

Az öngyilkos magatartás megelőzésében tapasztalt legfontosabb hiányosságok, ellentmondások és lehetőségek Magyarországon

KALMÁR SÁNDOR

Magánrendelő, Kecskemét

Az öngyilkosság nemcsak ellentmondásos biológiai, pszichológiai, kulturális-szociális és spirituális jelenség, de komoly népegészségügyi probléma is, amely sokrétű, így az ellene folytatott küzdelem szintén komplex folyamat. A közlemény célja megállapítani, hogy hol tart ma Magyarországon az öngyilkosság elleni küzdelem, melyek a legfontosabb hiányosságok, ellentmondások és kihasználatlan lehetőségek. A szerző megállapítja, hogy bár elméletileg nagyon sok eredményt értünk el az öngyilkosság megelőzésében, azokat nem valósítottuk meg a mindennapi gyakorlatban. Meghatározza a legfontosabb problémákat és feladatokat, amelyeket meg kell oldani az elkövetkezendő évtizedben. A közeljövőben sokkal többet kell tennünk a megelőzés érdekében, mint amennyit eddig tettünk, hogy lényegesen csökkenjen az öngyilkos áldozatok száma Magyarországon.

(*Neuropsychopharmacol Hung 2015; 17(1): 037–046*)

Kulcsszavak: öngyilkosság, prevenciók lehetőségek és akadályok, egészségnevelés, egészségfejlesztés, hiányosságok a prevencióban, jövőbeni feladatok

„Olyan társadalomban szeretnénk élni,
ahol az emberi élet érték,
ahol minden embert megvéd a társadalom,
ahol mindenki segítséget és támogatást kap, aki rászorul,
ahol senkinek sem kell önmagát elpusztítani.”

(*New Zealand, 2006*)

BEVEZETÉS, LEHETŐSÉGEK

Az elmúlt évszázad során számos közlemény, könyv, program és stratégia született az öngyilkos magatartással (Wasserman, 2001; Kalmár, 2009-a; McKeon, 2009; Wasserman és Wasserman, 2009; Rogers és Lester, 2010; O'Connor, Platt, Gordon, 2011; Pompili és Tatarelli, 2011; Kalmár, Németh, Rihmer, 2012), az öngyilkosság és a fizikai, biológiai, neurobiológiai, kronobiológiai (Kalmár, 2013-a; Kálmán J és Kálmán S, 2009), genetikai, biokémiai, pszichológiai, pszichiátriai, kulturális (Földényi, 1992), szociális, szociológiai, politikai, történelmi, mitológiai, vallási spirituális (Fekete és Osvát, 2004; Kalmár, 2012-b) kapcsolatainak a vizsgálatával, az öngyilkossági

modellekkel, az öngyilkosság epidemiológiájával (Kalmár, 2002, 2003; Kalmár P, 2012), a különböző korcsoportokkal (fiatalok és idősek) és egyéb veszélyeztetett csoportokkal, a különböző kiváltó okok, kockázati és védőtényezők, a kezelés és megelőzés meghatározásával (Hendin és Mann, 2001), a megelőzési lehetőségekkel és stratégiákkal (WHO, 2000; Rutz, 1992; Rihmer és Kalmár, 2000; Mann et al., 2005; New Zealand, 2006; Szántó et al, 2007; Barak, 2007; Csépe, 2007; Kopp, 2007; Hegerl et al, 2009; Kalmár, 2009-b, 2011; Mann és Curier, 2011-a; Pompili és Tatarelli, 2011; Wasserman et al, 2012; Kalmár, 2013-b-c) kapcsolatban. Az elért eredmények ellenére Magyarországon az öngyilkosságok megszüntetése, felszámolása érdekében jelentős áttörést ez ideig nem sikerült elérni, annak ellenére hogy 1984 óta mintegy felére csökkent az öngyilkosságok száma. Különösen magas a 65 év feletti öngyilkosságok száma, ez Európában nálunk a legmagasabb (KSH Statisztikai évkönyvek).

A számtalan irodalmi hivatkozás, a különböző megelőzési stratégiák és programok ellenére sem tudunk megfelelő eredményeket elérni, amelyet jól mutatnak az alábbi táblázatok statisztikai adatai.

1. táblázat Az öngyilkosságok száma nemenként, Magyarország, 1984-2012

	1984	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
férfi	3455	3447	2980	2478	2463	2028	1845	1803
nő	1456	1278	1153	891	806	593	547	547
összes	4911	4725	4133	3369	3269	2621	2492	2350

2. táblázat Az öngyilkosságok száma nemenként, tíz évenként, Magyarország, 1961–1970, 1971–1980, 1981–1990, 1991–2000, 2001–2010

	1961–1970	1971–1980	1981–1990	1991–2000	2001–2010
férfi	21 112	29 467	32 749	26 131	20 251
nő	9 226	13 037	13 831	9 046	6 075
összes	30 338	42 504	46 580	35 177	26 326

3. táblázat A 100 000 lakosra jutó öngyilkosságok száma nemenként, Magyarország, 2000-2012

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
férfi	50,7	45,5	43,5	38,9	40,1	40,9	38,2
nő	15,1	12,2	12,3	11,3	10,7	10,4	10,5
összes	32,0	28,0	27,1	24,4	24,7	24,9	23,7

4. táblázat A 100 000 lakosra jutó öngyilkosságok száma a népességben és a 65< lakosok között, Magyarország, Ausztria, Finnország, Görögország, Izrael, Litvánia, Németország, Svájc, EU-15-tagállamok, EU-27-tagállamok, 2011 (<http://data.euro.who.int/hfadb>)

