági módszereket alkalmazók arányaiban a nemek tekintetében). Ez a megfigyelt, és az elméleti (elvárt) gyakoriságok összehasonlítását jelenti egy keresztáblában.

Túléléselemzés

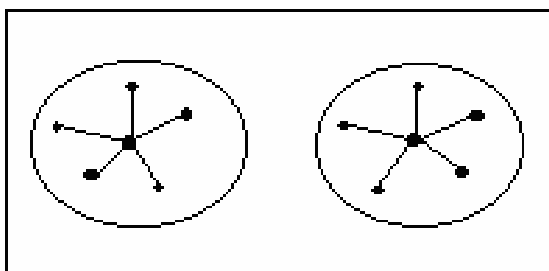
A kockázati periódus beméréséhez a nem parametrikus Kaplan-Meier módszert alkalmaztuk, melyet termék - ciklus becslésnek is neveznek. Arra az esetre fejlesztették ki, amikor adott egy sokaság, de semmiféle magyarázó változó nem áll rendelkezésünkre. Megfigyeléseink egy adott esemény bekövetkeztéig eltelt időtartamot ölelnek fel minden egyéb információ nélkül. Anélkül, hogy felosztanánk a túlélési időket intervallumokra, közvetlenül is megbecsülhetjük a túlélés valószínűségeit a túlélési idők alapján. A nem parametrikus Kaplan–Meier becslés diszkrét időpontok esetére nyújt megoldást. Használhatjuk a túlélési idő mediánjának meghatározására, vagy pedig egyes időszakokra vonatkozó túlélési arány meghatározására (Kovács, Béri, 2006).

Klaszterelemzés

A klaszteranalízis a többváltozós statisztikai módszerek egyik legismertebb eljárása, amely tulajdonképpen egy csoportosító eljárás. A megfigyelési egységekhez rendelt változók

mentén kívánjuk a megfigyeléseket csoportosítani. Célunk olyan klaszterek létrehozása, amelyeknek elemei a lehető legszorosabban kapcsolódnak egymáshoz és viszonylag jobban eltérnek a többi klaszter elemeitől (Kovács - Balogh, 2007). A klaszterelemzés nem tesz különbséget függő és független változók között, hanem a változók halmazán belüli kölcsönös összefüggéseket vizsgálja. Segítségével nemcsak a megfigyelési egyedeket tudjuk csoportosítani, hanem változócsoportok kialakítására is lehetőség van. Az elemzés menetének két legfontosabb pontja a távolsági mértékek és a klaszterezési módszer kiválasztása. A skála típusú adatok esetében a legfontosabb távolsági mértékek: euklideszi távolság (négyzetes is lehet), Manhattan, Csebisev, Pearson-féle. Bináris típusú adatok esetén: Dice, Jaccard, Phi, Rao. Amikor két elemet összevontunk a köztük lévő távolság alapján, akkor klaszter keletkezik. Két klaszter összevonása esetén definiálni kell azt, hogy mit értünk két klaszter távolságán. Erre különféle módszerek léteznek. Dolgozatomban a legelterjedtebb Ward-féle módszert alkalmaztam, mivel ez az a módszer, amely kifejezetten törekszik arra, hogy a csoportosítást minimális információvesztéssel hajtsa végre. Az információ-vesztés alatt az elemek csoportátlaguktól való eltéréseinek négyzetösszegét, azaz a csoporton belüli varianciát kell érteni. A teljes minta varianciája felbontható a csoportokon belüli, és a csoportok közötti variancia összegére. A cél olyan csoportosítás kialakítása, mely során a csoportokon belüli varianciák összege minimális (6. ábra). A klaszterelemzés érvényesítését úgy végeztem, hogy többféle távolsági mértékre is futtattam az eljárást, és a kapott eredményeket összehasonlítottam.

A Ward-féle módszer



6. ábra: A csoportokon belüli varianciák összege minimális (Malhotra, 2001)

Bináris adatok esetén alkalmazható távolsági mértékek képletei:

A és B változó közötti távolság számításához az alábbi keresztábrának a cellagyakoriságait használjuk:

Kategória	A változó/elem	
B változó/elem	<i>Igen</i>	<i>Nem</i>
<i>Igen</i>	a	b
<i>Nem</i>	c	d

5. táblázat: *Cellagyakoriságok*

Jaccard Index: Annak a valószínűségét adja meg, hogy a két változó (elem) egyezik legalább egyikük jellemzőjében.

Dice Index: Kétszeres súlyozással veszi figyelembe az együttes jellemzőket, az együttesen hiányzó jellemzőkkel nem számol.

Russel and Rao: A jellemzők együttes meglétének valószínűségét adja.

Phi: A korrelációs koefficiens bináris változata.

Lance és Williams: A különbözőséget méri.

IV.4. Vizsgálati minta

Összesen 919 személy adatait jegyeztük fel, akik 1994 - 2002 között követel el befejezett öngyilkosságot Hajdú- Bihar megyében. Vizsgálati mintánkat 247 búcsúlevél jelentette, melyet összesen 194 személy hagyott hátra, a fent említett 919 személyből.

Mind a 919 személyről rendelkezésre állnak információk a nemmel, az életkorral, a halál dátumával és az elkövetési módszerrel kapcsolatosan.

Az elkövetési módokat a kezdeti tizenkét csoportról háromra (violens, nem violens, kombinált) csökkentettük le, amit statisztikailag is jól megragadhatunk. Violensnek definiáltuk az akasztással, magas helyről való leugrással, lőfegyverrel, vonat alá ugrással, árammal, tűzhalállal, vízbefojtással illetve érfelmetszéssel elkövetett szuicídiumtípusokat. Nem violensnek értelmeztük a gyógyszerrel, gázmérgezéssel és méreggel elkövetett öngyilkossági módokat. Kombinálnak neveztük el azokat az eseteket, amikor a személy egynél több módszert alkalmazott élete véghezvitéséhez. Az elkövetési módok violens és nem violens módszerekre való felosztása megegyezik más szakirodalomban olvasható felosztásokkal (pl: Denning és mtsai, 2000). A kombinált módszert azért éreztük külön kezelendőnek, mert a szuicid szándék nagyobb erősségét mutatja – feltételezésünk szerint.

IV.5. Elvégzett vizsgálatok és eredmények

IV.5.1. Reprezentativitás

Elsőként fontosnak tartottuk annak vizsgálatát, hogy a búcsúlevelet hagyó 194 személy reprezentatívnak bizonyul-e a kor, a nem és az elkövetés módszere vonatkozásában a búcsúlevelet nem hagyó, 725 főre nézve?

A búcsúlevélkutatásból származó eredmények reprezentativitásának kérdése vitatott. Mint az irodalmi összefoglaló részben bemutattuk, számos eredmény szól amellet, hogy nincs különbség a búcsúlevelet hagyó és nem hagyók között (pl: Tuckman és mtsai, 1959; Girdhar és mtsai, 2004; Chávez-Hernández és mtsai, 2006; Demirel és mtsai, 2008); és amellet is, hogy a két csoport számos jellemzőben nem egyezik (pl: Heim, Lester, 1990; Ho és mtsai, 1998; Salib és mtsai, 2002).

A kérdés eldöntésére varianciaanalízissel és chi-négyzet próbával adhatunk választ.

A minta reprezentativitása az elkövetők életkora szerint*

<i>Sokaság</i>	<i>Elemzés</i>	<i>Kor (átlag)</i>	<i>Kor (szórás)</i>
<i>Minta</i>	194	54,84	17,819
<i>Alap</i>	725	55,20	18,033
<i>Szignifikancia</i>		0,760	0,628

*Anova elemzéssel igazolva

N=194

6. táblázat: A búcsúlevelet író és nem író öngyilkos populáció életkor szerinti reprezentativitásvizsgálata

A szórások egyezősége teljesül, az alapsokaság és a minta átlaga között nincs szignifikáns különbség. A minta az életkor szerint tehát reprezentatívnak tekinthető.

A minta reprezentativitása az elkövetők neme szerint*

<i>Nem</i>	<i>Alap(%)</i>	<i>Minta (%)</i>
<i>Férfi</i>	73,87	67,53
<i>Nő</i>	26,13	32,47
<i>Összesen</i>	100,0	100

* Chi-négyzet statisztikával igazolva (p=0,072) N=194

7. táblázat: A bűcsúlevelet író és nem író öngyilkos populáció nem szerinti reprezentativitásvizsgálata

Látható, hogy nem adódik szignifikáns különbség az alapsokaságbeli és a mintabeli arányok között. A minta nem szerint tehát reprezentatívnak tekinthető.

A minta reprezentativitása öngyilkossági módszer szerint*

<i>Módszer</i>		<i>Sokaság</i>	
		<i>Minta</i>	<i>Alap</i>
<i>Violens</i>	<i>Elemzés</i>	150	688
	<i>%</i>	77,32	79,54
<i>Nem violens</i>	<i>Elemzés</i>	38	152
	<i>%</i>	19,59	17,57
<i>Kombinált</i>	<i>Elemzés</i>	6	25
	<i>%</i>	3,09	2,89
<i>Összesen</i>		194	865

* Chi-négyzet statisztikával igazolva (p=0,787), minravételi arány: 22,42% N=194

8. táblázat: A bűcsúlevelet író és nem író öngyilkos populáció életkor szerinti reprezentativitásvizsgálata

Látható, hogy nem adódik szignifikáns különbség az alapsokaságbeli és a mintabeli arányok között. A minta tehát nem, kor, módszer szerint is reprezentatívnak tekinthető.

A fenti eredmények alapján tehát a bűcsúlevelet hagyók csoportja reprezentatívnak tekinthető a vizsgálatban szereplő bűcsúlevelet nem hagyók csoportjára három változóval (kor, nem, elkövetés módja) végzett vizsgálatok alapján. Ez alapján a bűcsúlevelet hagyó

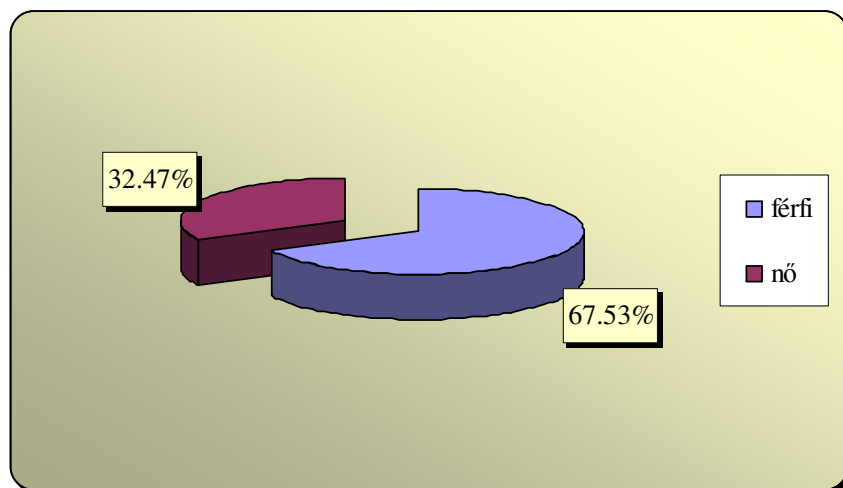
öngyilkosok nem bizonyulnak egy sajátos, a búcsúlevelet nem hagyó öngyilkosoktól eltérő populációnak, vagyis megállapításaink kiterjeszhetőek a befejezett öngyilkosságot elkövetőkre.

IV.5.2. A kor, a nem, és az elkövetés módja között összefüggések vizsgálata

Megoszlások, egyszerű elemzések

Nem szerinti megoszlás

Eredményeink szerint a 194 fős mintát a férfiak közel 68 %-ban (N=131), a nők pedig 32 %-ban teszik ki (N=63). Eredményeinkben tehát az az általános tendencia nyilvánul meg, amely szerint a férfiak döntő többségben vannak a befejezett öngyilkosságot elkövetők mintájában. Eredményeink a magyarországi eloszlással mutatnak nagy hasonlóságokat, ugyanis Buda (2001) a magyar statisztikák kapcsán hasonló arányokat említ: az öngyilkosok közel 70 %-a férfi.



7. ábra: A búcsúlevelet hagyó személyek nemi megoszlása

Az elkövetők életkora szerinti megoszlás:

A szakirodalomban olvasható adatoknak megfelelően (Bertolote és Fleischmann, 2002) a középkorúak legnagyobb arányát tételezhetjük fel a vizsgálati mintában, hiszen annak ellenére, hogy arányában kiemelkedően fontos az időskorú szuicídium, mégis „mennyiségileg” több öngyilkosságot (55%) követnek el az emberek 5-44 éves koruk közt, mint 45 év felett.

A kor vonatkozásában Erikson pszichoszociális szakaszok elméletét használjuk fel, az egyes életkori szakaszok megjelölésére (In: Carver, Scheier, 1998), Leenaars (1988) ajánlása szerint. Ennek megfelelően serdülőkorként defináljuk a 12-20 éves kort, fiatal felnőttkornak a 20-25 éves időszakot, felnőttkornak pedig a 25-60. Az időskor kezdetét 60 év felett értjük.

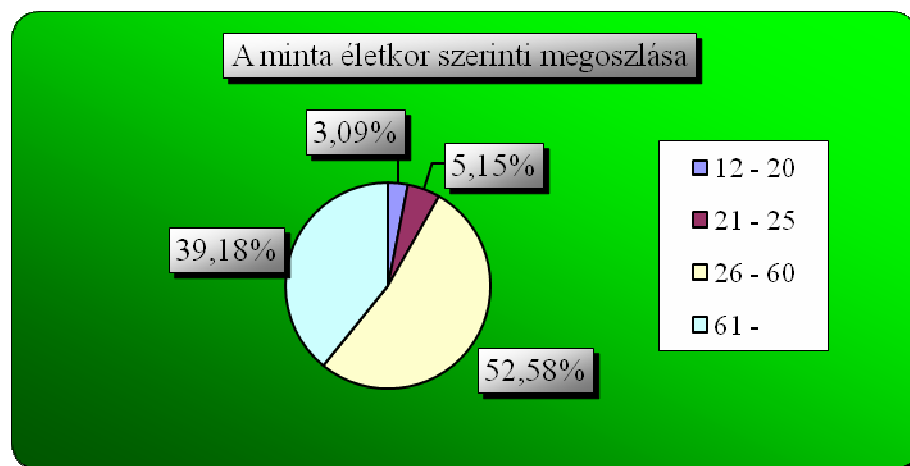
Eredményeinket az alábbi táblázatban foglaljuk össze, és az 11. számú ábrán szemléltetjük.

Korcsoport	Személyek száma
12-20	6
21-25	10
26-60	102
61-	76

9. táblázat: A búcsúlevelet író személyek életkori megoszlása

Látható, hogy a felnőttkorú korosztály képviselteti magát legerőteljesebben a mintában. Ez az eredményünk egybevág Bertolote és Fleischmann (2002 eredményével, amely szerint több öngyilkosságot (55%) követnek el az emberek 5-44 éves koruk közt, mint 45 év felett. Mindkét nembe tartozók esetén a 35-44 év közötti korosztály az világszinten, ahol a legtöbb öngyilkosságot elkövetik. A 20-44 éves korosztályban a második legfőbb halálozási ok az öngyilkosság az Európai Unióban, a közlekedési baleseteket követően (Eurostat).

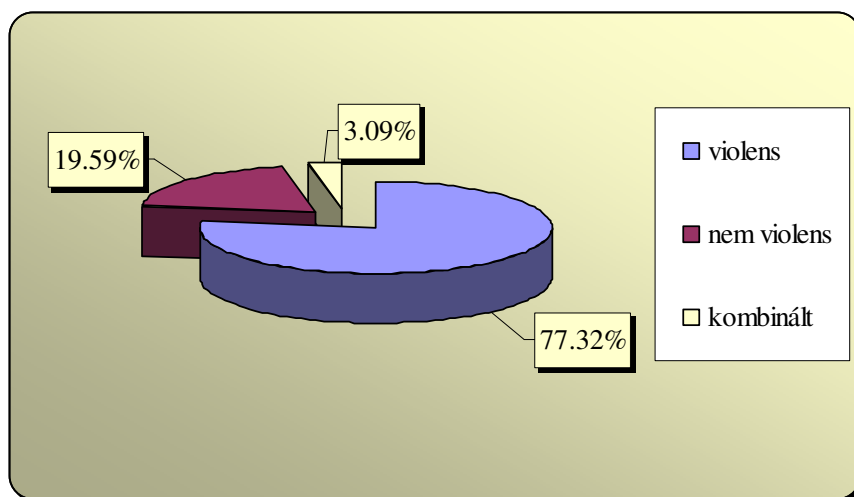
Az életkori megoszlás ennél differenciáltabb ábrázolását az életút-elemzés teszi lehetővé az elemzések későbbi részében.



8. ábra: A búcsúlevelet író személyek életkor szerinti megoszlása

Módszer szerinti megoszlás:

A szakirodalomban olvasható adatoknak (Bertolote és Fleischmann, 2002) megfelelően elvárható, hogy a mintában nagyobb arányban fognak előfordulni a violens módon életüknek véget vetők. A befejezett öngyilkosságot elkövetők inkább választanak nagyobb letalitású, életüknek hamar véget vető módszereket, amelyek mellett minimális a túlélés esélye. Vizsgálati mintánkban is ez a jelenség nyilvánult meg: közel 80 %-ban, tehát túlnyomó többségben erőszakos módot választottak a személyek - ami egybevág a hazai szakirodalmi adatokkal (pl: Bakó, 1992).



9. ábra: A búcsúlevelet író személyek elkövetési módszereinek megoszlása

Feltételezhetjük továbbá például Zonda (2006) és Bakó (1992) magyarországi adatai alapján, hogy a violens módszerválasztáson belül az akasztás a leginkább választott módszer; a nemviolens módszerek között pedig gyógyszermérgezésben halnak meg a legtöbben. Ez a jelenség a saját vizsgálati mintánkban is megnyilvánult, hiszen a saját csoportján belül mind az akasztás, mind a gyógyszermérgezés képviselik a leggyakoribb halálokokat.

Az általunk külön csoportként kezelt kombinált módszert választók csoportját véleményünk szerint a violens módszert használók csoportjába sorolhatjuk be – mivel azonban erre vonatkozóan nem találtunk kutatási eredményt, nem tettük meg ezt az összevonást. További vizsgálatok segítségével tisztázható ez a kérdés.

Violens módszer	Százalékos arány	Nem violens módszer	Százalékos arány
Akasztás	84,7 %	Gyógyszermérgezés	84,2 %
Kiugrás	6,6 %	Méreg	10,5 %
Lőfegyver	2,6 %	Gázmérgezés	5,2 %
Áram	1,9 %		
Érfelmetszés	1,9 %		
Vonat, Tűzhalál, Kútbaugrás	1,8 %		

10. táblázat: A violens és nem violens elkövetési módokat használó búcsúlevelet hagyó személyek elkövetési módszerei részletesen

Elemzések a kor, a nem és az öngyilkossági módszer közötti összefüggések feltárására

A szakirodalomban olvasottaknak megfelelően elvárhatjuk az idősebbek nagyobb arányú violens módszerválasztását. A szuicidológiában általánosan elfogadott tény, hogy az idősek violens módokat használva vetnek véget életüknek leginkább (pl: McIntosh és Santos, 1985). A nem vonatkozásában elvárásaink szerint a férfiakat erősebben fogja jellemezni a violens módok használata a nőekkel szemben (pl: Denning és mtsai, 2000).

Ezeknek az összefüggéseknek a feltérképezéséhez varianciaanalízist alkalmaztunk, melynek egyik feltétele az, hogy a vizsgálatba bevont változó, amely jelen esetben a kor, normális eloszlású legyen. Ezt az SPSS 13 programban az egy mintás Kolmogorov-Smirnov teszttel vizsgáltuk. A teszt $p=0,163$ szignifikanciával kimutatta, hogy a kor normális eloszlásúnak tekinthető, és így alkalmazható a varianciaelemzés, ha az almintákban a szórások egyenlőségére vonatkozó feltétel teljesül, és az alminták függetlenek.

Az öngyilkos személy életkorának összefüggése az elkövetés módszerével:

Módszer	Kor
<i>Violens</i>	53,63
<i>Nem violens</i>	61,16
<i>Kombinált</i>	45,00
<i>Összesen</i>	54,84
<i>Szignifikancia</i>	0,025

Levene statisztika nem volt szignifikáns ($p=0,791$) $N=194$

11. táblázat: Az öngyilkos személy életkorának és az elkövetés módszerének összefüggése

A fenti táblázatból látható, hogy az ANOVA elemzés szignifikáns különbséget jelzett az egyes módszerek és az elkövetők életkorának összefüggésében. Az elemzés alapján feltételezzük, hogy túléléselemzés azon modellje fog jól illeszkedni, amiben csak a kor és a mód van benne, az elkövetők neme pedig nem.

A kapott eredmények szerint a felnőttkorú személyeket jellemzik leginkább a violens módszerek és kombinált módszerek használata, míg az idősebb korosztály elvárásunktól eltérően nem violens módon vet véget az életének. Az idős személyekre kapott eredmény nem illeszkedik az általánosan megfigyelt tendenciákra, amelyek szerint az idősek violens módon vetnek véget életüknek, aminek oka az erős szuicid szándék lehet. A kapott eredmények oka más vizsgálatok általi tisztázásra szorul.

A nem és az öngyilkosság módszerének összefüggése I. *

<i>Nem</i>	<i>Módszer</i>			<i>Összesen</i> (%)
	<i>Violens</i> (%)	<i>Nem violens</i> (%)	<i>Kombinált</i> (%)	
<i>Férfi</i>	74,7	44,7	33,3	67,5
<i>Nő</i>	25,3	55,3	66,7	32,5
<i>Összesen</i>	100,0	100,0	100,0	100,0

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt ($p=0,000$) $N=194$

12. táblázat: A nem és az öngyilkosság módszerének összefüggése

A nemek és az öngyilkossági módok kapcsolatának vizsgálatára a Pearson féle Chi-négyzet próbát alkalmaztuk, amely szignifikáns különbséget jelzett a nemek és az öngyilkossági módok tekintetében. Az összefüggés feltárását két lépcsőben végeztük el. Első lépésben arra a kérdésre szeretnénk volna választ kapni, hogy a búcsúlevelet író férfiak vagy a nők használnak-e jellemzőbben violens módszert öngyilkosságuk elkövetésekor?

Megállapítható, hogy a férfiak jóval nagyobb arányban használtak violens módokat életük kioltására, mint a nők. Az arány 75% : 25%. Ez az eredményünk teljes mértékben egybevág a szakirodalom szerint megfogalmazott tendenciával (pl: Denning és mtsai, 2000).

A nők valamivel magasabb arányát találjuk meg a nem violens módok esetén, ami szintén általános jellemzőnek számít. Érdekes eredmény emellett a nők igen magas képviseltsége a kombinált módszert alkalmazók között. Az ilyen módon életüknek véget vetők 66,7 % -a nő volt ugyanis. A kombinált módszert használók azonban igen kis létszámú csoportot jelentett a mintán belül, eredményeink tehát nem általánosíthatóak széles körben. Ez egy alcsoport lehetőségére hívja fel a figyelmet a nők között, akik ha violens módszert választanak, akkor sokkal erősebben, drasztikusabban teszik azt meg, mint a férfiak.

A nem és az öngyilkosság módszerének összefüggése II. *

<i>Nem</i>	<i>Módszer</i>			<i>Összesen (%)</i>
	<i>Violens</i>	<i>Nem violens</i>	<i>Kombinált</i>	
<i>Férfi</i>	85,5%	13,0%	1,5%	100,0%
<i>Nő</i>	60,3%	33,3%	6,3%	100,0%
<i>Összesen</i>	77,3%	19,6%	3,1%	100,0%

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt (p=0,000) N=194

13. táblázat: A nem és az öngyilkosság módszerének összefüggése

Második lépésben arra kerestük a választ, hogy a nemeken belül milyen a módszerek megoszlásának aránya?

Kapott eredményeink szerint a férfiak mintegy 85,5 %-ban vetnek véget életüknek violens módon, jóval kisebb százalékuk alkalmazott nem violens és kombinált módokat. Eredményeink egybevágnak a szakirodalom által leírtakkal (pl: Denning és mtsai, 2000).

Ugyanakkor a búcsúlevél író női mintára is igaz az, hogy elsősorban violens módon vetett véget életének (60,3%); kisebb százalékban pedig nem violens és kombinált módokat használtak. Adataink a nők vonatkozásában tehát nem egyeznek meg a szakirodalomban olvasottakkal, ami a nőkre, a nem violens módok használatát látja jellemzőnek. Ha azonban azt vesszük figyelembe, hogy a nőkre nem kisebb meghalási szándékot, hanem csupán más módszerválasztást találtak jellemzőnek, akkor ez az eredmény csupán ennek a „másságnak” az elmosódásáról szól. Néhány kutató ezt a nőkre jellemző eltérést, a szépségre való szocializáltságban; illetve az alapvetően kapcsolati beállítódás miatt, egyfajta nagyobb empátiakészségben látja a megtaláló személy felé. Ezek a női specifikumok látszódnak elmosódni jelen esetben.

A kéttényezős varianciaelemzés

A továbbiakban a nem, a kor, és a módszer közötti többváltozós összefüggések feltárására 2-tényezős varianciaelemzést alkalmaztunk. Az eltérés négyzetösszeg számítására a III. típust alkalmaztuk, ezt használhatjuk az egy vagy többtényezős, kiegyensúlyozott, vagy kiegyensúlyozatlan, teljes, azaz „nincs hiányzó cella” adatú kísérletek kiértékelésekor. Az összefüggések rendszerét az alábbi ábra szemlélteti.

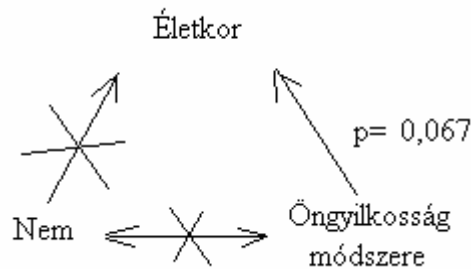
Változó	Type III eltérés négyzetösszeg	Szabadságfok	Szórás négyzet	F-statisztika	Szignifikancia
<i>Korrigált modell</i>	3519,940(a)	5	703,988	2,291	,047
<i>Konstans</i>	116239,212	1	116239,212	378,340	,000
<i>Nem</i>	120,428	1	120,428	,392	,532
<i>Módszer</i>	1687,919	2	843,960	2,747	,067
<i>Nem x Módszer</i>	122,525	2	61,263	,199	,819
<i>Huba</i>	57760,106	188	307,235		
<i>Összesen</i>	644725,000	194			
<i>Korrigált összesen</i>	61280,046	193			

14. táblázat: A nem, a kor és az elkövetés módszere közötti kapcsolat többváltozós elemzéssel vizsgálva

A kapott eredmények szerint a nem sem közvetve, sem közvetlenül nem befolyásolja az öngyilkosságot elkövető életkorát; a módszer és az életkor között azonban közvetlen kapcsolat van (de csak 10 %-os szignifikancia szinten!). Ebben szerepet játszik a fent bemutatott összefüggés, amely szerint jelen mintában kombinált módon, relatíve fiatalabb életkorban lesznek öngyilkosok az ilyen módon életüket kioltók.

Ez azt jelenti, hogy akik adott módszerrel követnek el öngyilkosságot, azok adott életkorban teszik azt meg - vagyis az adott módszer specifikusnak számít az életkor vonatkozásában. Ugyanez az összefüggés nem igaz a nem vonatkozásában. Jelen mintára nézve tehát elmondható, hogy az 53 év körüli életkorban elkövetett öngyilkosság nagyobb eséllyel történik meg violensen; a 61 év körüli szuicídium esetében nagyobb a kockázata a nem violens módnak; a 45 év körüli életkorban pedig a kombinált módszernek.

Az eredményeket, a nem, az életkor és módszer közötti összefüggésekre vonatkozóan, a következő útvonalábrával lehet a legszemléletesebben ábrázolni:



10. ábra: A nem, az életkor és az elkövetés módszere közötti összefüggések útvonalábrája

IV.5.3. Veszélyeztető periódusok

Vizsgálódásunk következő szakaszában célunk volt veszélyeztető periódusoknak a megállapítása, különböző szempontok szerint.

Szakirodalmi adatokból tudjuk, hogy a befejezett öngyilkosságra leginkább a kétfázisú görbe illeszkedik: megemelkedik a szuicídiumok gyakorisága felnőttkorban, illetve folyamatosan emelkedik az időskorban. Világszinten, mindkét nem esetében a 35-44 éves kor az, ami leginkább veszélyeztetőnek számít (Bertolote és Fleischmann, 2002). A magyarországi helyzetet tekintve elmondható, hogy mindkét nem esetében a 45-54 éves életkor számított különösen veszélyeztetőnek a KSH adatai alapján 2006-ban, illetve folyamatos emelkedés volt tapasztalható 70 éves kortól kezdve. Vizsgálati mintánkban is ezeket az életkorokat tételezhetjük fel a leginkább szuicídium-specifikusnak.

Veszélyeztető periódusok a kor vonatkozásában

A kor vonatkozásában a veszélyeztető periódus bemérését parametrikus elemzéssel végeztük el. A nem, az öngyilkossági módszer és az elkövető életkora alapján alkottunk egy parametrikus Cox-féle proporcionális modellt. A modell paraméterbecslései Wald-elv szerinti Chi-négyzet próbával történtek. A modell jóságának ellenőrzése a likelihood arány és Pearson-féle Chi-négyzet próbával történt, amely alapján $p=1,000$ empirikus szignifikancia mellett elfogadtuk a modellt, azaz azt, hogy modellünk szignifikánsan különbözik a nullmodellől. A nullmodellben a magyarázó változók nulla értékkel szerepelnek.

Az Exp (B) érték a relatív kockázati értéket jelenti. Amennyiben értéke 1-feletti, akkor ez arra utal, hogy az öngyilkosságok ekkor intenzívebben következnek be, ha értéke 1 alatti,

akkor alacsonyabb a bekövetkezési kockázat. Az 1 érték képviseli a viszonyítási alapot, ezt a szakirodalom átlagos kockázat értéknek nevezi. A 0 értékek azt jelzik, hogy a mintában senki nem ölte meg az adott korban magát.

A modell paraméterbecslése a 15. számú táblázatban látható:

Életkor	Exp(B)	Életkor	Exp(B)
16	0.2773	53	3.7714
17	0.5576	54	3.4875
18	0.2818	55	1.2380
19	0	56	1.2685
20	0.5667	57	2.6009
21	0	58	1.3694
22	0	59	0
23	0.5730	60	2.1101
24	0.8718	61	2.1910
25	1.4779	62	1.5125
26	0	63	0.7791
27	0.3042	64	1.5750
28	0.6120	65	2.4369
29	0	66	1.7201
30	0	67	2.6558
31	0.6194	68	2.7999
32	0.6269	69	3.8827
33	0.3173	70	5.2173
34	0.6374	71	4.5833
35	0.3227	72	1.2487
36	0.3247	73	8.9573
37	0.6535	74	6.1398
38	0.9910	75	12.0771
39	1.3472	76	11.3805
40	1.0412	77	5.7455
41	1.4168	78	3.1748
42	2.5442	79	3.3829
43	0.7630	80	7.0957
44	1.1663	81	8.2268
45	1.9887	82	14.2866
46	2.0684	83	6.1304
47	1.2897	84	13.9136

48	1.3195	85	0
49	1.3541	86	18.0793
50	3.6987	87	27.8271
51	2.9798	88	30.1922
52	1.5718	89	72.7511

15. táblázat: A Cox-féle modell paraméterbecslése

A paraméterbecslések a Wald-féle Chi-négyzet statisztika alapján szignifikánsak ($p=0,000$)

A fenti eredmények alapján tehát kockázatos periódusokat figyelhetünk meg az öngyilkosságok tekintetében. Fiatal felnőttkorban a 25 éves kor tűnik kritikusnak; majd 40 éves kortól emelkedni kezd a kockázati érték. Igazán veszélyeztetett kornak azonban a 45 éves kortól az 54 éves korig tartó időszak bizonyult. A 38-40 éves korról kapcsolatban elmondhatjuk, hogy átlagos kockázati értékeket képvisel.

Kisebb kiugrásoktól (57 éves kor) eltekintve a 60. év felett egy újabb veszélyeztetett szakasz kezdődik. Az, hogy 70 éves kor felett kiemelkedően magas kockázati értékek adódtak, az a Cox-modell alapfeltevéseiből következik, miszerint az idő előrehaladásával exponenciálisan növekszik a kockázat mértéke is.

