

Az ASQ és BSSA alkalmazása Magyarországon: háromlépcsős klinikai útvonal és az öngyilkossági kockázat csökkentése

ELEK LÍVIA PRIYANKA¹, BÉRDI MÁRK², GONDA XÉNIA^{1,3}

¹ Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

² Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet

³ Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Klinikai Pszichológia Tanszék

Magyarországon az öngyilkosságok száma továbbra is kiemelkedően magas, különösen a középkorú és idősebb férfiak körében. Jelen tanulmány célja az ASQ (Ask Suicide-Screening Questions) szuicid szűrőteszt és a BSSA (Brief Suicide Safety Assessment) szuicid kockázatbecslő interjú magyar változatainak bemutatása, valamint ezek alkalmazhatósága egy háromlépcsős klinikai útvonal (szűrés – rizikószint-besorolás – kezelési terv) keretében. A szerzők részletesen bemutatják az öngyilkossági rizikótényezők hierarchiáját, és ismertetik a szűrés és kockázatbecslés szerepét a klinikai döntéshozatalban. A tanulmány külön fejezetben foglalkozik azokkal a különböző pszichoszociális intervenciókkal, amelyek bizonyítottan hatékonyak a szuicid kísérletek megelőzésében. Ezek közé tartoznak a stabilizáló (azonnali) beavatkozások és a hosszú távú (komplexebb pszichoterápiás) kezelési megközelítések, amelyek strukturált támogatást nyújtanak a veszélyeztetett egyének számára.

(*Neuropsychopharmacol Hung* 2025; 27(3): 185–207)

Kulcsszavak: öngyilkosság, kockázatbecslés, ASQ, BSSA, klinikai útvonal, pszichoszociális intervenciók, szűrés, prevenció

BEVEZETÉS

A hazai öngyilkossági kockázat szűrésének hiányosságai

Az öngyilkosság továbbra is súlyos népegészségügyi problémát jelent Magyarországon. A legfrissebb adatok szerint 2023-ban összesen 1593 öngyilkosság történt, ami napi átlagban 4,36 esetet és 100 000 főre vetítve 15,77-ös rátát jelent. A nemi különbségek kiemelkedők: míg a férfiak körében 32,6, addig a nők körében 8,3 az öngyilkossági ráta. Különösen az idősebb és középkorú férfiak tekinthetők fokozottan veszélyeztetettnek. Emellett a befejezett öngyilkosságok mellett becslések szerint évente több mint 40 000 kísérlet történik, és több százezer ember él át súlyos szuicid gondolatokat.

Szűrés és kockázatbecslés

A szuicid prevenció hatékonyságának alapfeltétele, hogy ne csupán a hosszú távú, krónikus kockázati tényezőket ismerjük fel (lásd 1. táblázat), hanem időben detektáljuk az aktuális szuicid veszély jeleit is. A klinikai gyakorlatban azonban gyakran előfordul, hogy az első kontaktus során – például sürgősségi, alapellátási vagy pszichológiai, mentálhigiénés ellátásban – nincs jelen pszichiáter vagy klinikai szakpszichológus. Ilyen helyzetekben különösen fontosak a gyors, egyszerűen felvehető és pszichometriailag megbízható szűrőeszközök, amelyek lehetővé teszik a veszélyeztetett személyek azonosítását.

A szűrés célja, hogy tünetmentes vagy alig tünetes egyének körében felismerje a potenciális kockázatot – pl. speciális szűrő teszt segítségével. A kockázatbecslés során már meglévő pszichiátriai tünetek és kórképek, szuicid viselkedés jegyek meglétekor törekszünk a veszélyeztető állapot súlyossági mértékének és sürgősségének részletes meghatározására. A két eljárás nem azonos, de egymásra épül: a szűrést követi a kockázati szint pontosítása, majd ennek alapján történik meg a megfelelő klinikai döntés a kezelés további lépéséről, azaz a kezelés megtervezése.