	H	A	Finn	GR	IZR	LIT	Német	CH	EU-15	EU-27
s-ffi	35,78	20,48	24,99	6,17	11,7	51,35	15,68	16,47	14,27	25,52
s-nő	8,79	6,01	7,01	1,32	2,42	9,07	4,56	6,21	4,32	4,34
össz	21,25	12,78	15,55	3,71	6,89	28,52	9,92	11,13	9,1	14,41
65< f	66,65	50,23	33,05	8,62	21,17	69,11	35,71	34,82	26,8	40,07
65<n	19,61	13,31	5,86	1,4	5,7	14,9	10,18	9,6	7,56	8,77
65<ö	36,56	27,61	17,24	4,61	12,34	34,2	20,71	20,13	15,62	20,8

HIÁNYOSSÁGOK ÉS ELLENTMONDÁSOK

- a szervezetheg hiánya a megelőzés területén
- a Nemzeti Szuicid Prevenációs Stratégia és az ismert megelőző módszerek alkalmazásának hiánya annak ellenére, hogy számos javaslat született ezen a területen
- a népegészségügyi prevencióban az önpusztító magatartások elleni prevenció prioritásának hiánya
- a szervezett öngyilkosság-kutatás hiánya, annak ellenére, hogy a szakemberek fontosnak tartják
- az öngyilkos áldozatok agy-patológiai vizsgálatainak hiánya
- az egészségügyi ellátó szolgálatok támogatásának hiánya a szuicid prevenció érdekében
- jelentős népcsoportok nem megfelelő életkörülményei, annak ellenére, hogy az Európai Unió tagjai vagyunk
- holisztikus szemlélet hiánya mind az egészségügyi dolgozók, mind a pedagógusok körében
- mentális, kulturális, spirituális tudatlanság a népesség körében
- megfelelő képzés hiánya azok számára, akik tehetnek a megelőzésért
- az öngyilkos magatartással kapcsolatos elfogadó attitűd a népesség és az egészségügyi dolgozók körében is
- tanrendszerű (mentális) egészségtan tanítás hiánya az iskolákban annak ellenére, hogy erre törvény kötelezi az iskolákat
- családi életre nevelés hiánya az iskolákban
- egységes értékrend hiánya az iskolákban, annak ellenére, hogy jól kidolgozott módszerek állnak a pedagógusok és az iskolák rendelkezésre
- konfliktuskezelő, problémamegoldó, hatékony kommunikáció és önérvényesítő módszerek tanításának hiánya az iskolákban
- a gyermekek fejlődési krízisei ismeretének és segítségének a hiányosságai mind a szülők, mind a pedagógusok körében
- a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás hiányosságai
- a pszichiátriai ellátás hiányosságai, különösen vidéken
- a gyermek- és fiatalkorban jelentkező pszichoszomatikus tünetek, pszichopatológiai tünetek és mentális zavarok ismeretének, felismerésének és megfelelő kezelésének hiánya, annak ellenére, hogy a pedagógusképzésben van pszichológia oktatás is
- a depressziós megbetegedések számának növekedése
- a szorongásos zavarok számának növekedése
- a bizonyítékokon alapuló depresszió felismerési és öngyilkosság megelőzési módszerek ismeretének hiánya mind az alapellátásban mind más területek orvosainál, annak ellenére hogy továbbképző előadások százai próbálta ennek a fontosságára az egészségügyi dolgozók figyelmet felhívni
- a veszélyeztetett csoportok hatékony gondozásának hiánya a Háziiorvosi Szolgálatnál
- a depresszió és a testi betegségek közötti összefüggések ismeretének a hiánya az egészségügyi dolgozók körében
- az öngyilkossági események részletes kivizsgálásának hiánya a Háziiorvosi Szolgálatnál
- a Háziiorvosi Szolgálatok működése feletti valódi szupervízió hiánya
- előítéletek a pszichiátriával és a pszichiátriai betegekkel kapcsolatban
- alkoholizmus és a dohányzás elterjedtsége, a hatékony alkoholizmus és dohányzás elleni küzdelem hiánya. Mind az alkoholizmus, mind a dohányzás nem csak súlyos, a halálózást és az életminőséget rontó probléma Magyarországon, de mindkettőnek szerepe van az öngyilkos magatartásban is. A dohányzás okozta halálózás súlyosabb az alkohol eredetű halálózásnál. 2011. évben a dohányzás eredetű halálózás 4,1x magasabb volt, mint az alkoholos eredetű halálózás (férfiaknál: 3,51x- magasabb, nőknél: 6,09x magasabb)
- hiányos mentális megelőzés, szűrés, felismerés, komplex kezelés és rehabilitáció
- a fiatalok és az idősek öngyilkosságának figyelmen kívül hagyása annak ellenére, hogy a fiataloknál az öngyilkosság a korcsoporton belüli halálózásnál vezető halálok, az időskorúaknál pedig Európában nálunk a legmagasabb az öngyilkossági ráta
- a hatékony, szakszerű, komplex, mindenki által mindenkor elérhető krízisintervenciós szolgálat hiánya annak ellenére, hogy a népesség több mint kétharmada rendelkezik internet elérhetőséggel (például telefonon és interneten keresztül történő segítségnyújtás megszervezése a krízisben lévőknek)
- nem megfelelő bánásmód az idősekkel szemben.
- az öngyilkosság megelőzéssel foglalkozó civil szervezetek támogatásának hiánya (Oriold, 2010)
- a megelőző programok egyoldalúsága és rövid ideje (a számos megelőző program közül a leglátványosabb és eredményeket hozó beavatkozások is csak rövid ideig tartottak.)
- más nemzetek tapasztalatainak és a WHO

iránymutatásainak figyelmen kívül hagyása (Preventing suicide in England, 2012; WHO-2000; Wasserman et al., 2012)

