Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv – A felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002038
Megjelenés dátuma:	év. hónap. nap (Közlönykiadó adja meg)
Érvényesség időtartama:	2017.10.04. - 2020.10.04.
Kiadja:	Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
Megjelenés helye	
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK ... 3
II. ELŐSZÓ ... 4
III. HATÓKÖR ... 4
IV. MEGHATÁROZÁSOK ... 5
1. Fogalmak ... 5
2. Rövidítések ... 5
3. Bizonyítékok szintje ... 6
4. Ajánlások rangsorolása ... 6
V. BEVEZETÉS ... 7
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása ... 7
2. Felhasználói célcsoport ... 11
3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel ... 11
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE ... 12
Az ellátási folyamat algoritmusa (ábrák) ... 38
VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ ... 38
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban ... 38
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája ... 40
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok ... 40
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE ... 40
IX. IRODALOM ... 41
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE ... 54
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja ... 54
2. Irodalomkeresés, szelekció ... 54
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja ... 54
4. Ajánlások kialakításának módszere ... 54
5. Véleményezés módszere ... 55
6. Független szakértői véleményezés módszere ... 55
XI. MELLÉKLET ... 55
1. Alkalmazást segítő dokumentumok ... 55

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Pszichiátria és Pszichoterápia Tagozat**
   Prof. Dr. Rihmer Zoltán, pszichiáter, neurológus és klinikai farmakológus szakorvos, az MTA doktora. Semmelweis Egyetem ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika és Nyírő Gyula Kórház-Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet. Felkért vezető szakértő, szakmai koordinátor, társszerző.

   Dr. Döme Péter, pszichiáter szakorvos, PhD. Semmelweis Egyetem ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika és Nyírő Gyula Kórház-Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet. Felkért szakértő, társszerző, kapcsolattartó.

   Dr. Németh Attila pszichiáter, neurológus, klinikai farmakológus, pszichoterapeuta, és addiktológus szakorvos, PhD. Nyírő Gyula Kórház-Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet. Felkért szakértő, társszerző.

   Prof. Dr. Kurimay Tamás, pszichiáter, pszichoterapeuta, pszichiátriai rehabilitációs és addiktológus szakorvos, PhD. Szt. János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak. Felkért szakértő, társszerző.

   Dr. Perczel-Forintos Dóra, klinikai szakpszichológus, pszichoterepeuta, egyetemi docens, PhD. Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék. Felkért szakértő, társszerző.

   Dr. Purebl György, pszichiáter, pszichoterapeuta szakorvos, egyetemi docens, PhD. Semmelweis Egyetem ÁOK, Magatartástudományi Intézet. Felkért szakértő, társszerző.

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Háziorvostan Tagozat**
   Dr. Szabó János, háziorvos, tagozatvezető, véleményező

2. **Pszichiátria Tagozat**
   Dr. Németh Attila, pszichiáter, tagozatvezető, véleményező

3. **Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozat**
   Dr. Császár-Nagy Noémi, klinikai szakpszichológus, tagozatvezető, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

1. **Ébredések alapítvány**
   Dr. Harangozó Judit, pszichiáter, neurológus, pszichoterapeuta és pszichiátriai rehabilitációs szakorvos. Ébredések alapítvány, titkár. Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum. Külső szakértő.

2. **Lélekben Otthon Alapítvány**
   Oriold Károly, Lélekben Otthon Alapítvány, Budapest.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

1. **Egyéb szervezet megnevezése**

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

1. **Szakmai társaság megnevezése**

Független szakértő(k):

Prof. Dr. Fekete Sándor, pszichiáter, pszichoterapeuta és neurológus szakorvos, PhD. Tanszékvezető, Pécsi Tudományegyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika. Külső szakértő.

Dr. Osváth Péter, pszichiáter és pszichoterapeuta szakorvos, PhD, Med habil. Pécsi Tudományegyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika. Külső szakértő.

Dr. Torzsa Péter, háziorvostan és foglalkozás-egészségügyi szakorvos, egyetemi docens, PhD. Semmelweis Egyetem ÁOK, Családorvosi Tanszék, Budapest. Külső szakértő.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör: Felnőttkori öngyilkos magatartás. Mivel a jelen irányelv a felnőttkori szuicid magatartástól szól, ezért az itt leírtak mind a felismerést, mind az ellátást illetően nem vonatkoztathatóak

	maradéktalanul a gyermek- és ifjúkori szuicid cselekményekre. Az irányelv tehát e korosztályt tekintve csak korlátozott hatókörrel rendelkezik és a gyermek-, illetve serdülőkori szuicid magatartást illetően elsősorban a gyermek- és ifjúságpszichiátriai valamint a gyermekgyógyászati diszciplínák iránymutatásai a mérvadóak.
Ellátási folyamat szakasza(i):	Diagnosztika, terápia, gondozás, rehabilitáció.
Érintett ellátottak köre:	öngyilkossági gondolatokkal/szándékkal foglalkozók, illetve öngyilkossági kísérletet elkövető felnőtt személyek.
Érintett ellátók köre	
Szakterület:	1800 pszichiátria 1804 pszichiátriai rehabilitáció 1805 pszichoterápia (orvos) 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia 7104 pszichoterápia (klinikai szakpszichológus) 6301 háziorvosi ellátás
Egyéb specifikáció:	Nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Közvetlen veszélyeztető állapot”-ban (definícióját lásd a jelenleg hatályos Egészségügyi Törvény (1997. évi CLIV. törvény) 3. §-nak j. pontjában és 188. §-nak c. pontjában; ide tartozik az akut öngyilkossági veszély is) lévő páciens bármely orvosi szakterülethez tartozó, bármely ellátási formában (sürgősségi, ambuláns, illetve fekvőbetegellátás) megjelenhet. A jelenleg hatályos Egészségügyi Törvény 199. §-a úgy rendelkezik, hogy “*Ha a pszichiátriai beteg közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el, az észlelő orvos közvetlenül intézkedik a beteg megfelelő pszichiátriai intézetbe szállításáról. A beteg beszállításánál szükség esetén a rendőrség közreműködik*”. Vagyis a törvény az öngyilkossági veszélyt ***észlelő orvos*** (függetlenül attól, hogy ő maga mentőorvos, belgyógyász, háziorvos, neurológus stb. képesítéssel rendelkezik) kötelességévé teszi a “Közvetlen veszélyeztető állapot”-ban lévő beteg pszichiátriai intézménybe juttatásának megszervezését. Ilyenformán a szuicidium témakörében bármely orvosi szakterület művelője érintetté válhat.

2. Rövidítések

A1 alapellátás alapellátás
A2 alapellátás ügyeleti ellátás
J1 járóbeteg-szakellátás szakrendelés
J3 járóbeteg-szakellátás jellemzően terápiás beavatkozást végző szakellátás
F1 fekvőbeteg-szakellátás aktív fekvőbeteg-ellátás

3. Bizonyítékok szintje

Az Európai Pszichiátriai Társaság öngyilkossággal kapcsolatos irányelvében - és így ennek jelen hazai adaptációjában - a különböző ajánlások mellett nem találhatók meg sem ezen ajánlások "erősségi" szintjei, sem a hozzájuk tartozó evidencia kategóriák. Ennek az az oka, hogy az öngyilkosság kutatásában etikai okokból nem végezhetők randomizált placebo-kontrollált terápiás vizsgálatok, amelyben az egyik csoport aktív gyógykezelésben részesül, míg a kontrollcsoport placebót kap és a vizsgálat végpontja a befejezett öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet. Az irányelv alapjául szolgáló, az irodalomjegyzékben referált klinikai vizsgálatok esetenként több tízezer betegről szólnak. Ezen tanulmányokban egy meghatározott kezelés preventív hatását hasonlítják össze a kezelés megkezdését megelőző időszakkal (az öngyilkossági gondolatok, illetve kísérletek tekintetében) vagy az orvoshoz még nem fordult, valamint a már megkezdett kezelést megszakító - tehát kezeletlen - pácienseknél észlelhető esetleges szuicid magatartással (öngyilkossági kísérlet, illetve befejezett öngyilkosság). Szintén gyakran alkalmazott stratégia, hogy az öngyilkosság miatt elhunytaknál, illetve öngyilkossági kísérleten átesett személyeknél diagnosztikai kategóriánként vizsgálják, hogy közülük hányan részesültek kezelésben, és ezt az arányt hasonlítják össze az adott betegségnek a nem szuicidális páciensekben, illetve a lakosságban történő előfordulási gyakoriságával. Ez a megközelítés lehetőséget nyújt annak megállapítására, hogy a kezelés hiánya milyen mértékben járul hozzá az öngyilkos magatartáshoz. Mivel a jelen irányelvben hivatkozott mérvadó klinikai vizsgálatok a legrelevánsabb információkat szolgáltatják az öngyilkossági veszély felismerését és a szuicid magatartás megelőzését illetően, irányelvünkben szereplő legtöbb terápiás ajánlás klinikai relevanciája a legerősebb, **A és B (vagyis 1. és 2.)** szintű evidenciákkal **egyenértékű**. Bár – hasonlóan minden más betegséghez – az öngyilkosság jelensége kapcsán sem tisztázott még minden részlet, a jelen irányelv megfogalmazásból mindenütt egyértelműen kiderül, hogy melyek azok a legerősebb és követendő diagnosztikus és terápiás ajánlások, amelyek szakmai minimumnak tekinthetők és amelyektől való *indokolatlan* eltérés a szakma szabályainak megsértését jelenti. Ezen (az A, B illetve 1. és 2. evidencia-szintnek megfelelő) legfontosabb ajánlásokat a fejezetek végén található fekete keretes blokkokban külön is összefoglaltuk. Az irányelv szakmai útmutatásokat tartalmaz és nem tárgyalja az ajánlott eljárások és módszerek részletes ismertetését, valamint az öngyilkossággal összefüggő pszichiátriai betegségek kezelését; ezeket illetően utalunk a megfelelő betegségekkel kapcsolatos szakmai irányelvekre, valamint a jelen irányelv irodalomjegyzékében szereplő tankönyvekre és összefoglaló közleményekre.

4. Ajánlások rangsorolása

A meghatározó ajánlásokat erős vagy feltételes kategóriákba szokták sorolni. ***Erős ajánlás***: a fejlesztőcsoport a bizonyítékon alapuló orvoslás elveit követő meggyőződése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök *egyértelműen m*eghaladják a hátrányokat. ***Feltételes ajánlás***: a fejlesztőcsoport a bizonyítékon alapuló orvoslás elveit követő meggyőződése szerint az ajánlás betartásával az

elérhető előnyök *feltehetően* meghaladják a hátrányokat. Általában minél magasabb evidencia szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az „erős ajánlás" megfogalmazás lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározásáról egyéb faktorok (pl.az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolhatják. Tekintettel az öngyilkos magatartás gyakori irreverzibilis voltára és a rendelkezésre álló bőséges szakirodalmi adatokra, a jelen irányelv – néhány ritka, a szövegben külön jelzett kivételtől eltekinve – kizárólag csak az erős ajánlásokra épül. Az öngyilkos magatartás olyan komplex jelenség, amelynek nemcsak medicinális, de pszichológiai és szerteágazó társadalomtudományi aspektusai is vannak. Továbbá, a megelőzés kapcsán számtalan egyéb szempontot (pl. az öngyilkosság médiában való megjelenítésének helyes módja; a pszichiátriai osztály belsőépítészeti kialakítása) is tárgyalni kell. Így a szuicidium témakörét taglaló (vagyis a jelen) irányelv szerkezete alapvetően részletgazdagabb a különböző szomatikus betegségek kivizsgálását és kezelését tartalmazó irányelvekénél, egyben kevésbé algoritmusszerű mint az utóbbiak, inkább az oktatásban régóta jól bevált, a tankönyvekben alkalmazott narratív formában taglalja a témát. Ugyanakkor a meghatározó ajánlások mindenütt világosan megfogalmazásra kerültek (Ajánlás 1-11) és kissé részletesebben kifejtve megtalálhatóak fekete keretbe foglalva az egyes fejezetek vagy bekezdések végén.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

1. Az öngyilkosság mint népegészségügyi probléma. Nemzetközi és hazai adatok

1.1. Az öngyilkos magatartás epidemiológiája

Az öngyilkos magatartás mindenütt a világon komoly népegészségügyi probléma. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint világszerte évente több mint 800 000 ember hal meg öngyilkosság következtében, és a becslések szerint - figyelembe véve a népesség további markáns növekedését is - 2030-ban kb. egymillióan fognak meghalni öngyilkosság miatt. Az öngyilkossági kísérlet olyan, az egyén által önmaga által elkövetett, potenciálisan halált okozó, de nem végzetes kimenetelű cselekmény, amely esetében (explicit vagy implicit) bizonyíték van a meghalás szándékát illetően, míg halálos kimenetel esetén befejezett (és nem "sikeres") szuicidiumról beszélünk (1,2,3,4). A paraszuicidium kifejezés mind az öngyilkossági kísérleteket, mind az egyéb öndestruktív viselkedésformákat felöleli. A szándékos önsértést szándékos önmérgezésben vagy önsértésben definiálják, a motivációtól függetlenül, és a kifejezés használatakor nincs szükség az öngyilkos szándék megállapítására (5).
Az összes, az öngyilkosságokról rendszeresen jelentést adó országot figyelembe véve a globális, életkorra standardizált öngyilkossági ráta 11,4 öngyilkosság 100 000 lakosonként: 15/100 000 férfiak és 8/100 000 nők esetében; a 75 éves és annál idősebbek körében nagyjából háromszor akkora, mint a 25 évesek és annál fiatalabbak csoportjában. A befejezett öngyilkosságot elkövetők döntő többsége (65-

80 százaléka) férfi, míg a kísérleteket illetően markáns női dominancia észlelhető (3). A befejezett szuicidiumok esetén észlelt férfi túlsúly legfontosabb okai, hogy a férfiak gyakrabban használnak violens módszert (akasztás, lőfegyver, stb.), gyakrabban alkoholizálnak és ritkábban kérnek szakirányú segítséget. A szuicid mortalitás az életkor előrehaladtával – ha nem is lineáris módon – de mindenütt a világon növekszik. Hazánkban - az abszolút számokat nézve - az 55-59 évesek között a leggyakoribb az öngyilkossági halálozás, a második helyen a 80 év felettiek, a harmadikon a 60-64 év közöttiek vannak. A két leggyakoribb módszer mindkét nemben az akasztás (az öngyilkos férfiak háromnegyede, nők fele) és a gyógyszer-túladagolás (az öngyilkos férfiak egytizede, nők egyharmada). Kamaszok esetében az öngyilkosság a harmadik vezető halálok, azonban a befejezett öngyilkosság pubertás előtt nagyon ritka (3,4,6,7,8,9,10).

A WHO 2012-re vonatkozó adatai az öngyilkossággal összefüggő (életkorra standardizált) mortalitásról a WHO európai régiójában az **1. táblázatban** láthatók. A becslések szerint a teljes népességben minden egyes befejezett öngyilkosságra 10-35 öngyilkossági kísérlet jut (11,12). Ez az arány kisebb a kamaszok, illetve a fiatalok között és az életkor előrehaladtával nő. Nemzetközi vizsgálatok szerint a felnőtt lakosságban az öngyilkossági kísérletek élettartam-prevalenciája 2.7-5.9% között van (13,14,15,16), Magyarországon ez a szám 3,2%; nőknél 4,0%, férfiaknál 2,2% (17). A legfrissebb statisztikák szerint a WHO európai régiójában évente mintegy 120 000 ember követ el öngyilkosságot és közel 1 500 000 kísérli meg azt. A férfiak és nők között egyaránt Litvániában, Lettországban, Oroszországban, Belorussziában, és Magyarországon a legmagasabb a szuicid ráta. Az utóbbi két-három évtizedben majdnem mindegyik európai országban az öngyilkossági mortalitás jelentős csökkenése volt tapasztalható, különösen a magas szuicid rátájú országokban (pl. Dánia, Észtország, Németország, Magyarország, Svédország), míg néhány más országban, elsősorban azokban, ahol a szuicid ráta viszonylag alacsony volt, csak minimális csökkenés/stagnálás (esetleg kissé emelkedő tendencia) mutatkozott (4,9,18,19,20).

Közel 400, öngyilkosságban meghalt, illetve 200 kontroll személy pszichológiai autopszia vizsgálata és egyéb hazai kutatások szerint az öngyilkosok, illetve öngyilkossági kísérletet elkövetők klinikai-pszichiátriai, pszichoszociális és demográfiai jellemzői megegyeznek más európai, észak-amerikai, illetve ausztráliai vizsgálatokban közöltekkel, továbbá az eredmények szerint hazánkban is szoros kapcsolat van az öngyilkos magatartás és a depresszió között (9,10,15,21,22,23). Magyarországon a szuicid ráta (100 000 lakosra jutó éves öngyilkossági halálozás) a legmagasabb 1984-ben volt, és az ekkori 45,9-es értékről 2015-ra fokozatosan 19,0-re, tehát majdnem 60 százalékkal csökkent, miközben az antidepresszívumok forgalma több, mint 12-szeresére nőtt. Kiemelendő az utolsó 5 évben történt javulás, ami 25%-os csökkenést hozott a befejezett szuicidiumok számát illetően. A befejezett öngyilkosságok ezen folyamatos csökkenése megfigyelhető mindkét nemben és - ha nem is egyenlő mértékben - de jelen van minden életkori csoportban, városokban és vidéken egyaránt (9,10). Ezen kedvező változás számos oka közül a legfontosabb a pszichiátriai (elsősorban depressziós) betegek koraibb,

kiterjedtebb és hatékonyabb kezelése (10,24). A 2015-ös hazai szuicid ráta (19,0) azonban még mindig magas, és 2012-ben az Európai Unióban Litvánia mögött a második, Európában pedig a hatodik helyen álltunk, míg világviszonylatban már nem vagyunk az első 15 között (3,20,25).

Az öngyilkosság hátterében sohasem egyetlen ok áll, azonban az öngyilkosságot elkövetők és kísérletezők közös jellemzője, hogy mintegy 90 százalékukban teljesülnek valamilyen pszichiátriai betegség, leggyakrabban hangulatzavar, szenvedélybetegség, pszichózis vagy személyiségzavar diagnosztikus kritériumai. Ezek a betegek fokozottan érzékenyek az öngyilkos magatartás kialakulásában fontos szerepet játszó negatív pszichoszociális tényezőkre, akut és krónikus stresszorokra (9,20,22,26,27,28,29,30,31,32,33). Igen gyakori a depresszió és a komorbid személyiség- vagy szorongásos zavarok fennállása, de az utóbbi kettő szuicidális pácienseknél gyakorlatilag mindig depresszióval együtt fordul elő (11,30,31,34). Az öngyilkossági kísérlet a befejezett öngyilkosság legfontosabb prediktora; a befejezett öngyilkosságot elkövetők 35-45 százalékának már volt legalább egy szuicid kísérlete (11,23,26,35). A pszichiátriai (háziorvosi) gyakorlatban tehát igen fontos a korábbi öngyilkossági kísérlet(ek) felderítése, de hangsúlyozni kell azt is, hogy mivel az öngyilkosok több, mint a fele az első szuicid cselekmény során veszti életét, a szuicid kísérlet mellett egyéb, később részletezendő, klinikailag feltárható rizikófaktorok azonosítása szükséges a veszély felmérésében.

A világon évente több mint 800 000 ember hal meg öngyilkosság következtében. Az öngyilkossági ráta férfiak esetében kétszer-háromszor magasabb, mint nőknél, míg a kísérletek esetén markáns női dominancia észlelhető. A szuicid mortalitás az életkor előrehaladtával - ha nem is lineáris módon - de mindenütt a világon növekszik. A becslések szerint minden befejezett öngyilkosságra 10-35 öngyilkossági kísérlet jut. Ez az arány alacsonyabb a kamaszok és fiatalok között és az életkor növekedtével nő. Az öngyilkosságot elkövetők 90%-ában a cselekmény idején fennáll valamilyen pszichiátriai betegség (leggyakrabban major depressziós epizód), illetve gyakori több pszichiátriai zavar együttes jelenléte is.