Magyarországon jelenleg nem működik olyan egységes, nemzetközileg validált öngyilkossági kockázatbecslő protokoll, amely az alapellátástól a pszichiátriai osztályokig lefedhetné az egészségügyi ellátórendszert. A szuicid veszély felismerése és kezelése így nagymértékben a klinikus egyéni megítélésére épül, ami a gyakorlatban jelentős variabilitáshoz és ellátási egyenlőtlenségekhez vezethet (Bérdi & Gonda, 2025).

Nemzetközi szinten számos országban már bevezetésre kerültek strukturált, bizonyítékokon alapuló

kockázatbecslési modellek, amelyek hatékonyan támogatják a klinikusokat a szuicid veszély szisztematikus értékelésében. Az Egyesült Államokban például a National Institute of Mental Health (NIMH) munkacsoportja által kidolgozott klinikai útvonal (Ayer és mtsai., 2024) háromlépcsős megközelítést alkalmaz: 1) szűrés; 2) rizikószint-besorolás; 3) kezelési terv

E háromlépcsős folyamatba az ASQ (Ask Suicide-Screening Questions) és a BSSA (Brief Suicide Safety Assessment) eszközöket integrálják (Horowitz és mtsai., 2012).

Az ilyen módszertan egyrészt illeszkedik a ZeroSuicide irányelvhez, másrészt ezen rendszer-szintű intervenciók a tapasztalatok szerint nemcsak javították az öngyilkossági kockázat felismerését, de hosszú távon mérhetően csökkentették az öngyilkossági kísérletek és halálesetek számát (Christensen LeCloux és mtsai., 2022). Az öngyilkossági veszély szűrését, pl. az ASQ-val, a páciensek 96%-a szükségesnek gondolja, s a szűrés folyamatával kapcsolatosan nagy részük pozitívan vagy semleges élményt fogalmaz meg (Christensen-LeCloux és mtsai., 2021). Az ASQ szűrőtesztet és a kockázatszint részletesebb meghatározását segítő BSSA-t a szakemberek is pozitívan fogadják: 80%-uk komfortosnak ítélte az ASQ használatát, 84%-uk ajánlana kollégáinak és 88%-uk elégedett vagy nagyon elégedett volt ezekkel az eszközökkel (Christensen LeCloux és mtsai., 2022). Ugyanebben a vizsgálatban a szakemberek azt is megfogalmazták, hogy a jövőben fontosnak tartanák általában az kockázatszűréssel és konkrétan az ASQ-val és BSSA-val kapcsolatos oktatások elérhetővé tételét.

Miért nehéz előre jelezni az öngyilkosságot?

Az öngyilkos viselkedés predikciója továbbra is az egyik legnagyobb kihívást jelenti a klinikai gyakorlatban. A szuicid viselkedés alacsony prevalenciája, ugyanakkor súlyos következményei miatt a pontos előrejelzés kritikus jelentőségű lenne.

Azonban a legismertebb kockázati tényezőket mérő, legelterjedtebb pszichometriai eszközök – például a Beck-féle depresszió- vagy reménytelenségskálák – érzékenysége és specifitása az öngyilkossági kísérlet vagy halál előrejelzésében alacsony. A hazai gyakorlatban továbbra is gyakran alkalmaznak olyan általános pszichológiai dimenziókat mérő kérdőíveket, mint a Beck-féle Reménytelenség Skála (RS) vagy a Depresszió Kérdőív (BDI), amelyek bár jól használhatók affektív állapotok nyomon követésére, nem alkalmasak az öngyilkossági veszély megbízható becslésére. E skálák specifitása alacsony, és elsősorban a szuicid gondolatok hosszú távú előrejelzésében mutatnak

1. táblázat Az öngyilkossági rizikótényezők hierarchiája (Rihmer Zoltán és mtsai., 2015)