Mindezekből arra lehet következtetni, hogy a rövid ideig tartó programok nem képesek az öngyilkossági probléma végleges megoldására. Jelenleg a kutatók, orvosok, pszichológusok, pszichiáterek, népegészségügyi szakemberek, szociológusok, filozófusok, papok, teológusok, jogászok, politikusok, laikusok, áldozatok és segítők nem egy nyelven beszélnek, nem azonosak a fogalmaik, és ellentmondásos a viszonyulásuk az öngyilkos magatartás megítélésében. Az öngyilkosság megítélésekor gyakran összekeverjük a különböző megközelítésen alapuló terminológiát, ami lehetetlenné teszi a probléma megoldását. O'Carol „Bábel torony”-ra való utalása jól kifejezi az öngyilkos magatartásnak, a civilizációnk eme kicsiny torzszülöttének az ellentmondásos megítélését (Silverman, 2011). Az a „heroikus erőfeszítés”, amelyet ma nálunk végeznek egyesek, akár a mindennapokban, akár az interneten zajló „hálózaton”, valójában csak porhintés, és az eredmény: „Parturiunt montes, nascitur ridiculus mus” (Horatius: *Ars poetica*). A „hálózaton” belül a szakértő és laikus résztvevők nem mindig megfelelő szakértelemmel és pontossággal, de minden felelősség nélkül közlik az éppen fontosnak tartott észrevételeiket, résztudásukat – amelyeket sokszor örökérvényű és teljes igazságnak tartanak –, ismertetik egyes közleményeiket – amelyeket többnyire senki sem olvas el, pedig hasznos lenne –, azonban a leírtakat senki nem ellenőrzi szakmai szempontból, és főleg nem történik cselekvés a megelőzés érdekében. A „hálózaton” összekeveredett a „gyémánt és az igazgyöngy” a „csináltvirág-s üveggömb fűzérrel”. Kitűnő hazai szakemberek – több tucat van belőlük –, akik ma már világszerte ismertek és elismertek, hiába emelik fel hangjukat és mondják el, írják meg, mit kellene tenni, nem hallgat rájuk az, akinek kellene tenni az öngyilkos magatartás megelőzése érdekében. Aki akar valamit tenni, annak a véleménye többnyire pusztába kiáltó szó marad, akinek volna lehetősége és kötelessége tenni valamit, az nem tesz, mert vagy nem képes, vagy nem érdekli. Úgy tűnik, hogy az öngyilkossággal és az öngyilkosság-megelőzéssel kapcsolatos óriási információ áradat óceánjába fuldokolva ma Magyarországon nem tudunk eredményt elérni. A legegyszerűbb példa: számos áldozat közli a szándékát a környezetével, rendszerint a legközelebbi hozzátartozójával vagy barátjával, és a többségük a végzetes cselekedete előtt felkeresi a háziorvosát vagy más orvost, pszichiátert, pszichológust, egész-

ségügyi dolgozót vagy szociális munkást, mégsem figyel rájuk senki, és (Rihmer, Perczel Forintos, 2014) az öngyilkosságveszély nem kerül felismerésre.

Emellett figyelmen kívül hagyjuk azt a tényt, hogy az öngyilkos magatartás ugyanúgy, mint maga az ember, valójában négyes aspektusból ismerhető meg (Kalmár, 2013-b):

1. Fizikai, biológiai szomatikus megközelítés (orvosok, neurológusok, pszichiáterek, népegészségügyi szakemberek)
2. Pszichológiai, mentális (pszichológusok, mentálhigiénés szakemberek, pedagógusok)
3. Kulturális, szociális, társadalmi (filozófusok, szociológusok, pedagógusok, politikusok, média szakemberek, laikusok) Az emberi kultúra mélyen gyökerezik a központi idegrendszerben, és ez határozza meg, hogyan látjuk a világot. Az ember kizárólag a kultúra közegén keresztül képes értelmesen cselekedni és kapcsolatot teremteni másokkal (Kalmár, 2013-b).
4. Spirituális (papok, lelkészek, teológusok, vallással foglalkozó szakemberek) A misztikus és spirituális tapasztalatok (például a reménytelenség) a módosult tudatállapotokon keresztül valósulnak meg, amely módosult tudatállapotok az idegrendszer elváltozásain alapulnak.

Mind a négy rész szorosan kapcsolódik egymáshoz. Az öngyilkossággal foglalkozók nehézségeit az is okozza, hogy egyrészt a kutatók jelentős része csupán egy kis részterülettel foglalkozik, figyelmen kívül hagyja a többi terület eredményeit, másrészt nincs egységes tudományos nyelv, mindenki a saját terminológiáját használja, de gyakran azonos fogalmakat másként értelmeznek. (Kizárólagosan biológiai, biokémiai, genetikai, pszichiátriai, pszichológiai, kulturális, szociális, társadalmi, filozófiai, politikai, morális, nevelési, jogi, spirituális, vallási megközelítésekkel csak részeredmények érhetőek el.) Az öngyilkossággal foglalkozó irodalom rendkívül szerteágazó, sokszor zavaros és ellentmondásos olykor még egy országon belül is. A különböző terminológiák és klasszifikációk sokasága csak azt tükrözi, hogy ezek szubjektívek, és hogy a megoldástól még távol vagyunk. Ezért lenne fontos a holisztikus megközelítés, amely kidolgozna egy egységes fogalom rendszert, és az egész öngyilkosság megelőzési folyamatot próbálná elemezni, mind a négy rész tapasztalatait felhasználva dolgozná ki a komplex megelőzési stratégiát (Kalmár, 2014). A teljes folyamat a fogantatástól a megszületést követően a testi, mentális, kulturális, spirituális fejlődéstől,