1.2. A stressz-vulnerábilitás modell és az öngyilkosság folyamata

Az öngyilkos magatartást időben kialakuló komplex folyamatként foghatjuk fel, amely a konkrét öngyilkossági cselekményen kívül magában foglalja az életuntságot, a halálvágyat és a szuicidium szándékát is, amelyek verbális vagy nonverbális csatornákon keresztül juthatnak közlésre. Az öngyilkosság folyamatát biológiai, pszichológiai, és környezeti tényezők interakciója befolyásolja. Az öngyilkos viselkedés kockázatát és annak megelőzését befolyásoló egyik legfontosabb komponens a személy mentális egészségi állapota és énképe. Mindazonáltal sok pszichiátriai beteg, akinél személyiségzavar is fennáll és súlyos negatív életesemények is érték, sosem gondolkodik el azon, hogy megöli magát, illetve nem is követ el semmilyen öngyilkos cselekményt. A kutatók különféle modelleket

dolgoztak ki az öngyilkosság etiológiájának magyarázatára. A stressz-vulnerabilitás modell szerint (**1. ábra**) a genetikai háttér, valamint a szerzett fogékonyság egyaránt hozzájárul a személy által hordozott vulnerabilitáshoz. A korai traumatikus életesemények, a krónikus - különösen központi idegrendszeri - betegségek, a krónikus alkohol vagy drogabúzus, valamint az olyan környezeti tényezők, mint az emberközi kapcsolatok, kultúra, étrend, stb. egyaránt szerepet játszanak a vulnerabilitás kialakulásában. Ennek a vulnerabilitásnak klinikailag legjobban felismerhető dimenziói a pesszimizmus, az impulzivitás, agresszív személyiségvonások, illetve a ciklotím affektív temperamentum, míg a stresszor maga az akut pszichiátriai betegség vagy a súlyos élethelyzeti krízis (11,22,36,37, 38,39).

Annak, hogy a szuicid cselekmény a külső stresszorok hatására manifesztálódik-e vagy nem, az öngyilkos magatartás iránti vulnerabilitás a legfontosabb meghatározója. A vulnerabilitás a környezeti és genetikai faktorokat, valamint a kettő közti interakciókat (gén x környezet) egyaránt magában foglalja (40,41,42). Az öngyilkos magatartás a családokban halmozódik, és az iker- és adoptációs vizsgálatok eredménye szerint a genetikai hatás az öngyilkosság varianciájának mintegy 50%-át magyarázza (43,44,45,46,47). Ugyanakkor ez a "csak" 50 százalék egyben jelzi a környezeti tényezők fontos szerepét, amelyben a negatív életeseményeken kívül szerepe lehet a mintakövetésnek is, bár kétségtelen, hogy egy befejezett öngyilkosság szuggesztív hatása (még ha közeli rokon vagy híres, ismert személy követi is el) szinte kizárólag pszichiátriai betegség esetén indukál szuicid magatartást. A gén-környezet megközelítés új reményt adhat az öngyilkosság témakörének genetikai kutatásában, különösen a szerotonintranszporter gén promoter polimorfizmus (5-HTTLPR) rövid ("s") allélja esetében. Caspi és munkatársai (2003) kimutatták (48), hogy a legalább egy "s" allélt hordozó, stresszteli életeseményeken átesett személyek esetében 21-26 éves kor között gyakoribbak és súlyosabbak a depressziós tünetek. Emellett a 21 éves kor után bekövetkező életesemények előrejelezték a 26 éves korban fennálló depressziót és szuicid gondolatokat vagy kísérletet olyan "s" allél hordozók esetében is, akiknél nem szerepelt a kórtörténetben depresszió. Egy 54 vizsgálatot felölelő, és a vizsgálatokat a stresszor típusa alapján sztratifikáló újabb metaanalízis erőteljes összefüggést mutatott ki az "s" allél és a fokozott stresszérzékenység között gyermekkori bántalmazás esetén (49).

Nem könnyű elkülöníteni a kizárólag az öngyilkossággal összefüggő genetikai hatásokat a különféle, az öngyilkossággal szintén összefüggést mutató pszichiátriai zavarokban szerepet játszó örökletes tényezőktől. A pszichiátriai diagnózisok egyes altípusai szintén eltérő genetikai kockázatot tükröznek, mint például az igen magas szuicid rizikóval járó korai kezdetű (elsősorban bipoláris) depresszió, és a kevert/agitált depresszió (26,50,51). A genetikával kapcsolatos felfedezések különösen fontosak lehetnek a kezelés szempontjából, akár azáltal, hogy új molekuláris gyógyszercélpontokat jelölnek ki, akár úgy, hogy segítenek megérteni a jelenleg rendelkezésre álló kezelésekre adott terápiás válasz hátterében álló mechanizmus(oka)t (pl. farmakogenomika) (52).

Az öngyilkos magatartás a legtöbb esetben egy olyan folyamat végkimenetele, melyet genetikai/biológiai, pszichiátriai, pszichológiai, környezeti és kulturális tényezők interakciója alakít. A stressz-vulnerabilitás modell széles körben elfogadott elméleti keret az öngyilkos magatartás magyarázatára. A vulnerabilitást az egyénre tartósan jellemző személyes diszpozíció (pesszimista, impulzív, agresszív, ciklotím személyiségvonások) képezi, és az öngyilkossági cselekményt végülis az akut stresszor (aktív pszichiátriai betegség vagy súlyos élethelyzeti krízis) váltja ki.

2. **Felhasználói célcsoport**
   Alapvető célcsoport a hatókörben részletezett szakmák orvosai, napi gyakorlatukhoz igyekszik az irányelv a legújabb bizonyítékokra épülő ajánlásokat tenni. További célja, hogy a döntéshozók, ellátásszervezők részére áttekinthető irányvonalat biztosítson, amely a szolgáltatások tervezéséhez a legújabb bizonyítékokra épülő támpontot nyújt. Javasolható minden betegnek és hozzátartozóiknak, betegképviseletek és civil szervezetek számára, akik az irányelv elolvasásával összefoglaló szakmai tájékoztatást kapnak a hazai ellátás lépéseiről.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:
Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:
Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k):	Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, Zalsman G, Zemishlany Z, Carli V; European Psychiatric Association
Tudományos szervezet:	European Psychiatric Association
Cím:	The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention.
Megjelenés adatai:	Eur Psychiatry. 2012; 27:129-41.
Elérhetőség:	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933811001088

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:
Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosító:	000845
Cím:	Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a bipoláris affektív betegségek diagnosztikájáról és terápiájáról

Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny 2016, LXV (14): 2050-2085
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu
Azonosító:	
Cím:	Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Unipoláris depressziók
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

1, Az öngyilkosság kockázati és protektív tényezői

Ajánlás1

Az öngyilkosság etiológiájában biológiai és pszichoszociális tényezők különböző súllyal, de egyaránt szerepet játszanak. Ezek felmérése segít az egyéni szuicid kockázat megítélésében, és így a prevencióban is (erős ajánlás) (26,60).

1.1. Öngyilkos magatartás a családi vagy egyéni anamnézisben

Az öngyilkos magatartás a családban halmozódik, és úgy tűnik, hogy részben a mentális (főleg hangulat) zavarokkal együtt, részben azoktól függetlenül öröklődik; utóbbi esetekben a diatézist meghatározó pesszimista, impulzív, agresszív személyiségvonások játszanak fontos szerepet (45,47,46). Az ikervizsgálatokból származó adatok szintén megerősítik az öngyilkosságra való hajlam örökletességét. A családi anamnézisben (első és másodfokú rokonok) előforduló szuicid cselekmény az öngyilkos magatartás független, egyéb tényezőkkel interakcióban nem álló kockázati tényezője. Az öngyilkosoknál időnként észlelt mintakövetés szintén részben az örökletes hajlammal függ össze, de a közeli hozzátartozó öngyilkossága akkor válik követendő mintává, ha az illető aktuálisan súlyos pszichológiai krízis állapotában van, vagy – maga is – pszichiátriai beteg (11,15,43,44,61,62,63). A befejezett öngyilkosságot, illetve öngyilkossági kísérletet elkövetők egyéni anamnézisében gyakran egy vagy több korábbi szuicid kísérlet szerepel. Az autoanamnézisben szereplő szuicid kísérlet a későbbiekben fellépő öngyilkos magatartás legerősebb előrejelzője, mivel egy kísérlet több, mint 50-szeresére növeli a befejezett szuicidium rizikóját (26,35,64). Ennek klinikai jelentőségéről részletesebben a következő fejezetben lesz szó.

Ajánlás2

A befejezett öngyilkosságok hátterében leggyakrabban (kezeletlen) major depressziós epizód áll. A depressziós epizód (unipoláris major depresszió, illetve bipoláris zavar) megfelelő akut és hosszútávú

kezelése jelentősen csökkenti a szuicid kockázatot (erős ajánlás) (26; 65).

1.2. Aktuálisan fennálló és korábbi pszichiátriai zavarok, megelőző szuicid kísérlet

A hangulatzavarban szenvedő betegek körében az öngyilkossági kockázat 13-26-szor magasabb az átlagnépességhez képest; míg a rizikó szkizofrénia esetében 8.5-10-szer, alkohol, valamint egyéb szenvedélybetegség esetében pedig hatszor magasabb. A nem kezelt major depressziós betegek 10-15 százaléka öngyilkosságban hal meg, és a depressziós öngyilkosok több mint kétharmadának betegsége felismerés, illetve kezelés nélkül marad. Ugyanakkor az antidepresszív gyógyszeres kezelésben lévő depressziós betegek csak kevesebb mint 3 százaléka követ el befejezett öngyilkosságot, amely az esetek döntő többségében a terápia első két hetében, vagy a kezelésre nem reagálóknál, illetve a terápiát megszakítóknál következik be (11,27,65,66,67,68,69,70). Egy Dániában, több mint 176 ezer személyből álló mintán végzett követéses vizsgálat szerint, a mentális zavar miatti első kórházi kontaktust követően 36 év múlva a befejezett öngyilkosságok abszolút kockázata 7.8% volt bipoláris zavar, 6.7% unipoláris major depresszió, és 6.5% szkizofrénia esetében, míg a pszichiátriai betegségben nem szenvedőknél ez az arány csak 0,72% volt (71). A különböző pszichiátriai diagnózisok megoszlása öngyilkossági kísérletet elkövetők között hasonló a befejezett öngyilkosságot elkövetők csoportjában megfigyelhetőhöz. Leggyakrabban depresszió, szenvedélybetegség, illetve komorbid szorongásos betegség és személyiségzavar áll fenn, mind a felnőtt, mind a gyermek- és serdülőkorú kísérletezőknél (15,16,22,23,26,28,32,33). Nem meglepő tehát, hogy a különféle pszichiátriai zavarban szenvedők sikeres kezelése lényegesen csökkenti az öngyilkossági kockázatukat (20,29,65,72,73,74).

Ajánlás3

Öngyilkosság szempontjából kiemelt rizikócsoportot jelentenek a komorbid depresszióban, szerfüggőségben és/vagy szorongásos zavarban szenvedő betegek, főleg ha aktuálisan negatív életesemények is jelen vannak (erős ajánlás) (26,51).

1.2.1. Unipoláris major depresszió

Az öngyilkosságot vagy szuicid kísérletet elkövető unipoláris depressziós betegek esetében a depresszió általában súlyos, és inszomnia, agitáltság, szorongás, étvágy és testsúlycsökkenés, reménytelenség, bűntudat, értéktelenség érzése, a halállal kapcsolatos gondolatok és külső hatások által befolyásolhatatlan visszatérő szuicid szándék kísérik. Az impulzív és agresszív viselkedés, a B klaszterbe tartozó személyiségzavarok, az alkohol- vagy drogabúzus és dependencia fokozza az öngyilkosság kockázatát major depresszióban, főleg ha egyidejűleg nem kívánatos

pszichoszociális tényezők is jelen vannak. A minor depresszió és disztímia szintén növelik a hosszútávú szuicid rizikót, mivel ilyen esetekben a későbbi lefolyás során nagyon gyakran alakul ki major depresszió (11,26,27,29,66,69,75). Bár a jelen irányelvnek nem témája a gyermek- és kamaszkori szuicidium problémája, megemlítjük, hogy a hangulatzavarok ebben a korosztályban is szignifikánsan fokozzák az öngyilkos viselkedés kockázatát (33,76,77).

1.2.2. Bipoláris betegség

Az összes pszichiátriai betegség közül a bipoláris zavarban a legmagasabb az öngyilkossági mortalitás, az ebben szenvedők öngyilkossági mortalitása mintegy 25-szörös az átlagnépességben észlelhetőhöz képest. Az öngyilkos magatartás bipoláris betegeknél majdnem mindig major depressziós epizód alatt fordul elő, továbbá különösen gyakori bipoláris II betegségben, rapid ciklusú lefolyás során, kevert/agitált depresszióban (különösen ha reménytelenség-érzés és inszomnia is fennállnak), korai betegségkezdet esetén, és a diagnózist követő első években. A bipoláris betegek a (hipo)mániás epizódjaik alatti gyakori kritikátlan, gátlástalan magatartásuk miatt számos negatív életeseményt generálnak maguk körül, amelyek következményei egy esetleges későbbi depressziós epizód idején a szuicidiumot provokáló tényezőként hathatnak. Bipoláris zavar esetében igen gyakori a szorongásos zavarokkal és az alkohol- valamint drogabúzussal való komorbiditás. Major depressziós epizód esetén (főleg első epizód során) nagyon fontos az esetleges bipolaritás korai felismerése, és az ennek megfelelő – azaz a *hangulatstabilizátorral (beleértve egyes atípusos antipszichotikumokat is) kombináltan történő kezelés* – mivel bipoláris depresszióban az antidepresszív monoterápia nemcsak (hipo)mániás pólusváltást és rapid ciklusú lefolyást eredményezhet, hanem depressziós kevert állapotot (f)okozhat, és így az agitáció révén ronthatja a depressziót és indirekt módon növelheti a szuicid veszélyt (18, 26,32,51,69,78,79). *A bipoláris depresszió kezelését illetően utalunk a bipoláris affektív betegségek diagnosztikájáról és terápiájáról szóló hatályos irányelvre.*

1.2.3. Alkoholizmus és egyéb szenvedélybetegségek

Valamennyi szerabúzus növeli az öngyilkos magatartás kockázatát. Az alkohol és az öngyilkos viselkedés közti kapcsolat összetett, mivel az alkohol jól ismert szorongásoldó hatása miatt rövidtávon pozitív hatással van a csüggedtségre és reménytelenségre. Toxikus hatása következtében azonban az alkohol hosszútávon gyakran depresszióhoz vezet, károsítja a kognitív folyamatokat, növeli az impulzivitást és az agresszivitást, és csökkenti az öngyilkos viselkedés triggereinek küszöbét, rontja az emberközi kapcsolatokat és gyakran szociális izolációhoz, súlyos testi betegségekhez vezet. Az alkohol- és egyéb szerabúzusban szenvedő öngyilkosoknál igen gyakran major depresszió is fennáll; ezek a betegek többnyire fiatal férfiak, akik elváltak vagy külön élnek, továbbá a közelmúltban gyakran mentek keresztül kedvezőtlen életeseményeken, és nagy a valószínűsége annak is, hogy az

öngyilkosság ideje alatt akut alkoholos befolyás alatt állnak (6,26,32,69). Ezért a klinikai gyakorlatban az alkohol- és drogfüggő betegek esetében figyelemmel kell lenni a közelmúltbeli és az egész élet során felhalmozódó negatív életeseményekre, valamint a beteg szociális helyzetének leépülésére mind munkahelyi, mind egyéb kontextusban. A különböző alkoholizmus elleni programoknak éppen ezért jelentősége van a szuicid prevencióban is.

1.2.4. Szorongásos zavarok

A szorongásos zavarok, különösen kamaszok és fiatal felnőttek esetében gyakran járnak együtt szuicid gondolatokkal és kísérletekkel (80). Öngyilkos felnőttekben magas a szorongásos zavarokkal való komorbiditás, különösen bipoláris zavar, major depresszió és szerabúzus esetében (81). Ugyanakkor definitív szorongásos betegség, mint önálló diagnózis nagyon ritka öngyilkosok, illetve kísérletezők között, viszont annál gyakrabban van jelen depresszióban vagy szenvedélybetegségben szenvedőknél, mint komorbid zavar. A súlyos szorongás, főleg ha inszomniával is együtt jár, fontos kiváltó tényezője lehet az akut öngyilkossági késztetésnek. Ennek ismerete azért fontos, mert mind a szorongás, mind az inszomnia nagyon hatékonyan befolyásolható akut, anxiolítikus (esetleg hipnoszedatív) gyógyszereléssel. Sajnos az öngyilkosok vagy kísérletezők között igen magas a fel nem ismert és kezeletlen szorongásos zavarok aránya. Poszttraumás stressz zavar esetén az öngyilkosság szintén komorbid depresszióval és szerabúzussal mutat összefüggést (32,33,81,82,83,84,85,86,87).

Ajánlás4

Szkizofréniával élőkben, akárcsak hangulatzavarban, szorongásos és szerhasználattal kapcsolatos zavarokban is a betegség kezdetekor (illetve a diagnózis felállításakor) és az ezt követő hónapokban a legmagasabb az öngyilkossági veszély. A diagnózist követő első évben a szokásosnál is nagyobb éberséget kell tanúsítani az öngyilkossági veszély monitorozása iránt (erős ajánlás) (27,88).

1.2.5. Szkizofrénia

Szkizofréniával élőkben a fokozott öngyilkossági kockázat az aktuálisan fennálló depresszióval, a szenvedélybetegséggel, a korábbi öngyilkossági kísérletekkel, az agitációval és a motoros nyugtalansággal, a mentális széteséstől való félelemmel, a rossz terápiás adherenciával és a közelmúltbeli veszteségélményekkel függ össze. Az egyedül élő szkizofrén betegek esetében nagyobb az öngyilkosság kockázata. A szuicidalitás ilyenkor is inkább az affektív, mint a pszichotikus tünetekkel függ össze; az öngyilkosságra buzdító, ún. parancshallucinációk ritkák (69,89,90). Az öngyilkosságot elkövető szkizofréniával élők túlnyomó része a betegség korai szakában, az első epizódot követően, depressziós tünetektől szenvedve követi el a cselekményt. Szkizofrénia esetében az öngyilkossági kockázat a fiatalok között a

legnagyobb (88,91,92). Az első pszichotikus epizód a szkizofrénia lefolyása szempontjából a beavatkozás kritikus fontosságú időpontja. Egy első pszichotikus epizódban szenvedőkben végzett prospektív vizsgálat szerint a betegek 22%-a kísérelt meg és 4.3%-a követett el öngyilkosságot a hétéves követés során (90,93).

1.2.6. Evészavarok

A szuicid mortalitás evészavarban szenvedő betegek esetében is fokozott. Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet rizikófaktorai ebben a betegcsoportban is elsősorban a depresszióval, valamint szociális fóbiával és obszesszív-kompulzív tünetekkel, illetve a leromlott szomatikus állapottal kapcsolatosak. Az evészavarban szenvedők között a fentieken kívül az öngyilkosság egyik legerősebb prediktora az egyidejűleg fennálló alkoholabúzus (69,76,94,95).

1.3. Traumatizáló korai (hajlamosító), illetve felnőttkori (provokáló) életesemények

A traumák, különösen a fizikai erőszak, a mentális és szexuális bántalmazás különböző formái gyermek- és felnőttkorban, az iskolai vagy munkahelyi terrorizálás, viktimizálódás, kirekesztés, illetve szekírozás az öngyilkosság fontos rizikótényezői. Populációalapú és klinikai vizsgálatok alapján a gyermekkori traumatizáló, negatív életesemények az öngyilkos viselkedés szignifikáns rizikófaktorai (22,23,96,97,98, 99,100).

Az olyan negatív életesemények, mint a veszteségek, az életkörülmények rosszabbra fordulása, súlyos egzisztenciális problémák, komoly anyagi nehézségek, munkanélküliség, és a különböző nárcisztikus sérülések katalizátorként és az öngyilkossági folyamat kialakulását kiváltó tényezőként is szerepet játszhatnak. A traumatikus veszteségek közé nem csak a partner, barát vagy jelentős személy elvesztése vagy a vele való szakítás tartozik, hanem a nemzeti vagy kulturális hovatartozás elvesztése; az egészség elvesztése; a javak vagy az autonómia kórházi hospitalizáció miatti elvesztése; a munkahely, illetve a tanulmányi lehetőségek, az otthon és az anyagi biztonság elvesztése. Az életút fontos átmeneti időszakai (pl. pubertás, menopauza, időskor kezdete és vége), és az egyéb jelentős élethelyzeti változások a vulnerábilis személyek esetében kockázati tényezők lehetnek (22,101). A magas szuicid rátájú országokból származó bevándorlók és/vagy olyan, a fogadóországétól markánsan eltérő kulturális/szociális közegből származó bevándorlók (pl. az Európába érkező muzulmán populáció) között szintén magasabb az öngyilkos magatartás kockázata, mint a natív populációé (102). Szintén kockázati tényező, különösen fiataloknál, ha a környezetben öngyilkossági kísérlet vagy öngyilkosság történik; a kamaszkori öngyilkosságok 1-5%-a halmozódva (ún. "klaszterekben") fordul elő (15,33,103,104). Hospitalizált kamaszoknál is beszámoltak az öngyilkos viselkedéses "fertőző" voltáról (105).

