

A szuicid prevenció és intervenció bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás lehetőségei

VADON NIKOLETT BEÁTA^{1,2}, RAFFAELLA CALATI³, GONDA XÉNIA²

¹ *Semmelweis Egyetem ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék*

² *Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika*

³ *Department of Adult Psychiatry, Nîmes University Hospital, Nîmes, France*

A szuicid prevencióban számos alternatíva kínálkozik a különböző pszichoterápiás intervenciók által, melyek hatékonynak bizonyulnak, különösképpen, ha az adott betegpopuláció ismérveire, a környezeti feltételekhez és adott keretekhez illesztve történik azok megválasztása. Cikkünkben a szuicid prevenció és intervenció pszichoterápiás kezelésének lehetőségeit igyekeztünk bemutatni a teljesség igénye nélkül, illetve azok rövid ismertetőjét, indikált alkalmazási területeit. A tanulmány az alábbi beavatkozásokat tárgyalja: Kognitív viselkedésterápia a szuicid prevencióban (CBT-SP), Kognitív terápia a szuicid prevencióban (CT-SP), Rövid kognitív viselkedésterápia a szuicid prevencióban (BCBT), Problémamegoldó tréning, Probléma-adaptációs terápia (PATH), Dialektikus viselkedésterápia (DBT), Sématerápia, Mindfulness-alapú (tudatos jelenlét alapú) kognitív terápia (MBCT), Mindfulness-alapú stresszcsökkentés (MBSR), Elfogadás és Elköteleződés Terápia (ACT), Mentalizáció alapú terápia (MBT), Interperszonális pszichoterápia (IPT), Áttétel fókuszú pszichoterápia (TFP), Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS), Teachable Moment Brief Intervention (TMBI), Motivációs interjú, és Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP), illetve egyéb internet alapú intervenciók lehetőségei. Az egyes módszerek hatékonysága eltérhet, azonban az ismertetett módszerek az öngyilkos viselkedés létrejöttében szerepet játszó kognitív folyamatokat, a problémamegoldási képességeket és az érzelmenyregulációt célozzák, és hatékonyságukat klinikai vizsgálatok támasztják alá, így mindenképpen javasolható alkalmazásuk e sérülékeny és veszélyeztetett páciensek esetében. Fontos szem előtt tartani használatuk fontosságát, ezáltal is a szuicid páciensek komplex ellátására törekedve és megtalálva az adott beteg vagy betegpopuláció tulajdonságaihoz igazítva a leoptimalisabb intervenciót.

(Neuropsychopharmacol Hung 2022; 24(4): 170–179)

Kulcsszavak: szuicid prevenció, öngyilkos magatartás, pszichoterápia, intervenció, prevenció, ASSIP, CAMS

BEVEZETÉS

Az öngyilkosság továbbra is a vezető halálokok egyike világszerte (WHO, 2021). A WHO 2019-es adatai szerint minden 100 halálesetből több mint egy (1,3%) befejezett öngyilkosság következménye volt (WHO, 2021). Az öngyilkos magatartás a halál vágyát, a szuicid gondolatokat és a befejezett öngyilkosságot jelenti (Balázs & Korponai, 2012).

Az országok szuicidprevencióban való előrelépésében a hiteles és könnyen befogadható pszichoeducációnak, valamint a tabuk ledöntésének és az antistigmatizációnak jelentős szerep jut. A stigmatizáció, különösen a mentális zavarok és az öngyilkosság esetében, azzal jár, hogy azok, akik saját életük kioltására gondolnak, vagy öngyilkosságot kíséreltek meg nem kérnek segítséget a fokozott szégyenérzet és a negatív megítéléstől való félelem miatt. Csupán néhány ország vette fel az öngyilkosság megelőzését egészségügyi prioritásai közé, és csak 38 ország számol be arról, hogy nemzeti szuicid prevenció stratégiaival rendelkezik, mivel világszerte igen sok társadalomban tabusított az öngyilkos magatartás nyílt megvitatása (WHO, 2022).

A szuicid prevenció és intervenció esetében számos módszert találhatunk, vitathatjuk azok hatékonyságát, alkalmazhatóságát a klinikai munkában, betegellátásban. Egy fontos szempontot azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy öngyilkossági gesztust vagy kísérletet követően valamilyen beavatkozás mindenképpen szükséges, hiszen a megelőző szuicid kísérlet az öngyilkossági veszély legfontosabb előrejelzője (Tringer, 2019). Emellett az öngyilkossági kísérlet a későbbi befejezett öngyilkosság veszélyén túl a páciens súlyos lelki szenvedését is tükrözi. Így elengedhetetlen, hogy a páciensek részesüljenek valamilyen pszichoterápiás intervencióban, amely specifikusan a szuicid prevenciót és intervenciót célozza.

Az általános pszichiátriai ellátásban napjainkban is elsősorban a páciensek gyógyszeres, illetve általános pszichés szupportív terápiája történik. Ugyanakkor számos kifejezetten öngyilkossági kísérletet elkövető, és a további öngyilkos viselkedések kockázatát csökkentő módszert dolgoztak ki, melyek rövidek, konkrét, jól körvonalazott technikákon és protokollokon alapulnak, és melyek közül sokak hatékonyságát klinikai vizsgálatok is alátámasztják. Azonban ezek a módszerek itthon kevésbé ismertek és még kevésbé jelennek meg a klinikai gyakorlatban. Jelen cikkünkben ezért e módszerek közül ismertetünk néhányat.

KOGNITÍV TERÁPIÁK A SZUICID PREVENCIÓBAN

A kognitív modellen alapuló technikák és módszerek a legelterjedtebb pszichoterápiás beavatkozások az öngyilkosság megelőzésére, emellett ezek hatékonyságát támasztja alá a legtöbb magas szintű klinikai bizonyíték, így a randomizált kontrollált vizsgálatok és egyes esetekben metaanalízisek, illetve szisztematikus review-k is. Az időhatáros terápiás elrendezés, a terapeuta és a páciens egyaránt aktív szerepe, a konkrét körülírt technikák és terápiás protokollok különösen alkalmassá teszik a kognitív terápiákat az e speciális területen való alkalmazásra. Az általánosságban is alkalmazható kognitív-viselkedésterápiák mellett számos külön módszert írtak le és vizsgáltak, melyek célja kifejezetten a szuicid kockázat csökkentése, illetve a kognitív viselkedésterápia egyes variánsait kifejezetten magas szuicid kockázatnak kitett páciensek kezelésére dolgozták ki.