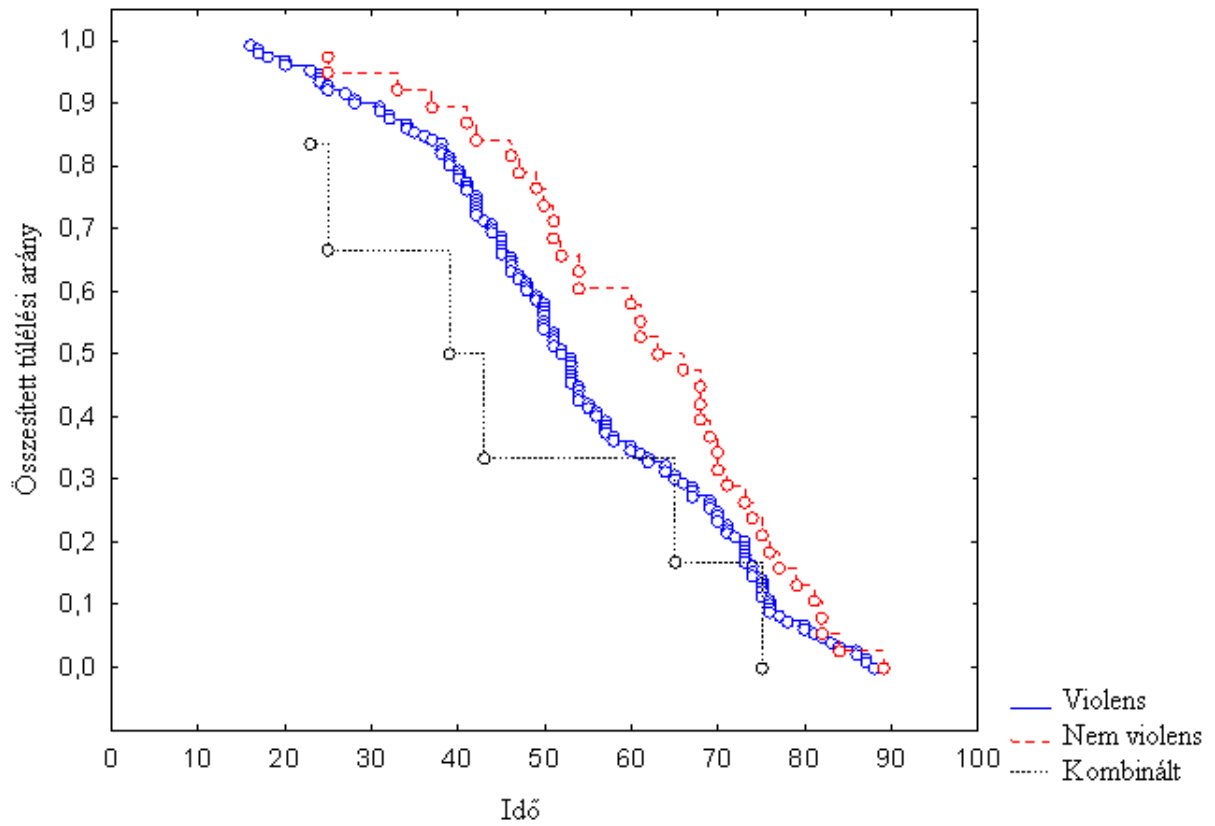
Eredményeinkről elmondhatjuk, hogy igazolták elvárásainkat. A búcsúlevelet hagyó öngyilkos személyek életkorából kirajzolódó görbe kétfázisú: kiemelkedik a veszélyeztetettség tekintetében a 45-54 éves kor, valamint a 60. évtől kezdődő időszak. A búcsúlevelet hagyó öngyilkos személyek jelen mintájában az időskori megemelkedés ezek szerint korábban elkezdődik, mint a teljes szuicid populációban, ahol a 70. életévtől indul exponenciális fejlődésnek a szuicid ráta.

Veszélyeztető periódus az elkövetés módszerének vonatkozásában

A kockázati periódust az öngyilkosság elkövetésének módszere vonatkozásában is célunk volt megkeresni. Szakirodalmi adatokra támaszkodva (pl: McIntosh, Santos, 1985) elvárjuk, hogy az időskor bizonyul veszélyeztető időszaknak a violens elkövetési módra nézve.

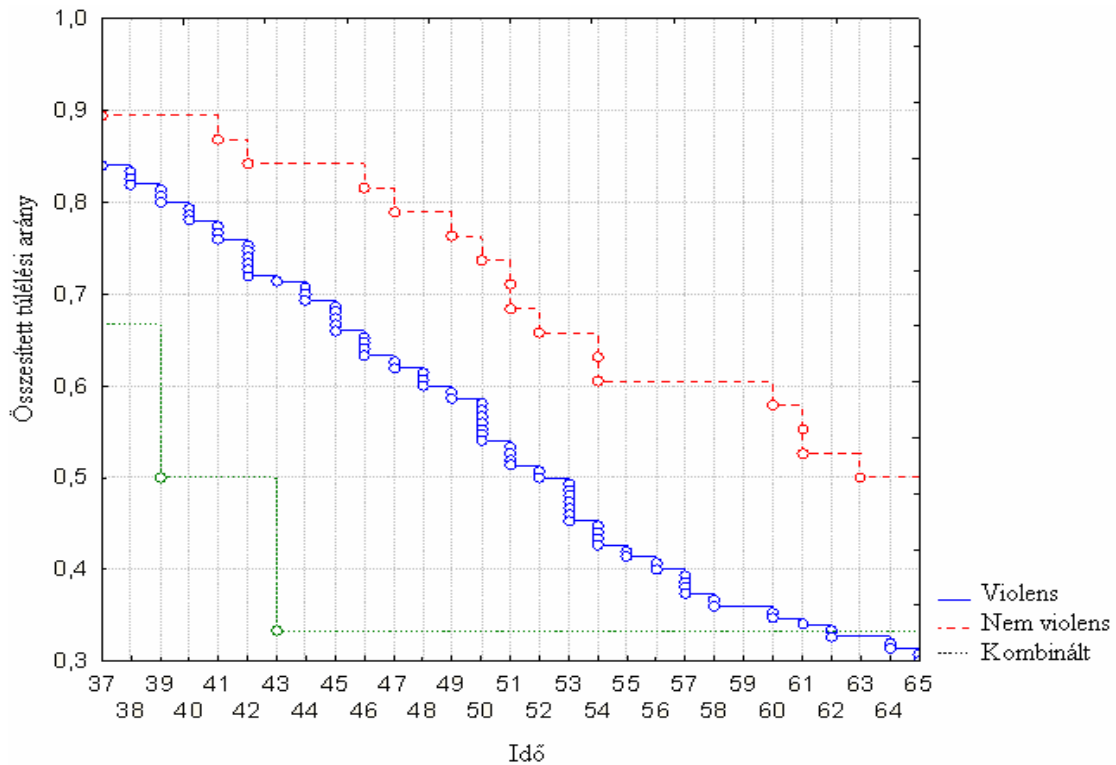
A kockázati periódus beméréséhez a nem parametrikus Kaplan-Meier módszert alkalmaztuk. A Kaplan-Meier görbék között szignifikáns különbség adódott ($p=0,027$)

Túlélési görbék öngyilkossági módonként I.



11. ábra: Túlélési görbék öngyilkossági módonként 0-90 éves korig

Túlélési görbék öngyilkossági módonként II.



12. ábra: Túlélési görbék öngyilkossági módonként 37-65 éves korig

A fenti ábrákon megfigyelhető, hogy a violens módon történő öngyilkosságok ideje kiegyenlítettebb. Ez a Kaplan-Meier görbe egyenletes lefutásából látható. Az öngyilkosságoknak ugyan csak kis százaléka történik kombinált módon, viszont ez bizonyult a legkockázatosabb módnak. A vizsgált mintában a személyek fiatalon követték el tettüket. A túlélési idő mediánja (50 %-os valószínűséghez tartozó kor) a 39 éves kor a kombinált elkövetési mód esetén, míg a violens mód esetén az 52 éves kor. A nem violens mód esetén 63 éves kor a medián. A különbségek kimutatására a Log-Rank statisztikát alkalmaztuk.

Az eredmények azt jelentik, hogy a violens módon életüknek véget vetők 50 %-a nem éli meg az 52 éves kort (50 %-os valószínűséggel véget vet valaki az életének 52 éves kor előtt violens mód esetén). Az ábra azt szemlélteti, hogy a violens módon elkövetett tettek gyakoribbá válnak 42, 45, 50 és 53 éves korban jelen mintában. Fent olvasható eredményeink igazolták azt, hogy Magyarországon a leginkább veszélyeztető időszak a 45-54 éves kor. Az

itt kapott eredmények azt is megmutatják, hogy leginkább violens módon vetnek véget életüknek a személyek ebben az időszakban.

A kapott eredményeket összegezve tehát elmondható, hogy a violens módokat választók fele elköveti tettét 52 éves kora előtt (nagy valószínűséggel a legtöbben 42 és 52 év között); ugyanakkor rögtön következik egy olyan időszak (az 53 év környéke), amikor megint erősen megnő a valószínűsége a violens módon való öngyilkosságnak. Ez alapján tehát, jelen mintában a felnőttkori periódus az, ami a leginkább veszélyeztető a violens módon való elkövetésre nézve.

A túléléselemzés további eredménye szerint, a nem violens módon életüknek véget vetők fele nem éli meg a 63 éves kort. Ha a nem violens módon elkövetett öngyilkosságok sűrűsödését figyeljük, akkor látható, hogy ezek az 51, 54, 61 évben fordulnak elő a leggyakrabban. Az 51. és az 54. életév a fő veszélyeztető periódusba tartozik, a másik pedig az időskori öngyilkosságok közé tartozik. Ezek az eredmények ismét a 45-54 éves időszak kiemelten szuicidogén jellegére hívják fel a figyelmet, mivel a violens elkövetési mód mellett a nem violens módszerek is ekkor fordulnak elő a legnagyobb gyakorisággal. Összességében tekintve, a nem violens módon életüket befejezőknek az 50 % -a 63 éves kor után végez magával.

A kombinált módon életüknek véget vetőkkel kapcsolatban elmondható, hogy 50 %-uk nem éli meg a 39 éves kort. Mivel igen kisszámú személy végzett magával ilyen módon, nem lehet szélesebb körben általánosítható következtetéseket levonni. Az első ábrán látható eredményeink alapján azonban elmondható, hogy ez a módszer leginkább a 20-30 év közé eső korosztályt jellemezte leginkább ebben a mintában, a gyakoriság alapján.

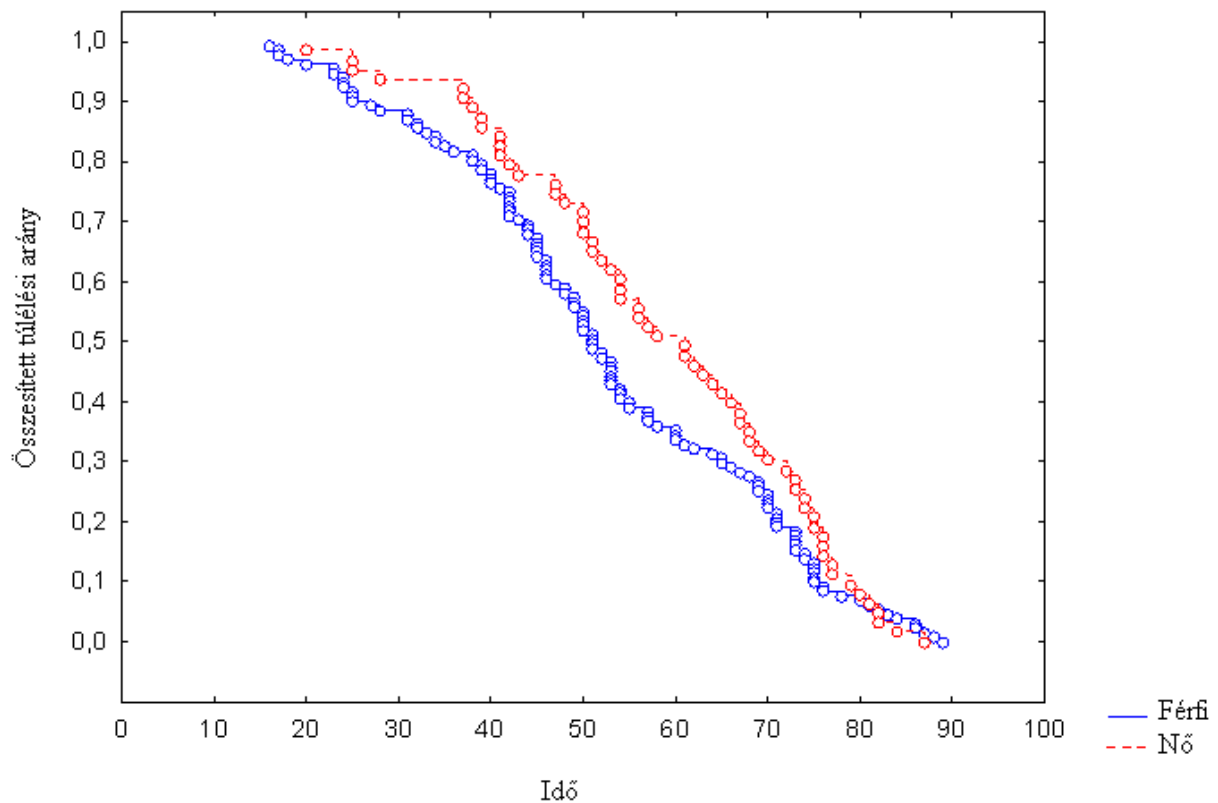
A módszer változó paraméterbecslése

Módszer	Kor	Exp (B)
violens	53,63	0,9731
nem violens	61,16	0,6904
kombinált	45,00	1,4885
Összesen	54,84	

16. táblázat: Az elkövetés módszere és az életkor összefüggése

Az eredmények a Wald-féle Chi-négyzet statisztika alapján szignifikánsnak bizonyultak ($p=0,088$). Összességében elmondhatjuk tehát, hogy az egyes módszereket egymáshoz hasonlítva, a legkockázatosabb elkövetési módnak (vagyis amelyben leghamarabb halnak meg a személyek) a kombinált módszerválasztás bizonyult, amit igazol a paraméterbecslés is. Közel kétszer akkora kockázattal jár, mint a nem violens mód ($1,4885/0,6904=2,156$).

Veszélyeztető periódus a nem vonatkozásában



13. ábra: Veszélyeztető periódusok megállapítása a nem vonatkozásában

A Kaplan-Meier görbék között szignifikáns különbség nem adódott ($p=0,1462$). A kapott eredmények alapján elmondható, hogy az életkor skála egészét tekintve nem adódik szignifikáns különbség a nők és a férfiak között 95 %-os megbízhatósági szinten. Azonban, ha az ábrát megfigyeljük, azt tapasztaljuk, hogy különösen 40 éves kor felett, a nők túlélési görbéi jobbák a férfiakénál. Ha az 50 éves kort tekintjük például, akkor elmondható, hogy a

férfiaknak mintegy 50 %-a élte meg ezt az életkort, míg a nőknél ez az arány 65 %. Ez a különbség aztán egyre inkább eltűnik 70 éves kor felett. Mindez összecseng a már ismertetett varianciaelemzés eredményeivel.

IV.5.4. A demográfiai adatok elemzéséből nyert adatok összegzése

Mintánk reprezentatívnak volt tekinthető, mind a nem, az életkor és a módszer vonatkozásában, vagyis a búcsúlevélíró öngyilkosok csoportjával kapcsolatos megállapítások általánosíthatóak a jelen mintába tartozó, búcsúlevelet hátra nem hagyó csoportra is.

A búcsúlevelet hátrahagyó, 194 fős mintában a nemek (68% : 32%) megoszlása megfeleltethető volt a magyarországi eloszlásnak, vagyis a férfiak döntő, kétharmados többségben fordultak elő, a nőkkel szemben. Az elkövetés módszerének vonatkozásában szintén a befejezett öngyilkosságra jellemző tendencia volt megfigyelhető jelen mintában: violens módon követték el tettüket a személyek, közel 80%-ban. A violens elkövetési csoporton belül az akasztás volt a döntően alkalmazott forma; a nem violens csoportban pedig a gyógyszermérgezés, ami szintén egybevágó eredmény a szakirodalommal.

A nemek és az alkalmazott módszerek vizsgálata szintén az általánosan tapasztalható tendenciát igazolta, amely szerint a violens elkövetés módszerén belül tekintve a férfiak és a nők arányát, azt tapasztalhatjuk, hogy a férfiak sokkal inkább használnak violens módszereket a nőkhöz képest. A tapasztalt arány: 75% : 25%. A nők valamivel magasabb arányát találjuk meg a nem violens módok esetén, a férfiakkal szemben, ami egybevág azzal az elképzeléssel, hogy a nőkre inkább az ún „soft” módszerek használata a jellemző, összehasonlítva a férfiakkal. Azt azonban nem mondhatjuk, hogy a nőkre általában véve is a nem violens módok használata a jellemző, ugyanis amennyiben a nemeken belül differenciáltuk a módszerhasználatot, akkor azt találtuk, hogy mind a férfiakra, mind a nőkre a violens forma használata volt a legjellemzőbb (férfiak: 85,5%; nők: 60,3%). A kombinált módszerrel elkövetett öngyilkosságok között - amelyek erősen violens formáknak számítanak - azonban a nők magas százalékban vannak jelen (66,7%), amely egy különösen nagy rizikójú alcsoport lehetőségére hívhatja fel a figyelmet.

A minta életkori megoszlását tekintve elmondható, hogy a legtöbb személy az Erikson által meghatározott 26-60 éves korcsoportba, vagyis a felnőtt korosztályba tartozott (52,6%); a második leggyakoribb korcsoport pedig az időskorúak populációja volt (39,2%). Ezek az eredményeink egyaránt tükröznek magyar és külföldi általánosnak nevezhető tendenciákat.

Befejezett öngyilkosságra veszélyeztető periódusokat keresve, igazán veszélyeztetőnek a 45-54 éves kort találtuk, illetve újabb kockázatos szakasz kezdődik a 60. év után. Eredményeink megegyeznek az országos tendenciákkal.

Az életkor és a módszer összefüggése kapcsán elmondható, hogy felnőttkorú személyeket jellemzik leginkább a violens módszerek és kombinált módszerek használata; míg az idősebb korosztály nem violens módon vet véget az életének. A violens módokat választók fele elköveti tettét 52 éves kora előtt (nagy valószínűséggel a legtöbben 42 és 52 év között); ugyanakkor rögtön következik egy olyan időszak (az 53 év környéke), amikor megint erősen megnő a valószínűsége a violens módon való öngyilkosságnak. A túléléselemzés további eredménye szerint, a nem violens módon életüknek véget vetők 50 % -a 63 éves kor után végez magával. Ha azonban ennek a módnak a sűrűsödését figyeljük, akkor látható, hogy ezek az esetek az 51., 54., 61. évben fordulnak elő a leggyakrabban, ami a veszélyeztető periódus fontosságát húzza alá, az elkövetési módok ezen fajtája szempontjából is. A kombinált módon életüknek véget vetőkkel kapcsolatban elmondható, hogy 50 %-uk nem éli meg a 39 éves kort. Mivel igen kisszámú személy végzett magával ilyen módon, nem lehet szélesebb körben általánosítható következtetéseket levonni, de eredményeink alapján ez a módszer leginkább a 20-30 év közé eső korosztályt jellemezte leginkább.

Összességében tehát kimondható, hogy a módszer vonatkozásában is a 45-54 éves időszak emelkedik ki, mivel a violens módszer mellett a nem violens módok is ekkor fordulnak elő a legnagyobb gyakorisággal.

IV.5.5. A tartalmak elemzése

Vizsgálatunk ezen szakaszában történt a búcsúlevelek tartalomelemzése. Elemzési egységként egy búcsúlevelet tekintettünk, nem egy személy összes búcsúlevelét. Ennek oka az, hogy változónak és esetenként személyreszólónak feltételezzük a különböző címzetteknek szóló leveleket. A kategóriákat az elemzés során állítottuk fel, hogy kizárjuk az előrebeállítódást és ezáltal a műtermékképződést. A kategóriadefinícióknál törekedtünk a világos és jól körülhatárolt megfogalmazásra és az egymást kizárólagosságra. Adott kategória előfordulását az elemzési egységben csupán egyszer jelöltük le, a kvalitatív tartalomelemzés szabályainak megfelelően.

Az elemzés eredményeképpen 54 kategóriát állapítottunk meg és ezekbe összesen 1509 db adatrögzítési egységet soroltunk be. A kategóriák az elemzések nélkül, önmagukban véve is betekintést engednek a szuicid személyek lelkiállapotába.

A kategóriadefiníciók után ismertetett motívumok előre meghatározottak voltak, Maris és mtsai (2000) leírásának megfelelően. A motívumok az öngyilkosság elkövetésének mozgatórugóját jelentik az egyes esetekkel kapcsolatosan, ami különösen a klaszterelemzéssel meghatározott típusok minél teljesebb értelmezésében jelenthet segítséget.

IV.5.5.1. Kategóriák definiálása

Aggodalom: Az öngyilkos személy féltését fejezi ki a címzett, vagy más személy irányába. Óvó, védő szavakat intéz ezekhez a személyekhez. Ez leggyakrabban így hangzik el: „Nagyon vigyázzatok magatokra!” „Féltelek, gondold meg jól, mit csinálsz.”

Ambivalencia: A szuicid személy egymásnak ellentmondó, szeretetteljes és haragvó állításokat tesz levelében ugyanazon személlyel kapcsolatban. „Ti öltetek meg. Nagyon szeretlek benneteket.” „Én nem élek így tovább veled, mert a megaláztatások sokasága végtelen... nagyon szeretlek benneteket.” „Anyátok nélkül értelmetlen az életem...de anyátok nem engedte, hogy tovább éljek.” „Nem jól élünk...nagyon jó voltál hozzám...nem értettél meg igazán.”

Anyagi probléma: A személy beszámol anyagi jellegű problémáiról. „Az állandó anyagi problémákat is nehezen bírom már.” „A tartozásaimat kifizetni nem tudom.”

Beszűkültség: A szuicid személy beszámol arról az érzéséről, hogy meg kell tennie az öngyilkosságot; nem lát más kiutat. A személy előtt az öngyilkosság, mint egyetlen lehetséges megoldás rajzolódik ki, amelynek a megtételére szinte kényszerítve érzi magát. „Nincs más választás.” „Egyetlen megoldása szenvedésemnek.” „Ennek így kell történnie.” „Meg kell tennem.”

Bocsánatkérés általában: Az öngyilkosságot elkövetett személy elnézést, bocsánatot kér a címzettől, vagy más személytől levelében. Ez általában „Bocsáss meg nekem, ha valami rosszat elkövettem ellened.” formájában nyilvánul meg.

Bocsánatkérés az öngyilkosság miatt: A személy konkrétan öngyilkossága miatt kér bocsánatot környezetétől. „Ne haragudjatok rám, amiért ezt tettem.”

Boldogtalanság: A személy beszámol arról levelében, hogy boldogtalannak érzi magát, nem talál örömet semmiben sem, hiányoznak a pozitív érzelmek az életéből. „Nincs örömöm semmi se az utóbbi években...” „Annyira boldogtalanul élek...”

Bosszú, átok: Az elhunyt személy erősen negatív érzelmeket hagy hátra levelében a címzett, vagy más személy felé. Ezeket a negatív érzelmeket indulatosan közli, érezhetően a bántás, a sérelemokozás szándékával. „Hogy anyátok ne felejtse el az 50-ediket!” „Kívánom, hogy 100 évig élj, ahogy szeretnéd, én pedig azt kívánom a sorstól, hogy olyan egyedül és elhagyatottan éld le a hátralevő éveket, mint ahogy én éltem melletted.”

Bölcselkedés: A személy tapasztalatokat hagy hátra levelében, tanácsokat oszt tanító szándékkal környezetének. „Segítsétek Szabolcsot, hiszen én még látom benne a gyereket, és higgyétek el, neki sincs könnyű élete. Ha nem végzi el az egyetemem, akkor is boldog lehet.” „(Most már van okod rá, hogy gyűlölj), de hisz a szeretet és a gyűlölet ugyanaz a fogalom.” „A büszkeség, az irigység, a harag nem vezet jóra, azt tanácsolom ezt sose felejtsetek el.”

Bűntudatkeltés: Ez a kategória a levél teljes szövegéből megnyilvánuló tartalom. A levelet író személy saját magát ártatlannak, a másikért mindent elkövetőnek mutatja be magát. Ezzel a hasított, magáról csak jót sugalló képpel szemben a másik, mint minden baj és szenvedés

szándékos okozója jelenik meg, aki feltehetően örülni fog a személy halálának, hiszen ezt akarta. Ezekben a levelekben a felelősségelhárítás is gyakran megjelenik a tettel kapcsolatban.

„Kisfiam gyakran kérdezd meg anyádat miért nem élek én. Csak ő tudja erre a választ...”

Ezt a kategóriát szétválasztottuk *Bűntudatkeltés címzett felé* és *Bűntudatkeltés más felé* kategóriákra, mivel azt feltételezzük, hogy eltérő dinamika társulhat hozzájuk aszerint, hogy a bűntudatkeltés a levél címzettje, vagy egy más személy irányába történik meg.

Csalódottság: A személy beszámol arról levelében, hogy megrendült a bizalma egy érzelmileg fontos személyben, aki nem úgy viselkedett, mint ő várta volna tőle – csalódott benne. A búcsúlevélből a megbántottság érzései olvashatók ki, melyekből hiányzik az az indulat, ami az Igazságtalanság, megalázottság kategóriában erősen, a Sérelmek kategóriában gyengébben jelen vannak. „Nagyot csalódtam anyában gyermekeim...” „Elfordultál tőlem, pedig szerettem volna segíteni.”

Elfáradás: A személy kifejezi, hogy kimerültnek, fáradtnak érzi magát, akinek nincs ereje már semmihez sem. „Elfáradtam, már ahhoz sincs erőm, hogy megvárjam...” „Úgy szeretnék pihenni, aludni...”

Egyszerű temetés: A szuicid személy hangsúlyozza búcsúlevelében, hogy egyszerű temetést szeretne. Ez általában szó szerint így hangzik el a levelekben. „Nem kell nagy felhajtás, egyszerű legyen a temetésem.”

Emlékezzetek rám: A személy konkrétan megkéri, vagy felszólítja arra környezetét, hogy ne felejtse el őt a későbbiekben, maradjon meg az emlékezetükben. „Arra kérlek sose felejtse el, maradjak meg az emlékezetedben!” „Emlékezz rám!”

Felelősséget felvállaló: A szuicídiumot elkövetett személy manifeszten magára vállalja a felelősséget tette elkövetéséért; erre külön felhívja a figyelmet levelében. „Nem hibás senki más, csak én.” „Ne hibáztassatok senkit se, csak én vagyok a felelős.”

Felelőssé tevő: A szuicídiumot elkövetett személy manifeszt módon másra hárítja a felelősséget, mást vádol saját öngyilkossága miatt. „Ha időben szól anya, hogy azzal a másikkal akar élni, akkor most nincs ez a családi tragédia.” „Mondd meg anyádnak, hogy ezt főként neki köszönhetem.”

Halál utáni negatív énkép kérése: A szuicid személy saját magáról, negatív képet őrzését kéri környezetétől; esetlegesen azt, hogy felejtsek őt el. „Próbáljatok megbocsájtani és elfelejteni engem.” „Köpj az emlékemre.”

Halál utáni pozitív énkép kérése: A szuicid személy pozitív kép megőrzését kéri környezetétől saját személyével kapcsolatban. „Ne gondolj rám úgy, hogy rossz ember voltam.” Mondd azt Nikikének, hogy apa azért nem volt rossz ember. „Tiszta szívvel hagylak itt benneteket, ha akarjátok maradjak meg emlékként.”

Hamvasztás: A személy konkrétan megjelöli, hogy holttestét elhamvasztani kéri. „Hamvasztatok el, ez a határozott kérésem.”

Hibák okozása: A személy beszámol általa elkövetett hibákról, illetve konkrét helyzetet említ meg, amikor elrontott valamit. Ebben a kategóriában a lelkiismeretfurdalás nem nyilvánvalóan, hanem rejtettebben, konkrét tények kommunikálásán keresztül nyilvánul meg. „Olyan dolgokat tettem, amiket nem lett volna szabad.” „Már elég sok embernek tartozom, amit nem tudok kiegyenlíteni...” „Kislányom, a bajt, hogy a Felügyelet miattam büntet meg, nem tudom megemészteni.”

Hírt ne közöljenek: A szuicid személy azt kéri, hogy halálhírét ne tegyék közzé sehol sem. „Arra kérlek benneteket, hogy újságba ne tetessétek a híremet.”

Idegi kiborulás: Az öngyilkosságot elkövetett személy arra panaszkodik levelében, hogy aktuálisan, egy rövidebb időszak alatt idegileg olyan zaklatott állapotba került, ami elviselhetetlen számára. „Az idegeim felmondták a szolgálatot.” „Nem tudok aludni, ebbe bele lehet örülni...három napig próbáltam fogcsikorgatva dolgozni, de tiszta fej kell hozzá...az idegklinikán talán helyre tudnánk hozni, de nem biztos.”

Igazságtalanság, megalázottság: A személy arról számol be levelében indulatosan, negatív érzésekkel, hogy a körülötte kialakult helyzetet; valamilyen eseményt, történést nem érdemelt meg. Azt érzi nem adott okot arra, hogy mások úgy viselkedjenek vele, mint ahogyan azt tapasztalta. Beszámol arról az érzéséről, hogy mások reakciója elviselhetetlen és megalázó a számára. Ebben a kategóriában ezek a negatív érzelmek erős indulatokkal telítettek, de nem

csapnak át bosszúba és átkozódásba. A személy megáll annál a pontnál, hogy indulatosan leírja a vele történt igazságtalanságokat és kifejezi egyet nem értését. „Én ezt nem érdemeltem tőled, hogy így bánjál velem, hogy ennyire a lelkembe gázolj!” „Megaláztatások sokasága melletted az élet.” „Ezt tetted velem 5 évig alattomos módon...” „Ez hazugság!”

Jobb lesz ez így: A személy az öngyilkosságot egy pozitívabb állapotként láttatja az olvasó számára. Arra kéri a címzettet, vagy más személyt, hogy ne bánkódjanak halála miatt, ne sajnálják a halálát. Gyakran vígasztalásos jelleggel hangzik ez el a levelekben, egészen konkrétan így megfogalmazva: „Jobb lesz ez így már nekem.” Ne sajnáljatok engem...”

Jókívánság: A személy búcsúlevelében jókívánságokat fogalmaz meg a címzett, vagy más személy felé. „Boldogságot, egészséget kívánok nektek!”

Konfliktusra utal: A búcsúlevelet író személy konkrét problémára, konfliktus(ok)ra tesz utalást. „Nem loptam el semmit.” „42 év házasság után a lelkembe tapostak!” „Az a lány, aki az anyját megpofozza...”

Köszönet: A búcsúlevelet író személy háláját, köszönetét fejezi ki a címzett, vagy más személy irányába. Ez leggyakrabban „Köszönök mindent, amit értem tettél!” formájában nyilvánul meg.

Lelkiismeretfurdalás: A személy büntudatának ad hangot búcsúlevelében, valamilyen korábbi döntése, vagy tette miatt. Ezt a kategóriát nem jelöltük akkor, ha csupán bocsánatot kért a személy öngyilkossága miatt, vagy általában véve. A levélben a büntudatnak kifejezettebben kellett megnyilvánulnia. „Nem tudok így élni tovább, hogy nem tudok igazából szembenézni Veled és a gyerekekkel...” „Szörnyű dolgokba keveredtem, szörnyű dolgokat tettem...a büntetés, ami várna rám, nem elég nagy...”

Lelki szenvedés: A személy pszichés szenvedést, lelki fájdalmat fogalmaz meg levelében. „(Ez a megoldás, hogy ne) szenvedjen tovább a lelkem...” „Nagyon rossz a lányom nélkül.” „Évek óta kínlódom...amit kerestem egész életemben, soha nem fogom megtalálni.” „Egész életem a szeretet utáni vágyról szólt, pedig a családom és a barátaim a maximálisat adták.” „Borzalmasan érzem magam a bőrömben.”

Magány: A személy izolációról, kapcsolatok hiányáról, egyedüllétről számol be levelében; vagy a meglévő kapcsolataiban érzett egyedüllét érzését említi meg. „Annyira egyedül vagyok, nincs kihez szólnom se...” „Én melletted 40 évig éltem magányban...”

Megelőzés: A személy beszámol arról, hogy állapotát (pszichés és fizikai egyaránt) nagyon szenvedéstelien él meg, melyet tovább nem képes elviselni. Tettével a még több szenvedést szeretné megelőzni, illetve állapota rosszabbodását (amennyiben testi betegségről van szó). „Nem akarom az utolsó napjaimat kínokban fetrengve megélni.” „Nem bírom már elviselni, hogy ég az egész testem, és hogy csak várjam semmit se téve, hogy mikor lesz vége.”

Megértést kér: A személy öngyilkossága kapcsán megértést kér hozzátartozóitól. „Kérlek értsétek meg.. (nem élet ez így már nekem).”

Megoldhatatlan probléma: A személy beszámol arról, hogy megoldhatatlannak lát vagy egy konkrét helyzetet, vagy problémák sorát. „A gödörből kimászni képtelen vagyok.” „Nem találok a helyemet a világban és értelmetlenül nem lehet élni.” „Hibát, hibára halmozok, és nem tudom őket megoldani egyedül.”