A megoldatlan kapcsolati problémák, a családon belüli erőszak, különösen a gyermekkori fizikai és szexuális bántalmazás, a bizonytalan szexuális orientáció, és

a szexuális identitás zavarai, különösen kamaszoknál és fiatal felnőtteknél fokozzák az öngyilkossági kísérlet és az öngyilkosság kockázatát, főleg az egyéb okokból is vulnerábilis személyeknél. A törvény áthágása, valamint a börtönbe kerülés szintén kockázati tényezők (33,106). Szezonális mintázatokat is megfigyeltek: az öngyilkos magatartás mindenütt a világon – így hazánkban is – tavasszal és kora-nyáron a leggyakoribb és télen a legritkább (107,108). Az öngyilkosságra sor kerülhet egy olyan nappal összefüggésben, ami a személy számára különös jelentőséget hordoz, például egybeeshet azzal a dátummal, amikor egy családtag öngyilkos lett és olyan napokkal és eseményekkel összefüggésben is (pl. születésnap), melyek a személy számára pozitív vagy negatív emocionális töltést hordoznak (109).

Ajánlás5

Az idős emberek relatíve gyakrabban követnek el öngyilkosságot, és ennek hátterében a depresszió mellett gyakran az életminőséget jelentősen rontó, krónikus lefolyású szomatikus betegségek állnak (erős ajánlás) (60).

1.4. Krónikus testi betegségek

Szignifikáns kapcsolat van az öngyilkos magatartás és egyes központi idegrendszeri betegségek – pl. szklerózis multiplex, Huntington-kór, epilepszia, Parkinson-kór, migrén, agyi és gerincvelői léziók, sztrók –, illetve bizonyos tumoros kórképek, diabétesz és krónikus fájdalom jelenléte között (9,15,110). Az öngyilkossági kockázatot leginkább a neurológiai és a daganatos betegségek fokozzák. Rákbetegség esetén az öngyilkossági késztetés elsősorban a fennálló major depresszióval és nem a betegség súlyosságával, várható kimenetelével vagy a fájdalom intenzitásával függ össze (111). A kardiológiai, tüdő és egyéb szomatikus zavarok esetében kevesebb vizsgálat áll rendelkezésre és az eredmények nem egyértelműek. Gyermekek és kamaszok esetében, akárcsak felnőtteknél, az emelkedett öngyilkossági kockázattal összefüggő testi betegségek az újonnan induló diabétesz mellitusz, bronchiális asztma, HIV, epilepszia és szklerózis multiplex (112). Az idős – 75 év feletti – egyének relatíve magas szuicid rátája ezzel a komponenssel szoros összefüggésben lehet. Ez felhívja a figyelmet a krónikus szomatikus betegségben szenvedő idős egyének pszichés gondozásának fontosságára.

1.5. Speciális személyiségjegyek

A stressz-diatézis modell értelmében néhány tartósan fennálló személyiségvonás, mint pl. az impulzív, agresszív, hosztilis tulajdonságok csak az akut stresszor (pszichiátriai betegség vagy súlyos élethelyzeti krízis) jelenlétében váltanak ki öngyilkos magatartást (11,22,36,37,38). A fentieken kívül a depresszív, ciklotím, irritábilis és szorongó affektív temperamentum, a pesszimista alaptermészet, akárcsak az alacsony problémamegoldó készség, valamint a szorongó egyénekre jellemző negatív kognitív triád (negatív énkép, világkép és jövőkép) azok a tényezők,

amik szintén hajlamosítanak szuicid magatartásra a fentebb említett nagy pszichiátriai betegségek vagy igen súlyos, akut, élethelyzeti krízis fennálta esetén (11,27,113,114). A szuicid magatartásra prediszponáló reménytelenség érzése több, mint tartósan fennálló személyiségvonás; kifejezett formájában majdnem mindig súlyos depressziós epizód kapcsán jelentkezik, és annak gyógyulásával párhuzamosan a szuicid tendenciákkal együtt csökken, illetve szűnik meg, és esetleg (csupán valóban tartósan fennálló) pesszimista személyiségvonások maradnak vissza (75,115).

1.6. Az öngyilkosság szempontjából protektív faktorok

Az öngyilkossági veszélyeztetettség szempontjából protektív tényező a diszpozicionális optimizmus, a kognitív flexibilitás, a magas szintű problémamegoldó képesség, az aktív megküzdő stratégiák (melyek segítenek alternatív megoldásokat találni a nehéz élethelyzetekben), a reziliencia és a hipertím temperamentum, a kiegyensúlyozottság, az egészséges életvitel, a helyes étrend és alvási mintázat, a testmozgás és az aktív életmód. Ezek olyan fontos protektív faktorok, melyek klinikai és közösségi tevékenységek által előmozdíthatóak (36,113). További fontos protektív tényező a gazdag kapcsolati háló és a női nem. A férfiak veszélyeztetettebbek a nőknél a fenti tényezők alacsonyabb volta, továbbá még amiatt is, mert gyakrabban használnak violens módszert, több alkoholt fogyasztanak és ritkábban kérnek segítséget. A megfelelő családi és közösségi támogatás mellett a vallásgyakorlás, valamint a gyermekek nagy száma – és pszichiátriai betegség esetén a megfelelő kezelés, illetve gondozás – szintén védelmet nyújtanak az öngyilkos viselkedésformákkal szemben. A protektív faktorok egy része pl. családi támogatás, nagy gyermekszám, vallásosság egymással is összefügg (23,27,65,114,116,117,118).

A kockázati- és védőfaktorok interakciója határozza meg a személy vulnerabilitását az öngyilkos magatartás kialakulása szempontjából. Az öngyilkosság rizikótényezői kumulatívak; azaz minél nagyobb számban vannak jelen, annál nagyobb az öngyilkos viselkedés bekövetkezésének valószínűsége. A kockázati és védőfaktorok alapos felmérésére van szükség minden öngyilkossági rizikónak kitett egyén, illetve minden pszichiátriai beteg észlelésekor.

2. Az öngyilkossági veszély feltárása

Az öngyilkossági kockázat mértékének becslése nagy körültekintést igényel, melynek során a páciens pszichiátriai, szomatikus és pszichológiai állapotát, illetve szociális perspektíváit egyaránt értékelni kell. Ugyanakkor figyelemmel kell lenni a vizsgált személy esetleges korábbi heteroagresszív megnyilvánulásaira is, mert ezek egyéb rizikófaktorok jelenlétében szintén növelik a szuicid magatartás esélyét (3,11,20,60,118,119,120). Mivel a szuicid veszély rövid időn belül is fluktuálhat, fontos ennek empatikus és folyamatos követése. Az ilyen páciensek a negatív

életeseményekre gyakran szégyennel és irracionális bűntudattal, kétségbeesés vagy reménytelenség érzésével, valamint haraggal és dühvel reagálnak. Hajlamosak ismételt érzelmi sértések vagy sértődések kiprovokálására, ami megerősíti abbéli meggyőződésüket, hogy őket senki sem szereti és senkinek sincs szüksége rájuk; ez a bosszúval kapcsolatos fantáziák dédelgetéséhez vezethet és az öndestruktív tettek kitörését eredményezheti. Annak ellenére, hogy igen nagy szükségük lenne az egészségügyi szakemberek és a számukra fontos más személyek segítségére, az öngyilkossági krízisben lévők, csakúgy mint a súlyos személyiségzavarban szenvedők, gyakran rettegnek a függéstől, az intimitástól, és devalválják a számukra fontos személyek közelségének fontosságát (121). Így öngyilkossági szándék esetén a páciens félrevezetheti a családtagokat és a kórházi személyzetet egyaránt, a szuicid szándék megszűntét és a mások segítsége nélküli boldogulás valótlan benyomását keltve. Hasonlóan megtévesztő lehet az öngyilkosság eldöntését követő nyugalom jele, ami paradox módon pillanatnyi higgadtságot és a belső feszültség enyhülését hozza létre. Az öngyilkosságra készülők gyakran határozottan hangot adnak az élni vagy meghalni döntéssel kapcsolatos extrém ambivalenciájuknak, de a környezetükben lévők ezt gyakran mégsem veszik észre. Az ilyen ambivalenciával kapcsolatos beszélgetés felhasználható a beteg kezeléssel kapcsolatos motiválásában, az öngyilkossági folyamat kialakulásának feltartóztatásában, és az öngyilkosság megelőzésében. Ha az ambivalencia és a szuicid kommunikáció nem kerül felismerésre, a beteg élete veszélyben kerül (86,106,122). Az öngyilkossági veszély felmérésekor a következőkre kell figyelemmel lenni:

2.1. Halálvágy, szuicid szándék, szuicid kommunikáció

Az a tény, hogy az öngyilkosságban elhunytak döntő többsége felkeresi az egészségügyi ellátás valamely formáját élete utolsó hónapjaiban (11,33,54,56) lehetővé teszi, hogy a szuicid ideációt/intenciót felismerjük. A szuicid szándék a klinikai helyzetben sokszor explicit módon jut kifejezésre, de gyakori a közvetett szuicid kommunikáció is. Az ilyen közlés nem mindig könnyen érthető, és gyakran elkerüli a klinikus figyelmét. Ideális esetben a rokonoknak vagy a barátoknak maguktól kellene beszámolni olyan non-verbális jelzésekről, mint fegyver beszerzése, vényköteles gyógyszerek felhalmozása, végrendelet vagy búcsúlevél írása, emléktárgyak elosztogatása (ugyanakkor magánykeresés vagy az egészségügyi ellátás elkerülése), vagy épp "acting out"-szerű cselekedetek, azonban sokszor az egészségügyi személyzeten múlik, hogy rákérdez-e az ilyesfajta információkra (33,123). Az öngyilkossági krízisben lévők sokszor nehezen fogadják el a segítséget. Egyesek, még azok is, akik házasok vagy élettársi kapcsolatban élnek, hajlamosak arra, hogy gondolataikat ne osszák meg másokkal. Egy nemrég megjelent metaanalízis szerint az öngyilkosságban elhunytak közel fele kommunikálja, direkt vagy indirekt módon, szándékát a környezete (családtagok, barátok, orvosi ellátószemélyzet) felé (123). Az öngyilkossággal kapcsolatos kommunikáció másokból, így az egészségügyi személyzetből is, sokféle reakciót vált ki. Empátiát, de akár ambivalenciát vagy frusztrációt is ébreszthet, különösen, ha a

beteg követelőző, hibáztató, agresszív, illetve nem működik együtt a kezeléssel, vagy a rokonok és a klinikai személyzet segítő szándékú beavatkozásaival (122,124,125,126). Az ilyen reakciókat nehéz konstruktív módon kezelni, és tanácsos a személyzetet rendszeresen tréningezni az erős érzelmi reakciók kezelésével, valamint az öngyilkosság szempontjából kockázatos helyzetek felismerésével kapcsolatban. A más kollégákkal való konzultáció, az átbeszélés és szupervízió lehetősége a pszichiátriai munkahelyek mindennapi munkarutinjának szerves része kellene, hogy legyen.

2.2. Öngyilkos magatartás az egyéni és családi kórtörténetben

Az öngyilkossági kísérlet a befejezett öngyilkosság legerősebb prediktora: öngyilkosságban meghaltak 40-45 százalékának már volt legalább egy szuicid kísérlete. Mivel az első öngyilkossági kísérlet 45-100-szorosára növeli a befejezett öngyilkosság esélyét, a klinikai gyakorlatban még a "komolytalannak" tűnő kísérletet (beleértve a szándékos önsértést is) komolyan kell venni, hiszen a testfelületen ejtett metszéssel járó "kísérletet" elkövetők utánkövetése jelentősen emelkedett szuicid mortalitást talált, főleg, ha a metszés nem a csukló tájékán történik (11,26,35, 51,64,127). Minden esetben információt kell gyűjtenünk a kórtörténetben szereplő korábbi öngyilkos eseményekről, mind az egyén, mind pedig a családtagjai vonatkozásában. A beteg öngyilkossági kockázatának felmérésében segítséget nyújtanak a családi anamnézisben szereplő, az öngyilkos viselkedéssel szorosan összefüggő betegségek, mint a depresszió és a szenvedélybetegségek (11,51). Rendszerint a családi anamnézisben szereplő öngyilkos magatartással és mentális betegségekkel kapcsolatos adatok kizárólag a beteg elmondásán alapulnak, de a beteg és családtagjainak szakszerű explorációja csökkenti az esélyét annak, hogy ezek a fontos adatok rejtve maradjanak.

2.3. A háttérben meghúzódó pszichiátriai betegségek, illetve személyiségzavarok vizsgálata

A beteg klinikai diagnosztikai besorolása az ismert klasszifikációs diagnosztikai rendszerek, vagyis a BNO-10 vagy a DSM-5 alapján történik. Mivel a szuicid magatartás számos diagnosztikus kategóriával szorosan összefüggő ("transznozológiai"), multikauzális jelenség, felmerült, hogy fontolóra kellene venni az öngyilkos magatartás önálló diagnosztikai kategóriaként való felvételét a DSM-5-be (végül ez nem történt meg (az ún. "Öngyilkossági viselkedés zavar" nem a klinikai diagnózisok (Section II.), hanem a "Tovább tanulmányozandó állapotok" alfejezetben (Section III.) szerepel a DSM-5-ben) (128,129).

Az öngyilkosságot megkísérlők 44-62%-a esetében teljesülnek a személyiségzavarok diagnosztikai kritériumai, de személyiségzavar önmagában nagyon ritka az öngyilkosok között (11,26,31). Az impulzív, agresszív, pesszimista személyiségjegyek, valamint a ciklotím, irritábilis és depresszív affektív temperamentumok affektív és szorongásos betegségekben növelik a szuicid

viselkedés kockázatát (11,39). A borderline, az antiszociális és az elkerülő személyiségzavar szintén fokozza a rizikót, különösen komorbid major depresszív epizód vagy szerabúzus esetében (130). Öngyilkosságot elkövető kamaszok 43%-ában állt fenn viselkedészavar vagy antiszociális személyiségzavar diagnózisa (131). Az öngyilkosság szempontjából fontos tényező a "nagy pszichiátriai betegségek" és a személyiségzavarok együttes előfordulása. A kórtörténetben szereplő gyermekkori abúzus és poszttraumás stressz zavar borderline személyiségzavarban szenvedők esetében fokozza az öngyilkos viselkedés kockázatát (132). Az észlelt negatív életesemények, különösen az interperszonális nehézségekkel, veszteségekkel és jogi problémákkal kapcsolatosak, nagyobb valószínűséggel váltanak ki öngyilkos magatartást olyan emberekben, akiknél már eleve személyiségzavar volt jelen (94,133,134,135,136,137). Az öngyilkos cselekményt megelőző hat hónap során a negatív életesemények számának emelkedését figyelték meg, különösen az öngyilkossági kísérletet megelőző hónap során. Az olyan jellemzők, mint a nem megfelelő megküzdési stratégiák, impulzivitás, kiszámíthatatlan, agresszív viselkedés és hosztilitás (34), szorongás és elégtelen pszichológiai védekező mechanizmusok (138) egyaránt összefüggenek az öngyilkossággal és az önsértő viselkedésekkel. A hiányos védekezési stratégiák közé tartoznak például az önállóság illúziója, a másokat rosszként és rosszakaróként feltüntető paranoid projekciók, és az önmaga és mások ellen irányuló agresszív támadások (86,126). A jövővel kapcsolatos vélekedés deficitjét eredményező kognitív károsodás mind az antiszociális, mind pedig a borderline személyiségzavar esetében hajlamosít az öngyilkos magatartásra (139).

2.4. Szomatikus betegségek

A súlyos, különösen a központi idegrendszert érintő, valamint a fájdalommal, fizikai korlátozottsággal és szenvedéssel járó szomatikus betegségek fokozzák az öngyilkosság kockázatát. A depresszió és a szorongás, a kognitív deficitek, a fájdalom következtében orvosi okokból kialakuló gyógyszerabúzus befolyásolja az öngyilkossági rizikót. A súlyos szomatikus betegség diagnózisát megelőző időszak és az azt követő napok kockázati periódust jelentenek, csakúgy, mint amikor a hosszabb ideje fennálló betegség hirtelen progressziót mutat (9,110,111).

2.5. Az öngyilkossági kockázat vizsgálata során alkalmazható segédeszközök

2.5.1. Az öngyilkos magatartás biológiai markerei

Az öngyilkosság legígéretesebb biológiai prediktora a szerotonin metabolit 5-hidroxiindolecetsav (5-HIAA) alacsony koncentrációja a cerebrospinális folyadékban a hipothalamusz-hipofízis-mellékvese (HPA) tengely dexametazon nonszuppressziójával (abnormális DST) kombinálva, valamint a triptofán hidroxiláz (a szerotonin szintézishez szükséges egyik enzim) csökkent aktivitása (11). Ezek mérése azonban csak speciális klinikákon végezhetők el, és elsősorban kutatások

során alkalmazzák őket. Így az öngyilkossági kockázat feltárására a hétköznapi pszichiátriai gyakorlatban a pszichiátriai, pszichológiai és szociális tényezők vizsgálata, valamint néhány pszichometriai skála szolgál.

Ajánlás6

Pszichiátriai betegeknél vagy súlyos pszicho-szociális krízisben lévőknél folyamatosan figyelemmel kell lenni az esetleges öngyilkossági késztetésre; az akut vagy hosszútávú szuicid veszély az öngyilkossági rizikófaktorok (2. táblázat) átfogó értékelésével nagy valószínűséggel előre jelezhető (erős ajánlás) (26).

2.5.2. Klinikailag feltárható szuicid rizikófaktorok

A klinikailag feltárható szuicid rizikófaktorok gyakorlati relevanciájuk és prediktív értékük alapján hierarchikus rendbe állíthatók, úgymint elsődleges (pszichiátriai), másodlagos (pszichoszociális) és harmadlagos (demográfiai) kockázati tényezők (**2. táblázat**) (26,60). A legnagyobb prediktív értéke az elsődleges, a legkisebb a harmadlagos rizikófaktoroknak van. Az elsődleges faktorok közül akár egynek a jelenléte is fokozott szuicid rizikót jelez, főleg ha másodlagos és harmadlagos tényezők is társulnak hozzá. Minél nagyobb a rizikótényezők száma, annál valószínűbb az öngyilkos magatartás bekövetkezésének esélye. Az egyes, klinikailag feltárható öngyilkossági rizikófaktorokat részletesen az "*Az öngyilkosság kockázati és protektív tényezői*" című fejezetben ismertettük. Szuicid szándék leghalványabb gyanúja esetén gondosan vegyük számba ezeket a tényezőket és megfelelő módon kérdezzünk rá az esetleges szuicid intenciókra ("hogy van megelégedve az életével?", "gondolt-e arra, hogy jobb lenne nem élni?", stb.). A személyiség, különösen az impulzivitás, az agresszió kontrollálása, a frusztrációs tolerancia, a nárcisztikus integráltság, a kognitív funkciók, a megküzdő stratégiák és a konfliktusok megoldásának képessége, valamint a biológiai és pszichológiai kezelések iránti motiváltság és a tervezett kezelés alkalmazásával kapcsolatos képesség felmérése szükséges kötetlen vagy strukturált tesztek segítségével. A beteg társas hálójának, anyagi viszonyainak, lakás- és munkahelyi/alkalmazási helyzetének vizsgálata lehetővé teszi a potenciális nehézségekkel és konfliktusokkal kapcsolatos területek feltárását is (3,40,140,141). A kockázati tényezők egy része módosítható (pszichiátriai betegség, testi egészség, szociális helyzet és bizonyos pszichológiai jellemzők), míg más tényezők (nem, életkor, nemzetiség, gyógyíthatatlan testi betegség, továbbá korábbi öngyilkossági kísérlet, öngyilkosság a vérrokonok között, illetve az öngyilkossággal kapcsolatos családi minta) nem.

Az akut öngyilkossági veszély szűrésében segítségünkre lehet egy olyan rövid kérdőív, amely kifejezetten az öngyilkossági gondolat, szándék és veszélyeztetettség felmérésére készült, könnyen és gyorsan kitölthető és rövid idő alatt kiértékelhető. A pszichometriai skálák közül a Hamilton Depresszió Skála (142) öngyilkossággal kapcsolatos tétele, de főleg a 4 tételes Beck Reménytelenség Skála (**3. táblázat**) (143,144) "Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni"

tétele bizonyult az öngyilkos viselkedés jó prediktorának. A rövidített Reménytelenség Skála, ma már a szakirodalomban széles körben vizsgált és elfogadott mérőeszköz. Az öngyilkossági veszély felmérése a pszichiátriai gyakorlatban a részletes és szakszerű klinikai vizsgálat, a BNO-10 vagy DSM-5 alapján felállított diagnózis(ok), a klinikailag detektálható szuicid rizikófaktorok (**2. táblázat**) feltárására irányuló célzott kérdések, és szükség esetén a fent említett pszichiátriai becslőskálák (Hamilton Depresszió Skála, Beck Reménytelenség Skála) segítségével történik, de hangsúlyozzuk, hogy a pszichiáternek nem a kérdőívek alapján kell felmérni a szuicid veszélyt, hiszen semmilyen kérdőív nem helyettesítheti a szakszerű személyes vizsgálatot. A háziorvosi, illetve az általános orvosi praxisban nem feltétlenül a pontos pszichiátriai kórisme felállítása a cél, így ilyen esetekben a 4 kérdést tartalmazó Beck Reménytelenség Kérdőív és a 9 kérdéses Beck Depressziószűrő Skála segítségével lehet az akut, illetve a rövidtávon megjelenő öngyilkossági veszélyt megbízhatóan megállapítani (21, 64,114,117,143,144,145,146). Ennek folyamatát a **2. ábrán** bemutatott algoritmus foglalja össze, míg a rövid Beck Reménytelenség Skála és a rövid Beck Depresszió Kérdőív a **3. és 4. táblázatban** találhatóak meg. Egy négy háziorvosi körzetre kiterjedő hazai vizsgálat szerint a praxisokban regisztrált személyek 9 százalékában fordult elő befejezett öngyilkosság az első vagy másodfokú rokonok között. A vizsgálat idején észlelt major depresszió szignifikánsan gyakoribb volt ezen betegeknél (50%), mint azoknál, akiknél szuicidium nem fordult elő a családban (14%) (147). A háziorvosi, illetve általános orvosi gyakorlatban megállapított szuicid veszély esetén mindenképpen a pszichiátriai szakellátás igénybevétele szükséges.