az egyes szakaszok biológiai, pszichológiai, kulturális és spirituális kríziseinek a megoldásaitól, a (mentális) zavarok, betegségek kialakulásáig és az öngyilkossági folyamat kialakulásának elindulásáig valamint a befejezéséig tart. Ameddig ezt az ellentmondást a kutatók nem oldják fel, lényeges eredmény aligha várható. Vannak próbálkozások, amelyek keresik a kapcsolatot a különböző területek között, de áttörést ez ideig nem sikerült elérni (Kalmár, 2011; Kalmár, Németh, Rihmer, 2012; Filó, 2013). A hazai egyetemeken a holisztikus szemlélet mellett egy-egy részterülettel kiemelten foglalkoznak, így Szegeden az idegrendszer kutatása, Budapesten a pszichológia, pszichiátria, Pécsen a kulturális, Debrecenben a spirituális terület dominál. Nem véletlen, hogy a közeljövőben a debreceni egyetemen kerül bevezetésre az Ayurvéda oktatása.

A MEGELŐZÉS KIHASZNÁLATLAN LEHETŐSÉGEI

A megelőzés valamennyi szempontját figyelembe kell venni a Szuicid Prevenációs Stratégia kidolgozásánál. A Szuicid Prevenációs Programok a Szuicid Prevenációs Stratégia részei, amelyek önállóan nem kellően hatékonyak, tisztavirág életűek. A Szuicid Prevenációs Stratégia csak az általános egészségmegőrző és betegségmegelőző prevenciók tevékenységén belül hatékony, amely figyelembe veszi az egészség-fogalom holisztikus megközelítését. [WHO: Az egészség nem csupán a betegség és a fogyatékoság hiánya, hanem a teljes testi, lelki, (pszichológiai, mentális) szociális (kulturális) és spirituális jóllét állapota.]

Egészségnevelés

Lakossági szintű, általános, az egészséggel, mentális egészséggel kapcsolatos tudásszint emelése, a személyes és népesség szintű mentális, kulturális, spirituális egészségügyi védőfaktorok erősítése. Teljes körű egészséges életmódra nevelés, szomatikus, mentális, kulturális és spirituális/szellemi/vallási területen különösen a korai gyermekkorban. (A pszichiátriai zavarok jelentős része a kora gyermekkori lelki sérülések következménye, és mintegy fele 14 éves korig, háromnegyede 24 éves korig manifesztálódik (Compton, Shim, 2014). Ennek a jelentősége az öngyilkos magatartás kialakulásában különösen fontos.)

Egészségfejlesztés

Az egészségfejlesztés segítségével fel lehet és kell számolni a jelenleg oly nagy mértékben előforduló

mentális, kulturális és spirituális analfabétizmust, amelynek jelentős szerepe van az öngyilkos magatartás kialakulásában.

Itt különösen nagy jelentőségű az iskolákban (ma már/még nem) folyó komplex és rendszeres egészség-tanítás. A korszerű egészségfejlesztés előfeltétele az iskolarendszer és a pedagógusképzés átalakítása, amely biztosíthatná a megfelelő képzést a pedagógusok számára, és a rendszeres, tanrend-szerű, számon kért egészség-tanítást. A pedagógusok és a gyermekek jelenlegi (alacsony) tudásszintje gátolja az egészségfejlesztést, és az osztályfőnöki órákon „tanított” egészség-tan csak a meglévő tudatlanságot tartja fenn. Csak ennek a felszámolása után lehetségesek olyan átfogó, egyéni és népesség szintű, testi-szomatikus, pszichés-mentális, kulturális- szociális, társadalmi-politikai, egészségfejlesztő tevékenységek, amelyek a testi, szomatikus, pszichés, mentális, kulturális, szociális, társadalmi, politikai, környezeti és gazdasági feltételek megváltoztatására irányulnak az egyének és a közösség érdekében. Mindez elképzelhetetlen megfelelő (színvonalú) iskolarendszer és megfelelően képzett, elhivatott tanárok nélkül. Az egészségfejlesztés feladata az öngyilkosság testi, lelki, kulturális és spirituális védőfaktorok megismertetése mindenkivel.

Primordiális megelőzés

Az egészséges, és az öngyilkossági kockázati tényezőktől mentes csoportok megóvása a fizikai, biológiai, szomatikus, pszichológiai, mentális, életmód, kulturális, szociális, gazdasági, spirituális kockázati tényezők kialakulásától. Ide tartozik az iskolákban folytatandó mentálhigiéniés prevenció alkalmazása.

Elsődleges megelőzés

Az elsődleges megelőzés csökkenteni az öngyilkosságok számát a népességben, intézkedések az önpusztító magatartás megjelenése előtt, öngyilkosság megelőzési stratégiák kidolgozása és megvalósítása:

- egyéni és népességi szinten;
- életvitelre irányuló stratégiák alkalmazása;
- életkörülményekre irányuló stratégiák alkalmazása;
- környezetre irányuló stratégiák alkalmazása;
- minél több, az öngyilkosság szempontjából jelentős környezeti, biológiai, genetikai, mentális, pszichológiai, kulturális, szociális és spirituális kockázati tényezők (rizikófaktorok) azonosítása és azok előrejelző modellekbe integrálása;

- f. újabb, az öngyilkosság szempontjából jelentős környezeti, biológiai, genetikai, mentális, pszichológiai, kulturális, szociális és spirituális védőtényezők (protektív faktorok) azonosítása és azok előrejelző modellekbe integrálása;
- g. orvosi megelőzési intézkedések, szűrések, amelyekkel csökkenteni tudjuk a magas kockázatú, öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett csoportok rizikóját, elsősorban az alapellátásban;
- h. jelenleg a mindennapi gyakorlatban alkalmazható biológiai markerek (még) nem állnak rendelkezésre sem a depresszió sem az öngyilkos-magatartás egyszerű, de megbízható előrejelzésére, de számos más, elsősorban pszichológiai módszer segítségével az öngyilkosság megelőzhető.