Negatív énkép: Az öngyilkos személy negatív módon jellemzi magát levelében. „A ti hülye Jánosotok” „Én egy hülye kis kamasz gyerek vagyok...” „Undorodok magamtól.”

Negatív jövőkép: A személy megfogalmazza, hogy a jövőt kilátástalannak, reménytelennek látja; ami esetleg még több negatív élményt jelenthet, mint jelenlegi állapota. Szóvá teheti azt is, hogy jelenlegi elviselhetetlennek érzett helyzete megváltozásában nem reménykedik. „Nem látom megoldódni a helyzetemet.” „Sose fogom tudni jobban csinálni a dolgokat.” „Ez már nem lesz jobb sose.”

Öngyilkosságot elrejtteni: A személy arra kéri hozzátartozóit, hogy titkolják el mások elől azt, hogy halálának oka öngyilkosság volt. „Nem kell azt tudni másnak, hogyan haltam meg.” „

Pozitív kép a másikról: A személy erősen pozitív érzelmekkel nyilatkozik a címzettel, vagy más személlyel kapcsolatban; méltatja őt; kifejezésre juttatja megbecsülését iránta. „Te nagyon jó ember vagy, jót érdemelsz a sorstól is.” „Nagyon jó barát voltál mindig is...” „Édesanyámtól csak jót kaptam világ életemben...”

Pozitív önkép: A személy önmagát pozitív színben láttató kijelentéseket tesz; méltatja saját magát; kiemeli pozitív cselekedeteit, meghozott áldozatait és jó tulajdonságait. „Nyugodtan megyek el, mert amit lehetett, azt megtettem értetek (nincs mit szégyellnem tehát).” „Mindig ott voltam apátok mellett, (aztán mi lett a köszönet).”

Problémaokozás felismerése: A személy megfogalmazza azt hátrahagyott szövegében, hogy tudatában van tette másokra háruló következményeivel, nehézségeivel. „Tudom nehéz lesz ez most nektek...” „Tudom, ezzel is csak a bajt hozom rátok.”

Sérelmek: A személy szemrehányóan felemliget olyan történéseket, más személyek reakcióit, amelyeket a személye ellen elkövetettnek érez; amelyben azt érzi, érdekeit nem vették figyelembe, azok sérültek. A levél kontextusában ezek az érzelmek nem olyan erőteljesek és akár az egész levelet uralóak, mint az Igazságtalanság, megalázottság kategóriájában – annál kisebb intenzitásúak, de szóvá tettek. „Nem jött el ma az én Tomi fiam, nem baj, jól van ez így már.” „Azt mondtad, nem tőled vannak a gyerekek, ezért lett a vérvizsgálat is.” „Talán nem bizonyítottam be elégszer, hogy szeretlek?”

Szeretet: A búcsúlevelet író személy kifejezi szeretetét, kötődését a levél címzettje, vagy más személy felé. Ez történhet konkrét megfogalmazás formájában: „Szeretlek!”, de körülírtan is „Nagyon fontos vagy nekem.”.

Szertartás ne legyen: A személy búcsúlevelében szertartás nélküli temetést kér hozzátartozóitól. „Szórd szét valahol a hamvaimat...” „Ceremónia nem kell, pap se legyen, a családot utólag értesítsd ki...”

Szégyen: A személy által hátrahagyott levélben megjelenik a szégyen érzése. „Nagyon szégyellem, hogy ezt tettem.” „Szégyellem, hogy hová jutottam.”

Szorongás: A személy félelemteli, „ideges”, szorongó érzésekről számol be levelében; tart egy adott helyzettől, illetve annak kimenetétől. „Annyira ideges vagyok...” „Félek továbbmenni ezen az úton...”

Szűk körű temetés: A személy kifejezésre juttatja azt a kívánságát, hogy temetésén igen kevesen vegyenek részt, általában csak a szűk értelemben vett család. „Temetésem csak a szűk család legyen ott.”

Tedd magad túl: A meghalt személy arra kéri hozzátartozóit, hogy dolgozzák fel halálát minél hamarabb, és éljék tovább az életüket nélküle. Ezek segítő jellegű megnyilvánulások a búcsúlevelekben, amelyek az öngyilkosság és a halál tényét hivatottak enyhíteni a hozzátartozókban. „Józsikám, ne szomorkodj, éld az életedet!” „Az élet megy tovább, ti is eszerint cselekedjtek.”

Teher vagyok: A személy konkrétan megfogalmazza levelében, hogy terhet, problémát jelentőnek érzi saját személyét és életét másokra nézve. „Minek legyek tovább a nyakatokon, csak a baj van az ápolással.” „Nem akarok tovább terhelni benneteket...”

Temetésre vonatkozó utasítások általában: A személy búcsúlevelében a temetésével kapcsolatban hagy hátra kívánságokat, közli igényeit, elvégzendő feladatokat jelöl ki. Ezek igen heterogén jellegű igények, amelyek nem csoportosíthatóak ennél specifikusabban. A kategória lényege, hogy a személy eltemetésének körülményeivel foglalkozik. „Válasszon egy szép dalt nekem...” „Lapos sírkövet szeretnék, körben kis fehér virágokkal.” „A fekete kosztüömmben temessenek el.”

Testi szenvedés: A személy hangot ad annak levelében, hogy sok szenvedést okozó szomatikus panaszai vannak, amelyeket akár fel is sorol. „A régóta kízó pokoli csont- és gerincfájdalmakat már nem bírtam tovább elviselni.” „Mindenem fáj...”

Túlvilág: A személy búcsúlevelében megjelenik a túlvilággal való foglalkozás, vagy a halál utáni élet valamilyen más síkon. „Végre együtt lehetek Marikámmal.” „Örökké szeretni foglak.” „Vigyázzak majd benneteket odaátról.”

Utasítások: A személy teljesítendő feladatokat hagy hátra, amelyeknek az elvégzését várja hozzátartozóitól. Gyakran a hozzátartozók életére vonatkozó igényeket is jelentenek az idetartozó tartalmak. Ezek a feladatok azonban nem hagyatéki, és nem is a temetéssel kapcsolatosak. „Atti ne jöjjön haza, dolgozzon ott ahol van, élje az életét.” „Móni vagy eladja a kocsit, vagy használja. Én az utóbbit szeretném, mert már bejártam.” „Kérlek

gazdálkodjatok okosan, úgy hátha sikerülne egy házat megvennetek.” „A lányaimmal azért tartásuk a kapcsolatot édesanyámék, és apuékkal is...”

Veszteség: A szuicid személy váratlanul jövő veszteségélményről számol be, ami érte őt tette elkövetése előtt. Ez lehet szakítás; haláleset; valamilyen váratlan, erős konfliktus egy számára fontos kötődési személlyel. Ezen kategória esetében a lényeges tényező a váratlan, hirtelen szakadás a kapcsolatban, vagy a haláleset. „Nem akarok élni tovább most, hogy olvastam Kati vallomását, hogy azzal az alakkal együtt van 8 éve.” „Jolikám, (szakító) üzenetedet olvastam, úgy döntöttem elmegyek.” „Nem bírom feldolgozni Mamika halálát.”

Végrendelet: A személy levelében végrendeletszerűen szétosztja javait, meghatározza, hogy mi kié legyen környezetében. „A TV meg a videó legyen Viktoré.” „A ruháimat a lányomra hagyom.”

IV.5.5.2. Motívumok definiálása

Újraegyesülés: Ezt a motívumot tartalmazza a levél, ha a szuicid személy egy számára fontos kapcsolat megszakadása miatt követi el öngyilkosságát; illetve ha magányt említ szuicídiuma okaként. Szintén jelöltük a motívumot, ha a szeretett személy halála miatt követi el tettét a személy. „Apuka halálát képtelen vagyok feldolgozni, inkább megyek utána.”

Pihenés: Ez a motívum nyilvánul meg a szövegben, ha tettét a személy a fájdalom megszüntetése, enyhítése miatt követi el. A fájdalom lehet testi és érzelmi egyaránt. „Pihenni akarok, aludni, elég volt a betegségből meg a fájdalomtól”

Újjászületés: Ez a motívum olyan fantáziákra vonatkozik, melyek szerint az öngyilkosság egy új létezésben való újjászületést, átalakulást tesz lehetővé. „Elmegyek oda, ahol könnyebb az élet és nekem is jobb lesz.”

Bosszú: A motívum a harag és a düh eseteire vonatkozik egy érzelmileg fontos másik személy felé, amelyek olyan erősek, hogy az öngyilkosság gyakorlatilag retroflex gyilkoságként értelmezhető. Ide tartoznak továbbá az ambivalencia esetei. „Mivel nem akarok börtönbe kerülni, a felgyülemlett agressziót inkább magam ellen fordítom.”

Megszabadulás: Ezt a motívumot tükröző megnyilvánulásokban a személy akár öngyűlöletig menő szélsőségesen alacsony önértékelésről számol be, illetve rendkívül kétségbeesett és reménytelen. „Nekem nem sikerült még győznöm, soha semmiben. Nem találtam meg az utamat. Így élni nem lehet.”

Jóvátétel: A személy nagyon erős büntudati motívumból követi el tettét, melyet jóvátételnek szán az általa elkövetett hibákért. „Én annyi mindenkinek ártottam és csak megnehezítettem az életét, hogy ezzel a tudattal képtelen vagyok élni tovább. A halálom talán könnyebbséget jelent nektek.”

IV.5.5.3. A kategóriák gyakoriság szerinti megoszlása

A rendelkezésünkre álló búcsúlevelek tartalomelemzéséből adódó 54 kategória gyakorisági eredményei a 17. táblázatban tekinthetők meg. A táblázatban százalékos arányban azt tüntettük fel, hogy a búcsúlevelek hány százalékában szerepeltek az adott kategóriák. Az adatközlés ezen formája megegyezik a többi ilyen irányú közleményben megjelentekkel (pl: O'Connor és mtsai, 1999). Ezután fontosnak éreztük azt, hogy értelmezzük a kapott kategóriákat és a szuicid folyamat jellegzetességeihez kapcsoljuk őket.

Szeretet	54,6 %	Bölcselkedés	9,7 %
Utasítások	30,8 %	Bűntudatkeltés címzett felé	10,1 %
Bocsánat öngyilkosság miatt	29,1 %	Túlvilág	9,3 %
Végrendelet	25,1 %	Felelőssé tevő	8,9 %
Negatív jövőkép	23,1 %	Veszteség	8,9 %
Sérelmek	22,7 %	Csalódottság	8,1 %
Jókívánság	21,0 %	Tedd magad túl	7,7 %
Lelki szenvedés	19,8 %	Pozitív kép a másikról	6,9 %
Testi szenvedés	19,4 %	Idegi kiborulás	5,6 %
Aggodalom	17,8 %	Szertartást ne	5,2 %
Köszönet	16,6 %	Problémaokozás felismerése	4,8 %
Felelősséget felvállaló	16,6 %	Lelkiismeretfurdalás	4,8 %
Negatív énkép	15,8 %	Szűk körű temetés	4,8 %
Bocsánatkérés általában	14,6 %	Igazságtalanság, megalázottság	4,8 %
Temetés általában	14,6 %	Emlékezzetek rám	4,8 %
Hamvasztás	13,7 %	Megoldhatatlan probléma	4,8 %
Pozitív önkép	13,7 %	Hírt ne közöljenek	4,4 %
Beszűkültség	13,7 %	Szorongás	4,4 %
Jobb lesz így	12,5 %	Bűntudatkeltés más felé	4,4 %
Ambivalencia	11,9 %	Halál utáni pozitív énkép	4,0 %
Megelőzés	11,7 %	Teher vagyok	3,6 %
Bosszú, átok	11,3 %	Szégyen	3,2 %
Hibák okozása	10,9 %	Öngyilkosságot elrejtteni	3,2 %
Konfliktusra utal	10,5 %	Anyagi probléma	2,8 %
Elfáradás	9,7 %	Megértést kér	2,4 %
Magány	9,7 %	Egyszerű temetés	2,4 %
Boldogtalanság	9,7 %	Halál utáni negatív énkép	2,0 %

Összes adatrögzítési egység

1509 db

17. táblázat: A kategóriák gyakoriság szerint rendezve

A kapott eredményekből látható, hogy a búcsúlevelekben a „Szeretet” a leggyakoribb kategória és érzelemben is egyben: az öngyilkos személyek több, mint felének szövegében

megtalálható volt. A szeretet mellett a gyakorisági sorrend elején találunk több, a kapcsolatok szempontjából pozitív megnyilvánulást is, mint a jókívánságok, köszönetmondás. Ezeknek a környezet felé irányuló pozitív megnyilvánulásoknak a nagy gyakorisága egy olyan csoportra utal, akiknek fontos meglévő kötődéseiknek a „megtartása”, annak fontosságának kifejezése – az életből tehát mások iránti pozitív érzelmek hátrahagyásával lépnek ki.

Ebből azonban nem vonhatjuk le azt a következtetést, hogy az öngyilkos személyek több, mint fele szeretetteljes kapcsolatot tart fenn környezetével. Számos levélben előfordult ugyanis az, hogy erősen ambivalens módon, a szeretet mellett ugyanazon személy irányába komoly agresszív és felelőssé tévő indulatok is megnyilvánultak. A későbbiekben végzendő elemzések során fontosnak éreztük megvizsgálni azt, hogy mennyire gyakori a szeretet és az agresszív indulatok együttes előfordulása.

A következő leggyakoribb tartalom a levelekben az „Utasítások” voltak, melyek a levelek közel egyharmadában szerepeltek. Ezek az instrukciók nem a temetéssel, és nem is a hagyatékolással kapcsolatosak, hanem a hozzátartozók személyes életével. Ez alapján valószínűsíthetjük azt, hogy a búcsúlevelek hagyásának egyik oka valószínűleg az, hogy a szuicid személy valamilyen szinten kontrollt akar gyakorolni hozzátartozói felett, irányt akar szabni életüknek. Ezt nevezhetjük egyfajta *átolt kontroll*nak is, amely valószínűleg azért fontos az elhunyni készülőknek, mert ezáltal jelen lehet valamilyen formában halála után is. Az utasítások megfogalmazása ugyanakkor saját személyének fontosságában is megerősítheti.

Később következő kategóriákként a temetéssel kapcsolatos utasítások is megjelentek, amelyek leginkább minimalizáló tendenciákat mutattak: szertartás elmaradása; hamvasztás, a temetésen csupán a szűk család legyen jelen; újsághírdetés elutasítása, stb. Viszonylag sok személy foglalkozott összességében eltemetésének körülményeivel, és a legtöbben láthatóan a legegyszerűbb módon szerettek volna távozni.

A harmadik leggyakrabban előforduló tartalom az öngyilkosság elkövetése miatt érzett büntudat, amely a „Bocsánat öngyilkosság miatt” formájában volt olvasható a levelek közel harmadában. Ennek háttérében állhat a hozzátartozók iránt érzett szeretet és kötődés, amelynek hatására a szuicid személy az általa előidézett fájdalmat és esetleges büntudatot képes anticipálni. Emellett valószínűleg tisztában vannak a szuicid személyek a külvilág részéről fennálló stigmatizálással is, ami környezetüket fogja érni - feltételezett kevésbé támogató és megtartó jellege miatt. Mindezen érzelmi terheket felméri az öngyilkos személy, és büntudatát enyhítendő - megbocsátásukat kéri.

A szuicídium, környezet számára büntudatkeltő és érzelmileg különösen fájdalmas jellege miatt fontos tartalomnak gondoljuk a levelekben a „Felelősség” tárgyalásának kérdését. Ezt alátámasztja az is, hogy a búcsúlevelek egy típusa szinte csak a felelősségről szólt. A személy hátrahagyott szövegében sem az okokra, sem saját lelkiállapotára vagy helyzetére nem tért ki, de azt fontosnak érezte, hogy kinyilvánítsa: kit terhel felelősség a tettért. A gyakorisági táblázatból látható, hogy kétszer olyan gyakran történik meg a levelekben a felelősség felvállalása, mint annak egy másik személyre való hárítása.

A következő leggyakoribb tartalom a „Végrendelkezés” – amely a levelek negyedében jelen van. A hagyatékolás egyfelől valószínűleg a társadalmi szabályoknak, normáknak való eleget tétel, hiszen természetes halál esetében is általános a javak elosztásának meghatározása. Másfelől a végrendelkezésnek szintén köze lehet a fentebb már leírt a kontrollgyakorláshoz, az érzelmek közvetítéséhez a hozzátartozók felé.

A búcsúlevelek közel negyedében megtaláljuk a reménytelenséget, amely a levelekben a hiányzó vagy „Negatív jövőkép” megfogalmazásában jutott kifejezésre. Az öngyilkosság előtti állapot egyik legjellemzőbb és legveszélyeztetőbb tényezője a reménytelenség, amelynek kulcsfontosságú szerepét a szuicid folyamatban számos elmélet, köztük a kognitív elmélet is erősen kiemeli (pl: Dixon, 1994, Dieserud, 2001, Beevers, 2004). A reménytelenség kiemelten fontos szerepét támasztja alá az is, hogy jelen mintában is ez a kognitív tényezők közül a leggyakoribb.

A múlton és jelenen túlmutató idődimenziót a „Túlvilágra” vonatkozó tartalmak képviselték. Ezek a megnyilatkozások általában „kapcsolatfenntartó” jellegűek voltak, amelyekben a személyek síron túli szeretetükről, illetve hozzátartozóikat vigyázó funkciójukról biztosították halálukon túl. Véleményünk szerint ezek a tartalmak is azt támasztják alá, hogy az öngyilkosságot elkövető személyek nem meghalni akarnak, hanem egy jobb és fájdalommentesebb világban létezni.

A preszuicidális állapot más jellemzői közül jelen mintában a „Beszűkültség” volt felismerhető nagyobb arányban, amely az alternatívák találásának hiányában, a kényszerítettségben nyilvánult meg.

A következő nagy gyakoriságú érzelem a szövegekben az átélt „Sérelmekkel” volt kapcsolatos. Ezekben a sérelmező megnyilvánulásokban a szuicid személy megemlített bizonyos eseményeket, reakciókat, amelyeket személye ellen szólónak, vagy érdekei

sérüléseként élt meg. A sérelmek megemlézése mögött álló harag kauzális kapcsolatban van az öndestrukcióval. A harag érzelmének sokféle kifejeződése jelent meg a búcsúlevelekben, összességében véve komoly mennyiségben. Az átélt sérelmek, interperszonális problémák megemlézése két módon történt. Az egyik típusba azok a levelek tartoztak, ahol sok más téma és érzelm mellett beszúrva voltak olvashatóak említésszerű utalások a kapott sérelmekre vonatkozóan. A másik típusba azok az esetek tartoztak, ahol a levelet író öngyilkos személy az egész szövegben végig az interperszonális problémát tárgyalta heves indulatokkal kísérten, eljutva akár a manifeszt felelőssé tevésig, illetve az erős büntudatkeltésig.

Az átélt sérelmeket taglaló levelekben előfordult a „Saját személy pozitív” oldalainak előtérbe állítása, a meghozott áldozatok kihangsúlyozása – amivel szemben a másik személy gyakran teljesen negatív oldalt képviselt.

A sérelmek oki kategóriája után következő jelentősebb tartalmakként megjelentek a levelekben az erős „Szenvedésmények”, mind testi, mind lelki irányban. Az itt megjelenő lelki szenvedés a Shneidman (1985) által definiált kibírhatatlan pszichológiai fájdalomnak feleltethető meg, ami a szerző szerint szinte minden szuicídium mozgatórugója. Shneidman a frusztrált pszichés szükségletek következményének tartja ezt a fájdalomérzetet. Az öngyilkos személyek leginkább lelki szenvedésként említették ezt a fájdalomérzetet, a kielégítetlen vágyódást valami vagy valaki iránt, valamint a rossz érzéseket, amelyeket elviselhetetlenként írtak le. A testi szenvedéssel kapcsolatban gyakran annak erősségét, hosszantartóságát emelték ki a személyek; képtelenségüket arra, hogy tovább tolerálják a fájdalmat. Továbbá sokan betegségük gyógyíthatatlan természetét említették meg, aminek kapcsán gyakran megfogalmazták azt, hogy tettükkel inkább megelőzik állapotuk rosszabbodását, valamint a szenvedés továbbfokozódását.

A kapott kategóriák áttekintése után látható, hogy az öngyilkos személyek által hátrahagyott búcsúlevelekben fontos témaként nyilvánult még meg a saját személyről alkotott negatív kép, a magányosság, a boldogtalanság érzése, és a büntudat, mint kauzális tényező.

IV.5.5.4. Metakategóriák kialakítása

A kapott 54 kategória gyakoriságának összesítése, illetve a kategóriák értelmezése után az volt a célunk, hogy a kategóriákat az értelmezés és az áttekinthetőség miatt

összevonjuk a mögöttük meghúzódó érzelmi, kognitív tartalom alapján (18. táblázat). A vizsgálat eddigi részében tehát az egyes kategóriák mögött álló jelenségkör, pszichodinamika megfejtésével foglalkoztunk; míg az elemzésnek ebben a részében a kategóriákat értelmes egységekbe csoportosítottuk a mögöttük álló jelenségkör és pszichodinamika alapján. A vizsgálat ezen részében a befejezett öngyilkosságot elkövetett szuicid személyekre leginkább jellemző érzelmekre, kognitív és egyéb jellegű tartalmakra voltunk kíváncsiak. Az összevonás áttekinthetővé teszi a nagyszámú kategóriát; kiemeli az egyes érzelmek, kogníciók fontosságát gyakoriságuk révén; az alábbiakban leírt koherencia fogalommal pedig az összevonás jogosságát, a metakategória alá tartozó kategóriák egybevágóságát igyekeztünk vizsgálni.

A búcsúlevelek tartalomelemzéséből kapott kategóriák három fő csoportba voltak besorolhatóak: érzelmi közlések, kogníciók és instrukciók. A három fő csoport alcsoportjai (metakategóriák) számos emóciót, kogníciót és instrukciótípust jelentenek, amelyek további kategóriából tevődtek össze (18. táblázat). A csoportok kialakításához statisztikai próbát nem alkalmaztunk. Az összetartozónak ítélt kategóriákat az adott érzelm/ kogníció/ egyéb tartalom alapján neveztük el, amely körül szerveződtek. Az így létrejött 22 csoportot neveztük a továbbiakban metakategóriáknak. A metakategóriákká való összevonás adatokat szolgáltat arra, hogy az adott metakategóriát jelentő emóció illetve kogníció a búcsúlevelek hány százalékában van jelen.

Az a probléma merült fel azonban a metakategóriák előfordulási gyakoriságának kiszámolásakor, hogy elkerülhetetlenül megjelennek olyan esetek, amikor adott érzelm két, vagy több kifejeződési formája egy búcsúlevélben megtalálható, vagyis átfedik egymást. Így adott érzelm, metakategória gyakorisága jóval nagyobbak tünne az átfedések miatt, ha csupán egyszerűen összeadnánk a hozzá tartozó kategóriák előfordulásának eseteit. Mivel nincsen tudomásunk olyan statisztikai próbáról, amellyel ki lehetne szűrni ezeknek az átfedéseknek a mértékét, a következő módszerhez folyamodtunk: Excell táblázatban kiszámoltuk, hogy adott érzelm kifejeződési formái hány darab és mely búcsúlevelekben fordultak elő. Ez a szám az átfedéses eseteket is tartalmazta az egyszeri előfordulás mellett. Ezután megnéztük azokat az eseteket, amikor egy érzelm több (minimum 2) kifejeződési formája megtalálható volt egy búcsúlevélben. Ezeket az eseteket kivontuk az adott érzelm megnyilvánulásának összmennyiségéből, és így megkaptuk azokat az eseteket, ahol csupán egyszer fordult elő adott érzelm bármelyik megnyilvánulási formája. Így rendelkezésünkre állt információ arra vonatkozóan, hogy adott érzelm hányszor fordult elő csupán egy féle

módon egy darab búcsúlevélben és ismertük azokat az eseteket is, amikor adott érzelem többféle módon fejeződött ki egy búcsúlevélben. Ezeket az adatokat ezután százalékos formába alakítottuk át. Az átfedések mértékét a 19. táblázatban tüntettük fel.

Bevezettük vizsgálatunkban a koherencia fogalmát az adott metakategória alá tartozó kategóriák egy búcsúlevélben belüli egymást átfedésével kapcsolatban. Feltételezhetjük azt, hogy ha bizonyos kategóriák egy adott metakategória különböző kifejezési formái, akkor gyakrabban helyezkednek el egymás mellett (egy búcsúlevélben belül), mint egymástól függetlenül. A koherencia kritériumát 50%-ban határoztuk meg, ami azt jelenti, hogy az adott metakategóriába sorolt kategóriák felére jellemző volt az együttjárás egy búcsúlevélben belül. Amennyiben ezt a helyzetet találtuk, koherensnek értékeltük az adott érzelmeket (metakategóriát), vagyis úgy értékeltük a kategóriákat, mint amelyek egy adott érzellemmel állnak kapcsolatban, annak a kifejezési formái. Ezekben az esetekben jogosnak találtuk adott metakategória alá tartozó kategóriákként kezelni az egyes megnyilvánulásokat.

Az 50%-ban megállapított határérték alatt tendenciaszerű együttjárásokról beszélhetünk; illetve a metakategórián belüli alcsoportok képződéséről van szó. Olyan statisztikai próbát nem ismerünk, amellyel ez a koherencia vizsgálat elvégezhető lenne, ezért folyamodtunk az igazolásnak ehhez a formájához. A vizsgálat ezen része a jelenségek tisztázására szolgált,

Az alábbi táblázatban (18. számú) olvashatóak a metakategóriák; azok százalékos aránya (a búcsúlevelek hány százalékában található meg az adott érzelem, illetve kogníció, instrukció); majd a metakategóriát alkotó kategóriák és azok előfordulási gyakorisága a búcsúlevelekben.

Érzelmi metakategóriák	Összesített gyakoriság	Érzelmi kategóriák	Egyes érzelmek gyakorisága
Szeretet	65,1 %	Szeretet	54,6 %
		Jókívánság	21,0 %

		Aggodalom	17,8 %
		Köszönet	16,6 %
		Túlvilág	9,3 %
		Pozitív kép a másikról	6,9 %
		Emlékezzetek rám	4,8 %
Bűntudat	52,2 %	Bocsánatkérés az öngyilkosság miatt	29,1 %
		Bocsánatkérés általában	14,6 %
		Jobb lesz így	12,5 %
		Hibák okozása	10,9 %
		Tedd magad túl	7,7 %
		Problémaokozás felismerése	4,8 %
		Lelkiismeretfurdalás	4,8 %
		Megértést kér	2,4 %
Szenvedésélmény	37,2 %	Testi szenvedés	19,4 %
		Pszichés fájdalom: Lelki szenvedés	19,8 %
		Pszichés fájdalom: Idegi kiborulás	5,6 %
A harag megnyilvánulásai	35,6 %	Sérelem	22,7 %
		Bosszú, átok	11,3 %
		Konfliktusra utalás	10,5 %
		Bűntudatkeltés címzett felé	10,1 %
		Csalódottság	8,1 %
		Igazságtalanság, megalázottság	4,8 %
		Bűntudatkeltés más felé	4,4 %
Negatív önmegélés	17,0 %	Negatív önkép	15,8 %
		Halál utáni negatív énkép	2,0 %
Pozitív önmegélés	16,6 %	Pozitív önkép	13,7 %
		Halál utáni pozitív önkép	4,0 %
Ambivalencia	11,9 %	Ambivalencia	11,9 %
Boldogtalanság	9,7 %	Boldogtalanság	9,7 %
Exhaustio	9,7 %	Elfáradás	9,7 %
Magányosság	9,7 %	Magány	9,7 %
Veszteségélmény	8,9 %	Veszteség	8,9 %

Szégyen	6,0 %	Szégyen	3,2 %
		Öngyilkosságot elrejtteni	3,2 %
Szorongás	4,4 %	Szorongás	4,4 %

Kogníció metakategória	Összesített gyakoriság	Kognitív kategóriák	Egyes kognitív megnyilvánulások gyakorisága
A tettért való felelősség	25,5 %	Felvállaló	16,6 %
		Felelőssé tevő	8,9 %
Reménytelenség	23,1 %	Negatív jövőkép	23,1 %
Probléma-megoldási deficit	17,0 %	Beszűkültség	13,7 %
		Megoldhatatlan probléma	4,8 %
Megelőző	11,7 %	Megelőzés	11,7 %
Bölcselkedés	9,7 %	Bölcselkedés	9,7 %
Autonómiaigény	3,6 %	Teher vagyok	3,6 %

Instrukciók metakategória	Összesített gyakoriság	Instrukciót tartalmazó kijelentések kategóriái	Egyes instrukciók gyakorisága
Temetéssel kapcsolatos utasítások	29,9 %	Temetésre vonatkozó általánosságban	14,6 %
		Hamvasztás	13,7 %
		Szertartást ne	5,2 %
		Szűk körű temetés	4,8 %
		Egyszerű temetés	2,4 %
Általános utasítások	30,8 %	Utasítások	30,8 %
Végrendelkezés	25,1 %	Végrendelkezés	25,1 %

18. táblázat: A kapott kategóriák csoportosítása a mögöttük álló jelenségek körök alapján

Érzelem	A levelek hány százalékában találhatóak meg	Átfedések aránya egy búcsúlevélre vonatkoztatva
Szeretet	65,1 %	57,7%
Bűntudat	52,2 %	44,1 %
Szenvedésélmények	37,2 %	17,4 %

Harag	35,6 %	62,5 %
Negatív önmegélés	17,0 %	4,7 %
Pozitív önmegélés	16,6 %	7,3 %
Problémamegoldás	17,0 %	9,5 %
Temetéssel kapcsolatos utasítások	29,9 %	36,4 %
Pozitív önkép – Harag (metakategória)		25,7 %
Szeretet- Harag (metakategória)		26,7 %

19. táblázat: A kategóriák gyakoriság szerint rendezve

A következőkben a metakategóriák mögött álló lehetséges pszichodinamika részletes kifejtése következik.

Szeretet:

Az egyes kategóriák által képviselt tartalmak, illetve ezek összefűzésének pszichodinamikai jelentése számos esetben érthető. A szeretet, a kötődés érzelméhez szervesen hozzátartoznak jelen kategóriák közül a Jókívánságok, a Köszönetmondás, a Másikról alkotott pozitív kép közlése, a fontos másik személyért való Aggodalom és a Túlvilág, melyek mind a meglévő kötődések óvását, azok fontosságának kinyilvánítását jelentik a levelekben. Látható, hogy a szeretet érzelme a leggyakrabban előforduló érzelem volt a búcsúlevelekben; mintegy 65,1 %-ukban megtalálható legalább az egyik megnyilvánulás. Ha azt tekintjük, hogy ezek a szeretetteljes tartalmak mennyire gyakran jártak együtt azokban a levelekben, amelyekben előfordultak, akkor meglehetősen magas arányt kapunk: 57,7 %-ot. Ez az eredmény azt mutatja, hogy ugyanaz az érzelem nyilvánult meg számos kifejeződésben, vagyis a szeretet kategória koherensnek tekinthető. A szeretet, illetve a pozitív érzelmek magas aránya az érzelmeken belül megegyezik más búcsúlevél-kutatások eredményeivel is (pl: Tuckman és mtsai, 1959; Foster, 2003).

Szeretet és harag

Felmerül azonban az a gondolat, hogy a szeretet érzelmét csak önmagában tekintve torz következtetésekre juthatunk, hiszen nem lényegtelen kérdés az, hogy milyen más érzelmek szerepelnek ezek mellett. A többi érzelem közül a legrelevánsabbnak az agresszív töltetű indulatokkal való átfedés vizsgálatát tartottuk, hiszen ez jelentősen módosíthatja, akár meg is kérdőjelezheti a szeretetteljes kijelentések értelmét.

Amikor azt vizsgáltuk meg, hogy mennyire gyakori a szeretetteljes megnyilvánulások és a haragos érzelmek átfedése, együttes megjelenése átlagosan egy búcsúlevélben, akkor a következő arányt kaptuk: 26,7 %. A két metakategória együttjárása tehát nem általános jelenség; de az esetek egynegyedében való együttjárás viszonylagos magas száma az esetek megvizsgálására ösztönöz. A két érzelem együttes előfordulásából következtethetünk ambivalens kapcsolatokra, de az is előfordulhat, hogy a személy másnak címezi szeretetét és haragját.

A leveleket olvasva három esetet azonosítottunk: (1) a személy ugyanannak szánja szerető és haragvó indulatait; (2) az öngyilkos személy szeretetét a címzettnek, haragvó indulatait egy másik személynek szánja; (3) az öngyilkos személy haragját a címzettnek, szeretetét egy másik személynek szólónak címezi. Az első helyzet gyakorlatilag az ambivalenciát jelenti, melyet külön is jelöltünk kategóriaként.

Mivel az elemzések eddigi részében tisztáztuk azt, hogy a szeretetet és haragot kifejező különböző megnyilvánulások koherensen ugyanazt képviselik (vagyis a szeretetet, illetve a haragot), nem tartottuk fontosnak minden egyes megnyilvánulási forma (köszönet, jókívánság, sérelem, bosszú) aszerint való differenciálását, hogy a címzettnek, vagy másnak szólnak - hanem csupán a szeretet és a harag érzelmét jelöltük, illetve differenciáltuk.