Az öngyilkossági krízisben lévő beteg vizsgálatának mindig ki kell térnie a háttérben meghúzódó pszichiátriai, személyiség- és szomatikus zavarok detektálására, a beteg, illetve a családtagok esetében előforduló öngyilkos magtartás feltárására, az esetlegesen fennálló életuntság, halálvágy vagy szuicid szándék valamint az implicit és explicit szuicid kommunikáció vizsgálatára. Az öngyilkossági kockázatot a beteg pszichológiai és társas funkcióját vizsgáló klinikai interjúk során is célzottan keresni kell. A specifikus pszichometriai skálák hasznosak lehetnek az öngyilkossági rizikó meghatározásában, de nem helyettesítik a páciens szakszerű kikérdezését.

3. Az öngyilkossági veszélyben lévő páciens ellátása

Ajánlás7

Az akut öngyilkossági krízisben lévő betegnél a legfontosabb a beteg biztonsága. Közvetlen veszélyeztető magatartású betegnél kórházi felvételre van szükség, míg enyhébb esetekben ennek a lehetőségét mérlegelni kell. Amennyiben kifejezett agitáció, szorongás vagy alvászavar van jelen, akkor ezek a tünetek a megfelelő gyógyszeres terápiával azonnal kezelendőek. Az akut krízis lezajlása után hosszútávú kezelés, illetve gondozás szükséges (erős ajánlás) (60).

Az akut szuicid veszély a leggyakoribb és legsúlyosabb sürgősségi helyzet a pszichiátriában. Az orvosi ellátás bármely szektorában észlelt akutan szuicidális beteg esetén a pszichiátriai szakellátás sürgős igénybevétele szükséges. Az öngyilkossági krízis kezelése bonyolult feladat és ennek során számos dolgot kell fontolóra venni. Ez a helyzet jelentős környezeti stresszt és szorongást vált ki az egészségügyi szakembereken és a családtagokban. Az ilyen páciensek ellátása során multidiszciplináris kezelési kompetencia szükséges a beteg megfelelő ellátásához. A krízisben lévő szuicidális pácienseket a mentális egészségügyi szakember általában vagy az öngyilkossági kísérlet után látja, vagy akkor, amikor akut, súlyos szuicid gondolatok gyötrik. Fontos, hogy az interjút elkülönített helyen és empátiás légkörben végezzük. Ha lehetséges, a beteg által szolgáltatott információt más forrásból, többek között a családtól származó információval is alá kell támasztani. Lényeges, hogy motiváljuk az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett beteget a család kezelésbe történő bevonására. A beteget és a családtagokat (ezek híján barátokat) egyaránt tájékoztatni kell az öngyilkosság rizikó- és protektív faktorairól, a rendelkezésre álló farmakológiai és egyéb kezelési lehetőségekről, a kezelésre vonatkozó javaslatok betartásának szükségességéről, illetve az öngyilkosság elkövetésére potenciálisan alkalmas eszközök (pl. a fegyverek, illetve más veszélyes tárgyak) eltávolításának szükségességéről (3,148).

3.1. Döntés a kórházi felvétel, illetve az ellátás egyéb formái között

Az egyik legelső fontos döntés, amit a klinikusnak meg kell hoznia, hogy felvegye-e a beteget pszichiátriai osztályra vagy a kezelés a járóbetegellátás keretében történjen. Míg ez a döntés súlyos esetben vagy fizikai sérülés fennállása esetén egyértelmű, sokkal bonyolultabb akkor, ha elmosódnak a kórházi felvétel előnyei és hátrányai. Előfordulhat, hogy az előzményi adatok és az aktuális klinikai kép alapján megállapított közvetlen öngyilkossági veszélyeztető állapotban lévő beteg a kórházba utalás kapcsán vagy az osztályos felvételt követően "visszavonja" szuicid kijelentését. Ez majdnem mindig az ilyen esetekben gyakori disszimuláció következménye és nem jelenti azt, hogy megszűnt az öngyilkossági veszély, mivel ennek megítélése nemcsak attól függ, hogy mit mond a beteg. A hospitalizációnak mindenképpen vannak előnyei: először is, általában fokozott biztonságot nyújt a betegnek. Ha betartják a megfelelő biztonsági intézkedéseket, a pszichiátriai osztály a beteg folyamatos ellátását és obszervációját teszi lehetővé hosszabb időn át, lehetőséget teremtve valamennyi szükséges információ megszerzésére és alkalmat adva arra, hogy multidiszciplináris kezelő team foglalkozzon a beteggel, továbbá biztosítva a szükséges kezelés kereteit. Sajnos még osztályos körülmények között sem lehet minden öngyilkosságot megelőzni, bár szerencsére az osztályra felvett betegek csak kb. 1 százaléka követ el az osztályon öngyilkosságot (120,149). Nemzetközi adatok szerint az összes öngyilkosság több, mint 14%-át pszichiátriai osztályon fekvő vagy hétvégi eltávozáson lévő betegek követik el (150,151). Magyarországon ez az arány jóval alacsonyabb és a pszichiátriai osztályon elkövetett öngyilkosságok az összes szuicidium kevesebb mint 2 százalékát teszik ki

(23). Kétségtelen az is, hogy a kórházi felvétellel együttjár a szabadság átmeneti elvesztése, ami mélyítheti a regressziót. A hospitalizációval kapcsolatos kulcsfontosságú döntés azon múlik, hogy rendelkezésre áll-e a beteget körülvevő társas háló, valamint, hogy elérhető-e megfelelő képesítéssel rendelkező járóbeteg ellátás. A kórházi felvétel szükségességének indokait természetesen dokumentálni kell, és a páciensnek az osztályon való tartózkodása alatt a személyes szabadság korlátozását a mindenkori jogszabályoknak megfelelően kell intézni*. Még enyhe esetekben sem javasolt a beteg hazaküldése, ha egyedül él vagy ha a követéses vizitek nincsenek biztosítva. Súlyos, közvetlen szuicid veszély esetén – természetesen *a vonatkozó jogi rendelkezések maradéktalan betartása mellett* – a beteg akarata ellenére is hospitalizálható.[1]

3.2. Az akut öngyilkossági veszélyben lévők kezelése

Az akut szuicid krízisben lévőknek nagy segítséget nyújtanak a sürgősségi (S.O.S.) telefonszolgálatok, illetve krízis-ambulanciák. Magyarországon a krízishelyzetben lévők a nap 24 órájában hívhatják a Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetségét (LESZ) a 116-123-as hívószámon, ami az egész ország területéről elérhető és mobiltelefonról is ingyenesen hívható (www.sos505.hu). Ez különösen azok számára fontos, akik még nem kerültek kapcsolatba a pszichiátriai ellátással és az akut krízisintervenció során e szolgálatok információt tudnak nyújtani arról is, hogy a páciensnek hová kell fordulnia további segítségért (148). A már kezelésben lévő betegek számára nagyon lényeges a valódi támasz nyújtása és a beteg szenvedésének elismerése. A terápia kezdeti stádiumában a legmagasabb a kockázat, így az idejekorán megkezdett farmakoterápiának fontos szerepe van a beteg szenvedésének csökkentésében. Tanácsos azonnal olyan kezelést indítani, mely az akut pszichiátriai tünetek, mint a szorongás, az inszomnia, a depresszió és az esetleges pszichotikus tünetek csökkentését célozza (152). A beteget rendszeres megfigyelés alatt kell tartani, és lehetőség szrint nem szabad tartósan egyedül hagyni. Az öngyilkossági kísérlet túlélése vagy maga a konzultáció lényeges megkönnyebbülést eredményezhet. Azonban ez a megkönnyebbülés többnyire rövidtávú, és hamarosan ismét súlyos szuicid gondolatok jelenhetnek meg, amint a beteg hazatér. Ezért nagyon fontos, hogy az osztályról csak lényeges javulás után emittáljuk az ilyen beteget. Továbbá kifejezett figyelmet kell fordítani a követés során bizonyos óvintézkedésekre, valamint a szuicidális beteg részére történő gyógyszerfelírásra: így a betegekre a családnak vagy a közösségi szolgálatoknak

[1] „Veszélyeztető állapotú" beteg ellátása esetén pszichiátriai osztályos elhelyezés szükséges. Amennyiben "közvetlen veszélyeztető állapot" áll fenn – a jogi előírások betartásával –, fizikai és kémiai kényszerintézkedés foganatosítható, amely megkívánja a fokozott személyi (orvos, nővér, ápoló) és technikai (szubintenzív) hátteret, így javasolt ezt a pszichiátriai osztály akut felvételes (ún. „figyelő") részlegén végezni, ahol megvalósítható a biztonságos felügyelet. A jogi háttér tekintetében utalunk az aktuálisan hatályban lévő Egészségügyi Törvény (Eütv.) idevágó részére (jelenleg ez az 1997. évi CLIV. törvény X. Fejezete, a „Pszichiátriai betegek gyógykezelése és gondozása" címmel) és a 60/2004. (VII. 6.) számú ESzCsM rendeletre

kell felügyelni és a gyógyszert csak kis adagokban szabad rendelkezésre bocsátani (11,120,126,153).

3.3. Biztonsági intézkedések az osztályon

A biztonsági intézkedések környezeti és beteg-specifikus óvintézkedésekre oszthatók (140). A környezeti intézkedések elsősorban az öngyilkosság módjaihoz való hozzáférést korlátozzák az osztályon. Törekedni kell arra – ha ezek nem is valósíthatók meg egyik napról a másikra –, hogy a pszichiátriai osztályokon hazánkban is a következő biztonsági feltételek valósuljanak meg: az ablakokon legyen rács; az ablakokat és az osztály/részleg bejárati ajtaját zárni kell (illetve az előbbiek csak szűk nyílással rendelkezhetnek); az olyan veszélyes tárgyakhoz való hozzáférést, mint a toxikus anyagok, éles tárgyak, öngyújtók és függönyök, meg kell akadályozni, esetleg korlátozni vagy felügyeli kell. Mivel a fekvőbetegek körében az akasztás/fojtás gyakori módszerek, különös figyelmet kell fordítani a látható csövekre és kötelekre különösen a fürdőszobákban. Figyelembe kell venni az ugrás lehetőségét, ha a pszichiátriai osztály az emeleten van. A fizikai környezettel összefüggő kockázati tényezőket gyakran elhanyagolják, mivel e tényezők vizsgálata nem szerepel az orvostanhallgatók képzésében. A kórházi környezet egyéb magas kockázatú elemeinek minimalizálása fontos része a pszichiátriai osztályokon bekövetkező öngyilkosságok megelőzésének (140). Egyszerű módosítások javasoltak, mint például: olyan zuhanyfej, melynek kiképzése lehetetlenné teszi, hogy valaki felakassza rá magát, és olyan zár a fürdőszoba ajtaján, mely lehetővé teszi a személyzet számára az ajtó kívülről történő kinyitását, így megakadályozva, hogy az öngyilkosságra készülők belülről bezárják az ajtót. További javasolt módosítások: kétirányú ajtónyitás – kifelé és befelé; olyan ajtózár, ahol a rövidebb nyelv lehetetlenné teszi a kulccsal szembeni ellenállást; magasan elhelyezkedő, fordított zárak (csavarok kifelé), hogy a csavarok elérhetők legyenek; a szekrényekben alacsony akasztók az önakasztás megakadályozására; szűk, magas ablakok középen elhelyezett zsanérral (ami csak részleges nyitást tesz lehetővé), függönyök nélkül; biztonsági ráccsal szerelt ablakok, kristálytükrök (melyek apró darabokra törnek) a falba süllyesztve és az éles sarkok kerülése; szekrényekbe zárt, alacsony feszültségű dugaljak az áramütés kerülésére; automata füst- és tűzjelzők tűzoltó berendezésekkel a szobákban és fürdőszobákban; nem éghető matracok és mozdíthatatlan álmennyezet, melynek egyes darabjait mozdíthatatlan csavarok rögzítik annak érdekében, hogy megakadályozzák egyes tárgyak álmennyezet alatt történő elrejtését. Nagyon fontos, hogy pontosan informáljuk a nővéreket, ápolókat, illetve a kezelő személyzet többi tagját arról, hogy mire figyeljenek és igényeljük a tőlük érkező visszajelzéseket is. A képzetlen, agresszív ápolószemélyzet az osztályon elkövetet szuicidiumra hajlamosító tényező (120,154).

A páciens-specifikus beavatkozások a szobák átkutatását és a folyamatos és tervezett obszervációt jelentik. A magas kockázatú betegek esetében szoros egyéni felügyeletre van szükség, vagy ezeket a betegeket olyan helyen kell elhelyezni, ahol a személyzet állandóan láthatja őket. A szuicid szándék egyszerű tagadása nem

elégséges bizonyíték az öngyilkossági kockázat hiányának vagy megszűnésének megállapítására. Emellett az „öngyilkosság el nem követési" szerződések sem tekinthetők önmagukban elégséges alapnak ahhoz, hogy átmeneti eltávozást engedélyezzünk, vagy a beteg hazabocsátását javasoljuk. Olyan „privilégiumrendszer", ami a szabadság különböző fokainak megteremtését jelenti az önkontroll és a felelősségérzet függvényében növelheti a beteg önbizalmát és javíthatja a terápiás kapcsolatot (120,122,125). Az otthoni környezetben is meg kell fontolni bizonyos biztonsági intézkedések meghozatalát (pl. fegyverek, kötelek, gyógyszerek és mérgező anyagok eliminálása, illetve szükség esetén megbeszélés alapján a gépkocsi indítókulcsának átmeneti elzárása, stb.), továbbá a családtagoknak tisztában kell lenniük a kockázatokkal, különösen elbocsátás után. Bár a rendelkezésre álló ismeretanyag és a megfelelő infrastrukturális körülmények birtokában a legtöbb öngyilkosság elkerülhető, az összes öngyilkosságot még a leggondosabb módon eljárva sem tudjuk megelőzni.

3.4. Ellátóhelyek közötti együttműködés és dokumentáció

Klinikai és jogi szempontból nagyon fontos, hogy rendelkezésre álljon a kockázat kivizsgálásával és a kezelési javaslatokkal kapcsolatos dokumentáció, különösen az osztályra való felvétel indokoltságát és a megtörtént terápiás beavatkozásokat illetően. A sürgősségi ellátás keretében, az első találkozó idején végzett öngyilkossággal kapcsolatos vizsgálatot pontosan dokumentálni kell, és ebben a heteroanamnézisen kívül szerepelnie kell a javasolt óvintézkedéseknek és a szükséges megfigyelés mértékének is. Szintén dokumentálni kell az óvintézkedésekkel vagy a kezeléssel kapcsolatos döntéseket és változtatásokat az elbocsátás előkészítése során, valamint a követési tervet (155). Az osztályról elbocsátott vagy ambulánsan kezelt beteg zárójelentését a területileg illetékes pszichiátriai gondozónak és a beteg háziorvosának – a beteg személyiségi jogainak védelme érdekében a vonatkozó jogszabályok betartásával – meg kell küldeni.

3.5. Hosszútávú kezelési, illetve gondozási terv

Bár a krízis során a beteg kivizsgálása és akut kezelése az elsődleges, a hosszú távú kezelést és a követéses stratégiákat minél hamarabb meg kell kezdeni. Szkizofrén betegek esetében élethosszig tartó rehabilitációra és utánkövetésre lehet szükség. Az öngyilkossági kockázat csökkentése érdekében a megfelelő követés magában foglalja a családtagok aktív bevonását, a telefonos kontaktust és az előre rögzített ismételt viziteket a javulás és a gyógyszerek esetleges mellékhatásainak követése érdekében. Mindig fel kell mérni a beteg társas kapcsolati hálóját, valamint azt, hogy az mennyire képes támogatást nyújtani a betegnek. Egyes esetekben fontolóra kell venni a "védett elbocsátást", ami nappali kórházba vagy bentlakásos intézménybe történő felvételt jelent (120,155,156).

3.6. A szuicid krízist elszenvedett beteg elbocsátása a kórházból

Minden erőfeszítést meg kell tenni, hogy az elbocsátás előtt a beteg időpontot kapjon kontrollvizsgálatra, és hogy a beteg zárójelentését megkapja a járóbeteg-ellátásban dolgozó kezelőorvos. Bár az elbocsátott beteg dokumentációjának a kezelő/háziorvos részére történő megküldése csak és kizárólag a beteg érdekét szolgálja, a páciens személyiségi jogainak védelme érdekében, ennek az erre vonatozó rendelkezések betartásával kell történnie. A beteget és a családját tájékoztatni kell, hogy egy újabb krízis esetén feltétlenül jelentkezzenek kezelőorvosuknál, illetve a pszichiátriai sürgősségi ellátásnál (155). A pszichoszociális intervenciók szerepét mutatja, hogy öngyilkossági kísérleten átesetteknél a rendszeres telefon, levelezőlap és/vagy személyes kontaktus lényegesen csökkenti a befejezett szuicidium rizikóját (156). Az elbocsátást követően igen nagy az öngyilkos viselkedés ismétlődésének kockázata, főleg, ha jelentős javulás nem következett be. Ezért mindig szükség van olyan alapvető öngyilkosság megelőző intézkedésekre, mint az öngyilkossági módszerekhez való hozzáférés korlátozása és a rendszeres felügyelet a családtagok és a szociális ellátórendszer által. Néha előfordul, hogy a szuicid kísérleten átesett páciens kéri, hogy tettét tartsuk titokban rokonai előtt. Olyan hozzátartozók vonatkozásában, akik egy esetleges újabb kísérlet megelőzésében/elhárításában a páciens segítségre lehetnek, ez a kérés nem biztos, hogy teljesíthető. Ilyen esetekben a beteg bevonásával a szóban forgó hozzátartozóknak is szóló pszichoedukáció során (betegünk öngyilkossági kísérletét nem említve) az öngyilkos magatartás egyéb, általános előjeleire, illetve – ezek észlelése esetén – az azonnali orvosi kontaktus felvételének szükségességére kell a figyelmet felhívni.

Az akut öngyilkossági krízisben lévő betegnél azonnal ki kell vizsgálni és kezelni kell az aktuális pszichiátriai állapotot, mint a depresszió, szorongás, agitáció, inszomnia és pszichotikus tünetek. Az esetlegesen domináló agitáció, szorongás vagy alvászavar a megfelelő gyógyszeres terápiával gyorsan és sikeresen befolyásolható. Az elsődleges szempont a beteg biztonsága kell legyen, és alaposan fontolóra kell venni a kórházi felvételt. A beteget motiválni kell a családtagok, és szükség esetén a szociális szolgálatok kezelésbe történő bevonásának elfogadására. Az akut krízis lezajlása utáni további (hosszútávú) gondozás szükséges.

Ajánlás8

Az öngyilkossági késztetés hátterében álló pszichiátriai betegség célzott farmakológiai, illetve egyéb biológiai terápiája az öngyilkossági kockázat csökkentésének bizonyítékokon alapuló, nélkülözhetetlen módszere (erős ajánlás) (26,65).

3.7. A szuicidális beteg pszichofarmakológiai és egyéb biológiai kezelése

A pszichiátriai betegeknél jelentkező szuicid magatartás megelőzése elsősorban a háttérben meghúzódó zavar, illetve a specifikus pszichiátriai tünetek kezelése révén

valósítható meg. Annak ellenére, hogy az öngyilkosok csaknem kétharmadában áll fenn major depressziós epizód, és mintegy felük vett igénybe valamilyen egészségügyi ellátást élete utolsó 4 hetében, a depressziós öngyilkosok több mint 80%-át nem, vagy nem megfelelően kezelik (11,26,27,72,157). Az öngyilkos viselkedés affektív betegekben leggyakrabban súlyos depressziós epizód, ritkábban diszfóriás (kevert) mánia, és szinte sohasem eufóriás mánia vagy eutím, tünetmentes időszak során jelentkezik. Ez arra utal, hogy a major hangulatzavarokban szenvedő betegek esetében az öngyilkos viselkedés állapot- és súlyosságfüggő jelenség (26,27). Ez egyben azt is jelenti, hogy az akut epizód sikeres kezelése és a tünetmentes/gyógyult állapot hosszútávú stabilizálása a szuicid prevenció alapvető stratégiája. Azonban, míg a major depresszió és a bipoláris zavar akut epizódjainak sikeres farmakoterápiája segítségével megelőzhető az adott epizóddal összefüggő öngyilkossági kockázat, csak a pszichológiai kezelés és pszichoszociális támogatás mellett végzett adekvát hosszútávú farmakoterápia hozhat tartós eredményt e téren. Egyre több bizonyíték támasztja alá, hogy a farmakológiai és pszichológiai kezelések hatásukat genetikai diszpozíciókon és epigenetikus környezeti hatásokon keresztül (is) fejtik ki (158).