Az egészségnevelés, az egészségfejlesztés, a primordiális- és elsődleges megelőzés az általános preventív intervenciót jelentik. A szelektív és indikált preventív intervenciók különböző magas rizikóval rendelkező célcsoportok számára fontosak.

Másodlagos megelőzés

A másodlagos megelőzés az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek számának csökkentése a veszélyeztetett csoportokban.

- a. Rendszeres időközönként végzett depresszió-, szorongás- és reménytelenségszűrés, a Házi- orvosi Szolgálatnál a tünetek megjelenése előtt.
- b. A pszichiátriai betegségek, ezen belül a hangulat-zavarok, a depressziós és szorongásos betegségek, valamint a 'cry for help' tüneteinek felismerése mind a Házi- orvosi Szolgálatnál, mind más szakterületek orvosai által.
- c. A pszichopatológiai tünetek és a depresszió súlyosságának a felismerése.
- d. A veszélyeztetett csoportok (fiatalok és idősek) és kockázati tényezők felismerése a Házi- orvosi Szolgálatnál.
- e. A már kezelt és gondozott pszichiátriai betegeknek a visszaesés és a rosszabbodás megelőzése.
- f. A szakmai protokollok szerinti (antidepresszáns) gyógyszeres prevenció.
- g. A veszélyeztetett csoportok gondozása.

Harmadlagos megelőzés – szűkebb értelemben

Itt már élesen nem határolódik el egymástól a gyógyítás és a megelőzés.

- a. Az öngyilkossági kísérletet túlélőknél a testi, pszichés-mentális, kulturális-szociális, spirituális/szellemi károsodások kialakulásának és a munkaképesség elvesztésének megakadályozása, helyreállítása.
- b. Az öngyilkossági kísérletet túlélők és az áldozatok hozzátartozóinak rendszeres gondozása a Házi- orvosi Szolgálatnál.

Harmadlagos megelőzés – tágabb értelemben

- a. A társadalomból való kiszorulásnak az elkerülése a stigmatizáció megelőzése és kivédése.
- b. Az öngyilkos magatartás mintakövetésének megakadályozása. Itt különösen jelentős a média szerepe.
- c. A maradandó fogyatékoságnak, a már kialakult krónikus állapotok súlyosbodásának, a további szomatikus, pszichés, kulturális és szociális, spirituális/szellemi szövődmények, funkcióvesztések, valamint a következményes kísérő-betegségek kialakulásának a megakadályozása (Kósa, 2008; Slesina, 2008; Compton és Shim, 2014).

ELMULASZTOTT LEHETŐSÉGEK

Az öngyilkosság-megelőzés helyzete jól tükrözi az egész magyar pszichiátria helyzetét, amely válságban van. Számos közleményben, könyvfejezetben, előadásban itthon és külföldön, nem csak felhívtam a figyelmet az internet kihasználatlan lehetőségeire, de javaslatokat is tettem, amelyek segítségével viszonylag gyorsan megoldható lett volna a válság (Kalmár, 2009-b-c; 2012-a;). A korábban leírt és elmondott javaslatok nem valósultak meg. Úgy teszünk, mintha az internet nem is létezne, és nem akarjuk tudomásul venni, hogy hatalmasabb felfedezés, eszköz és energia, mint az atomenergia, és az előnyei, hátrányai is ugyanolyan nagyméretűek. Ma ezt az energiát bárki, pusztító, romboló céllal használhatja, és sokan már használják is, de nem használjuk a mentális nevelés, a képzés és továbbképzés, a krízisintervenció, a pszichiátria javára (Kalmár, 2009-b). Az internet alkalmazásának a lehetősége az irodalomban régóta ismeretes (Barak, 2007; Westerlund, Wasserman, 2009; Kalmár, 2010, 2012-a, 2013). Izraelben a 'SAHAR' oldal, amely 2000 óta működik, ékes bizonyítéka az internet adta lehetőségek határtalanságának. Az oldalt havonta több mint 10 000 személy keresi fel, (naponta 350-en) annak ellenére, hogy Izrael népessége alacsonyabb Magyarországnál és az öngyilkossági ráta is csak harmada a hazainak (Suicid SMR-H: 21,72; Israel:

6,89). Mintegy ezer személyes kontaktust szerveznek meg havonta és ezeknek legalább egyharmada szuicid krízis (Barak, 2007).

2008-ban javasoltam egy Virtuális Országos Pszichiátriai Intézet létrehozását, amely a mentális egészségneveléstől, a prevenciótól, betegségek felismerésén, a krízisintervenciótól, a képzéseken és továbbképzéseken keresztül a gyógyításig és a rehabilitációig mindenben segíthetett volna, de nem valósult meg (Kalmár, 2009-c; 2010). Az internet használata nálunk olyan, mint az első számítógépek használata volt a kezdetekben, amikor számos „pozícióban lévő”, de a számítógéphez nem értő ember kapott számítógépet, azt elhelyezte az íróasztalán, de rajta csak egy cserép virág díszelgett.