Címzett felé harag és szeretet	50,8 %
Címzett felé szeretet; Másik személy felé harag	45,9 %
Címzett felé harag, Másik személy felé szeretet	3,2 %

20. táblázat: *A szeretet és a harag együttjárásának esetei*

Látható, hogy a szeretet és a harag átfedésének eseteiben az volt a leggyakoribb, amikor a búcsúlevél írója ambivalensen viszonyult a címzethez. Az előforduló ambivalencia esetei két típusba voltak sorolhatóak. Az egyik csoportba a nagyon erős intenzitású ambivalens érzelmek voltak sorolhatóak (pl: „Te öltél meg. Nagyon szeretlek.”); míg a

másikba a gyengébb intenzitású, de szeretetet és haragot ugyanazon személynek címző esetek („Nagyon szeretlek titeket gyermekeim. De engem kezelteni kellett volna, nem ilyen közönyösnek lenni!”). Ezek az esetek mind arról szóltak, hogy az öngyilkos személy erősen kötődött a másikhoz; emiatt jelentős frusztráció forrása volt számára az, hogy a másik személy egyáltalán nem, vagy nem ugyanolyan hőfokon viszonzza érzelmeit, illetve elhagyja őt. Az érzések kialakulását megelőzhatték realitásban lejátszódott történések, de a személy megélésében valók egyaránt. Az ambivalencia eseteit elemezve azt találtuk, hogy 53,5 % -ában nem derült ki, hogy mi volt az öngyilkosságra közvetlenül triggerelő esemény; míg az esetek 46,4 % -ban egy hirtelen veszteségélmény volt a kiváltó ok.

A szeretet és a harag egymást átfedő eseteinek második leggyakoribb csoportjában az öngyilkos személyek a címzett felé szeretettel viszonyultak; haragjukat pedig egy másik személy felé fordították. Ebben az esetben tehát azt találjuk, hogy az öngyilkos személy nem haragja tárgyával vette fel a kapcsolatot, hanem szeretete tárgyával, viszont azt fontosnak érezte, hogy a másik személy ellen irányuló dühe búcsúlevelében manifesztált és hangsúlyossá váljon. A szuicid személy ezzel minimum három személyessé tette a helyzetet, ahelyett, hogy haragját külön levélben megírta volna annak, akinek az szól.

A helyzet sokszemélyessé való bővítése azt hozza magával, hogy a szuicid személy tulajdonképpen átörökíti haragját és az egész viszályt a szeretett hozzátartozóra, akit szeretete kinyilvánításával igyekszik elkötelezetté tenni a saját irányába. Az, hogy a személy megemlíti haragvó érzéseit búcsúlevelében egy harmadik fél irányába, azt mutatja, hogy kapcsolatuk megoldatlan. Ez a feszültségekkel teli kapcsolat problémát jelent az öngyilkos számára, hiszen nem írna róla, ha nem zavarná a helyzet. A szuicid személyek kommunikációs stílusának vizsgálatából származó ismereteket felhasználva (Bakó, 2004; Varga és mtsai, 2005), valószínűsíthetjük, hogy a problematikus kapcsolatában a személy passzív és elnyomott módon nem volt képes képviselni saját érdekeit, így ezt búcsúlevelében teszi meg. Mivel azonban nem a problematikus személynek címzi indulatait, hanem egy szeretett személynek szóló levélben említi meg azokat, valószínűsíthetjük, hogy a szuicid személy először is öngazolást és „érzelmi támaszt” igyekszik találni levele címzettjénél (meglehetősen regresszív és irreális módon), miután pedig érzelmeivel elkötelezte a saját igazának irányába, másodsoron tőle várja a problémát jelentő személy érzelmi büntetését – amit ő nem tudott megtenni. Ezt a gyermeki, önállótlan beállítódást más vizsgálatok is megerősítik (Bakó, 2004; Varga és mtsai, 2005).

A szeretet és harag egymást átfedő eseteinek harmadik csoportjában a címzett felé negatívan viszonyul a levélíró, míg egy másik személyt szeretetteljesen említ. Ezek a kis számban jelenlévő megnyilvánulások büntudatkeltő játszmába vonják bele a címzettet, ahol a harmadik fél idealizált képe élesen szembenáll a címzett negatívan értékelt és minden problémát okozónak feltüntetett személyével.

Szeretet és túlvilág

A szeretet érzelméhez tartozónak éreztük a Túlvilág kategóriát, amellyel az öngyilkos személyek általában azt fejezték ki, hogy haláluk ellenére megmarad egyfajta kapcsolat hozzátartozóik és személyük közöttük. Fontosnak éreztük annak vizsgálatát, hogy milyen érzelmekkel jellemezhető kapcsolatokban fordulnak elő a túlvilággal kapcsolatos megnyilvánulások. Erre a kérdésre Pearson-féle Chi-négyzet próbával kaphatunk választ.

Eredményeink azt mutatják, hogy akiknek a búcsúlevelében a túlvilágra való utalás megjelenik, azok között nagyobb a Szeretet, Jókívánság, Temetés általában, Pozitív önkép, Veszteség kategóriák megjelenésének aránya is.

<i>Szeretet</i>	<i>Túlvilág</i>		<i>Összesen</i>
	<i>Nem(%)</i>	<i>Igen(%)</i>	
<i>Nem</i>	49,3	8,7	45,6
<i>Igen</i>	50,7	91,3	54,4
<i>Összesen</i>	100,0	100,0	100,0

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt ($p=0,000$)

<i>Jókívánság</i>	<i>Túlvilág</i>		<i>Összesen</i>
	<i>Nem(%)</i>	<i>Igen(%)</i>	
<i>Nem</i>	83,0	39,1	78,9
<i>Igen</i>	17,0	60,9	21,1
<i>Összesen</i>	100,0	100,0	100,0

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt ($p=0,000$)

<i>Temetés általában</i>	<i>Túlvilág</i>		<i>Összesen</i>
	<i>Nem(%)</i>	<i>Igen(%)</i>	
<i>Nem</i>	87,9	65,2	85,8
<i>Igen</i>	12,1	34,8	14,2
<i>Összesen</i>	100,0	100,0	100,0

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt ($p=0,003$)

<i>Pozitív önkép</i>	<i>Túlvilág</i>		<i>Összesen</i>
	<i>Nem(%)</i>	<i>Igen(%)</i>	
<i>Nem</i>	87,1	68,2	85,4
<i>Igen</i>	12,9	31,8	14,6
<i>Összesen</i>	100,0	100,0	100,0

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt ($p=0,017$)

<i>Veszteség</i>	<i>Túlvilág</i>		<i>Összesen</i>
	<i>Nem(%)</i>	<i>Igen(%)</i>	
<i>Nem</i>	87,5	60,9	85,0
<i>Igen</i>	12,5	39,1	15,0
<i>Összesen</i>	100,0	100,0	100,0

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt ($p=0,001$)

21. táblázatok: A túlvilágra való utalással együttjáró kategóriák

Azokban az esetekben, ahol a túlvilág megemlézt, a szeretet érzelmé is megjelent. A kapcsolatok jellegét azonban ez önmagában nem minősíti, hiszen voltak olyan esetek is, amikor a szeretet és a veszteség egymás mellett kerültek megemlézésre a túlvilágra való utalásokat tartalmazó levelekben.

Azt találtuk, hogy az esetek egynegyedében a Szeretet mellett nem volt olvasható ennek ellentmondó érzelmé. Ezt az esetet elemezve elmondható, hogy az öngyilkos személy

kötődései fontosságát hangsúlyozza, azok megtartására törekszik halála ellenére is. Az öngyilkosság csupán egy „állomást” jelent számára, amely nem akadályozza meg abban, hogy szeretteivel megőrizhető legyen a kapcsolat – és ezt fontosnak érzi hangsúlyozni a hátramaradók számára is. Egyfajta kárpótlást is szeretne ezzel nyújtani szeretteinek, ugyanis sok szuicid személy a túlvilágból nyújtott protektív funkciókat hangsúlyozza. A szuicid személy a síron túli kapcsolat hangoztatásával áthidalni igyekszik a halála által kiváltott űrt, valamint minimalizálni igyekszik a tett súlyosságát.

Az esetek háromnegyedében a szeretet mellett megjelent a Veszteség és a Pozitív önkép. Ezek a levelek egy meghalt hozzátartozóval való újraegyesülésről; hirtelen kapcsolatszakadás miatt elkövetett szuicídiumról; és ambivalens kapcsolatban elkövetett öngyilkosságról szóltak.

A meghalt szeretett személlyel való újraegyesülés eseteiben az élet nehézségei jelentek meg a másik nélkül és a „találkozás” vágya.

A másik két esetben a síron túli kapcsolat megemlítése az „örökké szeretni foglak” megnyilvánulásban fejeződött ki leginkább, ami a kapcsolat kvázi folytatását jelenti. A valóságban nem működő kapcsolatot a túlvilágba menekíti az öngyilkos személy, ahol minden negatív előjeltől és nehézségtől mentesül, örökkévalóvá nemesül a fenntarthatatlan. A szuicid személy öngyilkosságával, valamint a síron túli kapcsolat hangoztatásával arra törekszik, hogy az elmenni akaró szeretett személyt ne engedje elszakadni magától – vagyis nem engedi lezárni a kapcsolatot. Nem ad lehetőséget a továbblépésre a kapcsolati partnernek – és ezt büntudatkeltő módszerekkel teszi, például saját jó cselekedeteinek kihangsúlyozásával (Pozitív önérték), ami erős kontrasztot képez a másik kimondott/kimondatlan hibáztatásával. Az öngyilkosság tehát a kapcsolat továbbfolytatásának, a valódi elszakadás megakadályozásának eszközét szimbolizálja a szuicid személy számára.

Büntudat:

A büntudat érzelmét egyértelműen kifejezi a levelekben a Lelkiismeretfurdalás kategóriája, a Bocsánatkérés mindkét esete illetve az, amikor a személy beszámol az általa Elkövetett hibákról. A „Problémaokozás felismerése” kategória hasonlóságot mutat az öngyilkosság miatti bocsánatkérés kategóriával, ezért éreztük idetartozónak. A Jobb lesz így kategóriája a hátrahagyott személyeket vigasztalni, átsegíteni igyekszik az öngyilkosság által keltődött érzelmi nehézségeken; de ennek oka valószínűleg a hozzátartozókra rótt teher miatt

érzett büntudat. Mintha az a logika vezérelné az öngyilkos személyt, hogy „Ha belátják racionálisan, hogy nekem jobb így (pl: mert nem szenvedek többet), akkor kevésbé bánkódnak miattam, és nekem kevésbé kell büntudatot éreznem tettem rájuk háruló terhei miatt.” A „Megértést kér” kategória esetén hasonló dinamikát tételeztünk fel.

Látható, hogy a bűcsülevelekben megnyilvánuló büntudati érzések egy része nem a tette motiváló érzés, hanem éppen annak következményeként jelenik meg. Ezt a reaktív jellegű büntudatot (amely azonban nem elég erős ahhoz, hogy a személyt megállítsa a szuicid folyamatban) egyrészt a hozzátartozók iránt érzett szeretet és felelősségérzet; valamint valószínűleg a hozzátartozókat, az öngyilkosság miatt későbbiekben sújtó stigma ébreszti.

A büntudat érzelme összevontan a második leggyakoribb érzelemnek bizonyult; a bűcsüleveleknek több, mint a felében (52,2%) szerepelt; és tendenciaszerűen koherensnek is tekinthető (44,1%). A büntudati érzések magas arányáról a levelekben számos más kutatás is beszámol (Foster, 2003; Chávez-Hernández és mtsai, 2006). Mivel fontosnak tartjuk a reaktív büntudatot és a tettel kauzális kapcsolatban állót elkülönülten vizsgálni egymástól, megvizsgáltuk először azok koherenciáját.

A tettel kauzális kapcsolatban álló büntudat	Reaktív büntudat a szuicídium miatt
Bocsánatkérés általában	Bocsánatkérés az öngyilkosság miatt
Hibák okozása	Jobb lesz így
Lelkiismeretfurdalás	Tedd magad túl
	Problémaokozás felismerése
	Megértést kér
Átfedések aránya egy bűcsülevélre vonatkoztatva: 40,3%	Átfedések aránya egy bűcsülevélre vonatkoztatva: 30,3%
Levelek hány százalékában: 20,8%	Levelek hány százalékában: 39,7%
Átfedés: 17,0%	

22. táblázat: A büntudat két típusát alkotó kategóriák és előfordulási gyakoriságuk

Csupán tendenciaszerű koherenciát tapasztaltunk a büntudati érzelmeknek ebben a két csoportjában (átfedések: 40,3 és 30,3 %), de ezek jóval erősebbnek tűnnek a véletlenszerűségénél, ami a két csoport elkülönülését igazolja. A különbség további

bizonyítéka lehet az, ha a két csoportba tartozó érzelmek (1-1 csoportba összevonva) egymással való átfedése alacsony fokú. A kapott átfedés mértéke valóban alacsony volt: mindössze 17,0 %. Ez is azt mutatja, hogy a büntudat különböző etiológiájú formáiról van szó, amelyek egymással nem függenek össze.

Itt is lehet azonban a bocsánatkérés egy teátrális, valódi büntudatot nélkülöző fordulat, amennyiben haragvó érzések állnak mellette ugyanannak a személynek címezve. Ezt letisztázandó, azt találtuk, hogy a tett elkövetése miatti büntudat és a haragvó érzések együttes előfordulása csupán a búcsúlevelek 13,3 %-ban fordult elő. Ez az elemzés is azt támasztja alá, hogy a büntudat, amelyet az öngyilkosság elkövetése miatt érez a búcsúlevelet író legtöbb szuicid személy, az esetek többségében valódi.

Szenvedésélmények

A búcsúlevelekben megfogalmazódó szenvedésélmények a harmadik leggyakrabban előforduló tartalomcsoportot képviselték, amelyek fakadhattak testi és lelki okokból egyaránt. Idetartozónak éreztük az Idegi kiborulás kategóriát is, amely zaklatott, erőteljes, szinte intoxikáló érzésekkel kísért állapotként jelent meg a szövegekben, amelynek a csillapítására képtelennek érzik magukat a személyek.

A szenvedésélményre utaló megnyilvánulások a búcsúlevelek 37,2 %-ban megtalálhatóak voltak. A szenvedésélmények átfedése az adott levelekben 17,4 % volt. Ez meglehetősen alacsony érték az eddigiekhez képest, ami arra utal, hogy a szenvedésélmény különböző formái nagymértékben függetlenek egymástól, vagy legalábbis a személyek jellemzően csak az egyik formát említették levelükben.

A szenvedésélményekkel kapcsolatban összehasonlításként csupán az O'Connor és mtsai (1999) által a TGSP módszerével végzett vizsgálatot idézhetjük – más idevágó eredményről nincs tudásunk. A TGSP modelljének első eleme az elviselhetetlen pszichés szenvedés, amelynek jelenlétét a kutatók a búcsúlevelekben 90 % felettire becsülték. Jelentős eltérés tapasztalható tehát a jelen vizsgálat által kapott lelki szenvedés és az O'Connor és mtsai által leírt eredménye között. Ennek oka az lehet, hogy a TGSP tágabban értelmezi a lelki szenvedést, ugyanis a reménytelenséget, a kontrollon kívüliséget, a csapdába esettségek az érzését is ezt kifejezőnek gondolja. Egyetértünk a modell kidolgozójának, Leenaarsnak (1996) azzal a feltevésével, hogy mindezek a tényezők erős pszichés fájdalmat indukálnak, mi azonban arra törekedtünk, hogy a levelekben csupán akkor jelöljük le a lelki fájdalmat, ha

arról beszámoltak a szuicid személyek. Azzal a feltevessel azonban egyetértünk, hogy az általunk is leírt szuicidogén tényezők összességében lelki szenvedést keltenek.

Fontosnak érezzük azt a tényt, hogy a szenvedésélmények csupán a harmadik leggyakoribb kategóriát képezik a búcsúlevelekben – pedig számos elméletalkotó (pl: Shneidman, 1985; Leenaars,1996) szerint az elviselhetetlen lelki szenvedés a szuicídium bekövetkezésének fő mozgatórugója. Ha a búcsúlevelek elsősorban a saját állapot közlésének szándékával íródnának, akkor feltételezhetően olyan érzelmek lennének a leggyakoribbak, amelyek ezt fejezik ki (pl: szenvedés, reménytelenség, pozitív/negatív önmegélés). Ezzel szemben azt találjuk, hogy a szuicid személyek inkább az interperszonális jellegű érzelmekre teszik a hangsúlyt a szövegben. Vagyis a legtöbb búcsúlevél elsősorban a mások felé való kommunikáció, a hátrahagyott kapcsolatok definiálásának szándékával íródik. Az ír búcsúlevelet, aki a másoknak, a másikról akar szólni. A szenvedéssel elárasztott, arra bezűkült ember valószínűleg levél nélkül vet véget az életének. A leggyakoribb érzelmeket tekintve pedig azt találhatjuk, hogy elsősorban a pozitív, kapcsolatfenntartó jellegű emóciók fordulnak elő legnagyobb gyakorisággal (szeretet, büntudat), igaz a részletesebb elemzés nagymértékű átfedést is kimutatott a büntudatkeltő agresszív megnyilvánulásokkal.

Harag

A búcsúlevelekben olvasható haraggal kapcsolatos kategóriák mind az átélt frusztrációkra, és azok elviselésének képtelenségére vonatkoznak, és valószínűleg kauzális kapcsolatban állnak a tett elkövetésével. Látható, hogy nagyon sokféle módon fejezik ki agressziójukat a szuicid személyek: a megbántottság, csalódottság érzésének megemlítésétől kezdve az egész levéltartalmat uraló szélsőséges átkozódásig és erős büntudatkeltésig. Az agressziót kifejező tartalmak a levelekben mind látenszen, vagy manifeszten büntudatkeltő jellegűek, hiszen könnyen ébreszthetik a hozzátartozókban azt az érzést, hogy ha másként viselkedtek volna, akkor nem következett be volna az öngyilkosság. Olyan ez, mintha a szuicid személyek az utolsó alkalmat ragadnák meg a tiltakozásra a személyüket ért narcisztikus sérelem ellen; valamint arra, hogy a hozzátartozók kénytelenek legyenek a reagálás esélye nélkül meghallgatni agresszív kirohanásukat.

A búcsúlevelekben megfogalmazott agresszív töltetű indulatok a szövegek 35, 6 %-ban szerepeltek, ami a negyedik leggyakoribb tartalmi körré teszi ezeket a haragvó megnyilvánulásokat. A sérelmek gyakori említése hasonló eredményeket mutat más

kutatásokban is (pl: Chávez-Hernández és mtsai, 2006; O'Connor és mtsai, 1999). A különböző formák egymást átfedése 62, 5%-ra tehető, a metakategória tehát koherens, ami azt mutatja meg, hogy ezek a megnyilvánulások nagyon hasonló érzelmi állapotot takarnak.

Negatív önmegélés

A negatív önértékelés is megjelenik a búcsúlevelekben, amely időnként öngyűlöletté fokozódik, amikor is a személy önmagát csak rossz tulajdonságokat hordozó és gondokat okozó emberként látja. A „Halál utáni negatív önkép” kérésének ritkán előforduló tartalma, általában egy ilyen öngyűlöleti kirohanásban történt meg, annak tetőződéséeként, amivel az öngyilkos gyakorlatilag egész személyiségét és életét elutasítja, negligálja és feleslegesnek nyilvánítja. Az önvád, a negatív önértékelés a depresszió egyik alapvető összetevője is, így ezekben az esetekben felmerül a depresszió lehetősége is.

A negatív önmegélés a búcsúlevelek 17%-ban nyilvánult meg. A negatív önértékelés kategóriát a búcsúlevél-kutatások nem szerepeltetik, így összehasonlításokat nem tudunk tenni. Az ide tartozó két kategória egymást átfedése igen alacsony, csupán 4,7%. Ez az alacsony érték valószínűsíthetően kapcsolatban áll azzal is, hogy a két kategória mennyiségileg igen eltérő (15,8 % - 2%).

Pozitív önmegélés

A szuicid szövegekben megfogalmazott pozitív önkép kontextuálisan erősen nárcisztikus minőséget hordozott, szinte minden esetben. Gyakori volt, hogy a személy önmaga pozitív értékelését a környezetének címzett haragvó megnyilvánulások mellett szerepeltette, amely így erős kontrasztot képezett. A „Halál utáni pozitív önkép” olyan megnyilvánulásokat takar, amelyekben a személy arra kéri környezetét, hogy pozitívan emlékezzenek rá.

A „pozitív önmegélés” és a „halál utáni pozitív önkép” esetei a levelek 16,6% -ban megtalálhatóak voltak; egymást átfedésük 7,3% -ra volt tehető. Ez az alacsony szám arra mutathat rá, hogy ezek a megnyilatkozások egymástól viszonylag függetlenül fordulnak elő a levelekben, és más jelentéskört képviselnek. A pozitív önkép jelenségét más búcsúlevél-kutatások nem vizsgálták, így sajnos nem áll módunkban összehasonlításokat tenni.

Miután a levelek elemzése közben azt tapasztaltuk, hogy a pozitív önkép számos esetben fordult elő mások irányába megnyilvánuló haragvó kijelentésekkel együtt, fontosnak tartottuk az átfedés nagyságát megvizsgálni a levelekben. A haragvó állításokat összevontuk egy csoportba, hogy kiszűrjük a tartalmak egymással való átfedését, és azután ezzel az újonnan képezett kategóriával vizsgáltuk a pozitív önképpel való átfedését. Összesen 97 olyan búcsúlevél volt, amelyben a pozitív önkép és a haragvó állítások egyaránt megtalálhatóak voltak, és ezek között a kategóriák között 25,7% -ban volt tapasztalható átfedés, ami csupán tendenciaszerű koherenciát jelez a kategóriák között. Ez az arányszám azt valószínűsíti, hogy az agresszív töltetű indulatok és a nárcisztikus jellegű pozitív önkép az esetek nagyobb részében nem fordulnak elő együttesen, de viszonylag gyakori azoknak az eseteknek a száma is, ahol a két érzelem egy nárcisztikus, felelősségváró, másokat vádoló dinamikához kapcsolható.

A Boldogtalanság, az Exhaustio, a Magányosság, az Ambivalencia, a Veszteségélmény, Szorongás és a Szégyen kategóriái nem szorulnak magyarázatra, elnevezésükben hordják tartalmi jelentésüket. Mivel más búcsúlevél-kutatásról nincs tudásunk, amely ezeket a tartalmakat vizsgálta volna, nem tudunk összehasonlításokat tenni.

Kognitív tényezők

A kogníciókat tekintve elmondható, hogy a felelősség kérdése a leveleknek mintegy egynegyedében (25,5%) megjelent, ami jelentős tartalomná teszi ezt a kategóriát. Látható, hogy ha a szuicid személy megemlíti a tettért való felelősség kérdését levelében, akkor kétszer olyan nagy gyakorisággal vállalja magára azt, mint hárítaná.

Mivel a felelősség kérdésének megnyilvánulását a búcsúlevelek fontos tartalmaként értékeljük, relevánsnak érezzük annak tisztázását, hogy mely kategóriák kötődnek a felelőssé tevő kategóriához. Ezek a kategóriák elképzelésünk szerint a felelősség kezelésének két különböző dinamikáját fogják felrajzolni.

A felelősség kérdése és a kapcsolódó kategóriák: felelősség felvállalása

Szignifikáns együttjárást kaptunk a felelősség felvállalásának témája valamint az Elfáradás és a Hibák okozása kategóriák között; ugyanakkor azt tapasztaltuk, hogy a Büntudatkelés címzett felé kategória szignifikánsan nem járt együtt a felelősség felvállalásával.

<i>Elfáradás</i>	<i>Felelősséget felvállaló</i>		<i>Összesen</i>
	<i>nem</i>	<i>igen</i>	
<i>nem</i>	92,2%	80,5%	90,3%
<i>igen</i>	7,8%	19,5%	9,7%
<i>Összesen</i>	100,0%	100,0%	100,0%

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt (p=0,020)

<i>Hibák okozása</i>	<i>Felelősséget felvállaló</i>		<i>Összesen</i>
	<i>nem</i>	<i>igen</i>	
<i>nem</i>	91,3%	78,0%	89,1%
<i>igen</i>	8,7%	22,0%	10,9%
<i>Összesen</i>	100,0%	100,0%	100,0%

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt (p=0,013)

<i>Büntudatkelés a címzett felé</i>	<i>Felelősséget felvállaló</i>		<i>Összesen</i>
	<i>nem</i>	<i>igen</i>	
<i>nem</i>	87,9%	100,0%	89,9%
<i>igen</i>	12,1%	-	10,1%
<i>Összesen</i>	100,0%	100,0%	100,0%

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt (p=0,019)

23. táblázatok: A szuicid tettért érzett felelősség felvállalásával összefüggésben álló kategóriák

Ezeknek a kategóriáknak és a felelősség felvállalásának a viszonyát tekintve elmondhatjuk, hogy a tettért való felelősség felvállalása nem kétszintű kommunikációt takar, hanem valóban azt jelenti, amit a neve is mutat. A személyek, akik ezt megemlítik, jellemzőbben szenvednek kimerüléstől, és büntudatuktól; de nem jellemző rájuk, hogy büntudatkeltő kijelentéseket tennének. Az önhibáztató, felelősséget túlzottan felvállaló, beszűkült helyzetértékelés a depressziót is valószínűsítheti. Összességében azonban kimondhatjuk, hogy a felelősség felvállalása egyértelműen a kapcsolatokat, a hozzátartozókat a rájuk háruló érzelmi terhektől, a tett bekövetkezése után felkeltődő büntudattól védő megnyilvánulás a levelekben.

A felelősség kérdése és a kapcsolódó kategóriák: felelőssé tevés

Szignifikáns együttjárást találtunk a Felelősség másik személyre való hárítása és a Szeretet, a Sérelmek valamint a Végrendelet kategóriák között. Akiknek a búcsúlevelében tehát a felelőssé tevés megjelenik, azok között nagyobb a szeretet és a sérelmek érzelmeinek, valamint a végrendelkezés megjelenésének aránya is, mint akiknél nem jelenik meg a felelősség másra hárítása.

<i>Sérelmek</i>	<i>Felelőssé tevő</i>		<i>Összesen</i>
	<i>nem</i>	<i>igen</i>	
Nem	79,5	50,0	76,8
Igen	20,5	50,0	23,2
Összesen	100,0	100,0	100,0

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt (p=0,004)

<i>Szeretet</i>	<i>Felelőssé tevő</i>		<i>Összesen</i>
	<i>Nem(%)</i>	<i>Igen(%)</i>	
Nem	48,0	21,7	45,6
Igen	52,0	78,3	54,4
Összesen	100,0	100,0	100,0

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt (p=0,016)

<i>Végrendelet</i>	<i>Felelőssé tevő</i>		<i>Összesen</i>
	<i>nem</i>	<i>igen</i>	
Nem	77,7	50,0	75,2
Igen	22,3	50,0	24,8
Összesen	100,0	100,0	100,0

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt ($p=0,004$)

24. táblázatok: *A szuicid tettért érzett felelősség áthárításával összefüggésben álló kategóriák*

A felelőssé tétel manifeszt kinyilvánításával az öngyilkos személy hozzátartozóját kivégző, autodestrukcióra kényszerítő szerepbe állítja, akinek szinte passzívan teljesíti akaratát; akinek a magatartása kapcsán csak ez az egy lehetősége maradt. A felelősséget felvállaló személy megfogalmazásában az öngyilkosság választása így hangozhatna: Én választom, mert nem látok más lehetőséget. A felelősséget másra hárító személy jelmondata így hangozhatna: Te nem hagysz más lehetőséget nekem! Olvasható búcsúlevélben olyan kijelentés, amely így szól: „Te öltél meg”. Miután az öngyilkos egyén ebből a passzívnak és belekényszerítettnek érzett helyzetből percipiálja a másik személyt, jogosnak érezheti a másik manifeszt hibáztatását, illetve annak kifejezését, hogy az öndestrukcióra való motiváció eredetileg nem tőle származik. A szuicid személy tehát belehajszoltnak, belekényszerítettnek érzi magát az öngyilkosságba, amelyet nem saját szabad választásaként él meg. A személy projektálja szuicid tendenciáit.

A projekció révén a szuicid személy megszabadul a saját tettéért érzett felelősségtől, nem azonosul az öngyilkos szándékkal, aminek nyomán erős düh támad benne a frusztráló fél irányába - melyet nem a másikon, hanem önmagán vezet le. Ezt azonban úgy teszi, hogy saját passzívnak érzett helyzetét hangoztatja, belekényszerítettségét hangsúlyozza, másra hárítja a felelősséget. Agressziójának a személy tudatában van, hiszen az manifeszten megnyilvánul, és címeződik egy konkrét személynek, illetve személyeknek. Miután a személy mástól eredeztethetőnek érzi öngyilkosságát, ezért valószínűleg célja a büntudatkeltés saját rossznak érzett helyzetének, kontrollnélküliségének kihangsúlyozásával.

Előzetes elvárásaink szerint a felelőssé tevést erősen agresszív jellege miatt a leginkább agresszióval telített kijelentések kapcsán (Bosszú, átok; Igazságtalanság, megalázottság) megjelenőnek feltételeztük. A kapott eredmények ugyanakkor azt mutatják,

hogy a felelősség másik személyre való hárítása a kisebb intenzitásúnak nevezhető sérelmek mellett jelenik meg, nem a legagresszívebb tartalmaknál. Mivel a kapott eredmények kevésbé érthetőek voltak a számunkra, fontosnak éreztük annak tisztázását, hogy miért a sérelmekkel járt együtt jellemzőbben a felelőssé tevés.

Megvizsgálva a két kategória (Bosszú és Sérelmek) közti különbséget, azt találtuk, hogy a szeretet érzelmével való együttjárás mértékében szignifikánsan eltérnek (90%-os megbízhatósági szinten). Eredményeink szerint tehát, akiknek a levelében megjelentek a sérelmek, azoknál gyakoribbak volt a szeretet megnyilvánulásai is – szemben a bosszú tartalmával, amelyre nem volt jellemző a szeretettel való együttes előfordulás.

Szeretet	Sérelmek		Összes
	nem	igen	
Igen	62,3%	75,0%	65,2%
nem	37,7%	25,0%	34,8%
Összes	100,0%	100,0%	100,0%

* Pearson-féle Chi-négyzet statisztika szignifikáns volt ($p=0,079$)

25. táblázat: *A szeretet és a sérelmek kategóriák összefüggése*

Elemzésünk tehát arra mutatott rá, hogy a sérelem és a szeretet egymással egyébként is összefüggő tartalmak; és ez így van a felelőssé tevés kapcsán is. A sérelmek és a szeretet nagyobb együttes előfordulása a frusztrált kötődési igényből eredeztethető. Ez a kötődési igény lehet irreálisan követelő, a másik igényeit ki nem elégítő, dependens selftárgy igény is. Az öngyilkos személy affiliatív törekvései megghiúsulnak az érzelmileg fontos másikkal való kapcsolatában, aminek következtében indukálódó dühét nem a másik, hanem saját személye irányába fordítja. Tehát a kötődési igényükben frusztrálódott személyek eseteiben fordul elő a felelőssé tevés. Nem feltételezhetjük azonban azt, hogy a frusztrált kötődés minden egyes esetében megjelent a felelőssé tevés – ezt ugyanis tapasztalataink nem támasztották alá.

Véleményünk szerint a narcisztikus vonásokkal rendelkező személyek hajlamosabbak arra a projektív felelősség-hárító mechanizmusra, ami megjelenik ebben a megnyilvánulásban. Döme (2001) leírja azt, hogy a narcisztikusok felsőbbrendűségi illúzióik megtartása érdekében könnyen másoknak tulajdonítják ellenséges, önző szándékaikat, vagyis hajlamosak

a projekció énvédő mechanizmusát használni. Ismeretes a nárcisztikus személyek hirtelen fellobbanó és nagy intenzitású dühe is, az őket ért sérelem eseteiben. Azt gondoljuk, hogy a nárcisztikus személyek projekciója és a sérelem által kiváltott dühe nyilvánul meg a felelőssé tevés eseteiben. A személy védekezőrendszere valószínűleg összeomlik az átélt traumatikus sérelem-élmény hatására, a nárcisztikus személy átérzi önnön gyengeségét és a tárgytól való függését (ami a szeretet formájában megjelenik a búcsúlevélben). Ezek az érzések a nárcisztikus személy számára mélyen elutasítottak – az öndestrukciónak tehát ennek vonalán következik be.

A hozzátartozó felelőssé tétele az öngyilkosságért érzelmileg rendkívül súlyos megnyilatkozás, erősen büntudatkeltő jellege miatt. Egy ilyen kijelentés mögött nagyon sok agresszió áll - ez a retroflex gyilkosság esete (Shneidman, 180 fokban elkövetett gyilkosság). A szuicid személy gyilkos indulatokat táplál adott személy irányába, amelyeket azonban saját személye felé vezet le.