Kognitív viselkedésterápia a szuicid prevencióban (CBT-SP)

A CBT-SP (Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention) három egymást követő, progresszív fázisra tagolható. Az elsőben a klinikus elvégzi a szuicid kockázat felmérését, kezelési tervet dolgoz ki, valamint a pácienssel közösen kríziskezelési tervet (Crisis Response Planing/ Safety Planning) alakítanak ki, illetve az érzelemszabályozás és a krízismenedzsment területére fókuszáló készségfejlesztő technikákat alkalmaz (Bryan, 2019). A második fázisban a páciens maladaptív hiedelmeinek azonosítására és megkérdőjelezésére fókuszálnak, amelyek a szuicid gondolatokhoz és viselkedéshez vezetnek. A harmadik szakaszban relapszus prevenció feladatát hajt végre a terapeuta és a páciens (a páciensnek el kell képzelnie, hogy egy szuicid krízist hatékonyan kezel), hogy facilitálják az elsajátított készségek megszilárdítását, valamint felkészítik a páciens a mindennapi stresszhelyzetek hatékony kezelésére, az adaptív megküzdések mozgósítására. A CBT-SP általánosságban 10-12 ülésben zajlik, járóbeteg ellátásban. A terápiás folyamatot megelőzően nélkülözhetetlen lépés az informált beleegyezés, amely során a klinikus és a páciens megvitatják a lehetséges kockázatokat és a kezeléssel járó előnyöket, illetve fontos, hogy nyíltan és transzparensen kommunikáljunk az öngyilkosság gyakoriságáról a járóbetegellátásban részesülő páciensek körében (Calati et al., 2022).

A módszer egyik alapköve a „Crisis Response Planning”, mely olyan rövid eljárás, amely során a klinikus és a páciens készít egy listát a szuicid krízis korai jeleinek felismeréséhez, így lehetőséget biztosítva az adaptív önszabályozási stratégiák alkalmazására az érzelmi szenvedés csökkentésének elérése érdekében (Bryan, 2019). Emellett a páciens a listában megadja az életben maradás mellett szóló okokat (Reasons for living), az élet pozitív aspektusait, azonosítja a támogató szociális hálóját, akikkel krízis esetén fordulhat, illetve a terapeutával közösen meghatározzák a professzionális és krízisszolgáltatásokat, segítségvonalak elérhetőségével ellátva, akcióterv megalkotásával szuicid krízis esetére. A „Safety Planning Intervention” hasonló az előbb bemutatott terápiás eszközhöz, ebben az esetben is egy a szuicid krízis kezelésére szolgáló eszközökről szóló írásos lista készítése a cél (Stanley & Brown, 2012). A biztonsági terv általánosságban hat részből épül fel, melyek a (1) figyelmeztető jelek a szuicid krízis kialakulására, (2) megküzdési stratégiák, melyeket a páciens önállóan tud mozgósítani, (3) elérhető személyek, akikkel a részletesség igénye nélkül beszélhetnek a szuicid krízisről, (4) olyan személyek, akik konkrétan segítségükre tudnak lenni a szuicid krízis kezelésében, (5) szakemberek, forrádrótok és egyéb segítségnyújtókat elérhetőségei, illetve (6) a halált okozó eszközök eltávolításának terve. A CBT-SP terápiás segédleteket biztosít a páciens nagyobb rugalmasságának és jobb kritikai gondolkodásának serkentéséhez, közelítve az objektív valósághoz (például ABC munkalapok, Patterns of Problematic Thinking Worksheets, Challenging Questions Worksheets).

Kognitív terápia a szuicid prevencióban (CT-SP)

A CT-SP (Cognitive Therapy for Suicide Prevention) a szuicid prevenció kognitív terápiája, melyet a 2000-es évek közepén dolgozott ki Gregory K. Brown és Aaron T. Beck. A CT-SP kifejezetten azokat célozza meg, akik korábban öngyilkosságot kíséreltek meg, vagy életük során intenzív szuicid ideációkat tapasztaltak. Az elsődleges cél egy olyan alternatív és adaptívabb kognitív és viselkedéses stratégia megtanítása, amelyet akut krízisállapotok esetén is meg tudnak valósítani a páciensek, valamint emellett a szociális háló bővítése (Brown et al, 2005). A kezelés három fázisból áll, a protokoll szerint 10-16 alkalommal, 50 perces ülésekben, heti egy vagy két alkalommal a páciens szükségleteihez igazítva (Brown et al., 2005). A kezdeti szakaszban (1-3. ülés) a terapeuta transzparensten és közvetlenül ismerteti a kezelés menetét és a kognitív modellt. A terapeuta ösztönzi a páciens, hogy mesélje