3.7.1. Antidepresszívumok, antipszichotikumok és benzodiazepinek

A klinikai vizsgálatok, melyekben rendszerint osztályon fekvő, súlyosan beteg, gyakran öngyilkossági szándékot mutató depressziós betegek vesznek részt azt mutatják, hogy a kezeletlen állapottal összehasonlítva az öngyilkossági kísérletek és a befejezett öngyilkosságok kockázata hosszútávú antidepresszív farmakoterápiában részesülő betegeknél jelentősen, kb. 80 százalékkal csökken (18,65,66,159,160,161). Azonban az antidepresszívumokkal kezelt depressziós betegek között az öngyilkos viselkedés kockázata még mindig magas a nonreszponderek esetében, valamint a kezelés első 10-14 napja során (67,70). Az SSRI-ok csakúgy, mint a szerotonin-noradrenalin valamint a noradrenalin-dopamin visszavétel gátlók nem rendelkeznek szedatív hatással, és egyes esetekben (elsősorban bipoláris depresszióban) agitációt okozhatnak. A szorongás, inszomnia és a pszichotikus jegyek miatt szükség lehet rövid ideig tartó, anxiolítikumokkal, például benzodiazepinekkel, illetve altatókkal és/vagy antipszichotikumokkal történő kiegészítő gyógyszerelésre, addig amíg a nyugtalanság és az agitáció megszűnik és kialakul a kielégítő éjszakai alvás. Komorbid szorongással és téveszmékkel járó depresszió esetében a típusos (neuroleptikumokkal) vagy atípusos antipszichotikumokkal történő kezelés javasolt (65,160). A túladagolás következtében kialakuló intoxikáció kockázatának elkerülése érdekében a gyógyszert kis mennyiségekben kell felírni.

Bár az antidepresszív monoterápia szignifikánsan csökkenti az öngyilkosság kockázatát unipoláris major depressziós betegekben, az antidepresszívumok bipoláris zavarban destabilizálják a hangulatot, így a bipoláris zavar akut, illetve hosszú távú kezelésében igen csekély értékkel bírnak (65,162). A hangulatstabilizáló hatású szer együttadása nélkül végzett antidepresszív monoterápia bipoláris, illetve

bipoláris spektrum zavarban szenvedő betegekben ronthatja a betegség lefolyását nemcsak a rövid- és hosszútávú hangulat-destabilizáció következtében, hanem azáltal is, hogy agitációval járó depresszív kevert állapotot provokálhat, mely állapotban az öngyilkos viselkedés igen gyakori (18,26,65,78,163).

Az újabb eredmények szerint antimániás hatásuk mellett egyes atípusos antipszichotikumok (olanzapin, quetiapin, és aripiprazol) akut antidepresszív és hosszútávú hangulatstabilizáló hatással is rendelkeznek major depresszióban és bipoláris zavarban (164,165). Az atípusos antipszichotikumok (AAP-k) közül jól dokumentált a klozapin szuicid-protektív hatása szkizofréniával élőknél. Ebben a betegcsoportban a szuicidalitás kezelésére az amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hatóság (FDA) jóváhagyásával is rendelkezik a klozapin, míg más AAP-k (olanzapin, kvetiapin, ziprasidon, aripiprazol, asenapin) kapcsán csak előzetes eredmények utalnak ezek szuicidalitást mérséklő hatására mind affektív, mind pszichotikus betegségben szenvedőkben (118,166,167,168).

3.7.1.1. Az antidepresszívumokkal végzett kezelés problémái

Ajánlás9

A 25 évesnél fiatalabb depressziós betegek antidepresszívumokkal való kezelése esetén fokozott óvatosság szükséges, mert ebben a korcsoportban az antidepresszív monoterápia ritkán, de ronthatja a depressziót (118) (erős ajánlás).

Unipoláris major depresszióban végzett antidepresszív monoterápiával kapcsolatos randomizált klinikai vizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy az antidepresszívumok néha szuicid gondolatokat provokálnak vagy fokozzák az öngyilkossági kísérlet kockázatát (18,75,169). Az antidepresszívumok olyan mellékhatásai, mint az inszomnia, szorongás és agitáció, különösen a rejtett vagy nem diagnosztizált bipolaritás esetén szerepet játszhatnak az öngyilkossági kockázat átmeneti fokozódásában az antidepresszív monoterápia kezdetén. Ezeket az adatokat azonban óvatosan kell értelmezni, és nem szabad, hogy ezek arra motiválják a klinikusokat, hogy figyelmen kívül hagyják az antidepresszívumok sokkal gyakrabban észlelhető jótékony hatásait az öngyilkosságra hajlamos unipoláris depressziósok kezelése során (18,160,170). Az empirikus adatok az antidepresszívumok markáns öngyilkosság-csökkentő hatását mutatják, még a legsúlyosabb, „valódi” depressziósok esetében is, amely mellett eltörpül az igen ritkán jelentkező, és megfelelő (hangulatstabilizátorral kombinált) kezeléssel elkerülhető „öngyilkosság-indukáló” potenciáljuk (18,65,160).

3.7.1.2. Antidepresszív farmakoterápia fiataloknál

Az antidepresszívumok igen ritkán megfigyelhető "öngyilkosság-indukáló" hatása összefügg az életkorral, és ennek esélye nagyobb olyan kamaszokban és fiatal felnőttekben, akiknél a major depresszió hátterében meghúzódó bipolaritás és

komorbid személyiségzavarok fennállása, valamint a gyógyszerekre adott terápiás válasz elmaradása jellemző (60,78). Az antidepresszívumok szedése mellett ritkán jelentkező szuicidalitás többnyire a kezelés első két hetében vagy a nonreszpondereknél lép fel és csak kis részben magának a gyógyszerszedésnek a következménye (18,60,67,78,152). Serdülőknél és 25 év alatti felnőtteknél jelentkező major depresszió esetén mindig gondosan mérlegeljük a bipoláris depresszió lehetőségét, hiszen a bipoláris betegség közismerten korai kezdetű és ilyenkor a hangulatstabilizáló nélkül végzett antidepresszív monoterápia többnyire hatástalan, de néha még ronthat is az állapoton (adott esetben akár indirekt módon szuicidiumot okozva) (18,60,65,78,171). A major depresszió szakszerűen végzett antidepresszív farmakoterápiájának öngyilkosságot csökkentő hatása a 25 év alatti korosztályban is messze meghaladja az alkalmazás esetleges előbb emített veszélyeit (18,172). Gyermek és serdülőkori major depresszióban csak a fluoxetin bizonyult szignifikánsan hatékonyabbank a placebónál, ezért az FDA (Food and Drug Administration) és az EMA (European Medicines Agency) csak a fluoxetint javasolja a depresszió kezelésére ebben a korosztályban. Az antidepresszívumok alkalmazása során a mellékhatások folyamatos és hozzáértő monitorozása, valamint a gyógyszerek alkalmazási előírásainak, illetve a régebben forgalomban lévő készítményekkel kapcsolatos új információknak a követése szükséges ebben a korcsoportban is.

3.7.2. Lítium és egyéb hangulatstabilizálók

Randomizált kontrollált és nyílt klinikai vizsgálatokat összesítő tanulmányok szerint a hosszú távú lítiumkezelésben részesülő unipoláris major depresszióban és bipoláris zavarban szenvedő betegek esetében 80-90%-kal csökken mind az öngyilkossági kísérletek, mind a befejezett öngyilkosságok kockázata (65,73,74,173). A lítium kifejezett antiszuicidális hatása annak szerotonerg, illetve antiagresszív hatásaival függ össze (73,174). Rekurrens major depresszió, bipoláris zavar, illetve szkizoaffektív betegség hosszútávú lítium profilaxisa során a korábban legalább egy öngyilkossági kísérletet elkövetett betegek esetében az öngyilkossági kísérletek számának szignifikáns csökkenése volt tapasztalható, de nem csak a kezelésre jól reagálóknál, hanem a részleges reszpondereknél és a nonreszpondereknél is (175). Ennek klinikai jelentősége az, hogy a lítiumra adott terápiás válasz hiánya esetén, ha a betegnél egy vagy több öngyilkossági rizikófaktor áll fenn, ahelyett, hogy a lítiumról egy másik hangulatstabilizálóra váltanánk, a lítium adását folytatni célszerű, és a megfelelő fázisprofilaktikus hatás elérése céljából a lítiumot egy másik hangulatstabilizálóval kell kombinálni. A többi hangulatstabilizáló szer közül a valproát és a karbamazepin szintén rendelkezik antiszuicid hatással, azonban ez némiképp gyengébb, mint a lítiumé (65,173,176,177).

3.7.3. Elektrokonvulzív terápia

Súlyos depresszióban szenvedő betegekben az elektrokonvulzív terápia (ECT) igen hatékony az akut szuicid veszély megszüntetésében. A követéses vizsgálatok kimutatták, hogy ez a kezelés a későbbi öngyilkos viselkedés kockázatát is csökkenti (178). Az ECT-vel kapcsolatos jelenlegi orvosi ajánlások kamaszok esetében alapvetően ugyanazok, mint a felnőttek esetében. Az ECT gyermek- és kamaszkorú betegekben történő alkalmazásával kapcsolatos irodalom (legnagyobbrészt esettanulmányok) áttekintése alapján a javulás aránya 63% volt depresszió, 80% mánia, és 42% szkizofrénia esetében (179). Egyes újabb adatok megerősítették az ECT hatásosságát és biztonságosságát fiatalokban (180), azonban ebben a korcsoportban nem áll rendelkezésre specifikus adat az öngyilkosságot illetően.

Ajánlás10

A szuicidális beteg gyógyszeres és egyéb biológiai terápiája mellett a kognitív viselkedésterápia módszereiről (dialektikus viselkedésterápia és problémamegoldó tréning) igazolt, hogy hatékonyak az öngyilkos magatartás megelőzésében. Mindezeken túlmenően a szupportív pszichoterápia és a társas támogatás a szuicidális betegek rehabilitációjának elengedhetetlen része (117) (erős ajánlás).

3.8. A szuicidium szempontjából veszélyeztetett páciens pszichoterápiás kezelési lehetőségei

A pszichológiai kezelés hatékonyságát öngyilkos viselkedésben számos kutatásban vizsgálták (9,117,118,135,181,182,183,184,185). A módszertani problémák és korlátok ellenére, ha olyan vizsgálatokat veszünk figyelembe, melyekben az öngyilkossági *kísérletek* csökkentését tekintették a kimenetel mutatójának, a kognitív viselkedésterápia (és ezen belül a problémamegoldó tréning) az, amely bizonyítottan hatékonynak bizonyult az öngyilkossági kísérletek ismétlődésének megelőzésében. A problémamegoldó tréning a problémamegoldó készség fejlesztésére kidolgozott, jól felépített, logikus, viszonylag rövid idő alatt elsajátítható, hatékony módszer, amely számos esetben elegendő ahhoz, hogy a páciens elinduljon a megoldások felé (114,117,184,186,187). A legtöbb bizonyíték ugyanakkor a dialektikus viselkedésterápiával (DBT) kapcsolatban áll rendelkezésre mind az öngyilkos viselkedéssel, mind a szándékos önsértéssel kapcsolatban (118,188,189,190).

A háttérben meghúzódó pszichiátriai betegségre, illetve az öngyilkosság témakörére centráló pszichoedukáció elengedhetetlen része a terápiás programnak. További vizsgálatok szükségesek olyan, ígéretesnek tűnő kezeléseket illetően, mint a dialektikus viselkedésterápia, illetve a rövid, otthoni interperszonális pszichoterápia (181,188,191), a család-pszichoterápia (192), fejlődési csoport terápia (185), és pszichodinamikus terápia (182). Ezek a terápiák kiegészítésként alkalmazhatók az öngyilkos betegek farmakológiai kezelése során (9,118). Meg kell jegyezni, hogy függetlenül attól, hogy milyen típusú pszichoterápiára kerül sor, a hatásban olyan közös elemek játszanak szerepet, mint a jól működő terápiás szövetség a beteg és a terapeuta között, a kezelésnek a szakmai ajánlások és protokollok szerinti

megvalósítása, compliance, azonosítható készségek megcélzása, valamint a személyes felelősség hangsúlyozása (187). Ambuláns pszichoterápiás ellátásnál ajánlatos ún. szuicid szerződést kötni, amelynek célja, hogy az egyes pszichoterápiás alkalmak között is tudja a beteg, hova fordulhat, ha krízisállapot alakulna ki (117). Az önbizalom erősítése, segítség és tanácsok keresése nehézségek és fontos döntések esetén, a kommunikációs készségek támogató tanulása egyaránt elősegíthető a betegekkel végzett különféle csoportos tevékenységekkel klinikai vagy közösségi szinten egyaránt. Az osztályos és ambuláns, illetve közösségi ellátások kollaborációja az öngyilkos beteg hétköznapi életbe való, munka és egyéb tevékenységek segítségével történő integrációja terén olyan fontos lépés az öngyilkosság megelőzésében, ami pszichiátriai osztályok és a proaktív pszichiátriai rehabilitáció, valamint a közösségi szintű szociális ellátás együttműködése révén valósítható meg. A krónikus depresszió pszichoterápiás kezelése is kiemelt jelentőségű, mivel a tartósan fennálló depressziós tünetek javulásával a szuicid rizikó is csökkenthető (57).

Csak igen szórványos bizonyítékok állnak rendelkezése az öngyilkosság megelőző beavatkozások hatékonyságával kapcsolatban serdülők és fiatalok esetében. Egy nemrégiben végzett metaanalízis (193) során 15 idevágó vizsgálatot elemeztek, és arra a konklúzióra jutottak, hogy nem lehetséges következtetéseket levonni a különböző beavatkozások hatékonyságát illetően, a számos metodológiai korlát, valamint az eredmények ellentmondásossága miatt. A kognitív viselkedésterápia ígéretesnek tűnt, azonban a metaanalízisben (193) csak egyetlen vizsgálat mutatta ki, hogy hatékony az öngyilkosság csökkentésében fiataloknál. Ugyanakkor mivel a gyermek- és serdülőkori öngyilkosságok esetében is – az egyéb egyéni tényezők mellett – az esetek 90 százalékában nem (vagy nem megfelelően) kezelt pszichiátriai betegség áll a háttérben (33,77), ennek korai felismerése és hatékony kezelése a szükséges, célzott klinikai vizsgálatok által szolgáltatott evidenciák hiánya ellenére is a klinikai tapasztalat által visszaigazolt módon az egyetlen követendő eljárás.

Mivel az öngyilkosságra hajlamos személyek gyakran egzisztenciális krízissel is küszködnek, ilyen esetekben a mindig szükséges szupportív pszichoterápia mellett pszichoszociális támogatás is szükséges. Ha lehetséges, vonjuk be a családot, a barátokat, valamint a páciens számára fontos más személyeket is a kezelési folyamatba, és nyújtsunk részükre emocionális támogatást. A tájékozott beleegyezést követően mobilizáljuk és optimalizáljuk a rendelkezésre álló közösségi forrásokat. E források a krízisközpontokat, a mentális egészségügyi központokat, az S.O.S. lelki elsősegély telefonszolgálatokat és a vallási tanácsadókat jelentik. E szociális beavatkozások célja a beteg támogatása, illetve annak elérése, hogy kitörjön a magányból, társas hálókat találjon, és növelje az élet értelmének érzését (187). Valamennyi öngyilkosságra veszélyeztetett páciens esetében elengedhetetlen a klinikussal való biztonságos, rendszeres kapcsolat, függetlenül attól, hogy az adott klinikus valamely iskolát képviselő pszichoterapeuta, vagy a farmakológiai kezelésben jártas orvos, a pszichiátriai osztályos személyzet egy tagja, vagy egy olyan szociális munkás, akiben a beteg megbízik (9,118,156). Az ilyen kapcsolatnak

teljesen biztonságosnak kell lennie, ami azt jelenti, hogy a terápiás interakció során az öngyilkossági késztetéssel rendelkező betegnek éreznie kell, hogy önmaga lehet, nem szükséges disszimulálnia és olyannak fogadják el, amilyen. Fontos továbbá meghallgatni a beteg kezeléssel kapcsolatos preferenciáit, mivel ez befolyásolja a kezeléssel kapcsolatos compliance-t, legyen az akár farmakológiai, akár pszichológiai. A kezelőszemélyzetnek alapvető és releváns motivációs információt kell nyújtani a bizonyítékokon alapuló kezelésekkel kapcsolatban.

3.9. Az egészségügyi ellátó személyzet képzése, készségeinek fejlesztése

Ajánlás11

A háziorvosok és más egészségügyi szakemberek rendszeres továbbképzése az öngyilkosság megelőzésének bizonyítékon alapuló módszere, főleg ha ezzel párhuzamosan közösségi felvilágosítás, a "kapuőrök" oktatása és a hozzátartozók bevonása is megtörténik (11,118) (erős ajánlás).

A háziorvosok és más egészségügyi dolgozók rendszeres oktatása a depresszió felismerését és kezelését illetően az öngyilkosság megelőzésének egyik legfontosabb, bizonyítékokon alapuló módszere (11,53,118,194,195,196,197,198). A bővülő tudás, a depresszió felismerésének javulása és eredményesebb kezelése pozitív változást eredményez az öngyilkosság és az ezzel kapcsolatos pszichiátriai betegségek iránti attitűdökben és az öngyilkossággal összefüggő tabu és stigma megszüntetésében (96,199). Az úttörő jelentőségű Gotland vizsgálat (53,194), majd az újabb nemzetközi (196,197,200) és hazai (195,198) vizsgálatok az öngyilkossági ráta szignifikáns csökkenését mutatták ki a kontrollrégiókhoz képest, a háziorvosok depresszió és öngyilkosság kezelésével kapcsolatos oktatását követően. Valamennyi pszichiátert és a pszichiátriai ellátásban dolgozó egészségügyi személyzet minden tagját (beleértve a Lelki Elsősegély telefonszolgálatok munkatársait is) rendszeres és folyamatos oktatásban kell részesíteni az újabb ismeretekre, valamint az etikai és jogi aspektusokra fókuszálva (20,118,199). A háziorvosok, illetve az alapellátásban dolgozó egészségügyi személyzet képzése akkor igazán hatékony a szuicid prevenció terén, ha többszintű program kerül megvalósításra. Az European Alliance Against Depression 4 szinten zajló (1/. Háziorvosi személyzet, 2/. Közösségi felvilágosítás, TV, rádió, nyomtatott sajtó, internet, plakátok, szórólapok, stb. 3/. Közösségi "kapuőrök", mint pl. lelki elsősegély telefonszolgálat, tanárok, papok/lelkészek rendőrök, stb, 4/. Önsegítő csoportok, betegszervezetek) sikeres programja a legjobb bizonyítéka ennek (197,198). Az öngyilkosági gondolatokkal küszködők segítséget kaphatnak online formában is (201) bár ez nem helyettesíti a minden esetben kívánatos, szakemberrel való személyes konzultációt. A befejezett öngyilkosság okai, az alkalmazott kezelési és prevenciós tevékenységek hatékonysága az öngyilkosságot követően feltárhatók és tanulságul szolgálhatnak. A részletes és struktúrált retrospektív adatgyűjtés (pszichológiai autopszia) a személyzettől, az öngyilkosságban elhunyt személy közeli rokonaitól, családjától és

barátaitól nyert információgyűjtést jelenti (202,203). Az öngyilkosság hátterében álló pszichiátriai betegségek és az áldozat pszichoszociális helyzetének feltárásán túl az eljárás célja a jövőbeni kezelési és megelőzési tevékenységek szempontjából hasznos tudás bővítése, az egészségügyi ellátásban alkalmazott rutineljárások hatékonyságának javítása, valamint az egészségügyi ellátó személyzet támogatása a beteg öngyilkossága által okozott stressz kezelésében. A klinikusoknak minél korábban, lehetőleg az öngyilkosságot követő első héten kapcsolatba kell lépniük a családdal és emocionális támogatást kell nyújtaniuk a felnőtteknek és gyerekeknek egyaránt, hiszen az öngyilkosok családtagjai egy ilyen tragédia után több okból kifolyólag is veszélyeztetettek. A szuicid prevenció fontos, de elhanyagolt témája a túlélők segítése, hiszen a közvetlen környezetben elkövetett öngyilkosság az egyik legerőteljesebb, nem módosítható kockázati tényező. A családot tájékoztatni kell az öngyilkosságok túlélőinek segítséget nyújtó önsegítő szervezetekről (9,117,148,204,205,206).