A végrendekezés összefüggése a felelősséggel szintén büntető jelleget mutat. Azokban az esetekben, amikor ez az együttjárás fennállt, az elemzések azt mutatták, hogy az esetek több, mint felében (55%) az öngyilkos személyek nem a felelőssé tett személyre hagyták vagyonukat, hanem másokra, általában gyermekeikre. Azoknak az eseteknek a 75%-ban, ahol a felelősség címzettje és a végrendelet kedvezményezettje ugyanazon személy volt bosszújelleggel történt a vagyon hátrahagyása a hibáztatott partnerre. Ez alapján elmondható, hogy a felelőssé tevés eseteiben a hagyatékolás nagyrészt büntető jellegű.

További kognitív tartalmak

A kogníciókat jelentő kategóriákat tekintve azt találjuk, hogy a kognitív irányultságú elméletek által a leginkább szuicidogénnek tartott jellemzők nagy százalékban megjelennek a búcsúlevelekben. Magas százalékban van jelen a Reménytelenség (23,1%); megjelennek a Problémamegoldási nehézségek (17,0%). Szintén idetartozónak éreztük a Megelőző kategóriát is (11,7%), amely a szuicid személynek arról a tudatos döntéséről szól, amely szerint nem akarja tovább elviselni a testi vagy lelki szenvedést és annak saját kontrollján kívül eső természetét; hanem aktív módon véget akar vetni annak – mivel enyhülésében nem reménykedik.

A problémamegoldási nehézségek egyfelől a Megoldhatatlan problémára való utalásokból tevődnek össze, amelyekkel a személy arról számolt be, hogy egy adott helyzet, vagy helyzetek során megoldását nem találja. Ezekben a kijelentésekben a megoldás hiánya, a keresésben való elfáradás, a megoldási kudarcok hangsúlyozódnak ki.

Másfelől a problémamegoldási nehézségek a Beszűkültség megnyilvánulásaiból tevődtek össze, ahol a személy egyetlen lehetséges kiútként és megoldásként látja maga előtt az öngyilkosságot – vagyis nem talál alternatívákat helyzete könnyebbé tételéhez. Ezek a megnyilvánulások nagyon rövidek a levelekben, legtöbbször a „meg *kell* tennem, mert nincs más lehetőség” témája nyilvánult meg bennük. Ezekben a kijelentésekben sokkal inkább a kényszeredettség, a „tunnel vision” (Shneidman, 1985) mutatkozott meg; hiányzik a megoldások keresése és nem találása – emiatt kapta a kategória a beszűkültség elnevezést.

Megvizsgálva a két kategória egymással való átfedését, igen alacsony eredményt kaptunk: 9,5%. Ebből arra következtethetünk, hogy a kategória nem koherens, vagyis az összetevők nem ugyanarra a jelenségre vonatkoznak. Azt gondoljuk, hogy mindkét kategória elsősorban a problémamegoldásbeli deficitekkel áll kapcsolatban, ám annak eltérő stádiumát képviselik. Kezdetben csak az adott probléma létezik a személy számára, melyet nem tud megoldani, ami erős szorongást és szenvedésnyomást okoz számára. Amint azonban megjelenik az öngyilkosság lehetősége, mint lehetséges „megoldás”, egyre erősebben foglalkoztatja a személyt annak lehetősége, hogy a szuicídium révén kimeneküljön az adott helyzetből. A helyzetben fokozódó nyomás, a szenvedés erőssége, a reális megoldás lehetőségének hiánya egyre kilátástalanabbnak láttatja a személlyel a helyzetet, ami a reménytelenségi érzés fokozódásával jár. Eközben az öngyilkosság megkönnyebbülési, jóvátételi, újraegyesülési, stb lehetőségként egyre erősebben jelen a személy számára, amit lassan az egyetlen alternatívának érzékel. A személy egyre inkább beszűkült állapotba kerül, realitástesztelése romlik – míg végül elköveti a tettet.

IV.5.5.5. Eddigi eredmények összegzése

A vizsgálat eddigi részében áttekintettük a búcsúlevelekben található leggyakoribb tartalmakat, majd mögöttes jelentésük szerint csoportokba vontuk össze őket. A leírt kategóriákból következtetéseket vonhatunk le a szuicid személyek érzelmi és kognitív állapotára nézve az öngyilkosságot közvetlenül megelőzően; valamint az interperszonális kapcsolatokra nézve. A levelek tartalmának alaposabb leírása feltételezésünk szerint közelebb vihet bennünket a búcsúlevelek funkciójához is. Mindezen információk azért is különösen értékesek lehetnek, mivel befejezett öngyilkosságot elkövetett személyekről van szó, akiknek vizsgálata nagyon nehéz.

A búcsúlevelekkel kapcsolatban abból indulhatunk ki, hogy a szuicídium intrapszichésen és interperszonálisan egyaránt meghatározott esemény. Ennek megfelelően a leveleknek is vannak intrapszichés és interperszonális vonatkozásai. Az intrapszichés vonatkozások közé sorolhatjuk azt, hogy a levelek elkötelezik az öngyilkos személyt a tett végrehajtása mellett (Kukorelliné, 2002). Erre külön változót nem iktattunk be, de néhány búcsúlevélben érezhető volt, ahogyan a levélírás folyamatában is győzködi magát a szuicid személy arról, hogy nincs más lehetősége („Azt gondoltam, hogy van még értelme élni, de nem, nem, nem igaz!! Nincs miért.”). Ezekben az esetekben azt gondoljuk a búcsúlevélben megfogalmazottakat a személy elsősorban önmagának szánja. Az élet és halál közti ambivalencia megszüntetésére vonatkozó szándék megnyilvánulása ez.

A búcsúlevelekben megtalálható érzelmek elsősorban interperszonális funkciókat rajzolnak ki a szuicid szövegek funkcióival kapcsolatban. Oravecz (2003) kifejti, hogy a búcsúlevél, és az elköszönés aktusa arra ad lehetőséget a személynek, hogy módosítsa, definiálja a saját magáról és másokról alkotott reprezentációit; valamint, hogy meghatározza a kapcsolatot környezetével. Jelen mintában azt tapasztalhattuk, hogy a személyek leginkább pozitív érzelmeket hagynak hátra; szeretettel és a tett elkövetése miatti büntudattal lépnek ki a kapcsolatokból. A legtöbb általunk ismert búcsúlevél-kutatás (pl: Tuckman és mtsai, 1959) megáll ezen a ponton, és nem vizsgálja az érzelmek egymással való együttjárását, amely pedig a végső konnotációt erősen befolyásolja.

A szeretet érzelmét megvizsgálva azt az eredményt kaptuk, hogy összesen a búcsúlevelek 65 %-ban, azaz mintegy kétharmadában előfordul. A szeretet mellett haragvó

érzelmeket a szuicid szövegeknek mintegy egynegyedében (26,7%) olvashatunk. Az öngyilkos személyek nagy százaléka tehát úgy köszön el, hogy csak pozitív érzelmeket hagy hátra hozzátartozói felé, ami a búcsúlevelek lehetséges kapcsolatórzió funkciójára mutathat rá. Mivel az öngyilkosság elkövetése miatti büntudat is nagy arányban (39,7 %) jelenik meg, azt mondhatjuk el, hogy a szuicid személyek tisztában vannak tettük másokra háruló érzelmi következményeivel és az általuk okozott nehézségekkel – képesek tehát empatizálni környezetükkel. Elemzésünk azt mutatta, hogy az öngyilkos személyek által mutatott büntudat az esetek legnagyobb részében nem teátrális és valódi büntudatot nélkülöző fordulat, mivel haragvó érzések az esetek 33,3 %-ban állnak a büntudat érzései mellett. A búcsúlevelekben felmerülő büntudat valószínűleg sok öngyilkos személy belső dialógusába enged betekintést, amely a tett elkövetése mellett, illetve ellene szóló vitát jeleníti meg.

Az öngyilkos személyek egy csoportjára tehát biztosan valószínűsíthetjük azt, hogy képesek mások szempontjainak figyelembevételére – azonban az is elmondható, hogy a tett elkövetése pont azt mutatja meg, hogy a büntudatnak nem volt elég visszatartó ereje az öngyilkossággal szemben. Számos traumatikus eseményen átesett ember beszámol arról, hogy a trauma utáni időszakban a hozzátartozói iránt érzett felelősségtudat és szeretet volt az, ami visszatartotta az öngyilkosságtól. Amennyiben viszont nem kielégítő a kapcsolat, vagy túl erős a szenvedés, akkor a szuicid szándék bizonyul erősebbnek. Természetesen sok más képesség is szükséges az „életbenmaradáshoz” ezek mellett: érzelmi nehézségek elviselésének képessége, érzelemszabályozás adekvát jellege, társas támasz igénybevétele, stb. Talán erőteljes következtetés az, hogy kevésbé erős az empátiás képessége a szuicídiumot elkövető személyek azon csoportjának, akiknél a kapcsolati problémák kevésbé vannak előtérben – de ez a kijelentés tisztázásra szorul kutatások által. Ezzel a kijelentésünkkel mindenfajta moralizálást kerülni szeretnénk.

Mivel a büntudat és szeretet gyakori előfordulását a búcsúlevelekben számos más kutatásban is megerősíti (pl: Tuckman és mtsai, 1959; Foster, 2003), összegzésként elmondható, hogy az az érzelmi üzenet (Kukorelliné, 2002), amelyet a legtöbb öngyilkos átadni szeretne hozzátartozóinak hátrahagyott levelében, az a szeretet és a tett elkövetése miatt érzett büntudat. A búcsúlevelek íródásának egyik lehetséges oka is ez lehet tehát: a hozzátartozóknak okozott érzelmi fájdalom felmérése után a szuicid személy kompenzálni igyekszik ezt azzal, hogy szeretetét nyilvánítja feljűk és a tett felelősségét kvázi magára veszi a bocsánat kérésével. Enyhíteni igyekszik az általa okozott fájdalmat a személy, illetve a kapcsolat pozitív jellegét szeretné megőrizni.

A búcsúlevelekben számos esetben olvashatóak szenvedésélmények, melyek forrásukat tekintve lehetnek testiek, illetve lelkiek. Számos elmélet (pl: Shneidman, 1985) tartja azt, hogy az elviselhetetlen lelki szenvedés az öngyilkosság egyik legfontosabb mozgatórugója. Jelen búcsúlevélmintában azonban a pszichés fájdalom csupán a testi szenvedéssel egybevonva lett a harmadik leggyakoribb tartalom, ami arra mutathat rá, hogy az öngyilkos személyek búcsúlevelükben nem azt érzik a legfontosabb céljuknak, hogy állapotukról beszámoljanak.

A következő kategóriát a gyakorisági sorrendben a haragvó érzelmek jelentették, ami a konfliktusok, a sérelmek relevanciáját támasztja alá az öngyilkosságra precipitáló tényező között. A szeretet és a büntudati érzések kapcsán megemlített, kapcsolati problémákat látszólag nélkülöző kötődések mellett ezek a haragvó érzésekkel telített kapcsolatok jelentik a másik típust. Ez a lezáratlan, problematikus viszonyokra hívja fel a figyelmet, illetve arra, hogy ezekben az esetekben felmerül az igény a szuicid személyben, hogy legyen egy utolsó kommunikációs, illetve kapcsolatfelvételi lehetősége.

A dühös, agresszióval telített érzések és a szeretet között azonban átfedések voltak tapasztalhatóak: az esetek felében azt találtuk, hogy ambivalens kapcsolat állt a háttérben; az esetek másik felében pedig a szuicid személy az általa szeretett személynek említett meg egy konfliktusos kapcsolatot, vagy átélt sérelmeket.

Mindkettő az agresszióproblematika sajátos eseteire világít rá. Az ambivalenciát úgy definiálja Laplanche és Pontalis (1994, 30.o.), mint amikor „...az érzelmi magatartás pozitív és negatív komponense egyidejűleg elválaszthatatlanul jelen van és olyan dialektikus ellentétet alkot, amely az egyszerre igent is és nemet is mondó beteg számára meghaladhatatlan”. Az ambivalenciának az öngyilkosság esetében számos megnyilvánulási formája van. A szuicid személy ambivalens lehet az öngyilkos szándékot illetően; ambivalens lehet egy érzelmileg fontos kapcsolatában, stb. Jelen esetben az ambivalencia a szeretet és a harag érzelmének egy személy felé való együttes megnyilvánulását jelentette. Az erős ambivalenciákkal jellemezhető személy self- és tárgyrepresentációi nem eléggé differenciáltak, nagyfokú érzelmi reaktivitás tapasztalható, illetve gyakoribb lehet a szimbiotikus kapcsolatok választása a regresszív munkamód következtében. Az érzelmileg fontos másik személy kívülről biztosít funkciókat az ambivalens személy számára. Az ambivalens személy jellemzően az önállóság és a szimbiózis között oszcillál. Vannak

függetlenedési törekvései, de meg is ijed tőlük. Ez az ambivalens dinamika nagy érzelmi terhek elviselését követeli meg mind magától a személytől, mind kapcsolatától. Az öndestrukciónak elindíthatja egy intenzív csalódottság-élmény az érzelmileg fontos másikkal való kapcsolatban.

Az ambivalencia eseteit elemezve azt találjuk, hogy 53,5 %-ában nem derül ki, hogy mi volt az öngyilkosságra közvetlenül triggerelő esemény; míg az esetek 46,4 %-ban egy hirtelen veszteségélmény volt a kiváltó ok. Az első esetben gyakran az volt tapasztalható, hogy az agresszív indulatok dominálták a levelet érzelmi szempontból, amelyek mellett szerepeltek a kötődés megnyilvánulásai is. Ez olyannak tűnt, mintha a szuicid személy elfáradt volna intenzívvé váló, de valószínűleg hosszú ideje tartó ambivalens érzéseitől a konfliktusos kapcsolatban és az ezzel együtt járó nagy érzelmi szenvedéstől - emiatt követte el tettét. Beszámoltak arról, hogy sok szenvedést éltek meg a másik mellett, de még mindig szeretik. A szuicid személy nem volt képes ambivalencia érzéseit feloldani, hanem ez elől a probléma elől inkább a halálba menekül, ott keres nyugalmat. Ez az élet megoldatlan és elviselhetetlen terheinek levetését jelenti, valamint a nyugalom és a pihenés keresését a halálban, amely a mindent elfogadó anyával való egyesülést szimbolizálja ebben az esetben.

A veszteségélménnyel kísért ambivalencia eseteiben a hirtelen szakítás, kapcsolatmegszakadás volt a kiváltó esemény, amelynek kapcsán a szakadás miatti harag és az ezzel párhuzamos szeretet jelent meg. Ebben az esetben is az ambivalenciával együttjáró nagy érzelmi szenvedés jelenik meg a búcsúlevélben. Az első esettől eltérően itt egy váratlanul bekövetkező esemény volt az, ami addigi egyensúlyából kimozdította a szuicid személyt, aki feltehetően ennek a hirtelen eseménynek a hatására impulzívan követte el tettét, nagy érzelmi kitöréssel kísértén.

Az ellentétes érzelmeket keverten tartalmazó levelek másik típusa a szeretett személynél védelmet kereső és a harag tárgyát képező személy kvázi megbüntetését kérő eseteket jelenti. Ez egy regresszív, gyermeki helyzet, ami arról árulkodik, hogy a személy nem érezte hatékonynak saját problémamegoldó képességét és valószínűleg agresszióját sem fejezte ki nyíltan – nem volt képes kellő kontrollt gyakorolni. Ezt a helyzetet tehát leginkább az agresszió intrapunív irányban való levezetéseként értelmezzük. A számára nem kedvező kimenetelt jelentő helyzetet azonban elfogadni nem volt képes – és megoldását, vagyis saját érdekeinek képviselését, védelmét mástól várja.

A harag kapcsán fontos megemlítenünk a nárcisztikus jellegű pozitív önkép eseteit is, amely 25,7 %-ban együttesen fordult elő a haragvó kijelentésekkel. Ez a magas arány arra hívja fel a figyelmet, hogy a búcsúlevelekben olvasható haragvó érzelmek nárcisztikus jellegűek lehetnek.

A szenvedésélmény és a harag a legjelentősebbek az öngyilkossággal kauzális kapcsolatba állítható és gyakran mondható tartalmak között - a szeretet és a büntudat az öngyilkosság bekövetkezésének miéértjéről ugyanis nem mond semmit sem. Összefoglalóan kijelenthető, hogy a harag indukálódása kapcsán a veszteségélmények és az ambivalens kapcsolatok merülnek fel leginkább.

Érdekes jelenség az, hogy a búcsúleveleknek több, mint az egyharmadában előfordulnak a haragvó érzelmek - tehát magas az arányuk. Ringel (1969, In: Buda, 2001) a preszuicidális szindróma leírásakor azt hangsúlyozza, hogy az agresszió levezetése, kifejeződése dinamikusan beszűkül a tett elkövetése előtt, esetleg inadekvát acting-out jellegű kirohanások lehetségesek – de az agresszió manifeszt megjelenése és mások ellen fordítása nagyon ritka. Ez a magas harag százalék azonban azt mutatja, hogy az öngyilkos személyeknek legalább egy csoportja tudatában marad az átélt sérelmeknek; nem fojtja el ébredő agresszióját teljes mértékben, összefüggésbe hozza öngyilkosságával – és halála előtt szóvá is teszi búcsúlevelében. Ez az agressziókifejezés megtörténhet a szeretetteljes megnyilvánulások kifejezése mellett – vagyis ambivalens módon – illetve vannak szeretet nélküli, csak szélsőséges agresszív megnyilvánulásokat tartalmazó levelek is, ahol csak sejteni lehet, hogy a tett impulzívan, aktuális frusztráció hatására következett be.

Ezekben az esetekben tehát a szuicid személy nem akar úgy távozni feltehetően egyenlőtlen kapcsolataiból, hogy valamilyen szinten ne próbálja meg kiegyensúlyozni azokat. A személy akár képes volt agresszióját kifejezni korábban, akár nem – feltehetően elégedetlen kapcsolataival, illetve azzal, amennyire figyelembeveszik álláspontját. A búcsúlevél segítségével mindezt lehetősége van kifejezni. Nem akar úgy távozni, hogy az érzelmileg fontos másokban lévő képet nem módosítja, vagy tetteivel nem hangsúlyozza jobban saját korábban esetleg kifejtett álláspontját. A búcsúlevél tehát a kapcsolatok rendezésének eszköze ezekben az esetekben.

A harag után következő gyakoriságú kategória az utasításoké. Ez arra mutat rá, hogy a búcsúlevelet író szuicid személyek kontrolligénye jelentős. A megfogalmazott instrukciók végrehajtandó feladatokra, valamint a hátrahagyott kapcsolatok meghatározására

vonatkoznak. A szuicid személy ezekben az akaratát nyilvánítja ki, kontrollt gyakorol – halála után. Ezek a kijelentések a hatóerőre való igény megnyilvánulásai. A hatóerő az önérzékeléshez tartozik, amely ha komolyan károsodik, akkor súlyos társas fogyatékosághoz vezet (Stern, 2001). A szuicid személy tehát hatóerejét, vagyis önmagát, mint hatást gyakorló személyt éli meg ezekben a kontrolláló kijelentésekben. Ezzel együtt saját személyét is átmenti a halála utánra azáltal, hogy meghatározni igyekszik hozzátartozói életmódját. A szuicidológiában általában passzívnak és társas kapcsolatai megteremtésében, fenntartásában komoly problémákkal küzdő személyként felfogott szuicid egyének esetében ez a hatóerőre való képesség károsodott, amely bénultságérzést, külső kontrollosságot okozhat. A szuicídium végrehajtása ugyanakkor sok esetben éppen a passzív szenvedés és túrés aktív cselekvésbe való átfordítását jelenti. Azt gondoljuk, hogy erre az átfordításra való igény és feszültség a személy egész életében fennáll, de megnyilvánulási lehetőséget kevésbé kap. Az öngyilkosság, mint aktív cselekvés révén erősödhetnek fel ennek a motívumnak a megnyilvánulásai. Ezek a kijelentések utolsó kívánság-szerű megnyilvánulásként hatnak, amelyeknek erősen felszólító és kötelező jellegük van a hozzátartozók számára. Ezeknek a megnyilvánulásoknak a gyakorisága arra mutat, hogy ez egy fontos funkció az öngyilkos személyek számára, amely a búcsúlevelek írásának egyik oka lehet.

Szintén jelentős tartalomnak számítanak a temetkezéssel kapcsolatos utasítások. A legáltalánosabb tendencia a szövegekben a minimalizáló jellegű temetkezési formák kérése: hamvasztás; szertartás elutasítása; szűk körű, illetve egyszerű temetés, stb. Az, hogy az öngyilkos személy foglalkozik ezzel a halála utáni történéssel, azt mutatja, hogy foglalkozik a szociális kapcsolatokból való kilépésével. A temetés ugyanis olyan szertartás, ami a halott körül szerveződik, de elsősorban a hozzátartozóknak szól. Azáltal, hogy a szuicid személy pontosan meghatározza, hogy milyen temetést szeretne, megfogalmazza a tettehez való elvárt viszonyulást is. A minimalizáló tendenciákat mutató szertartások azt sugallják, hogy a tett szégyenteljes, titkolni való, a társadalmi normáktól eltérő; a személy előfeltételezi a meg nem értést – így elzárkózik a külvilágtól. Ebben a minimalizáló beállítódásban egyfajta siettetés is érezhető – minél hamarabb és „simábban” történjen meg a temetés és menjen tovább az élet. Mintha a hozzátartozóknak észre sem kellene venniük, hogy mi történt. Az én negligálása ismerhető fel emögött – ami szégyenre és a saját személy elutasítására emlékeztető dinamikát takar.

A búcsúlevelek megírásának feltételezhetően szintén oka a felelősség tisztázása is. Ezt megerősíti az a tapasztalatunk is, hogy számos szövegben alig szerepelt más tartalom a

felelősség kérdésének tárgyalásán kívül. Eredményeink szerint a felelősség felvállalása gyakoribb a levelekben, mint annak elhárítása, amely tartalom szignifikánsan együttjárt a büntudattal és az elfáradásról való beszámolóval, valamint szignifikánsan kizárta a büntudatkeltő megnyilvánulásokat. Ez arra mutat rá, hogy a szuicid személyek kapcsolatörző jelleggel vállalják fel a felelősséget tettekért, menteni akarják hozzátartozóikat a büntudattól és önmaguk hibáztatásától.

A felelőssé tevés eseteiben az öngyilkos személy mást okol tette bekövetkezéséért – holott az öngyilkosságot nyilvánvalóan ő követi el. A belekényszerítettség és a másik feltételezett akaratának passzív végrehajtása, vagyis a szuicid szándék projekciója az, ami megnyilvánul ezekben az esetekben. Az esetek egy másik részében a szuicid személy úgy fogalmazhatná meg öngyilkossága lényegét: „Nem hagysz más lehetőséget nekem, kénytelen vagyok elkövetni tettemet”.

A felelőssé tevés mellett a szeretet volt még jellemző tartalom, ami azt mutatja meg, hogy felelősség háritásának eseteiben a frusztrált kötődési igény révén jelenik meg az öngyilkosság. A frusztrált kötődésre, a sérelemre válaszként fellobbanó erős düh nárcisztikus személyiségre vall. Ebben az esetben a nárcisztikus személy védekezőrendszere összeomlik, a személy átérzi a tárgytól való függését és saját maga gyengeségét, amely elviselhetetlen érzés számára, és passzív szenvedését aktív cselekvésbe fordítja át az öngyilkosság révén. A hirtelen fellobbanó erős düh befelé való levezetése a retroflex gyilkosság esetét jelenti. Amennyiben a szuicid személy végrendelkezik is levelében a felelőssé tevés mellett, akkor azt büntudatkeltő jelleggel teszi.

Összességében a búcsúlevelek megírásának öt féle okát valószínűsíthetjük a jelen mintából származó eredmények alapján.

(1) A szeretetteljes érzelmek közlésével a szuicid személyek célja a kapcsolatok ápolása, megőrzése a halál ellenére is; valamint a hozzátartozók potenciális büntudatának oldása.

(2) A feltehetően nem egyensúlyban lévő kapcsolatok kiegyensúlyozásának, letisztázásának kísérlete, az átélt sérelemek megemlékezésével.

(3) A hátrahagyott utasítások, instrukciók, és a végrendelkezés segítségével kontroll gyakorlás, a saját hatóerő megélése.

(4) Az öngyilkosságért való felelősség kérdésének tisztázása.

(5) A saját állapot közlése a szenvedésemények, a reménytelenség, a negatív önmegélés, a problémamegoldásbeli nehézségek, a boldogtalanság és a kimerülés – elfáradás tartalmi kapcsán.

IV.5.5.6. A kategóriák és a demográfiai változók kapcsolata

A kategóriák és a nem összefüggései

<i>Tartalom</i>	<i>férfi</i>	<i>nő</i>	<i>Szignifikancia</i>
<i>Aggodalom</i>	-	+	0,002
<i>Felelőssé tevő</i>	+	-	0,056
<i>Teher vagyok</i>	-	+	0,007
<i>Bölcselkedő</i>	+	-	0,042
<i>Hibák okozása</i>	+	-	0,056
<i>Bosszú, átok</i>	+	-	0,059
<i>Boldogtalan</i>	-	+	0,059

N=194

26. táblázat: A kategóriák és a szuicid személy nemének összefüggései

Az elemzésnek ebben a részében a nemekre jellemző tartalmak megállapítását tűztük ki célul. Az összes keresztábra bemutatása helyett a fenti táblázatban foglaltuk össze a Chi-négyzet elemzés eredményét. A fenti tartalmak vonatkozásában kaptunk szignifikáns kapcsolatot a változók között. A „+” jel mutatja, hogy melyik nemre jellemző inkább az adott tartalom megléte a levelekben. Ezt úgy döntöttük el, hogy a tartalom megléte esetén az adott nem arányát összehasonlítottuk a tartalom hiánya kategóriában megfigyelhető aránnyal.

Az eredmények szerint a férfiakra egyrészt jellemzőbbek az agresszívebb, violencebb tartalmak (Felelőssé tevés; Bosszú, átok), a hibák okozásáról való beszámolás és ennek motívumként való megjelenése az öngyilkosságban; valamint a tanító jellegű, tapasztalatokat átörökítő megjegyzések. A nők esetében az affiliatív jellegű, hozzátartozókért érzett aggodalom; a saját személy teherként való észlelése; valamint a boldogtalanság fordultak elő gyakrabban.

Eredményeink közül a férfiak esetében az agresszív indulatok nagyobb arányú megjelenését; a nőknél pedig a kötődéseket erősítő, azok fontosságát hangsúlyozó aggodalmat tartjuk hangsúlyosnak. Egyetlen olyan búcsúlevél kutatásról sincsen tudomásunk, amely hasonló eredményeket kapott volna. Annyiban érezzük a szakirodalomban megfogalmazott tendenciákkal hasonlónak a miénket, hogy a férfiak kapcsán mindenhol a violens módszerhasználatot emelik ki a kutatók; amely háttérben állhat nagyobb indulati töltet véleményünk szerint (és vizsgálatunk is ezt erősíti meg), szocializációs hatások (Linehan,

1973; In: Maris és mtsai, 2000), neurobiológiai eltérések (In: Denning és mtsai, 2000). A nők esetében a nemviolens módok választásának egyik okaként a kutatók a megtaláló személyek iránti empátiát jelölik meg (In: Denning és mtsai, 2000). Vizsgálatunk is ezt a környezet iránti empátiikus viszonyulást erősíti meg.

A kategóriák és az életkor összefüggései

<i>Tartalom</i>	<i>Kor</i>		<i>Szignifikancia</i>
	<i>Igen</i>	<i>Nem</i>	
<i>Problémaokozás felis.</i>	41,8	55,9	0,014
<i>Bocsánatkérés ált.</i>	45,41	56,45	0,006
<i>Testi szenvedés</i>	65,55	52,52	0,000
<i>Teher vagyok</i>	73,83	54,54	0,008
<i>Felelőssé tevő</i>	46,53	56,01	0,035
<i>Negatív énkép</i>	40,79	57,67	0,000
<i>Hibák okozása</i>	41,56	56,42	0,001
<i>Megelőzés</i>	65,91	53,73	0,002
<i>Konfliktusra utal</i>	48,57	56,07	0,049
<i>Bűntudat címzett felé</i>	47,84	55,98	0,050

N=194

27. táblázat: *A kategóriák és szuicid személy életkorának összefüggései*

Eredményeink szerint a Megelőzés, Testi szenvedés és Teher vagyok tartalmak az időskorban, az összes többi kategória pedig a felnőttkorúak esetében jelent meg legjellemzőbben. Az idősekre jellemző három kategóriát tekintve elmondható, hogy a testi betegségek körül szerveződnek. Ez az eredményünk egybevág a Darbonne (1969, In: O'Connor, Sheehy, 2000) által végzett búcsúlevél elemzés eredményeivel, miszerint az idősebb korosztály búcsúleveleiben a testi betegség és a fájdalom gyakoribb.

A középkorúak eredményeivel kapcsolatban a Leenaars (1987) által végzett búcsúlevél elemzés eredményeit idézhetjük, amely szerint a fiatal és a felnőttkorúak eseteiben az öngyilkosság leginkább interperszonális, kapcsolati történés. Ezt jól mutatják a jelen vizsgálat eredményei is, hiszen a felnőttkorú korcsoport esetében a konfliktusra való utalás, valamint a bűntudatkeltés és a felelőssé tevés jellemző tartalmak voltak - amelyek egy interperszonális

konfliktus kapcsán körvonalazódó érzelmek. A középkorú korosztályra jellemző erősebb büntudattal és negatív önértékeléssel kapcsolatban nem áll rendelkezésünkre adat más vizsgálatokból. Ez az eredmény azonban megerősíti Linn és Lester (1996) búcsúlevelek elemzéséből származó adatait, amelyek szerint az idősebbek kevésbé hibáztatják magukat, kevésbé jellemző rájuk az alacsony önértékelés, az értéktelenség érzése, a teljesítménybeli hibák elkövetéséről való beszámolás.

Az elkövetés módszere és a kapott kategóriák összefüggése

Következő lépésben arra szeretnénk volna választ kapni, hogy az elkövetés módszere szerint vannak-e eltérések a búcsúlevelekben olvasható tartalmak között. Ezt a kérdést Chi-négyzet elemzéssel válaszoltuk meg.

Mivel a kombinált módon életüknek véget vetők száma igen alacsony, emiatt az elemzés egy igen fontos feltétele nem teljesül (20%-ot ne haladja meg azon cellák aránya, ahol az elemszám kisebb 5-nél). Ezért a továbbiakban ezt a módot kizártuk, és csak a másik kettő módszerrel végeztük el az összefüggés-vizsgálatot.

<i>Módszer</i>	<i>Bocsánatkérés</i>		<i>Összesen</i>
	<i>Nem(%)</i>	<i>Igen(%)</i>	
<i>Violens</i>	77,7	95,5	79,8
<i>nem violens</i>	22,3	4,5	20,2
<i>Összesen</i>	100,0	100,0	100,0

* A Pearson-féle Chi-négyzet próba szignifikáns ($p=0,050$) N=194

28. táblázat: *A kategóriák és a szuicid tett elkövetési módszerének összefüggései*

Szignifikáns eltérést csupán a bocsánatkérés kategóriájával kaptunk. Az eredmények szerint az életüknek violens módon véget vetők búcsúleveleiben relatíve nagyobb arányban jelent meg a bocsánatkérés, míg a nem violens módot választók körében relatíve kisebb arányban jelenik meg a bocsánatkérés. Az eredmények olyan tendenciára utalnak, amely szerint a violens módon életüknek véget vetők esetében erősebb lelkiismeretfurdalás tapasztalható – amely nem az öngyilkosság elkövetése miatt áll fenn, hanem ahhoz vezetően, vagyis kauzális kapcsolatban állóan az öndestrukcióval. Ez az eredmény közvetett módon egybevág az előbbieken leírt kapcsolattal, amely szerint a férfiakra – akik inkább használnak violens módszereket - jellemzőbb volt jelen búcsúlevelírő mintában a hibák elkövetéséről való

beszámolás nagyobb aránya, vagyis a büntudat. Ezek az eredmények felvethetik azt a lehetőséget, hogy a violens módon életüket befejezők erősebb büntudati érzésekkel rendelkeznek, és ez fogja sarkallni őket agresszívebb módszerhasználatra - jóvátételi jelleggel.

IV.5.5.7. A motívumok gyakoriság szerinti felsorolása

Pihenés	34,4 %
Bosszú	25,5 %
Megszabadulás	21,1 %
Újraegyesülés	13,3 %
Jóvátétel	4,4 %
Újjászületés	1,1 %

29. táblázat: *A szuicid motívumok és előfordulási gyakorisága a vizsgálati mintában*

Látható, hogy jelen mintában a pihenés volt a leginkább öngyilkosságra sarkalló motívum; amelyet a bosszú és a megszabadulás követtek, szintén nagy gyakorisággal.

Nincs tudomásunk olyan búcsúlevél kutatásról, ahol ezeknek a szuicid motívumoknak az előfordulását vizsgálták volna – így összehasonlításokat sem tehetünk. Azt gondoljuk, hogy a motívumok gyakorisági adatai önmagukban jelentős információt nem árulnak el, sokkal informatívabbnak gondoljuk vizsgálatunk következő szakaszában, a szuicid típusok meghatározása során való alkalmazásukat.