AZ ELKÖVETKEZENDŐ IDŐSZAK LEGFONTOSABB FELADATAI

1. Az öngyilkosságok számának jelentős csökkentése.
2. Az öngyilkosságtudomány területén elért eddigi eredmények hasznosítása a mindennapi gyakorlatban.
3. Az öngyilkos magatartás holisztikus megközelítése. (fizikai, biológiai, biokémiai, szomatikus – pszichológiai, pszichiátriai – kulturális, szociális, társadalmi, történelmi – spirituális)
4. Az öngyilkosság kutatásban használatos fogalmak pontos meghatározása, standardizálása.
5. Pontos meghatározása azoknak a megelőző tevékenységeknek, amelyek eredményesek és amelyek nem eredményesek a megelőzési munkában.
6. Kifejleszteni és tesztelni a jelenlegi, (többnyire egyoldalú öngyilkossági modelleken kívül) sokkal pontosabb, komplex holisztikus megközelítésű és a megelőzésben is hasznosítható öngyilkossági modelleket.
7. Fejleszteni, tökéletesíteni az öngyilkos magatartás kialakulásában szerepet játszó jelenségek genetikai, neurobiológiai, biokémiai, kulturális, szociális, társadalmi és spirituális kutatását.
8. Biológiai, pszichológiai és egyéb markerek kidolgozása, amelyek előrejelzik az öngyilkos magatartás kialakulását.
9. Standardizálni az orvosi gyakorlatban használható kockázatbecslő protokollokat.
10. Kifejleszteni olyan bizopnyítékokon alapuló gyakorlatokat és protokollokat, amelyekkel eredményesen kezelhetőek és gondozhatóak a veszélyeztetett csoportok.
11. Fokozni a politikai odafigyelést az öngyilkosság megelőzésével kapcsolatban, hogy a kormányzat biztosítson elsőbbséget az öngyilkosság megelőzésének.
12. Nemzeti Öngyilkosság Kutató Intézet létrehozása.
13. Létrehozni és bevezetni az öngyilkosság megelőzése érdekében legalább az alábbi három Törvényt: (1) törvény, amely szabályozza az öngyilkosság megelőzését; (Basic Law on Suicide Countermeasures) (2) törvény, amely szabályozza a Lelki egészségvédelem biztosítását, beleértve a mentális nevelést és ellátást is; (3) szabályozza az internethasználatot az öngyilkosság megelőzésének minden területén a képzés és továbbképzéstől a krízisintervencióig.
14. Kifejleszteni és működtetni a Nemzeti Öngyilkosság Megelőző Stratégiát.
15. A Nemzeti Öngyilkosság Megelőző Stratégia részeként működtetni az egész országban bizonyítékokon alapuló, hatékony öngyilkosság megelőző programokat.
16. Biztosítani a magas színvonalú, intézményesített mentális egészségnevelést mind a fiataloknál, mind a felnőtt lakosság körében az óvodától az egyetemekig.
17. Fokozni az epidemiológiai kutatásokat mind a népesség, mind a veszélyeztetett csoportok körében.
18. Fokozni a küzdelmet a mentális, pszichológiai, pszichiátriai, kulturális, szociális és spirituális tudatlanság ellen a népesség körében.
19. Növelni és fejleszteni az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett egyének szakellátásának intézményrendszerét.
20. Új, hatékony, internet-alapú krízisintervenciók rendszerek kidolgozása.
21. Egységes módszerek kidolgozása, amelyekkel a Házi Orvosi Szolgálat képes az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetettek, az öngyilkossági kísérletet túlélők és az öngyilkos áldozatok családtagjainak a gondozására.
22. Hatékony, rövid intervenciók kidolgozása a Sürgősségi Betegellátó Osztályokra kerülő áldozatok megfelelő kezelése érdekében.
23. Az öngyilkossági kockázati tényezők csökkentésére irányuló kezelési módszerek kidolgozása, amely bizonyítottan csökkenti az öngyilkossági veszélyt.
24. Kidolgozni a végzett megelőző tevékenység folyamatos és rendszeres értékelésének a rendszerét (O'Connor, Platt, Gordon, 2011).

Ha megvalósítjuk a fenti feladatokat, számtalan életet menthetünk meg.

ÖSSZEFOGLALÁS

Bár a szakadék aközött, amit tudunk, és aközött, amit teszünk, kétségkívül halálos, az is tragikusan igaz, hogy óriási szakadék van aközött, amit tudunk, és aközött, amit tudnunk kellene, hogy hatékonyabban megelőzhessük az öngyilkosságokat (McKeon, 2009). Valójában egyetlen öngyilkos áldozat sem akar meghalni, csak az aktuális életkörülményei között már nem képes tovább élni, függetlenül a mentális állapotától. Ha ebben a döntő, kritikus pillanatban valaki képes meghallani a segélykiáltást és reményt tud nyújtani a szenvedőnek, akkor az egyén nem fog öngyilkosságot elkövetni.

Sokkal nagyobb figyelmet kell fordítanunk a reménytelenségre és a depresszióra. Ha minden egyén, aki megjelenik a háziorvosánál, kapna egy rövidített Beck Depresszió és Reménytelenségi Skálát, amit a várószobában egy percen belül ki tud tölteni, a rendelőbe belépve tájékoztathatná az orvosát az állapotáról, aki azonnal felismerhetné a veszélyeztetett egyéneket. Minden háziorvosnak és házi gyermekorvosnak fel kell ismerni az öngyilkosság kockázati tényezőit és a depresszió tüneteit, mert ez az első lépés a hatékony öngyilkosság megelőzéshez. Ezek a könnyen kitölthető és értékelhető skálák a legegyszerűbb, a legolcsóbb és leghatékonyabb vizsgálatok az öngyilkos magatartás felismerésére. Sajnos itt is működik a „Simmelweis szindróma” (olyan egyszerű, mint a klórvizes kézmosás, mégsem alkalmazzák) (Kalmár, 2013-b). Minden évben több mint 55 millió háziorvos-beteg találkozó történik, mégsem használják ezeket az egyszerű skálákat.