el a történetét, így létrehozva a szuicid narratívát. A terapeuta igyekszik kifejezetten azokra a pszichológiai tényezőkre fókuszálni, melyek hozzájárultak a szuicid kísérlethez, és a pácienssel együtt megpróbálják az öngyilkossági kísérletet megelőzően jelenlévő gondolatokat, képeket, alaphiedelmeket azonosítani, melyek aktiválódtak a helyzetben, majd a kollaboratív együttműködés keretei között listát készítenek a terápiás célkitűzésekről. A köztes fázisban (4-7. ülés) olyan stratégiák megvalósítása a cél, melyek csökkentik a jövőbeni szuicídium valószínűségének kockázatát, az adaptív készségek elsajátítására, a problémamegoldásra, a reményre, az impulzuskontrollra, az érzelemszabályozásra, valamint a támogató szociális háló kiépítésére fókuszálva. A terapeuta célja a kognitív átstrukturálás, a maladaptív hiedelmek detektálása, ez esetekben gyakorta visszatérő az értéktelenség, a tehetetlenség és az elviselhetetlenség érzése. A kognitív terapeuták által alkalmazott speciális technikák, melyek hozzájárulnak az előbbieken felvázolt struktúra véghezviteléhez, a szókratészi kérdezés, a viselkedéses próbák, és a „future time-imaging”, csupán néhány példát kiemelve. A következő szakasz (8-12. ülés) négy elemből épül fel, melyek: (1) a köztes szakaszban megszerzett készségek áttekintése és megszilárdítása, (2) a relapszus prevenció protokoll lebonyolítása, (3) a nyereségek és a terápiás célok felé tett előrehaladás áttekintése és a (4) kezelést követő diszpozíciók megfogalmazása, majd a többi kognitív-viselkedésterápiás módszerhez hasonlóan a relapszust megelőző gyakorlatok elsajátítására is sor kerül (Calati et al., 2022).

Rövid kognitív viselkedésterápia a szuicid prevencióban (BCBT)

A rövid kognitív viselkedésterápia a szuicid prevencióban (Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention, BCBT) 12 ülésből álló kezelési forma, mely hetente vagy kéthetente egy 50 perces ülésben valósul meg. A terápiás folyamat itt is három szakaszra különül el, melyek mindegyike meghatározott célok és elsajátítandó készségek mentén épül fel. Az első fázisban az érzelemszabályozás szempontjából hasznos adaptív stratégiák elsajátításán a hangsúly, a krízismenedzsmenten és a feszültségtűrés fejlesztésén keresztül. Hasonlóan a korábban bemutatott módszerekhez, ebben az esetben is előtérbe kerül a szuicid narratíva és az események kronológiai sorrendjének felállítás, korábbi öngyilkos viselkedések feltérképezése, illetve ez a módszer is operál a naplóhasználattal. A páciens érzelemszabályozási képességeinek fejlesztése érdekében a terapeuta spe-

ciális készségfejlesztő tréningeket biztosít, melyeket a páciens a terápiás térben, biztonságos környezetben gyakorolhat. A készségfejlesztő tréningek a következőkre fókuszálnak: relaxáció, mindfulness, „Reasons for Living list”, túlélőkészlet (a páciensek a terapeuta közreműködésével készítenek egy tárolót, amelyben elhelyeznek olyan tárgyakat, amelyek pozitív érzelmi állapotokat jeleznek, például idézeteket, képeket, emléktárgyakat, ajándékokat), illetve az alváshigiéniára és a stimulus kontroll fejlesztése (pszichoedukáció az egészséges alvási szokásokról, alvásmintázatok azonosítása a lehetséges változtatások eszközlése érdekében, terv kidolgozása és elköteleződés az alvási szokások megváltoztatására, alvásnapló a változások nyomon követésére). A második szakaszban a kognitív átstrukturálásra kerül sor, ennek érdekében konkrét kognitív-viselkedésterápiás eszközök és stratégiák bevetésére kerül sor. A harmadik fázis végül a relapszus elkerülésére irányul (Calati et al., 2022).

Problémamegoldó tréning

A problémamegoldó tréning D’Zurilla és Goldfried által kifejlesztett pszichoszociális beavatkozás, mely a kognitív viselkedésterápia módszertanára épül. A problémamegoldó technikákra helyezi a hangsúlyt, utalva ezzel Caplan (1964) krízis definíciójára, miszerint a problémamegoldó készségek fejlesztése elengedhetetlen a szuicid prevencióhoz. A problémamegoldó tréning két összetevője a problémaorientáció és a problémamegoldó stílus (Bell & D’Zurilla, 2009). A problémamegoldó tréning fő célkitűzései között szerepel, hogy azonosítsa a reménytelenség hátterében álló problémákat és a meglévő erőforrásokat, kialakítson olyan problémamegoldó készségeket, melyek krízisek, negatív életesemények esetén mozgósíthatóak, illetve a problémák feletti kontroll érzésének fokozása (Perczel-Forintos és Mórotz, 2019). A technikák az érzelmszabályozásra és a problémamegoldásra, valamint a reziliencia fejlesztésére fókuszálnak. A problémamegoldó tréning logikusan felépített, célirányos és időhatáros, hat szakaszból épül fel, melyek a (1) szocializálás, (2) állapotfelmérés, (3) problématerületek meghatározása és problémalista felállítása, (4) problémaelemzés (5), problémamegoldás, valamint (6) realitásvizsgálat (Perczel-Forintos és Mórotz, 2019). Összességében a problémamegoldó tréning a pszichopatológiai tüneteken keresztül közvetlenül vagy közvetve csökkenti az öngyilkossági kockázatot, emellett egyéni és csoportos formában is hatékony, könnyen alkalmazható alternatívát kínál a szuicid prevencióban (Hawton, 2005).

Probléma-adaptációs terápia (PATH)

A probléma-adaptációs terápia (Problem Adaptation Therapy, PATH) leginkább az idősebb betegségpopulációt célozza meg, akik major depresszióval, kognitív hanyatlással vagy egyéb fogyatékossgal élnek együtt (Kiosses et al., 2017). Azért is kiemelten fontos módszer, mert az idős betegek esetében kiemelten magas a szuicid kockázat, emellett ebben sajátos tényezők is szerepet játszanak, illetve sok esetben másféle pszichoterápiás megközelítés hatékony idősebb páciensek pszichés problémái esetében. A PATH a páciensek otthonában zajlik, problémamegoldó megközelítésen alapul, kompenzációs stratégiákkal operál, környezeti alkalmazkodással és gondozói részvétellel integrálva. Célja az érzelmszabályozás javítása, valamint a negatív viselkedés és funkcionálás korlátainak csökkentése. A PATH a kezelés során a gondozó jelenlétét javasolja, ezáltal is javítva a páciens érzelmszabályozását. Az érzelmszabályozáshoz öt stratégiát alkalmaz (Kiosses et al., 2015): (1) a szituáció kiválasztása, (2) helyzetmódosítás, (3) figyelem áthelyezése fókuszváltással, (4) kognitív változás (egy adott helyzetről a gondolkodás megváltoztatása), és (5) válaszmóduláció (egy adott helyzetre adott érzelmi reakció módosítása).