IV.5.5.8. Öngyilkos típusok

Vizsgálatunk következő szakaszában klaszterelemző programokkal szeretnénk volna megállapítani, hogy a jelen bűcsúlevél mintából milyen szuicid típusok körvonalazódnak. A klaszterező módszerek elvárásaink szerint rámutatnak arra, hogy mely tartalmak, érzelmek, motívumok tartoznak össze; vagyis különböző pszichodinamikával jellemezhető öngyilkos csoportokat rajzolnak ki. A klaszterező programok előnye az is, hogy szubjektív torzításoktól mentesen mutatják meg az összetartozásokat.

A klaszterező eljárások kiválasztásakor az az elhatározás vezetett bennünket, hogy a legelfogadottabb, leggyakrabban használt módszereket használjuk. Így esett választásunk a Phi, Jaccard, Dice, Russel és Rao, valamint a Lance és Williams módszerekre; melyeket a módszertani részben már részletesen bemutattunk. Mivel célunk volt az, hogy eredményeink minél megbízhatóbbak legyenek, mind az öt módszerrel megvizsgáltuk a tartalmakat, és akkor fogadtuk el adott tartalom adott klaszterbe való tartozását, ha több módszer is egy csoportba sorolta be.

A klaszterezőmódszerek segítségével hat esetet vizsgáltunk meg. A hat eset különböző számú csoportbasorolást jelentett, kettő csoportba osztástól egészen hétig. Célunk ezzel az volt, hogy megtaláljuk a leginkább jelentéssel bíró, koherens, de a többitől markánsan elkülönülő klasztert, vagyis szuicid típusszámot.

Eredményeink szerint a leginkább jelentéssel bíró, de kellően elkülönülő csoportosításnak az öt klaszterbe való sorolás bizonyult. Ebben az esetben akkor soroltunk be egy csoportba adott tartalmat, ha az öt klaszterező módszerből három azonos eredményt mutatott. Csupán hat olyan tartalmat találtunk, amelyeket a különböző klaszterezőmódszerek két csoportba egyformán (1-2-2) tartozónak is jeleztek. Ezekben az esetekben a tartalmakat mindkét csoportba beírtuk.

Az alábbi 30. számú táblázatban olvasható a tartalmak elrendezése az egyes csoportoknak megfelelően. Az alsó sorokban dőlt betűvel szedetten a motívumok szerepelnek.

1. <i>Izolálódó, dependens személy</i>	2. <i>Bűntudati, perfekcionista személy</i>	3. <i>Testi szenvedés, nagyobb autonómiaigényű személy</i>	4. <i>Önbüntető- bosszúálló személy, szadomazochiszi- kus kapcsolatban</i>	5. <i>Narcisztikus, agresszív személy</i>
Magány	Lelkiismeret- furdalás	Testi szenvedés	Megértést kér	Ambivalencia
Boldogtalanság	Bocsánatkérés általában	Negatív jövőkép	Hírt ne közöljenek	Felelőssé tevő
Lelki szenvedés	Elfáradás	Megelőzés	Szűk temetés	Veszteség
Jókívánság	Negatív önkép	Idegi kiborulás	Szertartás ne legyen	Bosszú, átok
Szeretet	Hibák okozása	Teher vagyok	Halál utáni negatív önkép	Csalódottság
Aggodalom	Egyszerű temetés	Jobb lesz így	Hamvasztás	Sérelmek
Köszönet	Szégyen	Másik pozitív képe	Problémaokozás felismerése	Bűntudatkeltés címzett felé
Tedd magad túl	Megoldhatatlan probléma		Anyagi probléma	Pozitív önkép
Bocsánat- kérés öngyilkosság miatt	Szorongás		Igazságtalanság, megalázottság	Konfliktusra utalás
Temetés általában	Öngyilkosságot elrejtteni		Konfliktusra utal	Bűntudatkeltés más felé
Végrendelet	Felelősséget felvállaló		Bűntudatkeltés más felé	
Bölcsekedés			Másik pozitív képe	
Beszűkültség			Idegi kiborulás	
Utasítások			Teher vagyok	
Túlvilág			Jobb lesz így	
Halál utáni				

pozitív önkép				
Emlékezz!				
	<i>Megszabadulás</i>			
<i>Újraegyesülés</i>	<i>Jóvátétel</i>	<i>Pihenés</i>		<i>Bosszú</i>

30. táblázat: Befejezett öngyilkosságot elkövetett szuicid személyek típusai

Az izolálódó csoportban az öngyilkosság alapvető motívuma a pszichés szenvedés, a boldogtalanság és a magányossági érzések. A személy kilátástalannak érzi azt, hogy véget vessen a szenvedésnek és képes legyen életét harmónikusan továbbélni. Az újraegyesülés motívuma azt mutatja meg, hogy valószínűleg egy érzelmileg fontos személy elvesztése (kapcsolatmegszakadás, halál) következtében vált a szenvedés elviselhetetlenné a szuicid egyén számára; illetve a magány, egy érzelmileg fontos személy hiánya az, ami sok szenvedést okoz. Lényeges azonban az, hogy azokban az esetekben, ahol szakításélmény áll a szuicídium háttérében, nem ébred agresszió az öngyilkos személyben, ami jelentős eltérés az ötödik csoport nárcisztikus öngyilkosaihoz képest. A személy az életében felmerülő problémákat a sajátjaként kezeli, és nem okolja kialakulásukért környezetét.

Az újraegyesülési vágy egy szeretett meghalt hozzátartozóra, illetve az átélt sok szenvedés és visszautasítottági élmény után a mindent elfogadó anyához való megtérésre vonatkozik. Mindkét esetben elmondható az, hogy az interperszonális kapcsolatok zavartak, és a meghalt, vagy elhagyó személyhez az öngyilkost szimbiotikus kapcsolat kötötte, vagyis létfontosságú funkciókat képviselt számára a másik, aki nélkül kibírhatatlan az élet. Ebben az esetben feltételezhetünk egy erőteljesebb dependencia hajlamot a személyben. A másik esetet az olyan szuicid személy képezhetik, akiknek egész életében nem sikerült kiépítenie tartós, elfogadó és támaszt adó kapcsolatot. Ebben az esetben hosszútávú érzelmi zavarokat valószínűsíthetünk a kapcsolati problémái, izolálódása háttérében, amelyeknek gyökere a gyermekkorra nyúlik vissza. Itt a halál és az öngyilkosság a mindent elfogadó, nyugalmat adó anyát szimbolizálja, akivel nem volt kapcsolata a szuicid személynek. Összegezve tehát a háttérben tehát vagy feldolgozatlan gyászfolyamat állhat egy kapcsolat megszakadását követően; vagy élethossziglan fennálló kapcsolati zavarok.

Adam (1994) a befejezett öngyilkossághoz a stabil kötődések kiépítésének sorozatos kudarcát kapcsolja, ami végső soron magányt, illetve szubjektív magányérzést idéz elő. Azok a személyek, akik gyermekkorukban nem élhették meg a biztonság és a szeretet érzését gondozóikkal való kapcsolataikban, azok érzékennyé válnak a későbbi veszteségélményekre.

A fontos másik tényleges, vagy potenciális elvesztése a biztonság külső és belső forrásának elvesztését jelentheti, vagyis a self integritását veszélyezteti, ami szuicid tendenciákat hívhat.

Kay (1989) selfpszichológiai szempontból a kompenzatórikus, szimbiotikus kapcsolatokban a funkciók másik személy általi pótlását hangsúlyozza. A potenciális öngyilkos találhat magának olyan személyt, aki kívülről ellátja az öncsillapítás funkcióját, amellyel képes egyensúlyban tartani őt – így azonban egy erősen dependens ember képe körvonalazódik. Ha ez a rendkívül fontos személy elveszik a számára, akkor ürességet, zavartságot, selfje fragmentálódását éli meg – az élet értelmét vesztheti számára.

Shneidman (1998) az öngyilkossággal összefüggésbe hozott bizonyos frusztrált szükségleteket. Az ebbe az öngyilkos típusba tartozó személyeknél a tápláltság és az affiliáció igénye tekinthető sérültnek. A tápláltság szükséglete mindazokat az igényeket jelenti, hogy a személy szeretve legyen; szükségleteit kielégítsék; törődést, védelmet, megbecsültséget éljenát. Az affiliáció igénye a kölcsönös, közeli, lojális, szereteteli kapcsolat igényét jelenti – ami az öngyilkos személyeknél nem elégítődik ki, így a szerethetlenség, az el nem fogadottság, a sehova tartozás formájában nyilvánul meg.

Paradox módon azonban pont ebben a csoportban találjuk szinte az összes szereteteli, kapcsolatfenntartó jellegű érzelmet. A búcsúlevél megírása azt bizonyítja, hogy a szuicid személy környezetében vannak tehát olyanok, akikhez szorosabb szálak fűzik, akiket nem szeretne búcsú és szeretete kinyilvánítása nélkül elhagyni. Ezek a kapcsolatok szeretetteljes jellegük ellenére mégsem jelentenek elég megtartó erőt az öngyilkos személy számára. Az ebbe a csoportba tartozó személyek büntudatuknak adtak hangot levelükben az öngyilkosság elkövetése miatt, valamint igyekeztek megsegíteni környezetüket a haláluk feldolgozásával kapcsolatban. Itt jelennek meg a túlvilágra vonatkozó tartalmak is, mely a kapcsolatok megváltozott formában való fenntartására vonatkoznak a halál után. Az öngyilkos személy tehát tisztában van az általa okozott fájdalommal, amelyet enyhíteni szeretne – de szenvedését nem képes annyira kezelni, illetve elviselni, hogy hozzátartozóiért érdemesnek lássa továbbélni az életét. A saját lelkiismeret megnyugtatót is szolgálhatja az, ahogyan hozzátartozóit arra kéri, minél hamarabb tegyék túl magukat a halálán és éljék az életüket. Ennek a csoportnak az egyik fontos jellemzője az továbbá, hogy a környezet felé irányuló haragvó érzelmeket egyáltalán nem találunk, vagyis problémáiért csak önmagát okolja a szuicid személy.

A magány és az újraegyesülés vágya mellett álló pozitív érzelmek egy olyan dinamikát rajzolnak ki, amely szerint egy érzelmileg fontos személyt elvesztett az öngyilkos, vagy sohasem találta meg és a jelenlegi környezet nem tud segíteni számottevően élete és

problémái rendezésében, nem nyújt számára elégséges kapaszkodót. A szuicid személy azonban ezt nem is várja, nem ébreszt benne ugyanis indulatokat a tény; és magányérzését sem büntudatkeltően közli. Megértően viszonyul hozzájuk, és ő is ezt várja el tőlük azzal, amikor a halála után pozitív emlékek megőrzését kéri magáról a környezetétől. Énképe tehát nem mondható negatívnak. Az emlékezésre kérés azt mutatja meg, hogy a személy halála után is szeretne jelen lenni környezetében – de elviselhetetlennek érzett helyzetét megváltoztatott módon. Megjelenik továbbá a kontrollálás, a hatóerő kifejezése is ezeknél a személyeknél az utasítások és a végrendelkezés, a temetésre vonatkozó igények formájában; amely a passzív szenvedés aktív cselekvésbe, öngyilkosságba való átfordításában is kifejeződik.

A második típus alapvető mozgatórugója az öngyilkosságra nézve a büntudat és a szégyenérzet. Az öngyilkos személynek olyan alapvető élménye van, hogy hibázott, melynek következményeit súlyosnak és szinte helyrehozhatatlannak látja. A személy erős lelkiismeretfurdalástól szenved és tettét jóvátételnek szánja, valamint nehéz helyzetéből való megszabadulásnak. Úgy érzi, hogy a bocsánatkérés nem elég; a helyzet, a következmények megoldhatatlanok, és csak a halálával képes jóvátenni tettei, döntései következményét. Saját személyét és tettét szégyelnivalónak éli meg, emiatt egyszerű temetést kér, illetve öngyilkossága tényének elfedését mások elől. A tettért való felelősséget felvállalja. Ennél a típusnál meghatározó motívumnak számítanak a megszabadulás és a jóvátétel.

Az ebbe a típusba tartozó személyek igen önkritikusak, ami azt jelenti, hogy alapproblémájukat a pozitív és integrált önkép kialakításának sikertelensége adja. Hajlamosak értéktelennek, alárendeltnek és sikertelennek érezni magukat. Az elismerés és a teljesítmény utáni vágyuk olyan nagy, hogy a teljesítmény az interperszonális kapcsolatoknak a rovására is mehet. Állandóan és szigorúan vizsgálják magukat, és erősen félnek a számukra fontos személyek helyeslésének elvesztésétől. Ambivalensek magukkal és kapcsolataikkal, és gyakori, hogy nem fordulnak környezetükhöz támogatásért. Belső folyamataik meghatározóbbak számukra, mint környezetük.

Ezekre a személyekre jellemző, hogy distresszt jelentő életesemények hatására erős kudarcélményt, valamint büntudatot élnek át; önértékelésük csökken és önkontrolljukat vesztik. Kifosztottnak, kritizáltnak, nevetségesnek érzik magukat; amely erős agressziót indukál bennük, melyet önmaguk, de akár mások ellen irányuló violens cselekményekben vezethetnek le.

Az ebbe a típusba tartozó öngyilkosságok háttérében az archaikus, éretlen felettes én áll, ami szélsőséges áldozatot, jóvátételt követel a személytől. Maltzberger (1998) leírja, hogy

a lelkiismeret büntetése a téveszme szintjére viheti le az önértékelést, amelynek a hatására a személy úgy láthatja a helyzetet, mintha annyira szélsőségesen „rossz” ember lenne, akinek meg kell menteni a világot saját magától. A megszabadulással kapcsolatos igények egyaránt vonatkoznak a helyzetre, valamint saját hosztilis introjektumaira, amelyek éretlen felettes énje magját alkotják.

Ha a gyermeket nagyon gyakran érik büntudati élmények, akkor olyan képe alakul ki magáról, hogy alapvetően alkalmatlan és szükségesnél nagyobb felelősséget érez a negatív kimenetellel járó eseményekért. Ez a maladaptív jellemző személyiségvonássá merevedhet állandósult feltételek mellett, ami a depresszió büntudatos formáját hívhatja elő (Malatesta és mtsa, 1988), amelyet az a hiedelem ural, hogy valamilyen rossz dolog bekövetkezése várható, a személy valamilyen elfogadhatatlan dolgot tett és nincsen menekülési lehetőség a büntetés elől.

A Shneidman (1998) által megfogalmazott frusztrált szükségletek közül a szégyen-elkerülést lehet ehhez a típushoz kapcsolni, ami annak az igénynek a megnyilvánulását jelenti, hogy a személy elkerülje a megaláztatást, a szégyent; és mindazokat a feltételeket, amelyek személye megvetéséhez, gúnyolásához, vagy mások közönyéhez vezetnek. A személy inkább megtartóztatja magát a cselekedetektől, hibázástól való félelme miatt.

Az öngyilkosság ezen büntudatos formájában meghatározó a túlzottan büntető felettes én működés, amelynek következtében elfogadhatatlannak érzi a személy tetteit, döntéseit és erősen szenved az általa okozott tényleges, vagy a potenciális következményektől. Büntudata önértékelését erősen lerontja, az öngyilkos személy úgy látja magát, mint aki nem méltó az életre, mint akinek halálával kell jóvátennie cselekedeteit. Emellett az öngyilkosság megszabadulási lehetőséget is jelent kínzó büntudatától és az annak alapját adó ellenséges introjektumoktól.

A jelen búcsúlevél minta alapján képződő harmadik típus alapvető mozgatórugóját az öngyilkosságra a testi szenvedésélmények jelentik. A szuicid személy vagy erős fájdalmakkal küzd, vagy meg akarja előzni diagnosztizált betegsége potenciális fájdalmait, esetlegesen hipochonder módon azt képzei, hogy beteg – a szenvedésélmény mellett megjelenik a reménytelenség, a negatív jövő érzése. Az öngyilkos személy azt érzi, hogy állapota nem fog javulni, de elviselni sem képes azt – inkább megelőzni szeretné a (további) szenvedést. A személyben lévő erősebb autonómiaélmény szükséglete az, hogy a passzív várakozás aktív cselekvésbe fordítódjon át.

Az intrapszichés élmények mellett megjelenik a hozzátartozókkal való kapcsolat. A környezet képe pozitív az öngyilkos személy számára; de saját, beteg, egészségességében károsodott személyét teherként észleli a számukra. Valószínűleg ezzel párhuzamosan előfeltételezi saját kontrollvesztését kapcsolataiban, élethelyzetében; valamint a kapcsolatai átalakulását. Ez a tudat elviselhetetlen a számára, és ennek vonalán következik be az öngyilkosság. Eredményeink nagyban egybevágóak Filiberti és mtsai (2001) eredményeivel, akik a reménytelenséget, a szenvedéstől való félelmet, a saját személy teherként való észlelését és a függetlenség elvesztésétől való félelmet mutatták ki predisponáló tényezőkként terminális rákbetegek esetében, autopsy vizsgálatukban. A Shneidman (1998) által megfogalmazott, szuicídiumhoz vezető frusztrált szükségletek közül a sérthetlenség igénye kapcsolható ide. Ez a szükséglet arra vonatkozik, hogy a személy képes legyen megvédeni a selfjét; tudja fenntartani saját pszichológiai terét; elkülönült tudjon maradni; immunis legyen a kritikákkal szemben. Ez az igény a szuicídium esetében az autonómia törekvésekhez és kontrollézés veszélyeztetettségéhez, elvesztésének félelméhez köthető.

A saját személy teherként való észlelése, valamint ennek elviselhetetlensége egybevágó gondolat a Ronningstam és Maltberger (1998) által megfogalmazottakkal, a nárcizmus kapcsán. A szerzők kiemelik, hogy a nárcisztikus személyiség szerveződésben szuicidogénnek számít az alsóbbrendűség érzelme, a visszautasítás félelme, a mások reakcióira való fokozott érzékenység, stb. Túlzás lenne azt állítani eredményeink kapcsán, hogy mindezen jellemzők megtalálhatóak a nagyobb autonómiaigénnyel rendelkező, testi szenvedés miatt életüknek véget vetők között; vagyis erős nárcisztikus vonásokkal rendelkeznének ezek a személyek – de érdemes lehet a téma a kutatások számára.

A pszichodinamikus motívumok közül a pihenés igénye jelenik meg, ezek szerint tehát a személy tettét elsősorban a fájdalom megszüntetése, enyhítése miatt követi el.

A negyedik típusba tartozó személyek által hátrahagyott búcsúlevelekben olyan tartalmakat olvashatunk, amelyek saját személyük minimalizálásáról szólnak. Ez a minimalizálási tendencia a temetés körüli kérésekben nyilvánul meg: szűk körű legyen, hamvasztást kér, szertartás ne legyen. Bár ebben a csoportban nem jelent meg negatív önképre utaló tartalom, a temetési körülményekben kifejeződő minimalizáló tendenciák a pszichológiai én megszüntetésének vágyát fejezik ki. A szuicid személy mintha azt is el akarná törölni, hogy élt egyáltalán – teljes megszűnésre törekszik. A halál utáni negatív emlékkép kérése még szélsőségesebben jeleníti meg ezt a tendenciát, amely a saját személy elleni agresszió erőteljes megnyilvánulásának tekinthető; amit kiegészít önmaga teherként

való észlelése mások számára. Ez utóbbi a nagyobb autonómiaigény kifejeződése, amely jelen esetben igen erős nyomást képvisel a szuicídium végrehajtása felé. Ezek a minimalizáló, önelőrlő tendenciák kapcsolatban állhatnak az átélt igazságtalansági élményekkel, konfliktusokkal, amelyek szintén megemléítésre kerülnek.

A személy átélve ezeket nem képes adekvát módon reagálni, hanem agresszív késztetéseit elfojtja. Személy a helyzet megoldatlanságától, a személye ellen elkövetettnek érzett történésektől, amelyeket még súlyosabbá tesz önmaga hatékonyságának a hiánya. A személy azonosul az őt ért kritikákkal, amelyek egy acting-out jellegű „idegi kiborulásként” jelennek meg búcsúlevelében. Az ebbe a típusba tartozó személy hajlamos tehát az erős kisebbségi érzésekre, saját személyének elutasítására, amely tendencia eltemetésének körülményei kapcsán nyilvánul meg manifesztan.

A haragvó érzések mellett megjelenik egy másik olyan személy képe, aki pozitív minőséget képvisel a személy számára, és kölcsönös kötődés fűzi össze őket. A pozitív érzett személytől megértést, elfogadást kér az öngyilkos tette felé, és tisztában van az általa okozott érzelmi teherrel is. Azzal, hogy teherként definiálja saját magát környezeté számára, és kijelenti, hogy mindenki számára jobb lesz, ha már nem él, erősebb autonómiaigényét nyilvánítja ki; valamint saját lelkiismeretét is megnyugtatja. A szuicid egyén ennél a szeretett személynél keres érzelmi támaszt, és büntudatkeltő módon viselkedik a problematikus kapcsolata felé - infantilis, regresszív munkamódot alkalmaz tehát. A szuicídium az önbüntetés; a konfliktusos kapcsolat elől való elmenekülés esélyét; valamint a bosszú, a büntudatkeltés lehetőségét képviseli a személy számára – aki a számára problémát jelentő személy felé csupán így képes képviselni akarátát.

Maltsberger és Buie (1980) vélekedése szerint az öngyilkosság a hosztilis introjektumokkal és a stabilitáshoz szükséges belső folyamatok hiányával való megküzdés kísérleteként értelmezhető. Nézetük szerint az öngyilkosság gyűlöleti aspektusainak egyik kifejeződését jelentik a megszabadulási vágyak, amelyek alapját a megsemmisítési és destruktív fantáziák képezik. Ezek a destruktív tendenciák elsősorban a saját személy felé irányulnak, amely igen erősen elutasított. A szuicídium ebben az értelemben nem más, mint a self különböző reprezentációi közötti harc, az én megszabadítása az elviselhetetlen hosztilis introjektumoktól, amelyek belső ellenségként jelennek meg az öngyilkos személy számára. Ezzel a belső ellenséggel folytatott állandó harc kimeríti az öngyilkos személyt, aki elfáradva végül „beleegyezik” a tett végrehajtásába, amelyet hosztilis introjektumai sugallnak számára. A halál pedig a nyugalmat és enyhülést adó anyát képviseli a szuicid személy számára, amely szintén megoldást kínál problémáira.

Sullivan (In: Leenaars, 1988) szerint az öngyilkos személy tudatosan használja arra tettét, hogy gyógyíthatatlan sebet ejtsen a másikon; hogy az akár élete végéig ne szabadulhasson az öngyilkosságért érzett felelősségtől és büntudatától – vagyis szenvedjen. Asch (1980) egy fúziós jellegű szuicid fantáziát ír le, amely jellemző szuicid személyek egy csoportjára. A fantázia kiváltója egy ambivalensen szeretett tárgy, ami egy külső személyre projektálódik, így a regresszív, szadomazochisztikus fúzió újjáéled. Tárgyvesztés hatására partnerét a személy valódi vagy elképzelt kivégzőjévé változtatja, aki (látszólagos) akaratának az öngyilkos passzívan aláveti magát. Shneidman (1998) leírja, hogy mely szükségletek jelennek meg az öngyilkos cselekmények hátterében. Ehhez a típushoz a semlegesítés és a védekezés szükségletét kapcsolhatjuk. Arra való igényt jelent, hogy a személy uralja és leküzdje a kudarcélményeket és akadályokat; törölje a múltbéli megaláztatásokat; proaktív legyen reaktív helyett. A szuicid személynél ez a semlegesítési igény harag és agresszió formájában nyilvánul meg; ezekhez az indulatokhoz köthető. Arra való igényt jelent, hogy a személy megvédje énjét a támadásoktól, a kritikáktól, a szégyenélményektől; elrejtse vétségeit, hibáit. Ez az igény a szuicid személyekben az önképhez és a self integritásához köthető.

Ennél a típusnál tehát található egy olyan ambivalens viszonyulást kiváltó személy az öngyilkos életében, aki jelentős problémák forrása: egyszerre fontos és negatív érzelmek forrása is. Ebben a szadomazochisztikus kapcsolatban a szuicid személy nem képes adekvát és önmagát megnyugtató mértékben képviselni érdekeit. Másik személy iránt érzett agressziójának, haragjának tudatában van, azonban nem képes azt kifejezni. Agressziójának ez az elégtelen kezelése csak hangsúlyosabbá teszi saját személyének elutasítását, még jobban kirajzolja önmaga elégtelennek érzett aspektusait. A problémát jelentő személy ellen irányuló agressziót az öngyilkos önmaga ellen fordítja önbüntetésként - eleget téve ezzel hosztilis introjektumai felszólításának. A tettért való felelősséget azonban a személy nem vállalja teljes mértékben magára, ugyanis büntudatkeltően viselkedik a problémás személy felé. Ez azt mutatja, hogy részben belekényszerítettnek érzi magát az öngyilkosságba. A problémát jelentő személy tehát a külvilágban szimbolizálja hosztilis introjektumait, amelyek felszólításának eleget téve követi el az öngyilkosságot. Az egyszerre önbüntető és bosszúálló jellegű öngyilkosság hátterében tehát egy fontosnak értékelt szadomazochisztikus kapcsolat áll.

Az ötödik típusba a nárcisztikus személyek tartoznak. Elemezve az ide tartozó érzelmeket megállapítható, hogy az öndestrukció a veszteségélmények vonalán váltódik ki. Az öngyilkos személy csalódik az érzelmileg fontos másikban, akitől azt éli meg, hogy az elhagyja őt. Átérezve azonban a tárgytól való függését, a tárgy által biztosított funkciók fontosságát saját maga számára a veszteség túl nagy értékűnek és a nárcisztikus személy elhárításai összeomlanak, aminek következtében elköveti az öngyilkosságot. Passzív szenvedését aktív cselekvésbe, szuicídiumba fordítja át; ami önértékelését paradox módon megerősíti – ennek következtében megjelenik a pozitív önértékelés a búcsúlevelekben. Viszonyulása erősen büntudatkeltő mások felé, búcsúlevelében a tett elkövetéséért való felelősséget másra hárítja. Az ilyen típusú öngyilkosságok motívuma a retroflex gyilkosság.

Döme (2002) és más szerzők is kiemelik a nárcisztikus személyek függését környezetüktől, akiknek önértékelésük folyamatos fenntartásához van szükségük másokra. Ronningstam és Maltzberger (1998) a nárcisztikus személyiségszerveződés szuicídiumra hajlamosító elemei közül többek között az alsóbbrendűség érzelmét és a visszautasítás félelmét emelik ki, valamint az intenzív harag indulálódását a fenyegetésre való válaszként. Az érzelmileg fontos személyben való intenzív csalódottsági élmény, a saját személy visszautasítása a grandiózus selfet fenyegeti, aminek következtében előtör a nárcisztikus düh. A nárcisztikus személy szenvedhet attól, hogy a helyzet, és a másik személy reakciója a kontrollján kívül áll, amely elviselhetetlen és passzív szenvedésként nehezedik rá. Az öngyilkosság a hatalom és a kontroll érzetét adja vissza számára, vagyis a szuicídium védőfunkciót jelent a selfet fenyegető sérelmek ellen. Az agresszív, bosszúszomjas és kontrolláló attitűdből származó szuicid impulzust így lehetne megfogalmazni: „Az én utam vagy semmi” és „Majd én megmutatom nektek”. A nárcisztikus személy egyszerre bünteti és védelmezi magát az öndestrukcióval. Megvédi magát a további sérelmek ellen; ugyanakkor erőteljes haragját saját tökéletlen, hibázó, elfogadhatatlan selfje ellen fordítja.

V.5.5.9. Összegzés

A jelen búcsúlevélmintában olvasható érzelmi és kognitív tartalmak kinyerése után, öt klaszterezőmódszert használva, az öt szuicid típusba rendezést találtuk a leginformatívabbnak és az egymástól leginkább elkülönülőnek. A különböző típusba sorolható személyek más motívumból követik el tettüket; eltérő szuicidogén személyiségvonásokkal rendelkeznek; a halál mást szimbolizál a számukra; más típusú lehet környezetük, társas támaszuk; illetve eltérő pszichés állapotban lehetnek tettük elkövetésekor.

A befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek öt típusa tehát a következő fő témák körül rendeződnek el: dependencia igények; testi szenvedés - nagyobb autonómiaigény; büntető felettes én – perfekcionizmus; nárcizmus - agresszió; önelutasítás – bosszúállás – szadomazochisztikus kapcsolat. A minta jellegéből fakadóan feltételezhetjük azt, hogy ezek a témák nagyobb jelentőséggel bírnak a befejezett öngyilkosságok eseteiben, mint a kísérletet elkövetőknél.

Ezen témák alapján elmondható, hogy a típusok többségénél az interperszonális szféra zavarai jelennek meg fő és aktuális okként a szuicídium háttérében. A búcsúlevelek tartalomelemzése megerősít más kutatási eredményeket (pl: Bakó, 2004), amelyek szerint is a veszteségélmények és a konfliktusok nagy szerepet játszanak a szuicid tett indukálódásában. Ezek az események azért ébresztenek öngyilkossági gondolatokat a vulnerábilis személyekben, mert azok komoly deficiteket mutatnak az érzelemszabályozás, az önértékelés, az autonómia, a problémamegoldás, valamint selfjük integráltsága, stb terén. Mindezen funkcióhiányokat a szuicidogén személyek gyakran szimbiotikus, kompenzatórikus kapcsolatok létesítésével igyekeznek pótolni; amelyek ha elvesznek, akkor a külső biztonság elvesztése a belső biztonságélmény eltűnését is magával hozza.

A váratlan veszteség, vagy egy erős konfliktus a személyre jelentős érzelmi szenvedést mér; ami két típusú reakciót válthat ki: egy szenvedésteli, depresszív és dependens viszonyulást, ahol a halál az újraegyesülés lehetőségét szimbolizálja az elhalt hozzátartozóval, vagy a mindent elfogadó anyával; valamint egy agresszív, nárcisztikus, vádoló, a sérelem, a veszteség tényét feldolgozni nem tudó viszonyulást, ahol az öngyilkosság a bosszú és büntudatkeltés eszköze. A konfliktusos kapcsolatok révén még egy regresszív, saját álláspontját kellő mértékben felvállalni nem tudó, közvetett segítséget kérő reakciós forma

körvonalazódik, amellyel egy harmadik személyt igyekszik bevonni a szuicid személy az adott konfliktus lezárásába.

Az intrapszichés okok közül az archaikus, erősen büntető felettes én körvonalazódik; valamint az erős testi szenvedés mellett a nagyobb autonómiaigény.

A büntudati- perfekcionista jellegű öngyilkosságok esetében a személy jóvátételi és megszabadulási lehetőségként is tekint a halálra, amely lehetőséget ad arra, hogy jóvátegyje az elfogadhatatlannak érzett tettet és megszabadulhasson az elviselhetetlennek látott következményektől, a megszegyenüléstől, valamint hosztilis introjektumaitól, melyek felettes énje magját jelentik. Az ide tartozó személyek nehezen alakítanak ki pozitív énképet magukról; folyamatosan szigorúan vizsgálják magukat és erősen félnek a számukra fontos személyek támogatásának elvesztésétől. Jelentős distresszt jelentő életesemény hatására kudarcélményt élnek át, önbecslésük és önkontrolljuk csökken. Mindez erős indulatot, agressziót mobilizál bennük, amelyet önmaguk ellen vezetnek le. Fazaa és Page (2003) vizsgálatukban megállapították, hogy az önkritikus, perfekcionista személyek nagyobb letalitású módszereket választanak öngyilkossági gondolataik kivitelezéséhez, és erősebb szuicid szándék jellemzi őket. Mivel el akarnak menekülni a helyzettől, és nem környezetüket akarják manipulálni tettükkel, gyakran olyan helyzeteket választanak tettük kivitelezéséhez, amelybe nehéz beavatkozni. Mindezen tényezők összességéként az ilyen személyek által megkísérelt öngyilkossági cselekmények gyakran halálosak.

A testi szenvedés esetén a nagyobb kontrolligény, a self sérthetetlenségének a védelme, az autonómia szükségletek és a pihenés vágya kapcsolódnak össze a reménytelenség érzésével, így motiválva az öngyilkosságra a személyt. Ezek a szuicídiumok gyakran megelőző jelleggel történnek meg: vagy a betegség teljes kifejlődése előtt, a fájdalomtól és kiszolgáltatottságtól való félelem miatt; vagy a kór folyamatában a még több fájdalom és teljes leépülés elkerülése érdekében. Az öngyilkosság itt a személy számára olyannyira fontos kontroll visszaszerzésének az eszköze. Ezen típus erős kontroll- és autonómiaigénye, kiszolgáltatottságtól való félelme egybevéágásokat mutat a nárcisztikus személyiség szerveződés bizonyos elemeivel.