A célzott farmakológiai kezelés és a kognitív viselkedésterápia, ezen belül a problémamegoldó tréning és a dialektikus viselkedésterápia az öngyilkossági kockázat csökkentésének bizonyítékon alapuló módszerei. Az egyéb pszichológiai kezelések esetében is ígéretesek a eredmények. A 25 évesnél fiatalabb depressziós betegek antidepresszívumokkal való kezelése esetén fokozott óvatosság szükséges, mert ebben a korcsoportban az antidepresszív monoterápia ritkán, de ronthatja a depressziót. A társas támogatás a szuicidális betegek rehabilitációjának elengedhetetlen része. A háziorvosok és más egészségügyi szakemberek rendszeres továbbképzése az öngyilkosság megelőzésének bizonyítékon alapuló módszere, főleg ha ugyanakkor közösségi felvilágosítás, a "kapuőrök" oktatása és természetesen a hozzátartozók bevonása is megtörténik. A háziorvosokat motiválni kell, hogy lehetőségeik határain belül az összes rizikóbecslési és terápiás eljárással éljenek és szükség esetén kérjék pszichiáter segítségét is. Szintén nagyon lényeges folyamatos képzést nyújtani a háziorvosokon kívül a pszichiáterek és az egészségügyi ellátásban dolgozó egyéb személyek részére a kockázat felmérésével, a kezeléssel, valamint a jogi és etikai szempontokkal kapcsolatban.

4. Öngyilkosság-megelőző stratégiák

A szuicid prevenció természetesen nem merül ki az akut öngyilkossági veszély felismerésében és elhárításában, hiszen az öngyilkosság megelőzése ennél jóval korábban kell, hogy kezdődjön. A rövidtávú szuicid rizikó felismerésén és az öngyilkos magatartás megelőzésén túl a prevenciónak a potenciális szuicidiumok megelőzésére is törekednie kell. Ilyen értelemben megkülönböztetünk 1/ univerzális prevenciót (közösségi felvilágosítás, pszichológiai kultúra emelése, egészségnevelés, iskolai programok), 2/ szelektív prevenciót (nagy rizikójú csoportok, pl. depresszióban szenvedők felismerése és kezelése még az esetleges első szuicid kísérlet előtt) és 3/ indikált prevenciót (akutan szuicidális, illetve öngyilkossági kísérleten átesettek ellátása, hosszútávú kezelése, gondozása)

(3,33,60). A magas rizikójú betegek (pl. depresszióban szenvedők) korai azonosítása, majd adekvát rövid-és hosszútávú kezelése révén a beteg sokszor nem is jut el odáig, hogy halálvágya vagy szuicid szándéka legyen; nevezhetjük ezt akár rejtett szuicid prevenciónak is. Bár az öngyilkosság rendkívül összetett jelenség számos orvosi/biológiai/pszichiátriai, pszichológiai, szociális és kulturális összetevővel, az akutan szuicidális személyeket kizárólag pszichiátriai ellátásba irányítják és a páciens életéért ekkor már kizárólag a pszichiáter és a kezelő személyzet felel. Ugyanakkor ez nem jelenti azt, hogy csak az egészségügyi dolgozók felelősek az öngyilkosság megelőzéséért. A társadalom minden tagjának megvan a maga, több vagy kevesebb, kisebb vagy nagyobb kompetenciával és felelősséggel bíró, rövidebb vagy hosszabb távon eredményt hozó feladata e téren. A szuicidális páciens közvetlen családtagjainak bevonása a rövid- és hosszútávú ellátásban, gondozásban nélkülözhetetlen (118,206). A kormányzati, társadalmi-politikai, vallási és civil szervezetek különböző szinteken és mértékben érintettek ebben a folyamatban. A politikai-társadalmi vezetők feladata az egészségügyi és szociális ellátás megfelelő támogatása, az általános életszínvonal emelése, a munkanélküliség csökkentése, a kevésbé toxikus gyógyszerek/vegyszerek forgalmazása, valamint a szigorúbb fegyver, alkohol, drog-és dohányzás ellenes stratégiák bevezetése, az egyéb potenciálisan halálos öngyilkossági módszerek megvalósíthatóságának korlátozása (pl. magas házak, kilátók, hídak biztonsági korláttal való ellátása; metróállomásokon a szerelvény beérkezése után nyíló biztonsági ajtók elhelyezése); valamint az öngyilkosság témakörének a médiában történő szakszerű megjelenítése. A médiának és a civil szervezeteknek nagy szerepe van abban is, hogy a populációban öngyilkossági gondolatokkal foglalkozók számára bemutassák, hogy van remény a gyógyulásra és, hogy ezt hol érhetik el. Mindezek hozzátartoznak az öngyilkosság prevenció univerzális formájához (3,9,15,20,62,207). A szuicidiumok megfelelő, szakszerű média prezentációját illetően szakmánk kezdeményezésére a Média-és Hírközlési Biztos 2012-ben ajánlást adott ki (208). Az öngyilkosság megelőző stratégiák sémás bemutatása az **5. táblázatban** látható (60).

5. Konklúzió

A jelenleg rendelkezésre álló ismeretanyag és gyakorlati lehetőségek birtokában az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet nagy valószínűséggel előre jelezhető és megfelelő kezeléssel nagy arányban megelőzhető. Mivel az öngyilkosok több, mint a fele, különösen az idősek, az első öngyilkossági kísérlet következtében halnak meg, a megelőző szuicid kísérleteken kívüli öngyilkossági rizikófaktorok feltárása segíthet a szuicid veszély minél korábbi előrejelzésében, akár még az első öngyilkossági cselekmény előtt. Azonban az öngyilkosság nem mindig jelezhető előre, és egyes esetekben, a kezeléssel való rossz compliance következtében nem megelőzhető. A jó kimenetelt meghatározó legfontosabb tényezők a kezelés iránti compliance-t optimalizáló körülmények és az olyan multidiszciplináris csapat létrehozása, mely kompetens a biológiai, pszichológiai és szociális beavatkozások kombinációjának

alkalmazásában. Kétségtelen, hogy még a legszakszerűbb módon eljárva sem lehet minden öngyilkosságot megelőzni. Amennyiben az orvos a tőle elvárható legnagyobb gondossággal, illetve szakértelemmel jár el (vagyis a lehetőségei határán belül, a mai tudásunknak megfelelően mindent megtesz a veszély feltárása, szükség eseténi kezelése, illetve megelőzése érdekében), de a tragédia mégis bekövetkezik, akkor sem jogi, sem lelkiismereti felelősség nem terheli. Az egészségügyi személyzet folyamatos képzése, az ismeretek felülvizsgálata, felfrissítése és kibővítése, valamint megfelelő közösségi kommunikációs aktivitás szükséges az öngyilkosság kezelésével és megelőzésével kapcsolatos stratégiák fokozatos és folyamatos javításához (11,20,26,118,148).

Összefoglalás

Az öngyilkosság a világon mindenütt fontos népegészségügyi probléma, amit az is jelez, hogy a WHO európai régiójában évente közel 120 000 ember vet véget életének.

1. Felismerés és diagnózis: A befejezett öngyilkosságot, illetve öngyilkossági kísérletet elkövetők 90 százalékában a háttérben, többnyire kezeletlen, pszichiátriai zavar húzódik meg, leggyakrabban major depressziós epizód és szerabúzus, sokszor egymással vagy szorongásos betegségekkel, illetve személyiségzavarral együtt. Az öngyilkosság hatékony megelőzése érdekében elengedhetetlen a háttérben álló pszichiátriai betegség megfelelő diagnózisa és akut, valamint hosszútávú kezelése.

2. Ellátás és kezelés: Öngyilkossági krízis esetén azonnal meg kell kezdeni az akut beavatkozást annak érdekében, hogy a beteg életét megóvjuk. A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják a farmakológiai kezelés és a kognitív viselkedésterápia (ezen belül a dialektikus viselkedésterápia és a problémamegoldó tréning) hatékonyságát. Vannak más ígéretes pszichológiai kezelések is, azonban a rendelkezésre álló bizonyítékok ezek esetében jelenleg még nem meggyőzőek. A vizsgálatok eredményei szerint, az antidepresszív és/vagy hangulatstabilizáló kezelés a terápiára jól reagáló depressziós betegekben lényegesen csökkenti az öngyilkosság kockázatát. Azonban az antidepresszívumokkal kezelt depressziósoknál az öngyilkos magatartás esélye a kezelés első 10-14 napja során még gyakran fennáll, ami gondos megfigyelést indokol, és ha kell, a gyógyszerelést anxiolítikummal kell kiegészíteni. Szorongás és inszomnia esetében is javasolt a szorongásoldókkal és altatókkal történő rövidtávú kiegészítő gyógyszerelés. Gyermekeknél és kamaszoknál az antidepresszív farmakoterápia csak szakorvos felügyelete mellett végezhető. A hosszútávú lítium kezelés unipoláris és bipoláris depresszióban szenvedő betegek esetében egyaránt nagyon hatékony az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet megelőzésében, míg a klozapin terápia szkizofréniával élőknél csökkenti markánsan a szuicid magatartást. Előnyben kell részesíteni a pszichiáterből és egyéb szakemberekből, például klinikai szakpszichológusból, szociális munkásból, foglalkozásterapeutából álló multidiszciplináris kezelő teameket, mivel minden esetben javasolt a farmakológiai, pszichológiai és szociális módszerek kombinációja, különösen az ismételt szuicid kísérletet elkövető betegek esetében.

3. Családi és társas támogatás: A szuicidális páciensek családját mindig be kell vonni a kezelésbe. Javasolt még a pszichoszociális terápia és támogatás, mivel az öngyilkosságra hajlamos betegek legnagyobb része problémákkal küzd az

emberközi kapcsolatok, a munkahely és az iskolai környezet terén, valamint jellemző a működő társas hálózatok hiánya.

4. Biztonság: A biztonságos otthoni, nyilvános és kórházi környezet biztosítása, melyben az öngyilkosság eszközei nem, vagy csak korlátozott mértékben hozzáférhetőek, elengedhetetlen az öngyilkosság megelőzésben. Valamennyi kezeléssel kapcsolatos akciót, beleértve az esetleges hospitalizációt, a gyógyszerek felírását és a beteg kórházból történő hazabocsátását (vagy épp ezen lépések elmaradását) kockázatbecslésnek kell megelőznie.

5. A személyzet képzése: A háziorvosok rendszeres képzése a depresszió és szorongásos zavarok felismerésére és kezelésére az öngyilkosság megelőzés hatékony módszere, amely javítja ezen betegségek ellátási színvonalát és az öngyilkossággal szembeni attitűdöt is. Folyamatos, az etikai és jogi kérdések tárgyalását is magában foglaló képzés szükséges a pszichiáterek és más mentális egészségügyi szakemberek számára is.

6. Társadalmi vonatkozások: Nemcsak az egészségügyi dolgozók felelősek az öngyilkosság megelőzéséért. A társadalom minden tagjának megvan a maga, több vagy kevesebb, kisebb vagy nagyobb kompetenciával és felelősséggel bíró, rövidebb vagy hosszabb távon eredményt hozó feladata e téren. A kormányzati, társadalmi-politikai, vallási és civil szervezetek különböző szinteken és mértékben érintettek ebben a folyamatban.

Ellátási folyamat algoritmusa (ábrák)

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Pszichiáter szakorvos: az öngyilkossági veszély felismerése, mértékének felbecslése, gyógyszeres kezelése és egyéb biológiai terápiája, a beteg gondozása, számára pszichoedukáció nyújtása, szükség esetén a páciens pszichiátriai osztályra való utalása/felvétele. Közvetlen veszélyeztető állapotban lévő szuicidális beteg észlelése esetén az azonnali pszichiátriai osztályra történő felvétel megszervezése.

Pszichiáter szakorvosjelölt (rezidens): pszichiáter szakorvos utasítására és felügyelete mellett az öngyilkossági veszély felismerése, mértékének felbecslése, gyógyszeres kezelése és egyéb biológiai terápiája, a beteg gondozása, számára pszichoedukáció nyújtása, szükség esetén a páciens pszichiáter szakorvosnak való referálása, illetve szakorvosi konzultáció igénybevétele. Közvetlen veszélyeztető állapotban lévő szuicidális beteg észlelése esetén az azonnali pszichiátriai osztályra történő felvétel megszervezése.

Pszichoterápiás szakirányú végzettséggel rendelkező orvos vagy pszichológus: az öngyilkossági veszély felismerése, mértékének felbecslése, a beteg pszichoterápiás módszerekkel történő kezelése, pszichoedukáció nyújtása, szükség esetén a páciens pszichiáter szakorvosnak való referálása. Közvetlen veszélyeztető állapotban lévő szuicidális beteg észlelése esetén az azonnali pszichiátriai osztályra történő felvétel megszervezése.

Klinikai szakpszichológus: az öngyilkossági veszély felismerése, pszichoedukáció nyújtása, szükség esetén a páciens pszichiáter szakorvosnak való referálása. Közvetlen veszélyeztető állapotban lévő szuicidális beteg észlelése esetén az azonnali pszichiátriai osztályra történő felvétel megszervezése.

Háziorvos: az öngyilkossági veszély felismerése, szükség esetén a páciens pszichiátriai szakellátás felé irányítása, az öngyilkossági veszély elmúltával pszichiáter szakorvos felügyeletével a páciens gondozása. Közvetlen veszélyeztető állapotban lévő szuicidális beteg észlelése esetén az azonnali pszichiátriai osztályra történő felvétel megszervezése.

Szociális munkás, illetve nővér/ápoló: az öngyilkossági veszély felismerése; pszichoedukáció nyújtása; szükség esetén a páciens pszichiáter szakorvosnak való referálása. Közvetlen veszélyeztető állapotban lévő szuicidális beteg észlelése esetén az azonnali pszichiátriai osztályra történő felvétel megszervezése.

Lelki Elsősegély Telefonszolgálat munkatársa: akut krízis ellátás, a páciensnek pszichiátriai szakellátás felé történő (adott esetben sürgős) irányítása.

2.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A szuicidális beteg mindenképpen pszichiátriai szakellátást – akut szuicid krízis esetén azonnali osztályos felvételt – igényel. A betegnek az osztályról való elbocsátása után, (ha szükséges) a teljes remisszió eléréséig történő további kezelése és gondozása ambuláns feladat, ami történhet az osztályhoz kapcsolódó szakambulancián, pszichiátriai gondozóintézetben, illetve a pszichiáter szakorvos javaslata alapján háziorvossal kooperálva a háziorvosi rendelőben vagy magánrendelőben.

A jogi háttér tekintetében lásd az aktuálisan hatályban lévő Egészségügyi Törvény (Eütv.) idevágó részét (jelenleg ez az 1997. évi CLIV. törvény X. Fejezete, a „Pszichiátriai betegek gyógykezelése és gondozása” címmel) és a 60/2004. (VII. 6.) számú ESzCsM rendeletet.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Annak ellenére, hogy az utóbbi két évtizedben – a médiának is köszönhetően – az öngyilkossággal kapcsolatos információk eljutottak a laikusokhoz és a szomatikus orvosokhoz egyaránt, mégis gyakran fordul elő, hogy a szuicidális páciens nem kér segítséget vagy más okokból kifolyólag nem jut el a megfelelő ellátási szintre. Ez részben függ a páciensek változatos szociális és kulturális körülményeitől. Az öngyilkossági kísérlet nőkben, a befejezett öngyilkosság férfiakban gyakoribb, és összefüggésben lehet az anyagi viszonyokkal, az iskolázottsággal és a kulturális körülményekkel.

1.4. Egyéb feltételek

Az irányelv alkalmazását elősegítő tényező lehet az irányelv minél szélesebb körben való elérhetőségének biztosítása (pl. publikálása önálló formában vagy a gyakorló orvosok által a gyógyszerfelíráshoz gyakran használt – a

gyógyszerek alkalmazási előiratát tartalmazó – zsebkönyvek mellékleteként). Az irányelv alkalmazásának gátló tényezői lehetnek az ország egyes részein közismerten kifejezett mértékűvé vált szakemberhiány, a pszichiátriai betegek és betegségek stigmatizációja és a lakosságban egyre inkább terjedő irracionális gyógyszer- és pszichiátria ellenesség.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

http://ifightdepression.com/hu/index.php?id=6853
http://www.hazipatika.com/betegsegek_a_z/ongyilkossag/147
http://www.sos505.hu/segelykeres
http://www.ongyilkossagmegelozes.hu
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3937447/
https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-11-25

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Ld. jelen irányelv ***3. és 4. táblázatát***

2.3. Táblázatok

Ld. jelen irányelv ***2. ábráját***

2.4. Algoritmusok

2.5. Egyéb dokumentum

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A megfelelő szakmai ellátás indikátorai egyedi és statisztikai szinten ragadhatók meg. **Egyedi szinten** a páciens állapotának javulását különböző pszichiátriai (objektív, tehát a vizsgáló által kitöltött) becslőskálákon, vagy a páciens által megválaszolt ún. önkitöltő (szubjektív) kérdőíveken szokás rögzíteni, de inkább csak a különböző klinikai kutatások, illetve a gyógyszervizsgálatok során. A mindennapi klinikai gyakorlatban ezek a módszerek (részben az időhiány miatt is) nem alkalmasak az ellátás színvonalának objektiválására, már csak azért sem, mert a páciens saját állapotának sommás értékelése, valamint a hozzátartozók megítélése (romlott, változatlan, kicsit javult, sokat javult, teljesen tünetmentes) önmagában a legalkalmasabb és legautentikusabb vélemény. Csak egyedi elemzéssel lehet megállapítani azt is, hogy adekvát-e a terápia a csupán részlegesen vagy egyáltalán nem reagáló betegeknél. **Statisztikailag** megragadható szinten a betegállományban lévők aránya, a betegállomány hossza, a kórházi felvételek aránya (rehospitalizáció 6 hónapon vagy egy éven belül), az adott betegség miatti leszázalékolások aránya, illetve egy megadott időszak alatt a szuicid kísérletek és befejezett szuicidiumok száma jelenthetik a megfelelő indikátorokat.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az irányelv tervezett felülvizsgálata érvényességének lejárta előtt fél évvel kezdődik el. A frissítés megkezdésére a Pszichiátriai Tagozat aktuális irányelvfejlesztő felelőse köteles emlékeztetni a fejlesztő csoport minden tagját, illetve a Tagozat elnökét, aki kijelöli a felülvizsgálatért felelős személyt/eket. A fejlesztőcsoport vezetője (Prof. Dr.

Rihmer Zoltán) folyamatosan követi, hogy az irányelv alapjául szolgáló külföldi szakmai irányelvek/releváns szakirodalmi források, illetve az irányelvben, a betegek ellátásával kapcsolatos jogszabályi háttér frissült-e, és ezek változása esetén a változásokat összegyűjtve prezentálja azokat a fejlesztőcsoportnak, amely konszenzus alapján eldönti, hogy szükséges-e bármilyen mértékű hivatalos változtatás kezdeményezése az érvényességi idő lejárta előtt. (Ide kapcsolódóan jegyezzük meg, hogy természetesen amennyiben a fent említett, az irányelv tartalmát érintő jogszabályi háttér változik, az annak hatályba lépésével – és nem annak a jelen irányelv frissített verziójába való átvezetésével és a frissített irányelv megjelenésével – válik kötelezően alkalmazandóvá minden érintett számára.) A változatás mértékéről a fejlesztőcsoport konszenzus alapján dönt.

IX. IRODALOM

1, Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND et al. (2007a): Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. Suicide Life Threat Behav, 37**:** 248-63.

2, Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND et al. (2007b): Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide Life Threat Behav, 37**:** 264-77.

3, WHO: Preventing suicide: A global imperative. Geneva, 2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

4, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/

5, Hawton K, Harriss L, Hall S et al. (2003a): Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. Psychol Med, 33**:** 987-95.

6, Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME et al. (2000): Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. Alcohol Alcohol, 35**:** 70-5.

7, Bertolote JM., Fleischmann A (2009): A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford, pp.91-98.

8, Klomek AB, Krispin O, Apter A (2009): Suicidal behaviour in children and adolescents in different clinical settings. In: Wasserman D, Wasserman C, Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford, pp: 629-632.

9, Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. (szerk.) (2012): Az öngyilkosság orvosi szemmel. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

10, Rihmer Z, Gonda X, Kapitány B et al. (2013): Suicide in Hungary. Epidemiological and clinical perspectives. Ann Gen Psychiatry, 12: 21.

11, Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. (2005): Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA, 294**:** 2064-74.

12, Bertolote JM, Fleischmann A, Butchart A et al. (2006): Suicide, suicide attempts and pesticides: a major hidden public health problem. Bull World Health Organ, 84**:** 260.

13, Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. (1999): Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychol Med, 29**:**9-17.

14, Ramberg IL, Wasserman D (2000): Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. Psychol Med, 30**:** 1189-96.

15, Fekete S, Osváth P (2005): Suicide studies – from genetics to psychiatry and culture. Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 2005.

16, Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. (2008): Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry, 192**:** 98-105.