HARMADIK GENERÁCIÓS KOGNITÍV TERÁPIÁK A SZUICID PREVENCIÓBAN

Dialektikus viselkedésterápia (DBT)

A dialektikus viselkedésterápia (Dialectic Behaviour Therapy) Marsha Linehan által kidolgozott, a kognitív viselkedésterápiák harmadik hullámába tartozó módszer, mely kifejezetten az önsértő viselkedések és a szuicídium szempontjából kockázatos betegeket, illetve a borderline személyiségzavarral diagnosztizált pácienseket célozza meg. A DBT egyesíti a viselkedés- és kognitívterápiát, valamint a szupportív pszichoterápia elemeit (Linehan et al., 1991). A DBT fő célja a hatékony megküzdési stratégiák és az érzelmi helyzetekhez való alkalmazkodás és érzelmszabályozás kialakítása a biztonságos terápiás helyzetben, melyet aztán a mindennapi életben is mozgósítani képesek a páciensek. A dialektikus viselkedésterápia készségfejlesztésre épít négy területen, melyek a tudatos jelenlét, mindfulness, az érzelmszabályozás, az interperszonális hatékonyság, és a feszültségűrés (Linehan et al., 1991). A mindfulness a tudatos jelenlét, annak ítéletmentes megközelítésén alapszik, célja a szenvedésnyomás csökkentése, a po-

zitiv érzések növelése, és a valóság megtapasztalása olyannak, amilyen. Az interperszonális hatékonyság készségeinek elsajátításában az asszertivitás megszilárdítása áll, így az interperszonális konfliktusokban történő adaptív viselkedésformákat mozgósítva. Az érzelmszabályozás során az érzelmi állapotok megértésén, a szélsőségesen negatív érzések azonosításán és helyes menedzselésén van a hangsúly az érzelmi vulnerabilitás, valamint a hiperszenzitivitás mérséklésén keresztül. A feszültségtűrés célja a kríziskezelés és a realitás elfogadása olyannak, amilyen, olyan készségek elsajátításán keresztül, mint a figyelemelterelés, önmegnyugtatás és a relaxáció (Linehan et al., 2015). A fenti technikák számos irányból segítenek az öngyilkossági és önsértési késztetés kialakulásában szerepet játszó gondolatokkal és érzelmi állapotokkal való megbirkózásban.

Sématerápia

A Jeffrey E. Young és munkatársai által kidolgozott sématerápia integratív módszer, mely a kognitív- és tanulásemélet, a kötődési, tárgykapcsolatelméleti, gestalt és érzelemfókuszú modellek elemeinek ötvözte (Young, 1994). A sématerápiát kifejezetten a személyiségzavarban szenvedő és egyéb krónikus pszichiátriai betegségekben szenvedő páciensek kezelésére dolgozták ki, a korai maladaptív sémákra összpontosítva, melyek nemcsak kogníciókat, hanem érzelmeket, testi érzéketeket és emlékképeket is tartalmaznak. Még nem számottevő a sématerápia szuicid magatartásra tett hatását vizsgáló tanulmány, ugyanakkor hatékonysága vitathatatlan a személyiségzavarok kezelésében, így közvetve vagy közvetlenül hatással bír az öngyilkos magatartásformákra, illetve az önsértésre, mely főként a borderline személyiségzavarban igen gyakran megjelenő viselkedésforma (Calati et al., 2022).

Mindfulness-alapú megközelítések

Mindfulness-alapú stresszcsökkentés (MBSR)

A mindfulness-alapú stresszcsökkentés (Mindfulness-Based Stress Reduction) a buddhista mindfulness koncepció társulása a nyugati pszichológiával, melyet John Kabat-Zinn dolgozott ki, és mely olyan technikákat ölel fel, mint az ülő meditáció, a testpásztázás, és a hatha jóga. Ezenfelül stresszedukációra, coping stratégiák elsajátítására és az asszertivitás fejlesztésére törekszik a módszer (Marchand, 2012). Összességében az MBSR számos specifikus populációban, így

fokozott szuicid kockázatnak kitett páciensek esetében is hatékonyan alkalmazható, ugyanakkor csupán kevés számú, és sok esetben igen kis mintával készült tanulmány áll rendelkezésre.

Mindfulness-alapú (tudatos jelenlét alapú) kognitív terápia (MBCT)

A kognitív-viselkedésterápiák harmadik hullámának egyik módszere az MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), melyet a depresszió kezelésében a relapszus elkerülésére és kiújulásának megelőzésére dolgoztak ki (Segal, Williams & Teasdale, 2002). A program nyolc egymást követő heti ülésből épül fel, melyek két óráig tartanak. A kezdeti üléseken az irányított meditáció, a záró alkalmakon pedig a technikák önálló gyakorlása és a tudatosság kiterjesztése zajlik. A házi feladatok fontos részét képezik a terápiás folyamatnak, illetve a mindfulness gyakorlatok napi 45 perc gyakorlását ajánlják (Sipe & Eisendrath, 2012). A mindfulness-alapú kognitív terápiának kifejezetten a szuicid magatartásformák prevenciójára tervezett változata az MBCT-S.