Ha az eredményeinket összevetjük a szakirodalomban olvasható tipológiákkal, akkor azt találjuk, hogy a perfekcionizmus és az agresszív-nárcisztikus típusok, amelyek az Orbach (1997) és az Apter - Ofek (2001) felosztásban is megtalálhatóak – jelen mintában is körvonalazódnak.

A perfekcionizmus vonását Orbach a depresszióhoz; míg az Apter - Ofek szerzőpáros a nárcizmushoz illeszkedőnek találta. Saját vizsgálatunkban a perfekcionizmus önálló kategóriát alkotott. Vizsgálatunk, jellegéből adódóan nem vállalkozhat arra, hogy beazonosíthatóvá tegye: áll-e depresszió, illetve nárcisztikus vonások ezen típus öngyilkosságának a hátterében – de mindkettő lehetséges. Valószínűsíthetjük azt, hogy ez a két jelenség a perfekcionizmushoz eltérő irányból kapcsolódik. A depressziót következménynek gondoljuk; míg a nárcizmus inkább oki tényező, amelynek következménye a perfekcionizmus. Flett és Hewitt (1995) vizsgálatukban bebizonyították, hogy a perfekcionista személyek stressz hatására azért vulnerábilisak a depresszióra, mert hibaként értékelik azt, hogy elveszítik a negatív következmények felett a kontrollérzetüket. Blatt (1992) introjektív, vagy önkritikus depressziónak nevezi az erősen önkritikus személyek kudarcélmények hatására előálló depresszív megélését. Számos bizonyíték létezik tehát a perfekcionizmus és a depresszió összefüggéseire.

A Hewitt és Flett féle modellben (1991) a saját személy felé irányuló perfekcionizmus erős tökéletessé válási motivációt jelent; kiemelkedően magas célok elérésének szándékát, valamint mindent vagy semmit típusú gondolkodást. Nem áll rendelkezésünkre olyan kutatási anyag, amely a nárcizmus és a saját személy felé irányuló perfekcionizmus összefüggését vizsgálná, de manifeszt szinten vannak hasonlóságok. A nárcizmus kapcsolódását a perfekcionizmushoz a túlérzékeny nárcisztikus típus megismerésével érthetjük meg (Gabbard, 2008). A túlérzékeny nárcisztikus típus rendkívül szenzitív mások reakcióira; önértékelése ingatag, a személy tehát meglehetősen törekeny és vulnerábilis. Gyakran élnek át szégyent, érzékenyek a visszautasításra, és folyamatosan alsóbbrendűnek értékelik magukat másokhoz viszonyítva. Bateman (1999) hangsúlyozza, hogy teljesítményüket személyiségük stabilizálására használják – ami már érthetővé teszi a jelentős kudarcélmények öndestrukciókeltő hatását. A folyamatos, magas szintű teljesítmény hajszolása tehát nem az emberek felett állóság bizonyításának céljából történik, hanem azt a szükséges egyensúly megszerzése motiválja. Amennyiben ez tartósan nem sikerül, akkor könnyen krízishelyzetbe kerülhet az ilyen instabilitásra hajlamos személyiség.

A következő típus, amiben az Orbach és Apter-Ofek felosztások elég hasonlóan gondolkodnak: agresszív – impulzív. Saját vizsgálatunkban nárcisztikus- agresszív típusnak neveztük el a hasonló dinamikájú csoportot.

Orbach az impulzív típusnál hangsúlyozza az arousal magas szintjét; a frusztrációk iránti hiperszenzitivitást és az azokra adott viharos gyorsaságú és jellegű válaszok; a negatív

érzések iránti intoleranciát és az irritabilitást. A felszínen leginkább a harag és az irritáltság érzéseit találjuk az ebbe a csoportba sorolható embereknél. Gyakoriak és súlyosak interperszonális konfliktusaik, problémájuk tehát a viselkedészavarban foglalható össze a leginkább. Az öndestruktív mozzanatot az önutálat, a csapdába esettség érzése és a test iránti közömbösség jelentik. A legjellemzőbb személyiségvonások az impulzivitás, a negativizmus, és a segítség visszautasítása. Stresszort jelentenek a frusztrációk, a konfliktusok, a családi erőszak, a megoldhatatlan problémákkal való szembekerülés. Orbach nem nevezi nárcisztikusnak ezt a típust, bár több jellemző is hasonlóságot mutat a nárcisztikus dinamikával: a felgerjedő nárcisztikus harag erőssége; a negatív hangulatok iránti intolerancia; a segítség visszautasítása. Ám kizárólagosan nárcisztikusnak sem nevezhető ez a típus, hiszen az impulzivitás kevésbé jellemző a nárcisztikus személyiség szerveződésre, mint például a borderline patológiában szenvedőkre.

Az Apter- Ofek szerzőpáros is impulzív- agresszívnek nevezi saját hasonló típusát: ők szintén a frusztrációra való hirtelen és erőteljes indulatkitörést emelik ki ezen csoport legjellemzőbb reakciójaként. Vagyis ebbe a típusba elsősorban az impulzivitással és agresszivitással, acting-out hajlammal rendelkező személyek tartoznak. Pszichopatológiában gondolkodva ez jelentheti a borderline és antiszociális személyeket; valamint az agresszívebb, grandiózusabb nárcisztikus személyeket.

Ami kapcsolatot képezhet saját típusunk és a bemutatott másik két típus között, az a figyelmetlen, vagy vastagbőrűnek nevezett nárcisztikus típus (Gabbard, 2008). Erre a típusra az alacsony fokú empátia; az arrogancia és az agresszivitás; a figyelem középpontjában lenni akarás jellemző erősen. A szerző kifejti, hogy a patológiás nárcizmusban szenvedők dinamikájában központi szerepű az, hogy amennyiben szembesítik őket képességeik nem hibátlan voltával, illetve nem elégítik ki szükségleteiket, akkor erősen megszegyenülnek, üresnek, kifosztottnak érzik magukat. Bateman (1999) leírja, hogy a vastagbőrű nárcisztikusok mások számára hozzáférhetetlenek, grandiózusok és defenzíven védekezőek. A sérthetetlen, mindenki felett álló, idealizált self képének továbbélése számukra minden másnál, akár a túlélésnél is fontosabb; így ha ez sérülni látszik, akkor inkább az életüket dobják el maguktól, mintsem egy számukra elfogadhatatlan helyzetben éljenek tovább – illetve szembesülniük kellene folytonosan sebezhetőségükkel.

A harmadik típus, ami hasonlóságokat mutat más felosztásokkal, az a testi szenvedés-nagyobb autonómiaigény csoport. Az Apter- Ofek szerzőpáros által képezett harmadik csoport a mentális betegség – lehangoltság - reménytelenségi konstelláció.

A szerzők kifejtik azon véleményüket, hogy szinte bármilyen krónikus, vagy komoly mentális betegség reménytelenséghez, és másodlagos depresszióhoz vezet, ami prediszponáló állapota lehet a szuicídiumnak. A pszichiátriai betegséget akkor érzik igazán veszélyeztető tényezőnek, ha más rizikó faktor is áll mellette, illetve még másik betegség kapcsolódik hozzá komorbidan. Ugyanezt a dinamikát azonban feltételezhetjük a testi betegségek esetében is. A szuicid tendenciákkal rendelkező betegeket összehasonlítva öndesztuktív szándékkal nem rendelkező, ugyanolyan súlyosságú betegségben szenvedőkkel, eltértek a depresszió és a reménytelenség erősebb fokában, komorbid alvászavarokban, korábbi szuicid tentámenek meglétében (Fisher, 2001, Chochinov, 1998, Tang, 2006). A kapcsolatot a betegség és az öngyilkossági gondolatok között a reménytelenség látszik mediálni (Chochinov, 1998). A testi beteg csoportban tehát ugyanúgy a szenvedésélmények, illetve azok lehetősége; a megváltozott életkörülmények és lehetőségek azok, amelyek beszűkítik a személy látásmódját jövőjére vonatkozóan – reménytelenséget indukálva. Ha a reménytelenséghez nagyobb autonómiaigény is társul, és a személy elfogadhatatlannak érzi az életében bekövetkezett változásokat, akkor könnyen ébredhetnek szuicid gondolatai.

Másik két típusunk nem egyezik a szakirodalomban eddig körvonalazott típusokkal. Az izolálódó, dependens típus tulajdonképpen kétfajta dinamikát rajzolhat elénk. Az egyik egy egész életében kapcsolati problémák kiépítésével, megtartásával küszködő típust; a másik egy fontos, szimbiotikus kapcsolat elvesztését követően az életet értelmetlennek és elfogadhatatlannak látó csoportot. Mindkettő élménye a magány, a boldogtalanság és pszichés szenvedés – esetlegesen a depresszió -, amelyek megszűnni látszanak a halálban, amely az elvesztett szeretett hozzátartozóval, vagy a mindent elfogadó anyával való újraegyesülés lehetőségét szimbolizálja számukra. Ez a csoport tehát inadekvát kapcsolati készségűnek is mondható, hiszen a kapcsolatok kiépítésének képtelensége, illetve a szimbiotikus kapcsolat sem mondható adekvát kötődési formáknak. Lehetséges, hogy ebben a csoportban is veszteségélmény indítja be a folyamatot, azonban jelentős eltérés a nárcisztikus- agresszív csoporthoz képest az indulatok hiánya.

Ez a csoport a dependencia- igények, a kötődési zavar szuicidogén jellegére hívja fel a figyelmet. A dependenciaigényekhez gyakran a figyelemfelkeltő, valójában segítségkérő, nem letális kimenetelű öngyilkossági kísérleteket köti a szakirodalom (pl: Blatt, 1992). Az általunk kapott típus azonban arra mutat rá, hogy bizonyos esetekben ez a személyiségvonás éppúgy letális kísérletet okoz, mint más a befejezett öngyilkossághoz elsősorban kapcsolt vonások. Érdeemes lehet kutatási témaként annak vizsgálata, hogy az erős dependenciaigény milyen más

vonásokkal és körülményekkel együttesen válhat öngyilkossági kísérletet, vagy befejezett szuicídiumot indukáló tulajdonsággá.

Az izolálódás erősségére mutat rá Maris (1981) kutatási eredménye, aki azt találta, hogy befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek felének nem volt egyetlen közeli barátja sem, ami rendkívül magas arány. A megtartó társas támasz hiányának fontosságát a szakirodalom erősen hangsúlyozza – melynek lényegességét a jelen eredmény is aláhúzza.

Utolsó típusunk egyik fő jellemzője egy regresszív támaszkereső és büntető szadomazochista dinamika; valamint a saját személy elutasítása. A tartalmak mögött egy olyan személyiség körvonalazódik, aki valószínűleg nem képes kiállni az érdekeiért, aki erősen visszafojtja agresszióját és mindeközben erősen szenved önmaga hatékonyságának a hiányától. Ez a hiányérzés felerősíti önelutasító tendenciáit, amelyek hatására öndestruktív tetteivel bünteti saját magát. Azonban indulatait sem fojtja el teljes mértékben, hanem a problémát jelentő személy felé fordítja erősen büntudatkeltő jelleggel egy olyan személyen (a levél címzettjén) keresztül, akit közelállónak érez magához. Ez az indulatkitörés valószínűleg a felhalmozódó agresszió által keltett feszültség csökkenését okozhatja; valamint a hatékonyság érzésének, a hatóerő megélésének kismértékű javulását eredményezheti. A tett összességében mégis az önbüntetés, a konfliktus megoldása elől való elmenekülés és a bosszúállás eszköze – aminek a segítségével a személy megszabadul hosztilis introjektumaitól Maltzberger és Buie (1980) vélekedése szerint. Asch (1980) fúziós fantázia elképzelésében az ambivalensen szeretett tárgyat emeli ki, amely a regresszív, szadomazochista fúziót újjáéleszti, és valódi, vagy elképzelt felszólítóivá válik a személynek a szuicídium elkövetésére.

V. ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS

Jelen vizsgálat az öngyilkossággal kapcsolatban kevésbé ismert ágához, a szuicid típusok meghatározásához szeretne hozzájárulni, befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek búcsúleveleinek tartalomelemzésével. Először is a búcsúlevelek elemzéséből származó emocionális és kognitív tartalmak háttérében álló dinamikát elemeztük; majd klaszterezőprogramok segítségével csoportosítottuk őket, aminek következtében öt egymástól markánsan eltérő és tovább nem bontható típust kaptunk.

Eredményeink az erős dependencia igények; a testi szenvedés és a nagyobb autonómiaigény; a büntető felettes én és a perfekcionizmus; a nárcizmus és az agresszió; az önelutasítás – bosszúállás – szadomazochisztikus kapcsolat fontosságát hangsúlyozzák a befejezett öngyilkosságot elkövetett személyek csoportjában.

Az öngyilkossággal kapcsolatban ezen irányát azért érezzük fontosnak, mert segít a súlyponti jellegzetességek meghatározásában; egyfajta „iránytűként” szolgálhat a számos empirikus eredmény sokaságában. Az általunk ajánlott típusok elsősorban pszichodinamikai, és nem pszichopatológiai jellegűek. Ezek a csoportok a nárcizmus, az agresszió, a büntető felettes én – perfekcionizmus, és a betegség témákban megegyezést mutatnak az Orbach (1997) és az Apter – Ofek (2001) szerzőpáros által is fókuszként megjelölt témákkal. Ezen túlmenően a dependenciaigényeket és a saját személy elutasítását, valamint egy szadomazochista kapcsolat szuicidogén jellegét láttuk fontos tényezőnek jelen vizsgálat eredményei alapján. Mindezek a tényezők jelentenek tehát kiemelt veszélyeztetettséget a befejezett öngyilkosságra nézve.

Vizsgálatunk kritikájaként megemlíthetjük a szuicid személyek alapvető adatainak (családi állapot, iskolázottság, aktuális történések, pszichiátriai kezelés, diagnózis, vallási felekezet, stb) hiányát, amely tovább árnyalhatta volna a végső képet.

Vizsgálatunk továbbfejlesztésével kapcsolatban először is fontosnak tartanánk típusaink beazonosítását, ellenőrzését súlyos öngyilkossági kísérletet elkövetőkkel elvégzett interjúk során, akik jellegzetességeikben feltételezhetően a legközelebb állnak a befejezett szuicídiumot elkövetők csoportjához. Hasznosnak érezzük eredeti elképzelésünk megvalósítását is, vagyis szuicid tentáment elkövetett személyek által hátrahagyott búcsúleveleken tartalomelemzést végezni, majd klaszterezéssel típusokat képezni a kapott adatokból. Feltételezhetően más vonások alapvető relevanciáját körvonalazná ez az elemzés.

Munkánk során felmerültek bizonyos megválaszolásra érdemes kérdések, melyeket további kutatások során hasznos lehet vizsgálni. Feltételezésünk szerint továbbá összefüggés van a nárcizmus és a perfekcionizmus között, különös tekintettel a túlérzékeny nárcisztikus típus teljesítménnyel önmagát egyensúlyban tartó formájára. Hasznosnak tartanánk a dependencia mellett álló vonások vizsgálatát; ugyanis a dependencia tipikusan olyan tulajdonság, amelyet a kutatók az öngyilkossági kísérletekhez tartozónak ítélnék meg – bizonyos esetekben azonban letális kísérletet eredményez.

VI. SUMMARY

The general view in suicidology today is that suicide can be best understood in terms of biological, psychological and sociocultural factors. The suicidal act can be regarded as a final common pathway. Due to the high complexity of this phenomenon, its understanding may be fraught with difficulties; therefore, an interdisciplinary approach is required. Owing to the results achieved in the research of suicide, plenty of empirical and clinical data are available concerning suicide, but there is no coherent classification of the factors – which would be a significant contribution to the understanding of the dynamics of self-destruction. Based on the available data so far, people committing suicide do not seem to be a homogenous group but can be subdivided into various categories which differ in their characteristics, such as traits, psychodynamics and psychiatric disorders. Suicide is a behavioural output which can be the result of several character traits and dynamic factors.

The objective of our investigation has been to describe emotional contents as thoroughly as possible, preferably by coding the entire contents of the letter. The present examination, therefore, is partly a descriptive one. Such research can be found less frequently in the relevant literature, studies regarding particular, structured aspects are more prevalent. By studying the entire contents of the letters, the function and purpose of them can be also revealed. Based on our findings, we also aim at making conclusions concerning the various types of suicides. In our view, suicide has a different progress depending on the age of the person, at what stage of the suicidal process the person is and what motives contribute to the deed.

We had the opportunity to have access to the fundamental demographic data and suicidal letters of the 919 persons who committed suicide between 1994 - 2002 in Debrecen or Hajdú-Bihar county. Our research sample was 247 suicide notes of 197 persons.

The first stage of the study was to establish the categories. We did not work with preset categories but defined them directly during the process of content analysis in order to avoid biased categories based on preconceptions. As a result of the content analysis of the suicidal letters, 54 categories have been set up. Following the study of the frequency of the 54 categories and the interpretation of the categories, our objective was to unify categories based on their emotional and cognitive contents in order to provide a better overview. The categories, based on content analysis, could be divided into three groups: emotional or cognitive information and instructions. The subcategories of the three main groups (the 22

meta-categories) provide a lot of types of emotional and cognitive information as well as instructions, which can be further broken down into 54 categories.

It can be concluded on the basis of the findings provided by this sample that probably there are five reasons for a suicidal letter.

(1) By communicating loving emotions, suicidal persons intend to keep and maintain relationships despite death; and they also wish to resolve the relatives' potential guilty feelings.

(2) It is an attempt to harmonize imbalanced relationships by mentioning the relevant offences.

(3) It is a way to experience control and self-efficacy by leaving behind instructions and a will.

(4) Clarifying responsibility for the suicide.

(5) Communicating own experiences such as suffering, hopelessness, negative self-image, problem-solving difficulties, unhappiness and exhaustion.

In the next stage of our study, our aim was to set up character types based on the sample of the suicide letters by means of cluster analysing programs. The cluster-method is expected to reveal which contents, emotions, motives belong together, i.e. they feature various suicide groups each with different psychodynamics. When finding the clustering procedure, we chose the most widely-accepted, common method, i.e. the method of Phi, Jaccard, Dice, Russel and Rao, as well as the Lance and Williams methods. As our aim was to make the results as reliable as possible, the contents were analysed by means of all the five methods and a content was accepted to belong to one cluster only if it was sorted to the same group by several methods.

The five types of those who committed completed suicides can be characterised on the basis of the following themes: demands concerning dependence; physical suffering – more autonomy; punishing superego – perfectionism; narcissism – aggression; self-denial – revenge – sadomasochistic relationship. On the basis of the sample it can be assumed that these themes have a greater relevance in the case of completed suicides than that of attempted ones.

VII. FELHASZNÁLT IRODALOM:

- Abramson LY.; Alloy LB.; Hankin BL. és mtsai (2002):** Cognitive Vulnerability – Stress Models of Depression in a Self-Regulatory and Psychobiological Context. Chapter 11. In: Gotlib IH.; Hammen CL.: Handbook of Depression, Guilford Publications
- Adam KS. (1994):** Suicidal Behavior and Attachment. A Developmental Model. Chapter 11.; In: Sperling MB.; Berman WH.: Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives. Guilford Press, New York
- Allport G. (1942):** The use of personal documents in psychological science. New York: Social Science Research Council
- Allport GW. (1980):** A személyiség alakulása. Gondolat, Budapest
- Apter A.; Freudenstein O. (2000):** Adolescent Suicidal Behaviour: Psychiatric Populations. Chapter 17. In: Hawton, K; van Heeringen, K (2000): The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. John Wiley and Sons.
- Apter A.; Gothelf D.; Orbach I.; Weizman R. és mtsai (1995):** Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34, 912-18.
- Apter A.; Kotler M.; Sevy S.; Plutchik R.; és mtsai (1991):** Correlates of risk of suicide in violent and nonviolent psychiatric patients. American Journal of Psychiatry, 148:883-887.
- Apter A.; Ofek H. (2001):** Personality Constellations and Suicidal Behaviour. Chapter 6. In: van Heeringen K.: Understanding Suicidal Behaviour. John Wiley and Sons Ltd.
- Arsenault-Lapierre, G.; Kim, c.; Turecki, G (2004)** Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004; 4: 37.
- Asch SS. (1980):** Suicide, and the Hidden Executioner. International Review of Psycho-Analysis, 7:51-60.
- Bakan D. (1968):** Disease, pain, and sacrifice: Toward a psychology of suffering. In: Orbach I. (2001): Mental Pain and Suicide. Unpublished manuscript. Bar-Ilan University, Israel
- Bakó T. (1992):** Öngyilkosság. Öngyilkossági kísérlet. Adatok és tények. Animula, Budapest
- Bakó T. (2004):** Titkok nélkül. Lélektani vizsgálódások az öngyilkosságról. PsychoArt, Budapest

- Baumeister RF. (1990):** Suicide as Escape From Self. *Psychological Review*. Vol 97., No 1. 90-113.
- Baumeister RF. (1997):** Esteem Threat, Self-Regulatory Breakdown and Emotional Distress as Factors in Self-Defeating Behavior. *Review of general Psychology*, 1/2. 145-174.
- Baumeister RF.; Stillwell AM.; Heatherton TF. (1994):** Guilt: An Interpersonal Approach. *Psychological Bulletin*, 115/2. 243-267.
- Beautrais AL.; Joyce PR.; Mulder RT. (1996):** Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 to 24. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry* 35,1174–82.
- Beautrais AL.; Joyce PR.; Mulder RT. (1999):** Personality Traits and Cognitive Styles as Risk Factors for Serious Suicide Attempts among Young People. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29/1. 37-47.
- Beck AT. (1987):** Cognitive models of depression. In: In: Gotlib IH.; Hammen CL. (2002): *Handbook of Depression*, Guilford Publications
- Beck AT.; Steer, RA.; Kovacs, M.; Garrison B. (1985):** Hopelessness and eventual suicide. In: Joiner TE.; Rudd MD. (1996): *Disentangling the Interrelations Between Hopelessness, Loneliness and Suicidal Ideation*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26,1.
- Beck, AT. (1967):** Depression: Clinical experimental and theoretical aspects. In: Elliott, JL.; Frude N. (2001): *Stress, Coping Styles, and Hopelessness in Self-Poisoners*. *Crisis*. 22 (1).
- Beck, AT. (1996):** Beyond Belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In: Rudd (2000): *The Suicidal Mode: A Cognitive-Behavioral Model of Suicidality*. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30 (1)
- Beck, AT.; Rush AJ.; Shaw BF.; Emery G (2001):** *A depresszió kognitív terápiája*. Animula, Budapest
- Beevers CG.; Miller, IW. (2004):** Perfectionism, Cognitive Bias and Hopelessness as Prospective Predictors of Suicidal Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 2.
- Berman AL.; Jobs DA. (1991):** *Adolescent Suicide Assessment and Intervention*. American Psychological Association, Washington
- Bertolote J.; Fleischmann A. (2002):** Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3): 181-185.

- Bertolote JM.; Fleischmann A.; De Leo D.; Wasserman D. (2004):** Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis*, 25/4. 147-155.
- Bjerg K. (1967):** The suicidal life space: Attempts at a reconstruction from suicide notes. In: Leenaars AA (1988): *Suicide notes*, Human Sciences, New York
- Black ST (1993):** Comparing Genuine and Simulated Suicide Notes: A New Perspective In: Diamond, GM., More, DL., Hawkins, AG., Soucar E. (1995): Comment on Black's (1993) Article, „Comparing Genuine and Simulated Suicide Notes: A New Perspective”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 63. No.1, 46-48.
- Blatt SJ.; Zuroff DC. (1992):** Interpersonal Relatedness and Self-Definition: Two prototypes for Depression. *Clinical Psychology Review*, Vol 12, 527-62.
- Blumenthal SJ.; Kupfer DJ. (1990):** Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients. American Psychiatric Press, Washington
- Bolger EA. (1999):** Grounded theory analysis of emotional pain. In: Orbach I. (2001): *Mental Pain and Suicide*. Unpublished manuscript. Bar-Ilan University, Israel
- Botsis AJ, Plutchik R, Kotler M, van Praag, HM. (1995):** Parental loss and family violence as correlates of suicide and violence risk. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 25/2.
- Brevard A.; Lester D.; Yang B. (1990):** A Comparison of Suicide Notes Written by Suicide Completers and Suicide Attempters. *Crisis*, 11/1, 7-11.
- Brezo J.; Paris J.; Turecki G. (2006):** Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113: 180-206.
- Bronisch T. (2003):** Depression and Suicidal Behavior, Letter to the Editors. *Crisis*, 24/4; 179-180.
- Brown MZ. (2006):** Linehan's Theory of Suicidal Behavior: Theory, Research and Dialectical Behavior Therapy. Chapter 5. In: Ellis TE.: *Cognition and Suicide*. American Psychological Association
- Brunstein Klomek A; ZalsmanG.; Apter A; Meged S.; Har-Even D.; Diller R; Orbach I. (2007):** Self-object differentiation in suicidal adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 48/1. 8-13.
- Buda B. (2001):** Az öngyilkosság. Animula, Budapest
- Bushman BJ.; Baumeister RF. (1998):** Threatened Egotism, Narcissism, Self-Esteem, and Direct and Displaced Aggression: Does Self-Love or Self-Hate Lead to Violence? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75/1. 219-229.

- Carrigan JT. (1994):** The psychosocial needs of patients who have attempted suicide by overdose. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4):635-42.
- Carver CS.; Scheier MF. (1998):** Személyiségpszichológia. Osiris Kiadó
- Catanzaro SJ. (2000):** Mood regulation and suicidal behavior. In: Goldsmith SK.; Pellmar TC.; Kleinman AM.; Bunney WE. (2002): *Reducing Suicide: A National Imperative*. The National Academies Press.
- Cerel, J.; Roberts TA. (2005):** Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 36, 352.e8-352.e14.
- Chang EC. (2001):** Life Stress and Depressed Mood Among Adolescents: Examining a Cognitive-Affective Mediation Model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20/3.
- Chávez-Hernández AM.; Páramo D.; Leenaars AA.; Leenaars L. (2006):** Suicide Notes in Mexico: What Do They Tell Us? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36/6, 709-715
- Chuang HL.; Huang WC. (2004):** A Multinomial Logit Analysis of Methods Used by Persons Who Completed Suicide. *Suicide & Life - Threatening Behavior*; Fall 2004; 34, 3; 298-
- Cole DA., és mtsai. (2001):** The development of multiple domains of child and adolescent self-concept: A sequential longitudinal design. In: Uhrlass, DJ., Gibb BE. (2007): *Negative Life Events, Self-Perceived Competence, and Depressive Symptoms in Young Adults*. *Cognitive Therapy and Research*, in press
- Conner KR.; Duberstein PR.; Conwell Y.; Caine ED. (2003):** Reactive aggression and suicide. Theory and evidence. *Aggression and Violent Behavior*, 8/4. 413-32.
- Conner KR.; Duberstein PR.; Conwell Y.; Seidlitz L.; Caine ED. (2001):** Psychological Vulnerability to Completed Suicide: A Review of Empirical Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31/4, 367-385.
- Crocker J.; Schwartz I. (1985):** Prejudice and ingroup favoritism in a minimal intergroup situation: Effects of self-esteem. In: Baumeister RF. (1990): *Suicide as Escape From Self*. *Psychological Review*. Vol 97., No 1. 90-113.
- Darbonne AR. (1969):** Suicide and age: a suicide note analysis. In: O'Connor, R., Sheehy, NP. (2000): *Understanding Suicidal Behaviour*. BPS Blackwell: Leicester
- De Hert M.; Peuskens J. (2000):** Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Schizophrenia. Chapter 8. In: Hawton, K; van Heeringen, K (2000): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley and Sons.

- De Man AF.; Leduc CP.; Labrehe-Gauthier L. (1993a):** A French-Canadian Scale for Suicide Ideation for Use with Adolescents. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 25, 126-34.
- De Man AF.; Leduc CP.; Labrehe-Gauthier L. (1993b):** Correlates of suicidal ideation in French-Canadian adolescents: personal variables, stress and social support. *Adolescence*, Winter, 1993.
- De Wilde EJ. (2000):** Adolescent Suicidal Behaviour: a General population Perspective. Chapter 16. In: Hawton, K; van Heeringen, K (2000): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley and Sons.
- Dean PJ., Range LM.; Goggin WC. (1996):** The Escape Theory of Suicide in College Students: Testing a Model That Includes Perfectionism. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26/2.
- Dear, GE.; Slattery JL.; Hillan RJ. (2001):** Evaluations of the Quality of Coping Reported by Prisoners Who Have Self-Harmed and Those Who Have Not. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (4)
- Demirel B., Akar T.; Sayın A.; Candansayar S.; Leenaars AA. (2008):** Farewell to the World: Suicide Notes from Turkey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38/1, 122-127
- Denning DG.; Conwell Y.; King D.; Cox C. (2000):** Method Choise, Intent, and Gender in Completed Suicide. *Suicide and Life- Threatening Behavior* 30/3, 282-88.
- Diamond GM., More DL., Hawkins AG., Soucar E. (1995):** Comment on Black's (1993) Article, „Comparing Genuine and Simulated Suicide Notes: A New Perspective”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 63. No.1, 46-48.
- Dieserud G.; Røysamb E.; Ekeberg Ø.; Kraft P. (2001):** Toward an Integrative Model of Suicide Attempt: A Cognitive Psychological Approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (2).
- Dixon WA.; Heppener PP.; Rudd MD. (1994):** Problem solving appraisal, hopelessness and suicidal ideation: Evidence for a mediational model. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 91-98.
- Dori, GA.; Overholser JC. (1999):** Depression, Hopelessness and Self-Estem: Accounting for Suicidality in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29 (4)
- Döme L. (2001):** Személyiségzavarok. Filum Kiadó, Budapest

Duberstein PR.; Conwell Y.; Caine ED. (1994): Age differences in the personality characteristics of suicide completers: Preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry*, 57/3

Dumais A.; Lesage AD.; Lalovic A.; Seguin M.; és mtsai (2005): Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *American Journal of Psychiatry*, 162, 1375-1378.

Durkheim, E. (1897/1982): Az öngyilkosság. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó

Edland JF.; Duncan CE. (1973): Suicide notes in Monroe County: a 23 year look (1950-72) In: O'Donnell, I., Farmer, R., Catalan, J.(1993): *Suicide Notes*. *British Journal of Psychiatry*, 163.

Edelman A; Renshaw S. (1982): Genuine versus simulated suicide notes: An issue revisited through discourse analysis. In: Leenaars, A.: *Suicide notes*, Human Sciences, New York

Ehmann B. (2002): A szöveg mélyén. A pszichológiai tartalomelemzés. Új Mandátum Kiadó, Budapest

Eigen M. (1981): Maternal Abandonment Threats, Mind- Body Relations and Suicidal Wishes. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 9: 561-82.

Elliot AJ.; Thrash TM. (2004): The Intergenerational transmission of fear of failure. In: Soenens B. és mtsai (2005a): *The Intergenerational Transmission of Perfectionism: Parents' Psychological Control as an Intervening Variable*. *Journal of Family Psychology*. 19/3.

Elliot, JL.; Frude N. (2001): Stress, Coping Styles, and Hopelessness in Self-Poisoners. *Crisis*. 22 (1).

Eurostat:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/pls/portal/docs/PAGE/PGP_PRD_CAT_PREREL/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2006/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2006_MONTH_07/3-18072006-EN-AP.PDF

Evans J.; Heron J.; Lewis G.; Araya R. és mtsai (2005): Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 302-307.

Evans J.; Williams JMG.; O'Loughlin S.; Howells K. (1992): Autobiographic Memory and Problem Solving Strategies of Parasuicidal Patients. *Psychological Medicine*, 22, 399-405.

Evenden J. (1999): Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *Journal of Psychopharmacology*, 13/2. 180-192.

- Everall RD.; Bostik KE.; Paulson BL. (2006):** Being in the Safety Zone: Emotional Experiences of Suicidal Adolescents and Emerging Adults. *Journal of Adolescent Research*, 21/4. 1-23.
- Fava M.; Rosenbaum JF. (1997):** Anger attacks in depression. *Depression and Anxiety*, 8/1. 59-63
- Fawcett J.; Busch K.; Jacobs D. és mtsai (1997):** Suicide: A four-pathway clinical biochemical model. In: Maris, R; Berman, A; Silverman, M (2000): *Comprehensive textbook of suicidology*. The Guilford Press, New York
- Fazaa N.; Page S. (2003):** Dependency and Self- Criticism as Predictors of Suicidal Behavior. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 33/2. 172-185.
- Fekete S.; Mácsai E.; Marton K.; Ozsváth K. (1991):** Módszerválasztás, letalítás és a szociokulturális faktorok összefüggései az öngyilkos viselkedésben. *TBZ Bulletin XX*.
- Fekete S.; Osváth P. (2004):** Az öngyilkosság. Az öröklődéstől a kultúráig. *Pannónia Könyvek*, Pécs
- Fonagy P.; Target M. (1999):** Towards understanding violence: the use of the body and the role of the father. Chapter 2. In: Perelberg RJ. (1999): *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. Routledge
- Foster T. (2003):** Suicide Note Themes and Suicide Prevention. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33/4, 323-331.
- Franko DL.; Striegel-Moore RH.; Brown KM.; Barton BA.; McMahon RP et al (2004):** Expanding our understanding of the relationship between negative life events and depressive symptoms in black and white adolescent girls. *Psychological Medicine*, 34, 1319-1330.
- Freud S. (1915/1997):** Gyász és melankólia. In: *Ösztönök és ösztönsorsok*. Sigmund Freud Művei VI. Filum Kiadás,
- Frost R.; Marten P.; Lahart C.; Rosenblate R. (1990):** The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost RO.; Heimberg RG.; Holt CS.; Mattia JI.; Neubauer AL. (1993):** A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and individual differences*, 14/1. 119-126.
- Gabbard GO. (2008):** A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve. Negyedik kiadás. American Psychiatric Publishing Inc; Lélekben otthon Kiadó, Budapest
- Garrison CZ.; McKeown RE.; Valois RF.; Vincent ML. (1993):** Aggression, substance use and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health*, 83, 179-184.