Diagnosztizált pszichiátriai zavarok: affektív spektrum zavarok (bipoláris II > bipoláris I ≥ unipoláris depresszió)	
Elsődleges (pszichiátriai) rizikófaktorok	Agitált vagy kevert depresszió
	Diszfóriás vagy kevert mániás epizód
	Szkizofrénia és más pszichotikus zavarok
	Alkohol- vagy szerhasználati zavar
	Korábbi öngyilkossági kísérlet, tartós szuicid gondolatok
	Öngyilkosság az első- vagy másodfokú rokonok körében
	Öngyilkossági szándék direkt vagy indirekt közlése
Másodlagos (pszichoszociális) rizikófaktorok	Gyermekkori trauma: abúzus, szülő halála, válás
	Társas izoláció
	Súlyos testi megbetegedés
	Munkanélküliség, anyagi nehézségek
	Akut életstresszorok
	Dohányzás (rizikómagatartás indikátora)
	Halálos módszerek könnyű hozzáférhetősége
Harmadlagos (demográfiai) rizikófaktorok	Férfi nem
	Serdülő- és időskor
	Sérülékeny csoportokhoz tartozás (pl. LMBTQ+, migránsok, fogvatartottak)
	Vulnerábilis időszakok: tavasz/kora nyár, premenstruum, születésnap

összefüggést, ám a gondolatból tettbe való átmenet (Bérdi, 2022; Klonsky és mtsai., 2018; May & Klonsky, 2016) predikciójára nem érzékenyek. Ez a korlátozott prediktív teljesítmény különösen problémás a klinikai döntéshozatalban, ahol az akut kockázat felismerése a cél.

Empirikus adatok is alátámasztják, hogy a klaszszikus, leggyakrabban hivatkozott szuicid kockázati tényezők (pszichiátriai zavarok, pszichopatológiai tünetek és pszichológiai faktorok) leginkább az öngyilkossági gondolatok megjelenését jelzik előre (Borges és mtsai., 2008; Kessler és mtsai., 1999). Noha az egyes pszichiátriai kórképek és a pszichometriai skálákkal mért lélektani spektrumként kezelt faktorok – pl. depresszió, szorongás, reménytelenség –, valamint a szuicid viselkedésformák között szignifikáns kapcsolat van, e tényezők prediktív ereje jelentősen csökken, ha a gondolatból tettbe való átmenet előrejelzése a cél (Nock és mtsai., 2008). Mindezt súlyosbítja, hogy az öngyilkosság népegészségügyi szinten ritka esemény, ezért a pozitív előrejelzés pontossága alacsony, míg a hamis pozitív és negatív eredmények aránya magas (Pokorny, 1983, 1993).

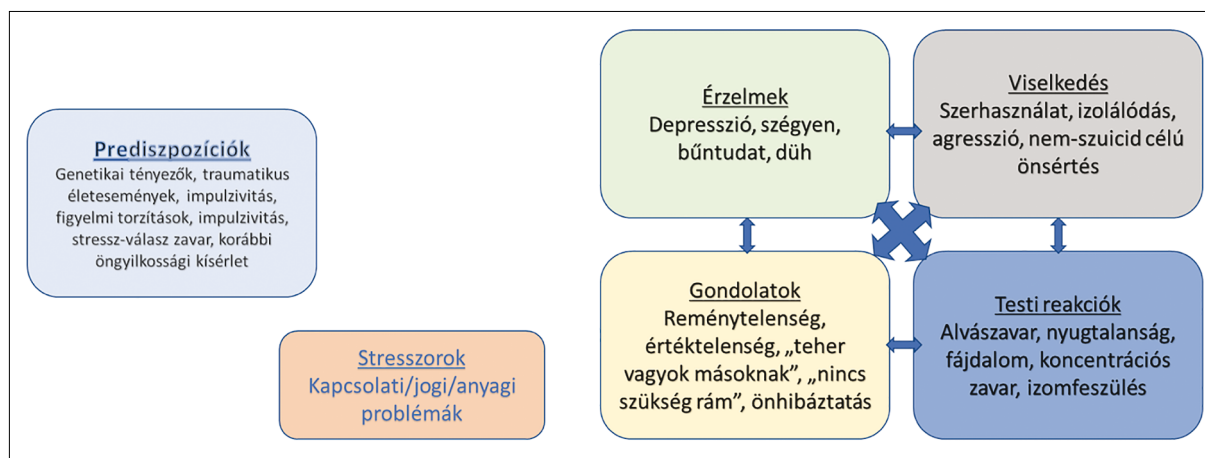
De a predikciót további tényezők is nehezítik. Így például az, hogy a szuicidalitás időben rendkívül dinamikus jelenség. Sérülékeny személyek eseté-