Ha az öngyilkosság kockázati tényezőit csupán egy csoporton belül próbáljuk megszüntetni, az eredmény csak részleges lesz, ezért

1. tudomásul kell venni, hogy az öngyilkosság megelőzése mindig bonyolult, összehangolt, sokrétű folyamat, amely
2. nemcsak a fizikai-biológiai, mentális-pszichológiai, kulturális-szociális, spirituális-szellemi védő- protektív faktorok növelését jelenti, hanem
3. komplex küzdelmet a fizikai-biológiai, mentális-pszichológiai, kulturális-szociális, spirituális-szellemi kockázati tényezők ellen is.
4. Ennek a hiánya lehet a magyarázata annak, hogy a háziorvosi képzésre épülő depresszió felismerési és öngyilkosság megelőzési programok csak néhány évig hatásosak.
5. Az adolescens korú fiatalok öngyilkosságának megelőzésében valóban hatékony a depressziós

megbetegedések és a reménytelenség érzésének csökkentése, az önértékelés, a problémamegoldó képesség, a pozitív gondolkodás növelése. A helyzetet nehezíti, hogy ma Magyarországon nagyon kevés a gyermekpszichiáter és a szülők legtöbbször nem tudnak kihez fordulni, ha a gyermekükkel probléma van. A házi gyermekorvosi szolgálat munkatársai erre a feladatra nincsenek kiképezve.

6. Az egészségnevelés, az egészségfejlesztés, az elsődleges és másodlagos megelőzés lehetne a leghatékonyabb módszer, ha volna hatékony, összehangolt, komplex nevelés kora gyermekkortól a családokban, az óvodákban és az iskolákban. Ez sajnos csak keveseknek adatik meg. A szülők és a pedagógusok tudatlanságának következménye a gyermekeink személyiségfejlődésének károsodása.

Ha rendszerezzük a rendelkezésre álló hatalmas ismeretanyagot és felhasználjuk, ha a megfelelően kiépített egészségügyi szolgálaton keresztül minden rászoruló részére hatékony ellátást biztosítunk, ha megfelelően képzett szülők és pedagógusok hatékony nevelési módszerekkel nevelik gyermekeinket, bizonyára sokkal több egészséges és boldog ember lesz az országban, kevesebb lelki sérült, kevesebb öngyilkosság, és nem lesz az öngyilkosság-megelőzés szelmalomharc.

E-mail: kalm-r@t-online.hu

IRODALOM

1. Barak A (2007): Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in Human Behaviour* 23; 971-984.
2. Compton M.T, Shim R. (2014) Edison jóslatai: A prevenció lesz a pszichiátria új határterülete. *Psychiatric Times*. 4. Szám, 3-6.
3. Csépe A. Összefogás a depresszió ellen. Budapest. Semmelweis Kiadó. 2007.
4. Fekete S, Osváth P. Az öngyilkosság. Az öröklődéstől a kultúráig. Pannónia Könyvek. Pécs. 2004. 49-53. o.
5. Filo M: Halálos bűn és szabad akarat. Öngyilkosság a jogtudomány tükrében. Medicina Kiadó 2013.
6. Földényi L: Melankólia. Akadémia Kiadó, Budapest. 1992.
7. Hegerl, U., Wittenburg, L., Arensman, E., van Audenhove, C., Coyne, J. C., McDavid, D., et al. (2009). Optimising suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI-Europe): An evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*, 9, 428.
8. Hendin H. Mann J.J The Clinical Science of Suicide Prevention. The New York Academy of Sciences, New York, 2001. <http://data.euro.who.int/hfadb>
9. Kalmár P (2012) Depressziós tünetek előfordulása adolescens korú fiataloknál Budapesten a XIV. kerületben. *Egészségfejlesztés*, 2012.