- Gibb BE.; Alloy LB.; Abramson LY.; Rose DT.; Whitehouse WG.; Hogan ME (2001):** Childhood Maltreatment and College Students' Current Suicide Ideation: A Test of the Hopelessness Theory. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 31/4.
- Girdhar S.; Leenaars AA.; Dogra TD. és mtsai (2004):** Suicide notes in India: what do they tell us? *Archives of Suicide Research* 8/2, 179-85.
- Goldney RD.; Smith S.; Winefield AH.; Tiggemann M, és mtsai (1991):** Suicidal ideation: Its enduring nature and associated morbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83/2, 115-20.
- Goldsmith SK.; Pellmar TC.; Kleinman AM.; Bunney WE. (2002):** Reducing Suicide: A National Imperative. The National Academies Press.
- Gramzow R.; Tangney JP. (1992):** Proneness to Shame and the Narcissistic Personality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18/3. 369-76.
Guilford Publications
- Hall RCW.; Platt DE.; Hall RCW. (1999):** Suicide Risk Assessment: A Review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients Who Made Severe Suicide Attempts. *Psychosomatics*, 40:1. 18-27.
- Hammond WA.; Romney DM. (1995):** Cognitive factors contributing to adolescent depression. *Journal of Youth and Adolescence*. 24, 667-683.
- Harwood D.; Jacoby R. (2000):** Suicidal Behaviour among the Elderly. Chapter 18. In: Hawton, K; van Heeringen, K (2000): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley and Sons.
- Hawton K., van Heeringen K. (2000):** *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Wiley Blackwell
- Hawton K.; Haw C.; Houston K.; Townsend E. (2002):** Family history of suicidal behaviour: prevalence and significance in deliberate self-harm patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106: 387-93.
- Heim N.; Lester D.(1990):** Do suicides who write notes differ from those who do not? A study of suicides in West Berlin. *Acta Psychiatr. Scand.* 82: 372-373.
- Hendin H. (1999):** Suicide, assisted suicide and medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 46-50.
- Henriksson MM.; Aro HM.; Marttunen MJ.; Heikkinen ME. és mtsai (1993):** Mental disorders and co-morbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150: 935-40.
- Hermann, I. (1984):** Az ember ősi ösztönei. Magvető Kiadó, Budapest

- Hewitt PL.; Flett GL.; Turnbull-Donovan W. (1992):** Perfectionism and suicide potential. *British Journal of Clinical Psychology*. 31, 181-190.
- Hewitt PL.; Flett GL.; Weber C. (1994):** Dimesions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 439-460.
- Ho TP.; Yip PSF.; Chiu CWF.; Halliday P. (1998):** Suicide notes: What do they tell us? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98/6,467-473
- Hunter, EC.; O'Connor RC. (2003):** Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology*. 42, 355-365.
- Isometsa E.; Henriksson M.; Heikkinen M. és mtsai (1996):** Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153:667-673.
- Jacobs D. (Ed) (1992):** *Suicide and Clinical Practice*, American Psychiatric Press, Washington
- Jacobs, J. (1967):** A phenomenological study of suicide notes. In: Maris RW, Berman AL, Silverman, MM (2000).: *Comprehensive textbook of suicidology*. The Guilford Press, New York
- Joiner TE.; Pettit JW.; Walker RL.; Voelz ZR. és mtsai (2002):** Perceived Burdensomeness And Suicidality: Two Studies On The Suicide Notes Of Those Attempting And Those Completing Suicide. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21/5, 531-545
- Joiner TE.; Rudd MD. (1995):** Negative attributional style for interpersonal evnts and the occurence of severe interpersonal disruptions as predictors of self-reported suicidal ideation. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 25/2.
- Joiner TE.; Rudd MD. (1996):** Disentangling the Interrelations Between Hopelessness, Loneliness and Suicidal Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26,1.
- Kaplan K.; Harrow M. (1999):** Psychosis and Functioning as Risk Factors for Later Suicidal Activity among Schizophrenia and Schizoaffective Patients: A Disease-Based Interactive Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 1, pg 10, Spring
- Kaslow NJ.; Reviere SL.; Chance SE.; Rogers JH. és mtsai (1998):** An Empirical Study of Psychodynamics of Suicide. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46: 777-96.
- Kast V. (2000):** *Kötés és oldás*. Európa Könyvkiadó, Budapest
- Kay J. (1989):** Self-Psychological Perspectives on Suicide. In: *Progress in Self-Psychology*, Chapter 10, :169-186.

- Keilp JG.; Gorlyn M.; Oquendo MA.; Brodsky B. és mtsai (2006):** Aggressiveness, not impulsiveness or hostility, distinguishes suicide attempters with major depression. *Psychological Medicine*, 36, 1779-1788.
- Kézdi B. (1995):** A negatív kód. Kultúra és öngyilkosság. Pannónia Könyvek, Pécs
- Kézdi B. (2000):** Jel, kontextus: Az öngyilkosság diszkurzív elmélete. In: Oravecz, R. (2003): Öngyilkos szövegek és búcsúlevelek transzkulturális elemzése. PhD disszertáció, Pécs , 58. old.
- Kim, C.,; Lesage, A.; Seguin, M.,; et al (2003)** Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychological Medicine* 33: 1299-1309
- Kohut H. (1972):** Thoughts on Narcissism and Narcissistic Rage. *Psychoanalytic Study of the Child*, 27:360-400.
- Konick LC.; Gutierrez PM. (2005):** Testing a Model of Suicide Ideation in College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35/2.
- Koopmans, M (1993):** Family dysfunction and teenage suicide attempts. Annual Meeting of the American Educational Research Association, Atlanta
- Kovács S.; Béri B. (2006):** Eseménytörténeti analízis a tej minősége és a technológia kapcsolatának vizsgálataiban. *Statisztikai Szemle*, 84/1.
- Krippendorf K. (1995):** A tartalomelemzés módszertanának alapja. Balassi Kiadó, Budapest
- Krupinski, M.; Fischer,A.; Grohmann, R, et al (1998)** Risk factors for suicides of inpatients with depressive psychoses. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248/3.
- KSH (2008):** Statisztikai tükör, II/10. www.ksh.hu
- Kukorelliné S. (2002):** A búcsúlevél, mint speciális nyelvhasználati regiszter. *Pszichoterápia*, XI./december 422-432.
- Kuritárné SzI. (2008a):** Borderline személyiségzavar. Tünettan, etiológia, terápia. *Medicina*
- Kuritárné SzI. (2008b):** A borderline szuicidalitás jellegzetességei. *Psychiatria Hungarica*, 23/1.
- Lai KW.; McBride-Chang C. (2001):** Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*, 36/2; 81-87.
- Leenaars AA.; Balance W. (1984):** A Predictive Approach to Freud's Formulations Regarding Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14, 275-283.

- Leenaars A. (1987):** An Empirical Investigation of Shneidman's Formulations Regarding Suicide: Age and Sex. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 17 (3)
- Leenaars A. (1988):** *Suicide Notes. Predictive Clues and Patterns.* Human Sciences Press Inc, New York
- Leenaars A (1988b):** Are women's suicides really different from men's? *Women & Health*, 14., 17-33.
- Leenaars A. (1989):** Are Young Adults' Suicides Psychologically Different from Those of Other Adults? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 19 (3).
- Leenaars AA. (1992):** Suicide Notes from Canada and the United States. *Perceptual and Motor Skills*, 74, 278.
- Leenaars A. (1992b):** Suicide Notes of the Older Adult. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 22/1
- Leenaars A. (1992c):** Suicide Notes, Communication, and Ideation. Chapter 16. In: Maris, Berman, Maltzberger, Yufit: *Assessment and Prediction of Suicide.* Guilford Press, New York
- Leenaars AA.; Lester D.; Heim N. (1996):** Menninger's Motives for Suicide in Suicide Notes from Germany and the USA. *Crisis*, 17 / 2
- Leenaars AA. (1996):** Suicide: A Multidimensional Malaise. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26: 221-235
- Leenaars A., DeLeo D., Diekstra RFW., Goldney RD.(1997):** Consultations for research in suicidology, In: O'Connor, R., Sheehy, NP., O'Connor, DB.(1999): *A Thematic Analysis of Suicide Notes.* *Crisis*, 20/3, 106-114.
- Leenaars A., Fekete S., Wenckstern S., Osváth P. (1998):** Magyar és Észak-Amerikai öngyilkosok búcsúleveleinek összehasonlító vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 13 (2): 146-159.
- Lester D. (1988):** What Does The Study of Simulated Suicide Notes Tell Us? *Psychological Reports*, 62, 962.
- Lester D. (1989):** Sex differences in the motives expressed in suicide notes. *Perceptual and Motor Skills*, 69, 642.
- Lester D., Seiden R., Tauber RK. (1990):** Menninger's motives for suicide in genuine, simulated and hoax suicide notes. *Perceptual and Motor Skills*, 71, 248.
- Lester D., (1991):** Reliability of Naive Judges of Genuine Suicide Notes. *Perceptual and Motor Skills*, 73, 942.
- Lester D., Heim N. (1992):** Sex differences in suicide notes. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 582.

- Lester D., (1993):** Reliability of Judging Genuine and Simulated Suicide Notes. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 882.
- Lester D. (1994):** Can suicidologists distinguish between suicide notes from completers and attempters? *Perceptual and Motor Skills*, 79, 1498.
- Lester D. (1997):** Menninger's Motives for Suicide in Suicide Notes from America and Germany. *Perceptual and Motor Skills*, 85, 1194.
- Lester D., Linn M. (1998):** Joseph Richman's signs for distinguishing genuine from simulated suicide notes. *Perceptual and Motor Skills*, 87, 242.
- Levenson, M.; Neuringen, C. (1971):** Problem-solving behavior in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 433-36.
- Lewis HB. (1971):** Shame and guilt in neurosis. New York: International Universities Press
- Lieb R.; Bronisch T.; Höfler M.; Schreier A.; Wittchen HU. (2005):** Maternal Suicidality and Risk of Suicidality in Offspring: Findings From a Community Study. *American Journal of Psychiatry*, 162: 1665-71.
- Links PS.; Kolla N. (2005):** Assessing and Managing Suicide Risk. Chapter 29. In: Oldham JM.; Skodol AE.; Bender DS. (2005): *Textbook of Personality Disorders*. The American Psychiatric Publishing.
- Linn M., Lester D. (1996):** Content differences in suicide notes by gender and age: Serendipitous findings. *Psychological Reports*, 78, 370.
- Lönnqvist JK. (2000):** Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Depression. Chapter 7. In: Hawton, K; van Heeringen, K (2000): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley and Sons.
- M. Heikkinen, H. Aro, J. Lönnqvist (1994):** Recent life events, Social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 65-72.
- MacCleod AK.; Rose GS.; Williams JMG. (1993):** Components of hopelessness and the future in parasuicide. *Cognitive Therapy and Research*, 17: 441-445.
- Malatesta CZ.; Wilson A. (1988):** Emotion cognition interaction in personality development: A discrete emotions, functionalist analysis. *British Journal of Social Psychology*, 27, 91-112.
- Maltsberger JT. (1988):** Suicide danger: Clinical estimation and decision. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18/1.
- Maltsberger JT. (1998):** Pathological Narcissism and Self-Regulatory Processes in Suicidal States. Chapter 14, In: Ronningstam EF: *Disorders of Narcissism*. American Psychiatric Press, Washington

- Maltsberger JT.; Buie DH. (1980):** The Devices of Suicide – Revenge, Riddance, and Rebirth. *International Review of Psycho- Analysis*, 7: 61-72.
- Mann JJ.; Wateraux C.; Haas G.; Malone KM. (1999):** Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry*, 156:181-189.
- Mann M.; Hosman CMH.; Schaalma HP.; Vries NK. (2004):** Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19/4.
- Maris R. (1981):** Pathways to Suicide. The Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Maris RW.; Berman AL.; Maltsberger JT.; Yufit RI. (1992):** Assessment and Prediction of Suicide. The Guilford Press, New York.
- Maris RW.; Berman AL.; Silverman MM. (2000):** Comprehensive textbook of suicidology. The Guilford Press, New York
- Mazure CM.; Bruce ML.; Maciejewski PK.; Jacobs SC. (2000):** Adverse Life Events and Cognitive- Personality Characteristics in the Prediction of Major Depression and Antidepressant Response. *American Journal of Psychiatry*, 157: 6.
- McAuliffe, C.; Corcoran, P.; Keeley HS., et al (2006):** Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: a multicentre study. *Psychological Medicine*, 36, 45-55.
- McGirr A.; Turecki G. (2007):** The Relationship of Impulsive Aggressiveness to Suicidality and Other Depression- linked Behaviors. *Current Psychiatry Reports*, 9/6. 460-466.
- McIntosh JL.; Santos JF. (1985-1986):** Methods of suicide by age: sex and race differences among the young and old. *International Journal of Aging and Human Development*, 22(2):123-39.
- Menninger K. (1938/1966):** Man against himself. Harcourt, Brace & World, Inc. New York
- Milrod D. (1988):** A Current View of the Psychoanalytic Theory of Depression – With Notes on the Role of Identification, Orality and Anxiety. *Psychoanalytic Study of the Child*, 43:83-99.
- Mitchell JE., Madigan RJ. (1984):** The effects of induced elation and depression on interpersonal problem solving. In: Williams, JMG.; Pollock, LR. (2000): *The Psychology of Suicidal Behaviour*. Chapter 5. In: Hawton, K; van Heeringen, K (2000): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley and Sons.
- Modestin J. (1986):** Three different types of clinical suicide. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 236/3. 148-153.

- Mokros, HB. (1995):** Suicide and shame. In: Lester, D. (1997): *The Role of Shame in Suicide. Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27/4.
- Molnar BE.; Berkman LF.; Buka SL. (2001):** Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicide behavior in the US. *Psychological Medicine* 31, 965-77.
- Mórotz K.; Perczel Forintos D. (2005):** Kognitív viselkedésterápia. Medicina, Budapest
- Neuringen, C (1967):** The cognitive organization of meaning in suicidal individuals. In: Pollock, LR.; Williams, MG. (2001): *Effective Problem Solving in Suicide Attempters Depends on Specific Autobiographical Recall. Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (4).
- Nezu AM. (1986):** Cognitive appraisal of problem-solving effectiveness: relation to depression and depressive symptoms. In: Williams, JMG.; Pollock, LR. (2000): *The Psychology of Suicidal Behaviour. Chapter 5.* In: Hawton, K; van Heeringen, K (2000): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide.* John Wiley and Sons.
- Nisbet PA. (2000):** Age and the Lifespan. Chapter 5. In: Maris RW.; Berman AL; Silverman MM.: *Comprehensive textbook of suicidology.* The Guilford Press, New York
- Nock MK.; Marzuk PM. (2000):** Suicide and Violence. Chapter 24. In: Hawton K., van Heeringen K. (2000): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide.* Wiley Blackwell
- O'Connor (2003):** Suicidal Behavior as a Cry of pain: Test of a Psychological Model. *Archives of Suicide Research*, 7, 297-308.
- O'Connor R.; Sheehy N. (2000):** *Understanding Suicidal Behavior.* BPS Books, Leicester
- O'Connor R.; Sheehy NP.; O'Connor DB (1999):** A Thematic Analysis of Suicide Notes. *Crisis*, 20/3, 106-114.
- O'Connor RC. (nyomtatásban):** The Relations Between Perfectionism and Suicidality: A Systematic Review. *Suicide and Life- Threatening Behavior.*
- O'Connor RC.; O'Connor DB. (2003):** Predicting Hopelessness and Psychological Distress: The Role of Perfectionism and Coping. *Journal of Counseling Psychology.* 50/3; 362-72.
- O'Connor RC.; O'Connor DB.; O'Connor SM.; Smallwood J. (2004):** Hopelessness, stress and perfectionism: The moderating effects of future thinking. *Cognition and Emotion.* 18, (8).

- O'Connor R., Leenaars A. (2004):** A Thematic Comparison of Suicide Notes Drawn from Northern Ireland and the United States. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, Vol 22, No.4, 339-347.
- O'Donnel I.; Farmer R.; Catalan J. (1993):** Suicide Notes. *British Journal of Psychiatry*, 163.
- Oglivie D.; Stone P.; Shneidman E. (1969):** Some characteristics of genuine versus simulated suicide notes In: Leenaars, AA (1988): *Suicide notes*, Human Sciences, New York
- Oravec R. (2000):** A búcsúlevél elemzés tudományos tradíciója az 50-es évektől napjainkig. *Addictologia Hungarica*, Vol. 8 / 5
- Oravec R. (2003):** Öngyilkos szövegek és búcsúlevelek transzkulturális elemzése. PhD disszertáció, Pécs
- Orbach I. (1997):** A Taxonomy of Factors Related to Suicidal Behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4:208-224.
- Orbach I. (2001):** Mental Pain and Suicide. Unpublished manuscript. Bar-Ilan University, Israel
- Orbach I. (2006a):** The Body – Mind of The Suicidal Person. In: Ellis TE.: *Cognition and suicide*. American Psychological Association, Washington DC.
- Orbach I. (2007):** From Abandonment to Symbiosis. A developmental reversal in suicidal adolescents. *Psychoanalytic Psychology*, 24/1. 150-166.
- Orbach I. (2008):** Mental pain, pain-producing constructs, the suicidal body, and suicide. In: Briggs S.; Lemma A.; Crouch W.: *Relating to self-harm and suicide*. Psychoanalytic Perspectives on Practice, Theory and Prevention. Routledge
- Orbach I.; Mikulincer M.; Schechtman EG.; Sirota P. (2003b):** Mental Pain and Its Relationship to Suicidality and Life Meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33/3.
- Orbach I.; Mikulincer M.; Sirota P.; Schechtman EG. (2003a):** Mental Pain: A Multidimensional Operationalization and Definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33/3.
- Orbach I.; Stein D.; Shanti-Sela M.; Har-Even D. (2001):** Body attitudes and body experiences in Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31/3.
- Osgood, CE., Walker, EG. (1959):** Motivation and language behaviour: a content analysis of suicide notes. In: O'Donnel, I., Farmer, R., Catalan, J.(1993): *Suicide Notes*. *British Journal of Psychiatry*, 163.

- Osváth P., Fekete S., Tiringner I. (1996):** Szuicídium és szöveg. Búcsúlevelek transzkulturális szempontú elemzése magyar –angol -német anyagban. *Szenvedélybetegségek*, (1), 6-13.
- Painuly N.; Sharan P.; Mattoo SK. (2005):** Relationship of anger and anger attacks with depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255: 215-222.
- Patsiokas, AT.; Clum, GA.; Luscomb, RL. (1979):** Cognitive Characteristics of Suicide Attempters. Pollock, LR.; Williams, MG. (2001): Effective Problem Solving in Suicide Attempters Dependens on Specific Autobiographical Recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (4).
- Paykel ES.; Prusoff BA.; Myers JR. (1975):** Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. In: Blumenthal SJ.; Kupfer DJ. (1990): *Suicide Over the Life Cycle*. American Psychiatric Press, Washington
- Perczel Forintos D.; Poós Judit (2008):** Kiút a kiúttalanságból – problémamegoldó tréning az öngyilkosság veszélyeztettség megelőzésében. *Psychiatria Hungarica*, 23/1.
- Perelberg RJ. (1999):** *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. Routledge
- Piquet, ML.; Wagner BM. (2003):** Coping Responses of Adolescent Suicide Attempters and Their Relation to Suicidal Ideation Across a 2-Year Follow-up: A Preliminary Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (3)
- Plutchik R. (2000):** Aggression, Violence, and Suicide. In: Maris RW.; Berman AL; Silverman MM.: *Comprehensive textbook of suicidology*. The Guilford Press, New York
- Pollock, LR.; Williams, JMG. (1998):** Problem Solving and Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 4.
- Pollock, LR.; Williams, MG. (2001):** Effective Problem Solving in Suicide Attempters Dependens on Specific Autobiographical Recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (4).
- Pusztai, A. (2005):** A búcsúlevél kutatás eredményeinek és fejlődési útvonalának áttekintése. *Psychiatria Hungarica*, 20/4.
- Pusztai, A.; Bugán A. (2005):** Befejezett szuicídiumot elkövetett személyek által hátrahagyott búcsúlevelek elemzése. *Psychiatria Hungarica*, 20/4.
- Prezant DW.; Neimeyer RA. (1988):** Cognitive Predictors of Depression and Suicide Ideation. In: Beevers CG.; Miller, IW. (2004): Perfectionism, Cognitive Bias and Hopelessness as Prospective Predictors of Suicidal Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 2.
- Ratkóczi, É. (1996):** Személyiségzavarok. In: *Pszichoterápia, Propedeutika 2*. VIKOTE könyvek, Budapest

- Reinecke MA.; Washburn JJ.; Becker-Weidman E. (2007):** Depression and suicide. In: Dattilio FM.; Freeman A. (2007): Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention
- Reiser DE. (1986):** Self Psychology and the Problem of Suicide. Progress in Self Psychology, Chapter 18, 2: 227-241.
- Richman J. (1986):** Family Therapy for Suicidal People. Springer Publishing Company, New York
- Rihmer, Z. (2001):** Öngyilkosság. In: Szádóczy, E., Rihmer, Z. (2001): Hangulatzavarok. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
- Robertson, JF.; Simons RL. (1989):** Family Factors, Self-esteem and Adolescent Depression. Journal of Marriage and the Family, 51: 125-38.
- Ronningstam EF. (1998):** Disorders of Narcissism. Diagnostic, Clinical and Empirical Implications. American Psychiatric Press, Washington
- Rothbart MK.; Ahadi SA. (1994):** Temperament and the development of personality. In: Piquet, ML.; Wagner BM. (2003): Coping Responses of Adolescent Suicide Attempters and Their Relation to Suicidal Ideation Across a 2-Year Follow-up: A Preliminary Study. Suicide and Life-Threatening Behavior, 33 (3)
- Roy A. (1982):** Risk factors for suicide in psychiatric patient. In: O'Connor, R.; Sheehy, N. (2000) Understanding Suicidal Behaviour. BPS Books, Leicester
- Roy A. (1983):** Family history of suicide. Archives of General Psychiatry, Vol. 40, No. 9
- Rózsa S.; Kállai J.; Osváth A.; Bánki MCS. (2005):** Temperamentum és karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. Medicina, Budapest
- Rudd MD.; Ellis T.; Rajab H.; Wehrly T. (2000):** Personality Types and Suicidal Behavior: An Exploratory Study. Suicide and Life-Threatening Behavior, 30/3. 199-211.
- Rudd, MD.(2000):** The Suicidal Mode: A Cognitive-Behavioral Model of Suicidality. Suicide-and Life-Threatening Behavior 30 (1)
- Salib E.; Cawley S.; Healy R. (2002):** The significance of suicide notes in the elderly. Aging & Mental Health, 6/2, 186-190.
- Schaffer D. (1974):** Suicide in childhood and early adolescence. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 15:275-291.
- Scheff TJ.; Retzinger SM. (1991):** Emotions and Violence: Shame and Rage in Destructive Conflicts. Lexington Books
- Schmidt N, Woolaway-Bickel K, Bates M. (2000)** Suicide and panic disorder: Integration of the literature and new findings. In: Goldsmith, S.; Pellmar, T.; Kleinman, A.; et al (2002) Reducing Suicide: National imperative. The National Academies Press, Washington, D.C.

- Schotte DE., Clum GA. (1987):** Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 55: 49-54.
- Shneidman E. (1980):** *Voices of death*. Harper and Row, New York
- Shneidman E. (1985):** *Definition of Suicide*. John Wiley & Sons
- Shneidman E. (1988):** Foreword. In: Leenaars, A.: *Suicide notes*, Human Sciences, New York
- Shneidman E.; Farberow N. (1957):** *Clues to suicide*, New York: McGraw-Hill
- Shneidman E.; Farberow N. (1960):** *A socio-psychological investigation of suicide*.
- Shneidman ES. (1980):** *Suicide*. In: Shneidman ES.: *Death: Current perspectives*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Company
- Shneidman ES. (1985):** *Definition of suicide*. New York: Wiley
- Sifneos PE.; McCourt WF. (1962):** Wishes for life and death of some patients who attempt suicide. In: Dulit RA.; Michels R. (1992): *Psychodynamics and Suicide*. Chapter 3. In: Jacobs D.: *Suicide and Clinical Practice*. American Psychiatric Press
- Silove D.; George G.; Bhavani-Sankaram V. (1987):** Parasuicide: interaction between inadequate parenting and recent interpersonal stress. In: Blumenthal SJ.; Kupfer DJ. (1990): *Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*. American Psychiatric Press, Washington
- Simon TR.; Anderson M.; Thompson MP.; Crosby A.; Sacks JJ. (2002):** Assault Victimization and Suicidal Ideation or Behavior Within a National Sample of US Adults. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 32/1.
- Soenens B.; Elliot AJ.; Goossens L.; Vansteenkite M.; Luyten P.; Duriez B. (2005a):** The Intergenerational Transmission of Perfectionism: Parents' Psychological Control as an Intervening Variable. *Journal of Family Psychology*. 19/3. 358-66.
- Soenens B.; Vansteenkite M.; Luyten P.; Duriez B.; Goossens L. (2005b):** Maladaptive perfectionistic self-representations: The mediational link between psychological control and adjustment. *Personality and Individual Differences*. 38. 487-98.
- Solymosi E. (1982):** Az igazságügyi orvostan alapjai. *Medicina*, Budapest
- Spirito A.; Esposito-Smythers C. (2006):** Attempted and Completed Suicide in Adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2; 237-66.
- Startup M.; Heard H.; Swales M.; Jones B.; (2001):** Autobiographical memory and parasuicide in borderline personality disorder. In: Goldsmith SK.; Pellmar TC.; Kleinman AM.; Bunney WE. (2002): *Reducing Suicide: A National Imperative*. The National Academies Press.

- Stengel, E. (1964):** Suicide and Attempted Suicide. In: Buda B. (2001): Az öngyilkosság. Animula, Budapest
- Styron W. (1992):** Darkness visible: A memoir of madness. In: Orbach I. (2001): Mental Pain and Suicide. Unpublished manuscript. Bar-Ilan University, Israel
- Szokolszky Á. (2004):** Kutatómunka a pszichológiában. Metodológia, módszerek, gyakorlat. Osiris Tankönyvek, Budapest
- Takahashi Y. (1993):** Suicide prevention in Japan. In: Leenaars, A. (1996): Suicide: A Multidimensional Malaise. Suicide and Life-Threatening Behavior, 26: 221-235
- Tangney JP.; Dearing RL. (2002):** Shame and Guilt. The Guilford Press
- Tangney JP.; Wagner PE.; Hill-Barlow D.; Marschall DE.; Gramzow R. (1996):** Relation of Shame and Guilt to Constructive Versus Destructive Responses to Anger Across the Lifespan. Journal of Personality and Social Psychology, 70/4. 797-809.
- Tanney BL. (2000):** Psychiatric Diagnoses and Suicidal Acts. 13. chapter. In: Maris RW.; Berman AL; Silverman MM.: Comprehensive textbook of suicidology. The Guilford Press, New York
- Temesváry B. (2000):** Az önpusztító agresszió. 4. fejezet In: Hárdi I.(2000) : Az agresszió világa. Medicina Könyvkiadó Rt.; Budapest
- Temesváry B. (2005):** Szuicidológiai zsebkönyv. Szuicidológia, krízisintervenció és a „segítők” mentálhigiénéje. Zsurnál Market Kiadó, Szeged
- Tringer L. (2003):** A gyógyító beszélgetés. Semmelweis Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest
- Tripodes P. (1976):** Reasoning patterns in suicide notes. In: Leenaars, A. (1988): Suicide notes, Human Sciences, New York
- Tuckman J.; Kleiner R.; Lavell M. (1960):** Credibility of Suicide Notes. American Journal of Psychiatry 116, 1104-1106.
- Tuckman J.; Kleiner R.J.; Lavell M. (1959):** Emotional content of suicide notes. American Journal of Psychiatry, 116, 59-63.
- Uhrlass, DJ., Gibb BE. (2007):** Negative Life Events, Self-Perceived Competence, and Depressive Symptoms in Young Adults. Cognitive Therapy and Research, in press
- Valente SM. (1994):** Messages of psychiatric Patients Who Attempted or Committed Suicide. Clinical Nursing Research, 3/4, 316-333.
- Van Heeringen K. (ed.) (2001):** Understanding suicidal behaviour. John Wiley and Sons Ltd. Chichester.

- Van Praag HM. (1997):** Over the mainstream: diagnostic requirements for biological psychiatry. In: Van Heeringen K. (ed.) (2001): Understanding suicidal behaviour. John Wiley and Sons Ltd. Chichester.
- Van Praag HM. (2001):** About the biological interface between psychotraumatic experiences and affective dysregulation. Chapter 4. In: Van Heeringen K. (ed.) (2001): Understanding suicidal behaviour. John Wiley and Sons Ltd. Chichester.
- Van Praag HM.; Plutchik R.; Apter A. (1990):** Violence and Suicidality. In: Hawton K., van Heeringen K. (2000): The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Wiley Blackwell
- Varga G.; Mirnics Zs.; Kovács D.; Szili I. (2005):** Interakciós minták öngyilkosságot megkísérelt férfiaknál és nőknél. *Psychiatria Hungarica*, 20/6; 442-455.
- Wagner BM: (1997):** Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 246-98.
- Wasserman D, Cullberg J. (1989):** Early separation and suicidal behaviour in the parental homes of 40 consecutive suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3):296-302.
- Wasserman D. (2001):** Suicide: An Unnecessary Death. Blackwell Science Inc.
- Weishaar, ME.; Beck AT. (1992):** Clinical and Cognitive Predictors of Suicide. In: Maris RW; Berman AL; Maltzberger JT; Yufit RI (1992): Assessment and Prediction of Suicide. The Guilford Press, New York.
- West ML.; Spreng SW.; Rose SM.; Adam KS. (1999):** Relationship Between Attachment-Felt Security and History of Suicidal Behaviours in Clinical Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44: 578-82.
- WHO, Mental health: facing the challenges, building solutions. 2005**
- Wilburn VR.; Smith DE. (2005):** Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, 40/157. 33-45.
- Willi J. (1981):** Az összejátzás mint a házasságpszichológia és a házasságterápia alapjelensége. In: Buda B.: Pszichoterápia. Gondolat Könyvkiadó, Budapest
- Williams JMG.; Barnhofer T.; Crane C.; Duggan DS. (2006):** The Role of Overgeneral Memory in Suicidality. Chapter 8. In: Ellis TE. (2006): Cognition and Suicide. Theory, Research and Therapy. American psychological Association
- Williams JMG.; Broadbent K. (1986):** Autobiographical memory in suicide attempters. In: O'Connor R.; Sheehy N. (2000): Understanding Suicidal Behavior. BPS Books, Leicester

Williams JMG.; Dritschel BH. (1988): Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory. In: Williams, JMG.; Pollock, LR. (2000): *The Psychology of Suicidal Behaviour*. Chapter 5. In: Hawton, K; van Heeringen, K: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley and Sons.

Williams M. (1997): *Cry of Pain. Understanding suicide and Self-harm*. Penguin Books

Williams, JMG.; Pollock, LR. (2000): *The Psychology of Suicidal Behaviour*. Chapter 5. In: Hawton, K; van Heeringen, K (2000): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley and Sons.

Wilson, KG.; Stelzer J.; Bergman JN. (1995): Problem solving, stress and coping in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 2.

Yang B.; Clum GA. (1994): Life stress, social support and problem-solving skills predictive of depressive symptoms, hopelessness and suicide ideation in an Asian student population: A test of a model. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 24/2.

Yang B.; Clum GA. (1996): Effects of Early Negative Life Experience on Cognitive Functioning and Risk for Suicide: A Review. *Clinical Psychology Review*, 16 (3)

Yang, B.; Clum, GA. (2000): Childhood Stress Leads to Later Suicidality via Its Effects on Cognitive Functioning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30 (3).

Yufit RI.; Bongar B. (1992): Suicide, stress and coping with life cycle events. Chapter 25. In: Maris RW; Berman AL; Maltzberger JT; Yufit RI (1992): *Assessment and Prediction of Suicide*. The Guilford Press, New York.

Zonda T. (2005): Depression and Suicidal Behavior, Letter to the Editors, *Crisis*, 26/1, 34-35.

Zonda T. (2006): *Öngyilkosság, statisztika, társadalom*. Kairosz Kiadó, Budapest