17, Szádóczky E, Rihmer Z, Pap Zs et al. (2000): Öngyilkos magatartás a felnőtt lakosság körében strukturált kérdőív adatai alapján. Psychiat Hung, 15: 127-133.

18, Rihmer Z, Akiskal H (2006): Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. J Affect Disord, 94**:** 3-13.

19, Gusmao R, Quintao S, McDaid D et al (2013): Antidepresant utilization and suicide in Europe: An ecological multi-national study. PLoS ONE, 8: e66455.

20, Purebl Gy, Petrea I, Shields L et al. (2016): *Depression, suicide prevention and e-health: situation analysis and recommendations for action.* The Joint Action on Mental Health and Well-being. http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/

21, Kopp M, Szedmák S, Lőke J et al. (1997): A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. Lege Artis Medicinae, 7: 136-144.

22, Osváth P, Vörös V, Fekete S (2004): Life events and psychopathology in a grioup of suicide attempters. Psychopathology, 37: 36-40.

23, Almási K, Belső N, Kapur N et al. (2009): Risk factors for suicide in Hungary: A case-control study. BMC Psychiatry, 9: 45.

24, Rihmer Z, Németh A (2014): A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata - Fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása. Neuropsychopharmacol Hung, 16: 195-204.

25, Eurostat (2013): *http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2013.png*

26, Rihmer Z (2007): Suicide risk in mood disorders. Curr Opin Psychiatry, 20**:** 17-22.

27, Rihmer Z, Döme P (2016): Major Mood Disorders and Suicidal Behavior. In: The International Handbook of Suicide Prevention, Second Edition. Eds.: O'Connor RC; Pirkis J. John Wiley & Sons, Ltd.
pp. 207-214.

28, Suominen K, Henriksson M, Suokas J et al. (1996): Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. Acta Psychiatr Scand, 94**:** 234-40.

29, Lonnqvist J (2009): Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford, pp.275-286.

30, Hawton K, Houston K, Haw C et al. (2003b): Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. Am J Psychiatry, 160**:** 1494-500.

31, Cheng AT, Mann AH, Chan KA (1997): Personality disorder and suicide. A case-control study. Br J Psychiatry, 170**:**441-446.

32, Balazs J, Lecrubier Y, Csiszer N et al. (2003): Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. J Affect Disord, 76**:**113-9.

33, Balázs J, Kapornai K (2012): Öngyilkosság gyermek és serdülőkorban. In: Az öngyilkosság orvosi szemmel (szerk.: Kalmár S., Németh A., Rihmer Z.). Medicina, Budapest, pp. 124-136.

34, Stanley B, Jones J (2009): Risk for suicidal behaviour in personality disorders. In: Wasserman D, Wasserman C, Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp: 287-292.

35, Tidemalm D, Langstrom N, Lichtenstein P et al. (2008): Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. BMJ, 337**:** a2205.

36, Wasserman D (2001b): A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: Wasserman D, Wasserman C, Suicide: an unnecessary death. Martin Dunitz, London, pp.13-27.

37, Wasserman D, Geijer T, Sokolowski M et al. (2007): Nature and nurture in suicidal behavior, the role of genetics: some novel findings concerning personality traits and neural conduction. Physiol Behav, 92**:** 245-9.

38, Mann JJ, Currier DM (2010): Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. Eur Psychiatry, 25**:** 268-71.

39, Pompili M, Innamorati M, Rihmer Z et al. (2012): Cyclothymic-depressive-anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders. J Affect Disord, 136: 405-411.

40, Wasserman D, Sokolowski M, Wasserman J et al. (2009): Neurobiology and the genetics of suicide. In: Wasserman D, Wasserman C, Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford, pp: 165-182.

41, Wasserman D, Terenius L, Wasserman J et al. (2010): The 2009 Nobel conference on the role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population. Mol Psychiatry, 15**:**12-7.

42, Kendler KS (2010): Genetic and environmental pathways to suicidal behavior: reflections of a genetic epidemiologist. Eur Psychiatry, 25**:** 300-3.

43, Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD (1991): Suicide in twins. Arch Gen Psychiatry, 48**:** 29-32.

44, Roy A, Segal NL (2001): Suicidal behavior in twins: a replication. J Affect Disord, 66**:** 71-74.

45, Brent DA, Mann JJ (2005): Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. Am J Med Genet C Semin Med Genet, 133C**:** 13-24.

46, Brent DA, Melhem N (2008): Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am, 31**:**157-77.

47, Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D (2008): Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 43**:** 28-36.

48, Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. (2003): Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science, 301**:**386-389.

49, Karg K, Burmeister M, Shedden K et al. (2011): The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. Arch Gen Psychiatry, 68**:** 444-54.

50, Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S et al. (2009): Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. Biol Psychiatry, 65**:** 556-63.

51, Pompili M, Gonda X, Serafini G et al. (2013): Epidemiology of suicide in bipolar disorders: A selective review of the literature. Bipol Disord, 15: 457-490.

52, Brent D, Melhem N, Turecki G (2010): Pharmacogenomics of suicidal events. Pharmacogenomics, 11**:**793-807.

53, Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H (1995): Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. J Affect Disord, 35: 147-152.

54, Luoma JB, Martin CE, Pearson JL (2002): Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. Am J Psychiatry, 159: 909-916.

55, Chor J, Kang DR, Mood KT et al. (2013): Age and gender differences in medical care utilization prior suicide. J Affect Disord, 146: 181-188.

56, Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C et al. (2014): Health care contacts in the year before suicide death. J Gen Intern Med, 29: 870-877.

57, Jobst A, Brakemeier EL, Buchheim A et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. Eur Psychiatry, 33: 18-36.

58, Appleby L, Shaw J, Amos T et al. (1999): Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. BMJ, 318**:**1235-1239.

59, Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D et al. (2003): Suicide and mental disorders: do we know enough? British Journal of Psychiatry, 183**:** 382-383.

60, Rihmer Z, Fekete S, Gonda X (2015): Öngyilkosság. In.: A Pszichiátria Magyar Kézikönyve, 5. átdolgozott, bővített kiadás (Szerk.: Füredi J. és Németh A), Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2015. pp: 729-739.

61, Roy A, Janal M (2005): Family history of suicide, female sex, and childhood trauma: separate or interacting risk factors for attempts at suicide? Acta Psychiatr Scand, 112**:** 367-371.

62, Fekete S, Osváth P (2012): Szuicidium és tömegkommunikáció – a média szerepe az öngyilkosság megelőzésében. In: Az öngyilkosság orvosi szemmel (szerk.: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z). Medicina, Budapest, pp: 344-353.

63, Hunt IM, Kapur N, Robinson J et al. (2006): Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey. Br J Psychiatry, 188**:** 135-42.

64, Chan MKY, Bhatti H, Meader N et al. (2016): Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and scales. Br J Psychiatry, 209: 277-283.

65, Rihmer Z, Gonda X (2013): Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. Neurosci Biobehav Rev. 37: 2398-2403.

66, Angst F, Stassen HH, Clayton PJ et al. (2002): Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. J Affect Disord, 68**:**167-81.

67, Jick H, Kaye JA, Jick SS (2004): Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. JAMA, 292**:** 338-43.

68, Heila H, Haukka J, Suvisaari J et al. (2005): Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. Psychol Med, 35**:** 725-32.

69, Harris EC, Barraclough B (1997): Suicide as an outcome for mental disorders. Br J Psychiatry, 170**:** 205-208.

70, Simon GE, Savarino J, Operskalski B, et al. (2006): Suicide risk during antidepressant treatment. Am J Psychiatry, 163**:** 41-47.

71, Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Arch Gen Psychiatry, 68**:** 1058-64.

72, Isacsson G, Holmgren P, Druid H et al. (1997): The utilization of antidepressants--a key issue in the prevention of suicide: an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992-1994. Acta Psychiatr Scand, 96**:** 94-100.

73, Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P et al. (2006): Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. Bipolar Disord, 8**:** 625-39.

74, Guzzetta F, Tondo L, Centorrino F et al. (2007): Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. J Clin Psychiatry, 68**:** 380-3.

75, Wang YY, Jiang NZ, Sun HW et al. (2015): Role of depression severity and impulsivity in the relationship betwen hopelessness and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. J Affect Disord, 183: 83-89.

76, Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT et al. (2003): Predictors of mortality in eating disorders. Arch Gen Psychiatry, 60**:** 179-83.

77, Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA (2006): Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry, 47**:** 372-94.

78, Akiskal HS, Benazzi F (2005): Psychopathologic correlates of suicidal ideation in major depressive outpatients: is it all due to unrecognized (bipolar) depressive mixed states? Psychopathology, 38**:** 273-80.

79, Carter TD, Mundo E, Parikh SV et al. (2003): Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. Journal of Psychiatric Research, 37**:** 297-303.

80, Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ (2007): Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. Psychol Med, 37**:** 431-40.

81, Fawcett J (2001):The anxiety disorders, anxiety symptoms and suicide. In: Wasserman, D., Suicide: an unnecessary death. Martin Dunitz, London; pp.59-63.

82, Jamison KR (1999): Night falls fast: understanding suicide. Random House, New York.

83, Fawcett J (1997): The detection and consequences of anxiety in clinical depression. J Clin Psychiatry, 58 Suppl 8**:** 35-40.

84, Litman RE (1987): Mental disorders and suicidal intention. Suicide Life Threat Behav, 17**:** 85-92.

85, Titelman D (2006): Primo Levi's loneliness: psychoanalytic perspectives on suicide-nearness. Psychoanal Q, 75**:** 835-58.

86, Maltsberger JT (2004): The descent into suicide. Int J Psychoanal, 85**:** 653-667.

87, Panagioti M, Gooding P, Tarrier N (2009): Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. Clin Psychol Rev, 29**:** 471-82.

88, Randall JR, Walld R, Finlayson G et al. (2014): Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: a population-based, propensity score-matched analysis. Can J Psychiatry, 59: 531-8.

89, Hawton K, Sutton L, Haw C et al. (2005): Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. Br J Psychiatry, 187**:** 9-20.

90, Robinson J, Harris MG, Harrigan SM et al (2010): Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4 year follow-up study. Schizophr Res, 116**:** 1-8.

91, Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM (2005): The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. Arch Gen Psychiatry, 62**:** 247-53.

92, Fedyszyn IE, Robinson J, Matyas T et al. (2010): Temporal pattern of suicide risk in young individuals with early psychosis. Psychiatry Res, 175**:** 98-103.

93, Inamdar SC, Lewis DO, Siomopoulos G et al. (1982): Violent and suicidal behavior in psychotic adolescents. Am J Psychiatry, 139:932-5.

94, Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ et al. (2000): Mortality in eating disorders: a descriptive study. Int J Eat Disord, 28**:** 20-6.

95, Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA et al. (2009): Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. Am J Psychiatry, 166**:**1342-6.

96, Santa Mina EE, Gallop RM (1998): Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. Can J Psychiatry, 43**:** 793-800.

97, Molnar BE, Berkman LF, Buka SL (2001): Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. Psychol Med, 31**:** 965-77.

98, Nelson EC, Heath AC, Madden PA et al. (2002): Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. Arch Gen Psychiatry, 59**:** 139-145.

99, Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C et al. (2007): Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. Depress Anxiety, 24**:** 268-72.

100, Sarchiapone M, Jaussent I, Roy A et al. (2009): Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior - via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. Eur Psychiatry, 24: 57-62.

101, Wasserman D (2001a): Negative life events (losses, changes, traumas and narcissistic injury) and suicide. In: Wasserman, D., Suicide: an unnecessary death. Martin Dunitz, London, pp.111-117.

102, Bursztein LC, Makinen IH, Apter A et al. (2012): Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 47**:** 241-51.

103, Gould MS, Wallenstein S, Davidson L (1989): Suicide clusters: a critical review. Suicide Life Threat Behav, 19**:** 17-29.

104, Gould MS, Wallenstein S, Kleinman MH et al. (1990): Suicide clusters: an examination of age-specific effects. Am J Public Health, 80**:** 211-2.

105, Taiminen TJ, Kallio-Soukainen K, Nokso-Koivisto H et al. (1998): Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37**:** 211-7.

106, Wasserman D (2001): Suicidal people's experiences of negative life events. In: Wasserman, D., Suicide: an unnecessary death. Martin Dunitz, London; pp.119-124.

107, Reutfors J, Osby U, Ekbom A et al. (2009): Seasonality of suicide in Sweden: relationship with psychiatric disorder. J Affect Disord, 119**:** 59-65.

108, Sebestyén B, Rihmer Z, Bálint L et al. (2010): Gender differences in antidepressant use-related seasonality change in suicide mortality in Hungary, 1998-2006. World J Biol Psychiatry, 11: 579-585.

109, Zonda T, Bozsonyi K, Kmetty Z et al. (2016): The birthday blues: A study of a large Hungarian sample (1970-2002). Omega (Westport), 73: 87-94.

110, Stenager E, Stenager E (2009): Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman, D., Wasserman, C, Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford. pp: 293-299.

111, Breitbart W, Rosenfeld B, Pessiin H et al. (2000): Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA, 284; 2907-2911.

112, Zalsman G, Shoval G: The link between physical disabilities and suicidality in children and adolescents. In: Wasserman D., Wasserman C (2009): Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford. pp: 661-665.

113, Vázquez G, Gonda X, Zaratiegui R et al. (2010): Hyperthymic temperament may protect against suicidal ideation. J Affect Disord, 127: 38-42.

114, Perczel-Forintos D (2012a): A klinikai pszichológus szerepe az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésében és ellátásában In: Kalmár, S., Németh A., és Rihmer, Z.(szerk.): Az öngyilkosság orvosi szemmel. Medicina, Budapest. pp. 319-333.

115, Sokero P, Eerola M, Rytsala H et al. (2006): Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness. J Affect Disord, 95: 95-102.

116, Gearing RE, Lizardi D (2009): Religion and suicide. J Relig Health, 48**:** 332-41.

117, Perczel-Forintos D (2012b): Célzott pszichoterápiák és szuicid prevenció. In: Kalmár, S., Németh A., és Rihmer, Z .(szerk.): Az öngyilkosság orvosi szemmel. Medicina, Budapest. pp. 280-297.

118, Zalsman G, Hawton K, Wasserman D et al. (2016): Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry, 3:646-59.

119, Cook TB (2013): Recent criminal offending and suicide attempts: A national sample. Soc Psychiatry Pychiatr Epidmiol 48: 767-774.

120, Blazsek P, Wernigg R (2015): Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Oriold és Társai, Budapest.

121, Kernberg OF (2001): The suicidal risk in severe personality disorders: differential diagnosis and treatment. J Pers Disord, 15**:** 195-208; discussion 209-15.

122, Maltsberger JT, Buie DH (1974): Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Arch Gen Psychiatry, 30**:** 625-33.

123, Pompili M, Belvedere Murri M et al. (2016a): The commuication of suicide ideations: A meta-analysis. Psychol Med, 46: 2239-2253.

124, Wolk-Wasserman D (1986): Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. Acta Psychiatr Scand, 73**:** 481-99.

125, Wolk-Wasserman D (1987): Some problems connected with the treatment of suicide attempt patients: transference and countertransference aspects. Crisis, 8**:** 69-82.

126, Hendin H (2009): Recognizing a suicide crisis in psychiatric patients. In: Wasserman D, Wasserman C, Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford, pp: 327-331.

127, Carroll R, Thomas KH, Bramley K et al. (2016): Self-cutting and risk of subsequent suicide. J Affect Disord, 192: 8-10.

128, Oquendo MA, Baca-Garcia E, Mann JJ et al. (2008): Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. Am J Psychiatry, 165: 1383-4.

129, American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn) (DSM-5). APA, 2013.

130, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L et al. (2000): Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 55**:** P18-26.

131, Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM et al. (1994): Antisocial behaviour in adolescent suicide. Acta Psychiatr Scand, 89**:**167-73.

132, Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM (2002): Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. J Pers Disord, 16**:** 201-214.

133, Yen S, Pagano ME, Shea MT et al. (2005): Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. J Consult Clin Psychol, 73**:** 99-105.

134, Horesh N, Sever J, Apter A (2003): A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder. Compr Psychiatry, 44**:** 277-83.

135, Hawton K, Arensman E, Townsend E et al. (1998): Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. BMJ, 317**:** 441-7.

136, Heikkinen ME, Henriksson MM, Isometsa ET et al. (1997): Recent life events and suicide in personality disorders. J Nerv Ment Dis, 185**:** 373-81.

137, Horesh N, Nachshoni T, Wolmer L et al. (2009): A comparison of life events in suicidal and nonsuicidal adolescents and young adults with major depression and borderline personality disorder. Compr Psychiatry, 50**:** 496-502.

138, Titelman D, Nilsson A, Estari J et al. (2004): Depression, anxiety, and psychological defense in attempted suicide: a pilot study using PORT. Arch Suicide Res, 8**:** 239-49.

139, MacLeod AK, Tata P, Tyrer P et al. (2004): Personality disorder and future-directed thinking in parasuicide. J Pers Disord, 18**:** 459-466.

140, Lieberman DZ, Resnik HL, Holder-Perkins V (2004): Environmental risk factors in hospital suicide. Suicide Life Threat Behav, 34**:** 448-53.

141, Schneider B, Maurer K, Sargk D et al. (2004): Concordance of DSM-IV Axis I and II diagnoses by personal and informant's interview. Psychiatry Res, 127:121-36.

142, Hamilton M (1960): A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 23**:** 56-62.

143, Beck AT, Weissman A, Lester D et al. (1974): The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale, J Consult Clin Psychol, 42: 861-865.

144, Perczel-Forintos D, Rózsa S, Kopp M (2007): A Beck-féle Reménytelenség Skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív felmérés tükrében. Psychiat Hung , 22: 379-389.

145, Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J (2001): A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. Psychiat Hung, 16: 379-397.

146, Rihmer Z, Torzsa P (2016): A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban. Háziorvos Továbbképző Szemle, 21: 584-589.

147, Torzsa P, Rihmer Z, Gonda X et al. (2009): Family history of suicide: A clinical marker for major depression in primary care practice? J Affect Disord, 117: 202-204.

148, Wasserman D, Wasserman C (2009): Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford.

149, Combs H, Romm S (2007): Psychiatric inpatient suicide: A literature review. Primary Psychiatry, 14: 67-74.

150, Hunt IM, Windfuhr K, Swinson N et al. (2010): Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey. BMC Psychiatry, 10**:**14.

151, Silfverhielm H (2010): Sjalvmord 2006–2008 anmalda enligt lex Maria*.* Socialstyrelsen.

152, Moller HJ (2009): Pharmacological and other biological treatments of suicidal individuals. In: Wasserman D, Wasserman C, Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford, pp: 395-405.

153, Hawton K, Simkin S, Deeks J et al. (2004): UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. BMJ, 329**:** 1076.

154, Engel Z, Mitrani M, Zalsman G (2005): Prevention of suicide in an inpatient adolescent unit by environmental safety modification. Int J Adolesc Med Health, 17**:**309.

155, Morgan HG, Jones EM, Owen JH (1993): Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. Br J Psychiatry, 163**:** 111-2.

156, Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D et al. (2008): Effectiveness of a brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bulletin of the World Health Organization, 86: 703-709.

157, Isacsson G, Holmgren P, Wasserman D et al. (1994): Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden. BMJ, 308**:** 506-509.

158, Uher R (2011): Genes, environment, and individual differences in responding to treatment for depression. Harv Rev Psychiatry, 19**:** 109-24.

159, Yerevanian BI, Koek RJ, Feusner JD et al. (2004): Antidepressants and suicidal behaviour in unipolar depression. Acta Psychiatr Scand, 110**:** 452-8.

160, Moller HJ (2006): Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: a systematic review. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 256**:** 329-43.

161, Gibbons RD, Brown CH, Hur K et al. (2007): Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health Administration data sets. Am J Psychiatry, 164**:** 1044-9.

162, Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY et al. (2004): Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. Am J Psychiatry, 161**:**163-5.

163, El-Mallakh RS, Ghaemi SN, Sagduyu K et al. (2008): Antidepressant-associated chronic irritable dysphoria (ACID) in STEP-BD patients. J Affect Disord, 111**:** 372-7.

164, Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A et al. (2009): Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. Bipolar Disord, 11**:** 225-55.

165, Cutler AJ, Montgomery SA, Feifel D et al. (2009): Extended release quetiapine fumarate monotherapy in major depressive disorder: a placebo- and duloxetine-controlled study. J Clin Psychiatry, 70**:** 526-39.

166, Meltzer HY, Baldessarini RJ (2003): Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. J Clin Psychiatry, 64**:** 1122-9.

167, Tollefson GD, Sanger TM, Lu Y et al. (1998): Depressive signs and symptoms in schizophrenia: a prospective blinded trial of olanzapine and haloperidol. Arch Gen Psychiatry, 55**:** 250-8.

168, Pompili M, Baldessarini RJ, Forte A et al (2016b): Do Atypical Antipsychotics Have Antisuicidal Effects? A Hypothesis-Generating Overview. Int J Mol Sci, 17: 10.

169, Fergusson D, Doucette S, Glass KC et al. (2005): Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ, 330**:** 396.

170, Wasserman D (2011): Depression: the facts*.* Oxford University Press, Oxford.