ben, jelentős stresszorok jelenlétében a relatív stabil (krízis mentes) és instabil (szuicid) lelki állapotok közti oszcillálás egy gyorsan változó, nem lineáris folyamat (Bryan és mtsai., 2020). Ezt a folyamatot aktuális stresszorok, triggererek indíthatják be. Ezen stressz-tényezők megjelenése pedig befolyásolja azoknak a nem vagy csak kis mértékben megváltoztatható stabil tényezők hatásának erősségét, amikre predispozíciókként hivatkozunk s leginkább mint élethosszig tartó szuicid kockázati tényezőkként tartjuk őket számon. A magas kockázatú szuicid állapotok kialakulásának folyamatát írja le például David Ruddnak az 1. ábrán látható fluid vulnerabilitás modellje (Rudd, 2006).

A predikciót nehezítő tényező továbbá az is, hogy a szuicid kísérlet elhatározása/döntése és a tett (kísérlet) között gyakran rendkívül rövid idő telik el – a kísérleten átesettek 60%-a a tett előtti 5 percben hozza meg a végső döntést (Deisenhammer és mtsai., 2009; Millner és mtsai., 2017). Ez reménykeltő is: azt jelenti, hogy egy régóta – akár évtizedek óta – meglévő szuicid gondolat és a végső döntés meghozatala között a szakembereknek s a páciens környezetében lévőknek sok ideje van a beavatkozásra.

Emellett a beteg és a segítő közötti kommunikáció is torzíthatja az értékelést (Hadlaczky és mtsai., 2018).

1. ábra Az öngyilkosság fluid vulnerabilitás modellje (Rudd, 2006)



A páciensek gyakran elhallgatják szuicid gondolataikat, míg a klinikusok szorongása vagy tudattalan elhárító mechanizmusai is befolyásolhatják a megítélést (Rothés és mtsai., 2014). Sajnos az öngyilkossági veszélyt implicit módon mérő eszközök, technikák még gyerekcipőben járnak (Schechter és mtsai., 2022a, 2022b).

Mindez arra utal, hogy ahogy egyetlen pszichodiagnosztikai folyamat (Biondi és mtsai., 2022), úgy a szuicid kockázatbecslési eljárás sem pusztán egy objektív pszichometriai, exploráció-technikai kérdés, hanem egyben mélyen interperszonális folyamat is. Ezért kiemelten fontosnak gondoljuk a szakemberek szisztematikus képzését a szuicid kockázat becslésében, vizsgálatában. Az oktatás, a készségek és kompetenciák fejlesztése ugyanis hozzájárulhat a klinikus szorongásának csökkentéséhez (Bérdi & Cramer, 2023; De Leo, 2004).

Nemzetközi és hazai eszközök az öngyilkossági kockázat értékelésére

Nemzetközi validált eszközök

A nemzetközi gyakorlatban számos validált öngyilkossági kockázatbecslő eszköz áll rendelkezésre, amelyek strukturált módon támogatják a szuicid veszély felismerését és kezelését különböző ellátási szinteken. Az Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) egy rendkívül rövid, 4+1 kérdésből álló szűrőeszköz, amelyet elsődlegesen sürgősségi, alapellátási és pszichiátriai környezetben használnak, kiemelkedő érzékenységgel és időhatékonysággal (Horowitz, Snyder, és mtsai., 2020). Amennyiben az ASQ szűrés pozitív eredményt

