

A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése*

* Egészségügyi szakmai irányelv – nem végleges, rövidített, kivonatos változata. A végleges, hivatalos verzió várhatóan az Eü. Közlöny 2017-es évfolyamában jelenik meg.

RIHMER ZOLTÁN^{1,2}, NÉMETH ATTILA², KURIMAY TAMÁS³, PERCZEL-FORINTOS DÓRA¹,
PUREBL GYÖRGY¹, DÖME PÉTER^{1,2}

¹ Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest

² Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

³ Szt. János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

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 anxiolitikummal 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 klopazin terápia szkizofréniával élőknel 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.

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 sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól, indokolt esetben, dokumentáltan, el lehet térni.

HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör: *felnőttkori* öngyilkos magatartás. Mivel a jelen irányelv a felnőttkori szuicid magatartásról szól, ezért az itt leírtak mind a felismerést, mind az ellátást illetően nem vonatkoztathatók maradéktalanul a gyermek- és ifjúkori szuicid cselekményekre. Az irányelv tehát ezen 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. **Érintett ellátottak köre:** öngyilkossági gondolatokkal/szándékkal foglalkozók, illetve öngyilkossági kísérletet elkövető felnőtt személyek. **Érintett ellátók köre:** pszichiátria, pszichiátriai rehabilitáció, pszichoterápia (orvos), klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia, pszichoterápia (klinikai szakpszichológus), háziorvosi ellátás. **Ellátási forma:**

alapellátás, alapellátás ügyeleti ellátás, járóbeteg-szakellátás szakrendelés, járóbeteg-szakellátás jellemzően terápiás beavatkozást végző szakellátás, fekvőbeteg-szakellátás aktív fekvőbeteg-ellátás.

„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.

BIZONYÍTÉKOK SZINTJEI ÉS AZ AJÁNLÁSOK RANGSOROLÁSA

1. Bizonyítékok szintjei

Az Európai Pszichiátriai Társaság öngyilkossággal kapcsolatos irányelvében – és így ennek jelen hazai adaptációjában – a különböző ajánlások mellett nem található meg sem ezen ajánlások „erősségi” szintjei, sem a hozzájuk tartozó evidencia kategóriák. Ennek az az oka, hogy az öngyilkosság kutatásában etikai okokból nem végezhető 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 megfogalmazásából mindenütt egyértelműen kiderül, hogy melyek azok a legerősebb és követhető diagnosztikus és terápiás ajánlások, amelyek szakmai minimumnak tekinthetők és amelyekről 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.

2. Az ajánlások rangsorolása

A meghatározó ajánlásokat erős vagy feltételes kategóriákba szokták sorolni. **Erős ajánlás:** a fejlesztőcsoport a bizonyítékon alapuló orvoslás elveit követő meg-

győződése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök *egyértelműen* meghaladják 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 eltekintve – 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 irányelvekéénél, 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.

BEVEZETÉS

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.

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.

Az öngyilkos magatartás szinte mindig a háttérben meghúzódó, többnyire kezeletlen pszichiátriai zavarral függ össze. Az öngyilkosságot elkövetőknek mintegy a fele keres fel valamilyen egészségügyi ellátóhelyet kevéssel a tett előtt, de a háttérben lévő pszichiátriai betegséget az egészségügyi személyzet gyakran nem ismeri fel. A hangulatzavarok *korai* felismerésének jelentőségét alátámasztja az a tény, hogy a hangulatzavarok jelentkezése utáni első néhány hónapban a szuicid veszély nagyon magas. A kezelésben lévő betegek által ritkán elkövetett öngyilkosság kockázata a pszichiátriai osztályról való elbocsátást követő három hónapon belül magas, és az ilyen öngyilkosságok leggyakrabban a kórház elhagyását követő első hét során történnek. Ugyancsak fontos az osztályos felvételre kerülő súlyos pszichiátriai betegek szoros monitorozása a felvételt követő napokban.

AJÁNLÁSOK

1. Az öngyilkosság kockázati tényezői

Ajánlás 1

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) (1,2,6).

Ajánlás 2

A befejezett öngyilkosságok háttérében 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) (1,7,8).

Ajánlás 3

Öngyilkosság szempontjából kiemelt rizikó csoportot jelentenek a komorbid depresszióban, szerfüggőségben és/vagy szorongásos zavarban szenvedő betegek, főleg ha aktuálisan negatív életesemények is jelen vannak (erős ajánlás) (2,4,11).

Ajánlás 4

Szkizofréniával élőkben, akárcsak hangulatzavarban, szorongásos és szerhasználatl 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) (3,11).

Ajánlás 5

Az idős emberek relatíve gyakrabban követnek el öngyilkosságot, és ennek háttérében a depresszió mellett gyakran az életminőséget jelentősen rontó, krónikus lefolyású szomatikus betegségek állnak (erős ajánlás) (6,12).