171, Stone M, Laughren T, Jones ML et al. (2009): Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ, 339**:** b2880.

172, Rihmer Z (2014): Antidepresszívumok és öngyilkosság - Az FDA Black Box Warning visszafelé sült el? (Szerkesztőségi közlemény). Psychiat Hung, 29: 252-256.

173, Tsai C-J, Cheng C, Chou P-H et al. (2016): The rapid suicide protection of mood stabilizers on patients with bipolar disorder: A nationalwide observational cohort study in Taiwan. J Affect Disord, 196: 71-77.

174, Kovacsics CE, Gottesman II, Gould TD (2009): Lithium's antisuicidal efficacy: elucidation of neurobiological targets using endophenotype strategies. Annu Rev Pharmacol Toxicol, 49**:** 175-198.

175, Ahrens B, Muller-Oerlinghausen B (2001): Does lithium exert an independent antisuicidal effect? Pharmacopsychiatry, 34**:** 132-6.

176, Goodwin FK, Fireman B, Simon GE et al. (2003): Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. JAMA, 290**:** 1467-73.

177, Patorno E, Bohn RL, Wahl PM et al. (2010): Anticonvulsant medications and the risk of suicide, attempted suicide, or violent death. JAMA, 303**:** 1401-409.

178, Kennedy SH, Milev R, Giacobbe P et al. (2009): Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies. J Affect Disord, 117 Suppl 1**:** S44-53.

179, Rey JM, Walter G (1997): Half a century of ECT use in young people. Am J Psychiatry, 154**:** 595-602.

180, Bloch Y, Levcovitch Y, Bloch AM et al. (2001): Electroconvulsive therapy in adolescents: similarities to and differences from adults. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40**:** 1332-6.

181, Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K et al. (2001): Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. BMJ, 323**:** 135-138.

182, Hepp U, Wittmann L, Schnyder U et al. (2004): Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. Crisis, 25**:** 108-17.

183, Stanley B, Brodsky B, Nelson JD et al. (2007): Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. Arch Suicide Res, 11**:** 337-41.

184, Stanley B, Brown G, Brent DA et al. (2009): Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 48**:** 1005-13.

185, Wood A, Trainor G, Rothwell J et al. (2001): Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40**:** 1246-53.

186, Beck AT (1993): Cognitive therapy: past, present, and future. J Consult Clin Psychol, 61**:** 194-8.

187, Rudd MD, Williams B, Trotter D (2009): The psychological and behavioural treatment of suicidal behaviour: what are the common elements of treatment that work? In: Wasserman D, Wasserman C, Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford, pp: 427-437.

188, Linehan MM, Comtois KA, Murray AM et al. (2006): Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry, 63**:** 757-66.

189, Gutteling BM, Montagne B, Nijs M et al. (2012): Dialectical behavior therapy: is outpatient group psychotherapy aneffective alternative to individual psychotherapy? Preliminary conclusions. Compr Psychiatry**,** 53: 1161–68.

190, Ward-Ciesielski EF (2013): An open pilot feasibility study of a brief dialectical behavior therapy skills-based intervention for suicidal individuals. Suicide Life Threat Behav, 43: 324–35.

191, Stanley B, Brodsky B (2009): Dialectical behavioural therapy for suicidal individual. In: Wasserman D, Wasserman C, Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford, pp: 421-425.

192, Dunne EJ: Family psychoeducation with suicide attempters. In: Wasserman D, Wasserman C (2009):, Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford, pp. 439-443.

193, Robinson J, Hetrick SE, Martin C (2011): Preventing suicide in young people: systematic review. Aust N Z J Psychiatry, 45**:** 3-26.

194, Rutz W, Walinder J, Eberhard G et al. (1989): An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. Acta Psychiatr Scand, 79**:** 19-26.

195, Szanto K, Kalmar S, Hendin H et al. (2007): A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. Arch Gen Psychiatry, 64**:** 914-20.

196, Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A et al. (2006): The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. Psychol Med, 36**:** 1225-33.

197, Hegerl U, Arensman E, Aromaa E et al. (2011): Improving the care of depressed patients and preventing suicides – The European Alliance Against Depression. German Med J, 11: 74–78.

198, Székely A, Konkoly-Tege B, Mergl R et al. (2013): How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). PLoS One, 8: e75081.

199, Ramberg IL, Wasserman D (2004): Benefits of implementing an academic training of trainers program to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients. Arch Suicide Res, 8**:** 331-43.

200, Roskar S, Podlesek A, Zorko M et al. (2010): Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow-up study. Croat Med J, 51**:** 237-42.

201, van Spijker BA, van Straten A, Kerkhof AJ (2014): Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: results of a randomised controlled trial. PLoS One, 9:e90118.

202, Pouliot L, De Leo D (2006): Critical issues in psychological autopsy studies. Suicide Life Threat Behav, 36**:** 491-510.

203, Beskow J, Runeson B, Asgard U (1990): Psychological autopsies: methods and ethics. Suicide Life Threat Behav, 20**:** 307-23.

204, Andriessen K. The role of volunteer organizations in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C (2009): Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a Global Perspective Oxford University Press, Oxford.

205, Grad OT (2009): Therapists as survivors of suicide loss. In: Wasserman D, Wasserman C, Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford, pp: 609-613.

206, Oriold K (2016): Advocacy organizations. In: Courtet P, Understanding suicide. From diagnosis to personalized treatment. Springer, Heidelberg, pp: 349-357.

207, Pirkis J, Too LS, Spittal MJ et al. (2015): Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry, 2:994-1001.

208, Média és Hírközlési Biztos, (2012): A média-és hírközlési biztos ajánlása az öngyilkosságról szóló tudósításokhoz. http://mediaeshirkozlesibiztos.hu/dokumentum/1364/vegleges_ajanlas.pdf

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

(A kapcsolódó dokumentumokat csatolni szükséges a tervezethez.)

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium Pszichiátriai Tagozata 2016 februárjában felkérte Prof. Dr. Rihmer Zoltánt, a depresszió és szuicidium szakértőjét a felnőttkori öngyilkos magatartásról szóló hazai irányelv megírásának koordinálására, társszerzők fekérésére ill. velük együtt az irányelv elkészítésére. Prof. Dr. Rihmer Zoltán a szuicidiummal kapcsolatos szakirodalmat közel 30 éve rendszeresen figyeli, gyűjti, e témában számos sját kutatást végzett és közel 300 közleményt illetve öszefoglaló cikket, tankönyv-fejezetet stb. publikált e témában. A fejlesztőcsoport koordinátorán kívül a csoport többi tagja is folyamatosan figyelemel kísérte a szakirodalmat és a célzott irodalomkutatáshoz a PubMed adatbázist is használták. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/). Az irányelvfejlesztő munkacsoport tagjai mindezen tudásanyag birtokában határozták el az Európai Pszichiátriai Társaság 2012-ben kiadott öngyilkossággal kapcolatos irányelvének hazai adaptációját. A fejlesztőcsoport által készített irányelv tervezetek az OBDK (Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ) szakértőihez kerültek benyújtásra módszertani értékelés céljából.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irányelvfejlesztés kiindulási alapját a hazai előzményirányelv képezte, illetve további meghatározó eleme volt a szisztematikus szakirodalom-keresés, szelekció és elemzés, különös tekintettel, a 2000 év óta megjelent tudományos bizonyítékokra.
Az irodalomkeresés a Magyar Orvosi Bibliográfia, a PubMed adatbázisban fellelhető, az utóbbi 30 év - nyilvántartott publikációi, közleményei alapján történt. A keresés az alábbi kereső szavak (és ezek magyar megfelelője), valamint ezek kombinációjának segítségével valósult meg.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix"), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyíték-háttér alapján történt.
Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok hazai ellátókörnyezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre.

5. Véleményezés módszere

Az irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, a kapcsolattartó megküldte a dokumentumot a korábban véleményezési jogot kérő és a fejlesztőcsoport véleményezői felkérését elfogadó Szakmai Tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával.

6. Független szakértői véleményezés módszere

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

1.2.Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. Életkorra standardizált öngyilkossági ráták 100 000 főre vetítve az európai térségben a 2012-es WHO mortalitási adatok alapján (3)Cím

1.3. Táblázatok

1. Táblázat: Életkorra standardizált öngyilkossági ráták 100 000 főre vetítve az európai térségben a 2012-es WHO mortalitási adatok alapján (3)

Ország	férfiak	nők	Összes	Év
Albánia	6.6	5.2	5.9	2012
Andorra	-	-	-	-
Ausztria	18.2	5.4	11.5	2012
Azerbajdzsán	2.4	1.0	1.7	2012
Belorusszia	32.7	6.4	18.3	2012
Belgium	21.0	7.7	14.2	2012
Bosznia -Hercegovina	18.0	4.1	10.8	2012
Bulgária	16.6	5.3	10.8	2012
Ciprus	7.7	1.5	4.7	2012
Cseh Köztársaság	21.5	3.9	12.5	2012
Dánia	13.6	4.1	8.8	2012
Egyesült Királyság	9.8	2.6	6.2	2012
Görögország	6.3	1.3	3.8	2012
Hollandia	11.7	4.8	8.2	2012
Horvátország	19.8	4.5	11.6	2012
Izland	21.0	6.7	14.0	2012
Izrael	9.8	2.3	5.9	2012
Írország	16.9	5.2	11.0	2012
Kazahsztán	40.6	9.3	23.8	2012
Kirgizisztán	14.2	4.5	9.2	2012
Lengyelország	30.5	3.8	16.6	2012
Lettország	30.7	4.3	16.2	2012
Litvánia	51.0	8.4	28.2	2012
Luxemburg	13.0	4.4	8.7	2012

Macedónia	7.3	3.2	5.2	2012
Magyarország	32.4	7.4	19.1	2012
Málta	11.1	0.7	6.0	2012
Moldávia	24.1	4.8	13.7	2012
Németország	14.5	4.1	9.2	2012
Norvégia	13.0	5.2	9.1	2012
Olaszország	7.6	1.9	4.7	2012
Oroszország	35.1	6.2	19.5	2012
Örményország	5.0	0.9	2.9	2012
Portugália	13.6	3.5	8.2	2012
Románia	18.4	2.9	10.5	2012
San Marino	-	-	-	2012
Spanyolország	8.2	2.2	5.1	2012
Svájc	13.6	5.1	9.2	2012
Svédország	16.2	6.1	11.1	2012
Szerbia	19.9	5.8	12.4	2012
Szlovákia	18.5	2.5	10.1	2012
Szlovénia	20.8	4.4	12.4	2012
Tadzsikisztán	-	-	-	-
Törökország	11.8	4.2	7.9	2012
Türkmenisztán	-	-	-	-
Ukrajna	30.3	5.3	16.8	2012
Üzbegisztán	13.2	4.1	8.5	2012

2. Táblázat: A klinikailag feltárható öngyilkossági rizikófaktorok hierarchikus osztályozása (26,60)

I. Elsődleges (pszichiátriai) rizikófaktorok

- Jelenleg fennálló pszichiátriai betegség
  - Affektív betegségek
    - – bipoláris II > bipoláris I ≥ unipoláris major depresszió
      - agitált/kevert depresszió,
      - súlyos depresszió, reménytelenség, inszomnia
      - komorbid alkohol/drog, illetve szorongásos betegség
      - ciklotím/irritábilis/depresszív temperamentum
      - impulzív/agresszív/pesszimista személyiségvonások
      - komorbid személyiségzavar
    - – mánia (diszfóriás/kevert tünettan)
  - Szkizofrénia
  - Alkohol/gyógyszer abúzus (dependencia)
- Megelőző öngyilkossági kísérlet (tartósan fennálló öngyilkossági gondolatok)
- Szuicidium az első-és másodfokú rokonok között
- Az öngyilkossági szándék/halálvágy kommunikációja (direkt és indirekt jelzések)

II. Másodlagos (pszichoszociális) rizikófaktorok

- Kora gyermekkori negatív események (fizikai/szexuális abúzus, szülő halála, válás stb.)
- Izoláció
- Súlyos testi betegség
- Munkanélküliség, komoly anyagi problémák
- Súlyos akut negatív életesemények (akut stresszorok)
- Dohányzás

- Halálos módszerek könnyű elérhetősége (lőfegyver, magas ház, stb)

III. Harmadlagos (demográfiai) rizikófaktorok

- Férfi nem
- Adoleszcens (serdülő-) kor (fiúk), idős kor (mindkét nem)
- Sérülékeny csoportok (öngyilkosok hozzátartozói, homoszexuális, biszexuális és transzszexuális személyek, erőszak áldozatai, bevándorlók, etnikai kisebbségek, rabok, stb.)

Vulnerábilis periódusok (tavasz/kora nyár, premenstruum, születésnap)

3. Táblázat: Az önkitöltő Beck féle Rövid Reménytelenség Skála (143)

A kérdőív négy állítást tartalmaz. Kérjük, gondosan olvassa el mindegyiket, és az alábbi skála alapján írjon mindegyik mellé egy számot, mennyire volt jellemző Önre az állítás az elmúlt héten, a mai napot is beleértve: 0 = egyáltalán nem igaz, 1 = részben igaz, 2 = nagymértékben igaz, 3 = teljes mértékben igaz.

1____ Sötéten látom a jövőmet.
2____ Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.
3____ Fölösleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.
4____ Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni.

Értékelés: 6 pont vagy több: az öngyilkossági veszély valószínű,
9 pont vagy több: az öngyilkossági veszély nagyon valószínű.
Mindkét esetben pszichiátriai konzilium vagy psichiáterhez való irányítás szükséges.

4. táblázat. Az önkitöltő rövid Beck Depresszió Kérdőív (145)

Kérjük, értékelje az alábbi állításokat önmagára vonatkoztatva az alábbiak szerint!
1 = Egyáltalán nem jellemző, 2 = Alig jellemző, 3 = Jellemző, 4 = Teljesen jellemző

1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.
   1 2 3 4
2. Semmiben nem tudok dönteni többé.
   1 2 3 4
3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.
   1 2 3 4
4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.
   1 2 3 4
5. Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.
   1 2 3 4
6. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.
   1 2 3 4
7. Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.
   1 2 3 4
8. Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok.
   1 2 3 4
9. Állandóan hibáztatom magam.
   1 2 3 4

Kiértékelés: 9-13 pont = nincs depresszió,
14-18 pont = enyhe depressziós tünetek,
19-24 = középsúlyos depressziós tünetek,
25 pont vagy több = súlyos depressziós tünetek.

5. Táblázat: Az öngyilkosság megelőzés stratégiái (60)

1/ Az egészségügyi ellátás kompetenciája és felelőssége

a/ Beteg-orientált perspektíva

- Aktuális szuicid gondolat vagy szuicid szándék jelenléte, szuicid kísérleten átesett páciens (*indikált prevenció*)
- Magas rizikójú, még nem szuicidális betegcsoportok, pl. depresszió, bipoláris betegség (*szelektív prevenció*)

b/ Közösség-orientált perspektíva (univerzális prevenció)

- S.O.S. Lelki Elsősegély telefon és krízis szolgálatok
- Iskolai alkohol, drog és öngyilkosság megelőző programok
- Közösségi felvilágosítás a mentális betegségekről és a segélykérés lehetőségeiről
- Az öngyilkosság problémájának megfelelő kezelése a médiában (rádió, televízió, nyomtatott és elektronikus sajtó, internet)
- Civil szervezetek, önsegítő csoportok aktivitása

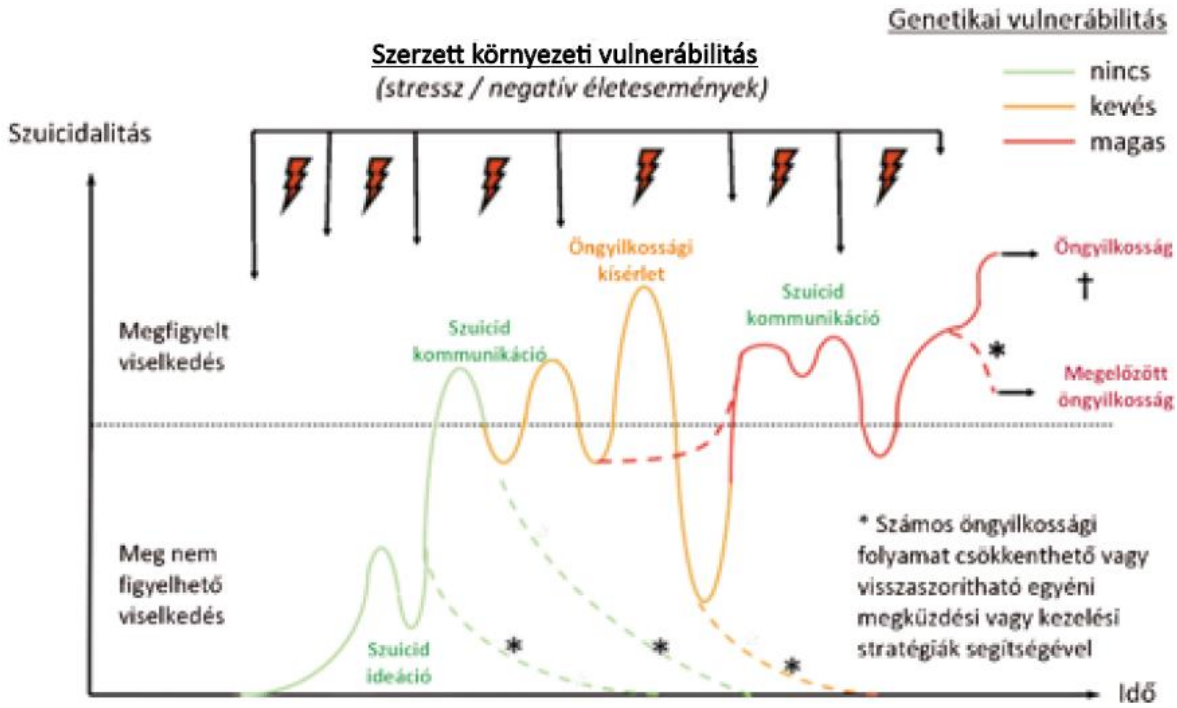
2/. A társadalmi, közösségi vezetők, illetve a média kompetenciája és felelőssége

- Életszínvonal javítása, munkanélküliség csökkentése
- Egészségügyi és szociális ellátás, illetve a szuicid prevenciós programok megfelelő támogatása
- Megfelelő fegyverviselési, alkohol, drog, illetve dohányzás ellenes intézkedések
- A potenciálisan halálos öngyilkossági módszerek elérhetőségének korlátozása
- Az öngyilkosság témájának a médiában történő szakszerű megjelenítése

1.4. Algoritmusok

1.5. Egyéb dokumentumok

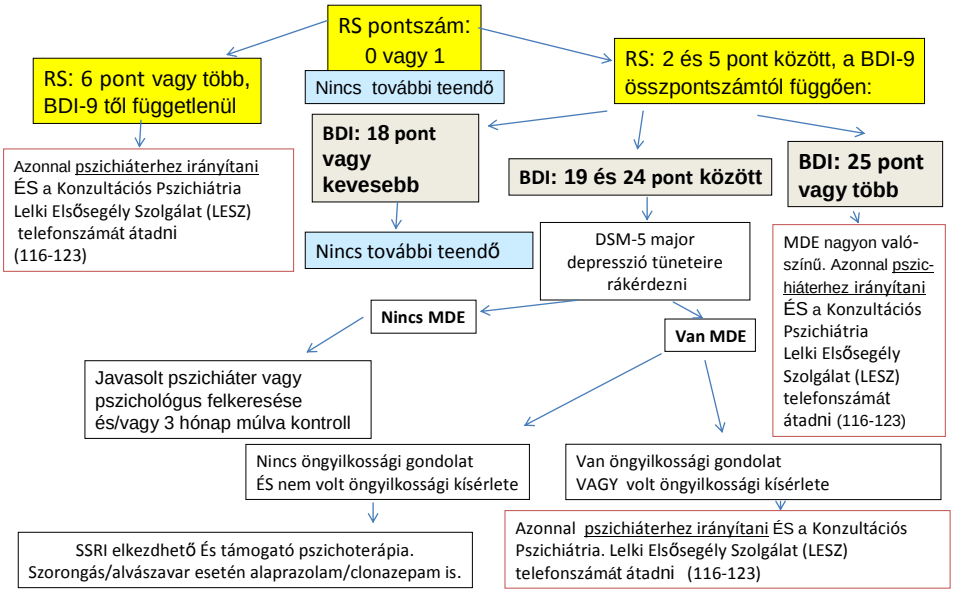
1. Ábra: Az öngyilkosság folyamata és kialakulása az egyéni vulnerabilitás talaján (148)



3. ábra Az öngyilkossági veszély megállapításának folyamata a háziorvosi gyakorlatban (146)

A depresszió és szuicid veszély szűrése és kezelése a családorvosi praxisban (Rihmer és Torzsa, 2016)

Rövid Beck Reménytelenség Skála (RS - 4 kérdés) és a Rövid Beck Depresszió Kérdőív (BDI - 9 kérdés) kitöltése (MDE = major depressziós epizód)



4.