10. Kalmár S. Changing the suicide rate in Bács Kiskun County. General information. (poster) XIIth World Congress of Psychiatry, Yokohama 23-29 August 2002.
11. Kalmár S (2003) Depressziós páciensek öngyilkossági veszélyeztetettsége. *Háziorvos Továbbképző Szemle*; 2003; 8: 520-525.
12. Kalmár S. (2009a) Az önpusztító magatartás következményei különös tekintettel az öngyilkosságra és annak megelőzési lehetőségeire. Bács-Kiskun megye 1995-2006. Doktori Értekezés.
13. Kalmár S. (2009b) The Advantages and the Disadvantages of the Internet in Preventing Suicide. In: L. Sher, A. Vilens: *Internet and Suicide*. Nova Science Publishers, Chapter 3.
14. Kalmár S. (2009c) A pszichiátria jövője Magyarországon. MPT XV. Vándorgyűlése Debrecen, 2009. Január 28-31.
15. Kalmár S. (2010) The contradiction and possibilities of Suicide Prevention Programs in Hungary. www.internetandpsychiatry.com
16. Kalmár S. (2011) The relation between education and mental health in adolescents in Hungary. *Psihiatru ro. Anul VI. Nr. 27. 4/2011. pp. 6-16.*
17. Kalmár S. (2012a) Az Internet lehetőségei az öngyilkosság megelőzésében. In *Az öngyilkosság orvosi szemmel.* (szerk.: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z.) *Medicina*. 354-375.o.
18. Kamár S, Németh A, Rihmer Z. (2012) (szerk) *Az öngyilkosság orvosi szemmel.* *Medicina Kiadó Budapest*, 2012.
19. Kalmár S. (2012b) Correlation between some dimensions of spirituality and psychopathological symptoms among secondary school students in Hungary. VII. Nemzetközi Román-Magyar Pszichiátriai Konferencia. VIII. Országos Pszichiátriai Szimpózium. Csíkszereda. 2012. Június 21-24.
20. Kalmár S. (2013a) Az öngyilkosság a biológiai pszichiátria és az idegtudományok szempontjából. In *Filo M: Halálos bűn és szabad akarat. Öngyilkosság a jogtudomány tükrében.* *Medicina Kiadó* 2013.
21. Kalmár S. (2013b) The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. XV. évf. 1. szám
22. Kalmár S. (2013c) How could we decrease the suicide rate in Hungary? www.internetandpsychiatry.com
23. Kalmár S. (2014) The Importance of Neuropsychopharmacology in the Development of Psychiatry. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. XVI. évf. 3. szám
24. Kálmán J. Kálmán S. (2009) A depresszió mint kronobiológiai betegség. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. XI. évf. 2. szám.
25. Kopp M. Tervek a „Magyar Szövetség a Depresszió Ellen” program továbbfejlesztésére. *Összefogás a depresszió ellen.* Budapest. Semmelweis Kiadó. 2007. 154-160.
26. Kósa K. (2008) *Prevenció – bevezető.* *Orvostovábbképző Szemle*. XV. Évf. 3. szám. 18-22.
27. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonquist J, Malone K,
28. Marusic A, Mehlum L, Patton G, Philips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Schaffer D, Silverman
29. M, Takahashi Yoshitomo, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. (2005) Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. *JAMA*, 294: 2064-2074.
30. Mann JJ, Currier D. (2011a) Evidence-Based Suicide Prevention Strategies. An Overview. In *Evidence-Based Practice in Suicidology: A Source Book* by M. Pompili, R. Tatarelli. Hogrefe Publishing, 2011. pp. 67-87
31. Mann J. J. Currier D. (2011b) Relationship of Genes and Early-life Experience to the Neurobiology of Suicidal Behaviour. In O’Conor RC, Platt S, Gordon J.: *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. John Wiley és Sons, Ltd. Published 2011. 133-150.
32. McKeon R (2009): *Suicidal Behavior*. Hogrefe és Huber Publishers Cambridge, USA.
33. *New Zealand Suicide Strategy 2006-2016*. Wellington, Ministry of Health, 2006.
34. O’Connor R.C, Platt S, Gordon J. *International Handbook of Suicide Prevention Research, Policy and Practice*. Wiley-Blackwell. John Wiley és Sons, Ltd. 2011.
35. Oriold K. (2010) *Öngyilkosság megelőző civil mozgalom.* www.lelekbenotthon.hu/alapitvany
36. Pompili M, Tatarelli R. *Evidence-Based Practice in Suicidology: A Source Book*. Hogrefe Publishing, 2011.
37. *Preventing suicide in England. A cross-government outcomes strategy to save lives.* (2012) Department of Health UK.
38. Rihmer Z, Kalmár S. (szerk.) (2000) *A depresszió felismerése és az öngyilkosság megelőzése a háziorvosi gyakorlatban.* Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest. ISBN: 963 00 4376 9.
39. Rihmer Z, Perczel Forintos D. (2014) A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének jelentősége. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. XVI. évf. 3. szám.
40. Rogers JR, Lester D (2010): *Understanding Suicide: Why We Don’t and How We Might*. Hogrefe Publishing Cambridge, 2010. USA.
41. Rutz W. Evaluation of an Educational Program on Depressive Disorders given to General Practitioners on Gotland. *Linköping*, 1992.
42. Silverman M.M. Challenges to Classifying Suicidal Ideations, Communications and Behaviours. In *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Edited by Rory C. O’Connor, Stephen Platt, Jacki Gordon. 2011. John Wiley és Sons, Ltd. Pp. 9-25.
43. Slesina W. (2008) Primordiális, elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzés. *Orvostovábbképző Szemle*, XV. évf. 3. szám. 23-26.
44. Szántó K, Kalmár S, Hendin H, Rihmer Z, Mann J.J. (2007) A Suicide Prevention Program in a Region With a Very High Suicide Rate. *Arc Gen Psychiatry*, 64(8): 914-920.
45. Wasserman D. (szerk): *Suicide - An unnecessary death*. Martin Dunitz London, 2001.
46. Wasserman D, Wasserman C. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*. Oxford University Press. 2009.
47. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, Zalsman G, Zemishlany Z, Carli V. (2012) Az Európai Pszichiátriai Szövetség (European Psychiatric Association, EPA) útmutatója az öngyilkosság kezelésére és megelőzésére. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2012.14:113-136.
48. Westerlund M, Wasserman D: The role of the Internet in suicide prevention. In *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention (525-532)* by Wasserman D, Wasserman C. Oxford University Press. 2009.
49. WHO (2000) *Preventing suicide: a resource series*. Geneva: WHO. 1. A resource for general physicians. 2. A resource for media professionals. 3. A resource for teachers and other school staff. 4. A resource for primary health care workers. 5. A resource for prison officers. 6. How to start a survivors’ group?

Most important deficits, contradictions and possibilities in suicide prevention in Hungary

Suicide is not only a contradictory biological, psychological, sociocultural and spiritual phenomenon, but also a serious public health problem, which is manifold, therefore the fight against it is also complex. The aim of the present publication is to establish the current situation of the fight against suicide in Hungary, which are the most important deficits, contradictions and unexploited possibilities. The author states that although we have accomplished important steps in the prevention of suicide, we did not realise the majority of them in everyday practice. The author defines the most important problems and tasks which should be solved in the next decade. In the near future a great deal more should be done for prevention than what we have accomplished so far in order to significantly reduce the number of suicide victims in Hungary.

Keywords: suicide, prevention possibilities and obstacles, health education, health development, deficits of prevention, future tasks