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

- 2.1. Halálvágy, szuicid szándék, szuicid kommunikáció
- 2.2. Öngyilkos magatartás az egyéni és családi kórtörténetben
- 2.3. A háttérben meghúzódó pszichiátriai betegségek, illetve személyiségzavarok
- 2.4. Szomatikus betegségek
- 2.5. Pszicho-szociális tényezők
- 2.6. Protektív faktorok

Ajánlás 6

Pszichiátriai betegeknél vagy súlyos pszicho-szociális krízisben lévőknél folyamatosan figyelemmel kell lenni az esetleges öngyilkossági készletésre; az akut vagy hosszútávú szuicid veszély az öngyilkossági rizikófak-

1. táblázat A klinikailag feltárható öngyilkossági rizikófaktorok hierarchikus osztályozása (Rihmer, 2007; Rihmer et al., 2015)

<p>I. Elsődleges (pszichiátriai) rizikófaktorok</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelenleg fennálló pszichiátriai betegség <ul style="list-style-type: none"> • AFFEKTÍV BETEGSÉGEK <ul style="list-style-type: none"> • <i>bipoláris II > bipoláris I ≥ unipoláris major depresszió</i> <ul style="list-style-type: none"> • agitált/kevert depresszió • súlyos depresszió, reménytelenség, inszomnia • komorbid alkohol/drog, illetve szorongásos betegség • ciklotím/irritábilis/depresszív temperamentum • impulzív/agresszív/pesszimista személyiségvonások • komorbid személyiségzavar • <i>mánia (diszfóriás/kevert tünettan)</i> • SZKIZOFRÉNYA • 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)
<p>II. Másodlagos (pszichoszociális) rizikófaktorok</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)
<p>III. Harmadlagos (demográfiai) rizikófaktorok</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)

torok (1. táblázat) átfogó értékelésével nagy valószínűséggel előrejelezhető (erős ajánlás) (1,2,3).

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 magatartás 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 céltartóan 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

Ajánlás 7

Az akut öngyilkossági krízisben a legfontosabb a beteg biztonságának a biztosítása. 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 kezelendők. Az akut krízis lezajlása után hosszútávú kezelés, illetve gondozás szükséges (erős ajánlás) (6,10,15).

Az akut öngyilkossági krízisben lévő betegnél azonnal ki kell vizsgálni és kezelni kell az aktuális pszichiátriai állapotot, mint a depresszió, szoron-

gás, 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.

Ajánlás 8

Az öngyilkossági késztetés hátterében álló pszichiátriai betegség célzott farmakológiai, illetve egyéb biológiai terápiája az öngyilkossági kockázat csökkentésének bizonyítékokon alapuló, nélkülözhetetlen módszere (erős ajánlás) (2,7,16).

Ajánlás 9

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 (erős ajánlás) (7,9).

Ajánlás 10

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. Mindezekben túlmenően a szupportív pszichoterápia és a társas támogatás a szuicidális betegek rehabilitációjának elengedhetetlen része (erős ajánlás) (13,17).

Ajánlás 11

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 (erős ajánlás) (1,14,18).

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. Konklúzió

A jelenleg rendelkezésre álló ismeretanyag és gyakorlati lehetőségek birtokában az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet nagy valószínűséggel előre jelezhető és megfelelő kezeléssel nagy valószínűséggel 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 határain belül, a mai tudásunknak megfelelően mindent megtesz a veszély feltárása, szükség esetén 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.

Jelen munka az Európai Pszichiátriai Társaság „Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, Zalsman G, Zemishlany Z, Carli V; *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*” címmel, 2012-ben, a *European Psychiatry* 27. kötetében (pp: 129-141) megjelent irányelve hazai adaptációjának rövidített változata. Az említett európai irányelv magyar fordítása, ugyancsak 2012-ben, a *Neuropsychopharmacologia Hungarica*-ban (14. kötet; 113-136. oldal) jelent meg.

IRODALOM

- Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. (2005): Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294: 2064-2074.
- Rihmer Z (2007): Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20: 17-22.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Rihmer Z, Gonda X (2013): Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 37: 2398-2403.
- Harris EC, Barraclough B (1997): Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psychiatry*, 170: 205-208.
- 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: 273-280.
- Fawcett J (2001): The anxiety disorders, anxiety symptoms and suicide. In: Wasserman, D., *Suicide: an unnecessary death*. Martin Dunitz, London; pp.59-63.
- 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: 531-538.
- 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.
- Perczel-Forintos D (2012): Célzott pszichoterápiák és szuicid prevenció. In: Kalmár, S., Németh A., és Rihmer, Z. (szerk.): *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Medicina, Budapest. pp. 280-297.
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D et al. (2016): Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3:646-659.
- 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.
- Tsai C-J, Cheng C, Chou P-H et al. (2016): The rapid suicide protection of mood stabilizers on patients with bipolar disorder: A nationwide observational cohort study in Taiwan. *J Affect Disord*, 196: 71-77.
- 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: 757-766.
- 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.