Elfogadás és Elköteleződés Terápia (ACT)

Az elfogadás és elköteleződés terápia (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) célkitűzései között a félt vagy elkerült gondolatok, érzések, emlékek és fizikai szenzációk adaptívabb átkeretezése, illetve a viselkedés rugalmasabbá tétele áll (Luoma et al., 2007). A negatív gondolatokat nem megszüntetni, elítélni akarja, hanem az életünk természetes alkotóelemeiként elfogadni, ugyanúgy, mint az örömteli, boldog pillanatok megélését. Ez a szemléletmód segíthet a klienseknek megszüntetni az önostorozó és számos esetben önsorsrontó viselkedésmintázatok alkalmazását (Hayes et al., 2013). A jelenben nem csak lenni, de tudatosan létezni, értékek mentén élni és elfogadni a pozitív és negatív érzéseket egyaránt. A módszer középpontjában a pszichológiai rugalmasság áll, melyet hat kölcsönösen egymásra ható folyamat befolyásol, melyeket a hexaflex-modell jelenít meg: (1) elfogadás, (2) kognitív defúzió, (3) szelf mint kontextus, (4) értékek, (5) elkötelezett cselekvés és (6) tudatos jelenlét (Hayes et al., 2006). Az elfogadás és elköteleződés terápia alkalmazási területe kiterjedt, a speciálisan depressziós páciensek kezelésére kifejlesztett módszer (ACT-D) hatékonyságát számos tanulmány támasztja alá (Bai et al., 2020), ugyanakkor specifikusan a szuicid prevencióban még nincs elegendő bizonyíték, további vizsgálatok szükségesek.

PSZICHODINAMIKUSAN ORIENTÁLT TERÁPIÁK A SZUICID PREVENCIÓBAN

A pszichodinamikus és pszichoanalitikus pszichoterápiákat gyakran nem tartják alkalmasnak a szuicid páciensek kezelésére, arra hivatkozva, hogy nem bizonyítékokon alapulnak, ugyanakkor néhány újabb tanulmány alátámasztja ezek hatékonyságát (Briggs et al., 2019). A pszichoanalízis a klasszikus intenzív terápia, heti több alkalommal, hosszan tartó, akár éveken át tartó kezeléssel. A pszichodinamikus terápia is a pszichoanalitikus elméletekre alapoznak, ugyanakkor a terápiás folyamat általában rövidebb, heti egy alkalommal zajlik, és a terapeuta nem feltétlenül a klasszikus pszichoanalízisben képződött ki (APA, 2017). Ígéretes eredményeket találhatunk a pszichodinamikus pszichoterápiák hatékonyságáról a szuicid prevencióban is, ugyanakkor további kutatások szükségeltetnek.

Mentalizáció alapú terápia (MBT)

A mentalizáció alapú terápia (Mentalization-Based Treatment, MBT) eredetileg a személyiségzavarok kezelésére dolgozták ki. A mentalizáció rövid definíciója szerint a „saját mentális állapotaink, valamint a másik ember mentális állapotainak felismerése és nyomon követése – a legalapvetőbb közös faktor minden pszichoterápiás kezelésben” (Allen, Fonagy & Bateman, 2011). Az MBT időhatáros terápiás folyamat, megközelítőleg 12-18 hónapig tart. A terápiás folyamat középpontjában a mentalizációs készségek javítása áll, valamint egy koherens belső reprezentációs rendszer kialakítása önmagáról és környezetéről, ezáltal biztonságos kötődések létrehozásának teret adva (Bateman & Fonagy, 2010). Bár nincs a fentebbi kognitív terápiás eljárásokhoz hasonló, kifejezetten szuicid prevencióra kidolgozott protokoll, a mentalizációra fókuszáló terápiás módszer hatékony eszköz lehet az öngyilkossági kockázat csökkentésében.

Interperszonális pszichoterápia (IPT)

Az interperszonális pszichoterápia Klerman és Weissman nevéhez kapcsolódó módszer, melyet depressziós betegek kezelésére dolgoztak ki (Klerman et al., 1974), ugyanakkor az interperszonális pszichoterápia számos alternatívát kínál a különböző betegségcsoportok kezelésére. A hangsúly a terápiás folyamat során a jelenre helyeződik, illetve a kapcsolatrendszer elemzésére, ami jelen szempontból azért is fontos, mert az interperszonális konfliktusok

kapcsolatban állnak az öngyilkossági veszélyeztetettséggel. Az interperszonális pszichoterápia hatékonyan csökkenti a szuicid gondolatokat egyes populációkban, emellett létezik olyan változata (IPT-A, Interpersonal Psychotherapy for Adolescents), amely specifikusan a serdülőkori depresszióra, és ahhoz kapcsolódó szuicid rizikóra összpontosít, míg biztató eredményeket találhatunk a 60 év feletti, veteránok, illetve a posztpartum szuicídium prevenció esetében egyaránt (Calati et al., 2022).

Áttétel fókuszú pszichoterápia (TFP)

Az áttétel fókuszú pszichoterápia (Transference-Focused Psychotherapy TFP) Otto Kernberg által kidolgozott pszichoterápiás módszer, mely elsősorban a borderline személyiségzavar, illetve más borderline személyiség szerveződési szintű zavarok kezelésére indikált. Ambuláns keretek között, heti két ülésben, egyéni formában az áttétel-vizontáttétel mechanizmusára támaszkodva igyekszik segítséget nyújtani a páciensnek az egyes szelfreprezentációk korrekciójához, integrációjához, illetve egy egészségesebb önkontroll gyakorlásához (Kernberg, 2016). A TFP hatékonyan bizonyul a borderline személyiségzavarral diagnosztizált páciensek esetében a szuicid viselkedés csökkentésében, noha további kutatások javasoltak a területen.

RÖVID INTERVENCIÓK A SZUICID PREVENCIÓBAN

A magas szuicid kockázatnak kitett páciensek, illetve szuicid kísérletet követően általában kiemelt fontosságú, hogy a páciensek minél hamarabb hatékony pszichoterápiás ellátásban részesüljenek, és ezáltal csökkenjen szuicid készletésük. Emellett sok esetben problémát jelent, hogy egy hosszabb pszichoterápiás folyamat nem elérhető a betegek számára vagy nem alkalmazható, illetve számos esetben a páciens együttműködési készsége is csökkent. Ezekben az esetekben kiemelt fontosságúak a csupán néhány ülésből álló szuicid-prevenciós pszichoterápiás technikák.

Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS)

A CAMS az 1990-es évek közepén bevezetett, öngyilkosság megelőzésére szolgáló, bizonyítékokon alapuló módszer, mely öt lépésre tagolható (Jobes, 2009). Első lépésben a kockázat előzetes azonosítása történik meg, és végig kiemelten fontos, hogy a fókusz

a szuicid gondolatokra kerüljön, melyeket a páciens verbalizál. A kliensnek azonosítania kell az úgynevezett szuicid drive-okat, melyek az öngyilkossági kísérlethez vezettek (Calati et al, 2022). A második szakaszban az együttműködésen alapuló értékelés zajlik a „Suicide Status Form” (olyan skálákat tartalmaz, mint a „Psychological suffering”, „Stress”, „Agitation”, „Despair”, „Self-directed hatred” és „Overall suicide risk”) segítségével, mely egy önbeszámoló kérdőív, amit a páciens a terapeutával együttműködve tölt ki, ezzel is növelve a kettejük között lévő kollaborációt (Jobes, 2009). A harmadik fázisban a kollaboratív kezelési terv kialakítására kerül sor, a konkrét célkitűzések meghatározásával, majd a kliens és a terapeuta együttműködve kríziskezelési tervet dolgoznak ki. A negyedik lépés az öngyilkossági állapot klinikai monitorozása. Minden egyes ülés elején a páciens kitölti a „Suicide Status Form” kérdőívet, így az alkalom végén kiemelheti az esetleges előrehaladást, illetve az egyéb felmerülő problémákat terápiás céllá alakíthatóvá teheti. Az ötödik lépés a szuicid állapot klinikai megoldása. Az öngyilkossági kockázat mérséklését követően a kezelés utolsó szakaszában a páciens és a klinikus megvitatja, hogy mi bizonyult hatékonynak a terápiás folyamat során, abból a célból, hogy tervet dolgozzanak ki a jövőben esetlegesen fellépő krízisek kezelésére (Calati et al., 2022).

Teachable Moment Brief Intervention (TMBI)

A TMBI kifejezetten a szuicídiumot megkísérelt pácienseket célozza, és rendszerint az öngyilkossági kísérlet után két nappal alkalmazzák (O'Connor et al., 2015). Ennek az idői korlátnak a jelentősége azon a megfigyelésen nyugszik, mely szerint a páciensek rövid idővel a szuicid kísérletet követően a protektív faktorok, köztük a motiváció, az élni akarás okainak, valamint a remény fokozódásáról számolnak be, mivel az öngyilkossággal kapcsolatos vélt kockázatokat és az étellel kapcsolatos pozitív kimeneteket mérlegelik, és ebben a szakaszban a társadalmi szerep és az önkép határozottabban körvonalazott. A feltevés alapján így a szuicid kísérlet a kezelés lehetőségének tekinthető. A szuicid kísérletet követő hetekben és hónapokban a védőfaktorok csökkenése következik be, így az intervenció célja, hogy hosszabb távon fenntartsa az előbb említett tényezőket, ezáltal magasabb szinten tartva a motivációt, a reményt és az élni akarást. A TMBI egyetlen találkozásból áll, megközelítőleg 30-45 percet vesz igénybe. A beavatkozásban a kapcsolat kialakításán és a beavatkozás bemutatásán, a funkcionális elemzésen, a szuicid kísérletből származó veszteségek

és előnyök azonosításán, a kockázat minimalizálása érdekében a rövid-, és hosszútávú tervek dokumentálásán, az alkalomról készített összefoglalón van a hangsúly, végül pedig a mentális egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatos ellátási lehetőségek megvitatására kerül sor. A beavatkozás egyik végső célkitűzése, hogy facilitálja az ambuláns ellátásban való részvételt és elköteleződést, ahol a páciensek hatékony és adaptív készségekre tehetnek szert, illetve jobban involválódhatnak az interperszonális kapcsolatokban (O'Connor et al., 2015).

Motivációs interjú

A motivációs interjú módszere William R. Müller nevéhez fűződik, és alapvetéseinek bázisaként Rogers kliensközpontú megközelítése szolgál, így kiemelt szerep jut a partnerségnek, az elfogadásnak és az együttérzésnek (Levounis, Arnaout & Marienfeld, 2017). Emellett a hangsúly az ambivalenciára helyeződik, melyet a változási folyamat fontos összetevőjeként tekint. A motiváció és az ambivalencia az öngyilkosság kialakulásában is jelentőséggel bír (Britton et al., 2011), aminek alapján a motivációs interjú fontos szerepet tölthet be a szuicid kockázat csökkentésében. Az öngyilkossághoz vezető úton az ambivalencia akkor lép fel, amikor megjelennek a szuicid gondolatok és egyfelől a halálvágy tör felszínre, másfelől pedig a fájdalom és a szenvedés nélküli élni akarás vágya. A motivációs interjú célja, hogy a motivációt az öngyilkossági ideákról az életosztón és a felépülés felé mozdítsa el (Calati et al, 2022).

A motivációs interjút három fázisra tagolhatjuk. Első lépésként az aktuálisan meglévő problémák explorálására kerül sor, kiemelten fókuszálva a halálvágy okaira, melyek ezáltal facilitálhatják az életben maradás mellett szóló érvek feltárását. A második szakaszban az életben maradáshoz kapcsolatos motiváció felépítése zajlik, majd végül a harmadik fázisban megerősítik a létezni akarás iránti elkötelezettséget (Calati et al., 2022). A folyamat során nélkülözhetetlen, hogy az ambivalencia mindkét oldalával foglalkozzunk, így megerősítve azt, hogy megértjük és tiszteletben tartjuk a páciensek szuicid magatartással kapcsolatos tapasztalatait, és az átélt életesemény komplexitását.

Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)

Az ASSIP kidolgozása Michel és Gysin-Maillart nevéhez kapcsolódik, célkitűzésük volt, hogy létrehozzanak egy olyan rövid intervenció lehetőségét,

mely az öngyilkossági kísérleten átesettek kezelésére és az ismételt öngyilkos magatartás kockázatának csökkentésére irányul (Michel et al., 2017). Az ASSIP három alkalomból áll, 60-90 perces ülésekkel, heti rendszerességgel, illetve szükség esetén egy negyedik alkalommal kiegészíthető. Az első ülés során narratív interjú zajlik, az öngyilkossági kísérlet okainak feltárására fókuszálva, melynek célja a szuicid kísérlethez fűződő pszichológiai fájdalommechanizmusok, vulnerabilitás, és kiváltó események feltérképezése. Az ülést videón rögzítik. A második alkalommal a terapeuta és a páciens megnézi az interjú egy részét. A kliensnek mindent az objektív megfigyelő szerepével kell megfigyelnie, miközben a terapeuta rekonstruálja a szuicídiumhoz vezető fájdalommal teli utat, majd az ülés zárásaként a páciens azt a házi feladatot kapja, hogy visszajelzést írjon a tapasztalatról. Ennek célja, hogy megbizonyosodjunk arról, hogy a páciens és a terapeuta azonos perspektívát képvisel az öngyilkos magatartásról, diszkrépancia esetén pedig lehetőséget biztosít a differenciák megtárgyalására. Ezt követően a terapeuta elkészíti az esetkonceptualizáció draft verzióját. Az utolsó alkalommal a páciens és a terapeuta megvitatják a páciens által leírt visszajelzéseket, valamint felülvizsgálják az esetkonceptualizációt, mely tartalmazza a vulnerabilitást jelentő tényezőket, az öngyilkos magatartást kiváltó triggereket, és a jövőbeni krízisek során alkalmazható biztonsági stratégiákat. Ezt követően az elkészült esetkonceptualizációt átadják a páciensnek, zárásaként pedig a páciens nyomtatott segédletet kap kézhez, mely hosszútávú célokat, figyelemzéstető jeleket és a biztonsági stratégiákat tartalmazza, azzal az instrukcióval, hogy mindig tartsa magánál, hogy krízishelyzet bekövetkeztekor alkalmazni tudja (Calati et al., 2022). Az ASSIP terapeuták egy kétéves utánkövetéses időszakban félig sztenderdizált leveleket küldenek a pácienseknek, az első évben három havonta, majd a másodikban fél évente, melyek célja, hogy emlékeztessék a pácienszt a szuicid krízisek hosszútávú kockázatára és a biztonsági stratégiákra.

INTERNET ALAPÚ INTERVENCIÓS LEHETŐSÉGEK

A különböző internet alapú intervenciók kezelési lehetőségek térhódítása egyre nagyobb, hiszen megfelelő alternatívát nyújthatnak a kezelésekre hozzáférhetőségének és elérhetőségének bővítésére. A mentális egészség és a mentális zavarok tekintetében kifejezetten nagy szerep juthat az interneten elérhető prevenció, intervenció vagy akár pszichoeducációs tartalmaknak. A mentális betegségek és az öngyilkos magatartás

stigmatizációja igen magasfokú, amely megnehezíti a szaksegítség megtalálását, vagy éppen késlelteti azt, ezáltal súlyosbítva a tüneteket (Sztancsik, 2019). Az online platformokon elérhető intervenciók lehetőségek segíthetnek az érintetteknek felismerni, azonosítani tüneteiket, valamint megfelelő ellátási alternatívát kínálhatnak anélkül, hogy a szégyenérzetet vagy a stigmák megélését fokoznák. Az említett hipotézisek előremutatóak, ugyanakkor az új internet alapú kognitív viselkedésterápiás kezelések hatékonysága korlátozott az öngyilkosság megelőzésében (Büscher et al., 2020; Torok et al., 2020).

KONKLÚZIÓ

Annak ellenére, hogy az öngyilkossági kísérletek meglehetősen gyakoriak a pszichiátriai gyakorlatban, ezek ellátása, és a további öngyilkos magatartásformák, esetleg befejezett öngyilkosságok megelőzése során jelenleg szinte kizárólag gyógyszeres kezelést és szupportív alapszichoterápiás beavatkozásokat alkalmazunk. Ugyanakkor számos különféle pszichoterápiás beavatkozási lehetőség áll rendelkezésre az öngyilkossági rizikó, és a háttérben álló pszichés szenvedés csökkentésére, melyek egy részét kifejezetten az öngyilkosságra fókuszálva dolgoztak ki. E terápiás módszerek eltérnek egymástól abban, hogy elsősorban milyen háttér pszichiátriai zavarral küzdő páciensek esetében hatékonyak, milyen pszichoterápiás elméleti iskolán alapulnak, illetve többek között abban is, hogy kifejezetten a szuicid folyamatot vagy a háttérben álló, azzal összefüggésbe hozható általános pszichés jelenségeket célozzák, hány ülésből állnak, mennyire strukturáltak, és mennyire konkrétan körvonalazott protokollra épülnek. A fentebb ismertetett módszerek jelentős részét klinikai kutatások során is vizsgálják. E módszerek mindenképpen hasznos és hatékony alternatívaként mérlegelendők a jelen gyakorlat kiegészítésére a magas szuicid kockázatú, illetve öngyilkossági kísérletet elkövetett páciensek ellátása során.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Gonda Xénia
Simmelweis Egyetem
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika,
Szent Rókus Klinikai Tömb,
1085 Gyulai Pál utca 2.
E-mail: gonda.xenia@med.simmelweis-univ.hu

IRODALOM

1. Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2011). Mentalizáció a klinikai gyakorlatban. Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft., Budapest.
2. American Psychological Association (APA). (2017). Psychoanalysis vs. Psychodynamic therapy. <https://www.apa.org>, <https://www.apa.org/monitor/2017/12/psychoanalysispsychodynamic>
3. Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
4. Balázs J., Korponai K. (2012). Öngyilkosság gyermek- és serdülőkorban. In: Az öngyilkosság orvosi szemmel. Szerk: Kalmár S., Németh A., Rihmer Z., Medicina, Budapest, 124-136.
5. Bateman, A., Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11-15.
6. Bell, A. C., D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.*, 29(4), 348-53. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>
7. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Basic Books, New York, United States.
8. Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N. S., Kangogyere, P., Farr, R., Goldblatt, M. J., Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 214(6), 320-8. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.33>
9. Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A., Williams, G. C. (2011). Integrating motivational interviewing and self determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 16-27. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.004>
10. Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563-70. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>
11. Bryan, C. J. (2019). Cognitive behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): implications for meeting standard of care expectations with suicidal patients. *Behavior Sciences & the Law*, 37(3), 247-58. <https://doi.org/10.1002/bsl.2411>
12. Büscher, R., Torok, M., Terhorst, Y., Sander, L. (2020). Internet-based cognitive behavioral therapy to reduce suicidal ideation. *JAMA Netw Open*, 3(4). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3933>
13. Calati, R., Mansi, W., Rignanese, M., Di Pierro, R., Lopez-Castroman, J., Madeddu, F., Courtet, P. (2022). Psychotherapy for Suicide Prevention. In: Pompili, M. (ed.) *Suicide Risk Assessment and Prevention*, Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41319-4_70-1
14. Diamond, G., Russon, J., Levy, S. (2016). Attachment-based family therapy: a review of the empirical support. *Family Process*, 55(3), 595-610. <https://doi.org/10.1111/famp.12241>
15. Hawton, K. (2005). *Prevention and treatment of suicidal behaviour*. Oxford University Press, Oxford.
16. Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
17. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
18. Jobes, D. A. (2009). The CAMS approach to suicide risk: philosophy and clinical procedures. *Suicidologia*, 14(1). <https://doi.org/10.5617/suicidologia.1978>
19. Kernberg, O. F. (2016). New developments in transference focused psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 97(2), 385-407. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12289>
20. Kiosses, D. N., Gross, J. J., Banerjee, S., Duberstein, P. R., Putrino, D., Alexopoulos, G. S. (2017). Negative emotions and suicidal ideation during psychosocial treatments in older adults with major depression and cognitive impairment. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(6), 620-9. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.01.011>
21. Kiosses, D. N., Ravdin, L. D., Gross, J. J., Raue, P., Kotbi, N., Alexopoulos, G. S. (2015). Problem adaptation therapy for older adults with major depression and cognitive impairment: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(1), 22. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1305>
22. Klerman, G. L., Dimascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., Paykel, E. S. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 131(2), 186-91. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.2.186>
23. Levounis, P., Arnaout, B., Marienfeld, C. (2017). Motivációs interjú a klinikai gyakorlatban. Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft., Budapest.
24. Linehan, M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-4. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
25. Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.
26. Marchand, W. R. (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(4), 233-52. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000416014.53215.86>
27. Michel, K., Valach, L., Gysin-Maillart, A. (2017). A novel therapy for people who attempt suicide and why we need new models of suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 243. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030243>
28. Nezu, C. M., Nezu, A. M., Colosimo, M. M. (2015). Case formulation and the therapeutic alliance in contemporary problem-solving therapy (PST): case formulation and the therapeutic alliance. *J Clin Psychol*, 71(5), 428-38. <https://doi.org/10.1002/jclp.22179>
29. O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Wang, J., Russo, J., Peterson, R., Lapping-Carr, L., Zatzick, D. (2015). The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 427-33. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.05.001>
30. Perczel-Forintos D., Mórotz K. (szerk.) (2019). *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
31. Segal, Z., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. The Guilford Press, New York, United States.
32. Sipe, W. E. B., Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63-9. <https://doi.org/10.1177/070674371205700202>

33. Stanley, B., Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–64. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
34. Sztancsik V. (2019). A mentális betegség bélyege. Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft., Budapest.
35. Torok, M., Han, J., Baker, S., Werner-Seidler, A., Wong, I., Larsen, M. E., Christensen, H. (2020). Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta analysis of randomised controlled trials. *Lancet Digital Health*, 2(1), 25–36. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30199-2](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30199-2)
36. Tringer L. (2019). A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 460–466.
37. Unoka Zs., Purebl Gy., Túry F., Bitter I. (2012). A pszichoterápia alapjai. Semmelweis Kiadó, Budapest.
38. Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 159–66.
39. Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Professional Resource Press, Sarasota, Florida, United States.
40. Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (2008). Brief ACT Treatment of Depression. *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy*, 35–54. <https://doi.org/10.1002/9780470713020.ch3>

Evidence-based psychotherapeutic methods of prevention and intervention in suicidal behaviour

There are several approaches to suicide prevention based on various psychotherapeutic interventions, which are effective, especially when these are matched to the given psychiatric patient population, environment and context. In this paper the possibilities of psychotherapeutic methods of suicide prevention and intervention are described along with their indications. The following interventions are discussed: Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP), Cognitive Therapy for Suicide Prevention (CT-SP), Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (BCBT), Problem Solving Therapy (PST), Problem Adaptation Therapy (PATH), Dialectical Behavior Therapy (DBT), Schema-Focused Therapy (SFT), Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Mentalization-Based Treatment (MBT), Interpersonal Psychotherapy (IPT), Transference-Focused Psychotherapy (TFP), Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS), Teachable Moment Brief Intervention (TMBI), Motivational Interviewing (MI), Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) and other Internet-Based Interventions (IBI). The effectiveness of the above methods may vary, however, they focus on the psychological processes playing a role in the emergence of suicidal behaviours including cognitive processes, as well as difficulties of problem solving and emotion regulation. As the efficacy of these interventions are supported by clinical trials, their use is recommended in case of this vulnerable patient population. The importance of using such methods in the clinical work with suicidal patients should be prioritized in our effort to provide a complex treatment for suicidal behaviour based on the most optimal and appropriate intervention considering the given patient.

Keywords: suicide prevention, suicidal behaviour, psychotherapy, intervention, prevention, ASSIP, CAMS