ad, a Brief Suicide Safety Assessment (BSSA) alkalmazható a kockázati szint részletesebb értékelésére (az A és B Függelékben megtalálható az ASQ és a BSSA magyar változatai). Ez a félig strukturált, klinikailag megalapozott protokoll lehetővé teszi az alacsony, közepes és akut rizikószintek megkülönböztetését, és ezekhez igazodó ellátási útvonalak kijelölését (Ayer és mtsai., 2024). További elterjedt eszköz a Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), amely részletesen vizsgálja az öngyilkossági gondolatok és viselkedés súlyosságát és idői lefutását, különösen hasznos a hosszabb távú nyomon követés és kutatás céljaira (például Posner, 2016).

E strukturált eszközök mellett egyre nagyobb szerepet kapnak a úgynevezett kollaboratív megközelítésű, részletes és a páciens igényeihez igazodó vizsgálati módszerek is. A Suicide Status Form (SSF) a CAMS modell részeként olyan közös értékelési keretet kínál, amely lehetővé teszi a szuicid élmények mélyebb megértését, a döntés mögötti pszichés tényezők feltárását (Jobes, 2023). Hasonló szemléletű, de önálló – azaz nem egy terápiás módszerbe illesztett – eszköz a Systematic Tailored Assessment for Responding to Suicidality (STARS), amely egy strukturált, interjú alapú vizsgálati eljárás az öngyilkossági krízis személyre szabott, kontextusérzékeny értékelésére (Hawgood & De Leo, 2015).

Az ilyen típusú módszerek nemcsak a predikció pontosságát javítják, hanem a terápiás kapcsolat erősítésén keresztül is növelik a prevenció hatékonyságát, s így a felmérés egyben intervenció is. Sajnos jelenleg sem a C-SSRS, sem a CAMS, sem a STARS nem érhető el magyar nyelven.

Magyarországon alkalmazott és fejlesztés alatt álló eszközök

A hazai klinikai gyakorlatban is rendelkezésre állnak öngyilkossági kockázatbecslő eszközök, azonban ezek célja, módszertani megalapozottsága és validáltsága jelentős eltéréseket mutat. A Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív (RSK) egy hat tételből álló, célzottan pszichiátriai populációra fejlesztett kérdőív, amely a hosszú távú öngyilkossági veszély megbecslésére alkalmas, különösen kórházi elbocsátás után (Bérdi, 2021; Rihmer és mtsai., 2018, 2020; Szilágyi és mtsai., 2024). Fontos megjegyezni, hogy az RSK – egyszerűsége és klinikai használhatósága ellenére – nem az akut, gyorsan változó szuicid állapotok felismerését célozza, így prediktív értéke ilyen esetekben korlátozott.

A Blazsek–Wernigg-féle skála egy másik hazai fejlesztésű eszköz, amely szintén pszichiátriai betegek kockázatértékelésére készült, ám pszichometriai validitásvizsgálata eddig nem történt meg. Emiatt ennek a skálának a megbízhatósága kérdéses, amit a szerzők maguk is hangsúlyoznak (Wernigg & Blazsek, 2015).

A kérdőíves módszerek alkalmazásakor különösen fontos a szenzitivitás és specifitás, valamint a validáltság kérdése, hiszen ezek hiányában az eszközök nem szolgáltatnak megbízható alapot a klinikai döntéshozatalhoz – különösen a krízishelyzetekben (Szilágyi és mtsai., 2024). Mindebből következik, hogy a kérdőívek legfeljebb kiegészítő jelleggel alkalmazhatók a szuicid veszély szisztematikus értékelésében, és nem helyettesítik a strukturált, validált, aktuális állapotot célzó nemzetközi protokollokat.

A Galynker és munkacsoportja által kidolgozott szuicid krízis szindrómán (Galynker és mtsai., 2017, 2024; Vörös és mtsai., 2021) alapuló szűrőeszközök hazai adaptációja és validálása jelenleg is folyamatban van (Osváth és mtsai., 2025). Ez a kezdeményezés kiemelkedően fontos lépés a magyar klinikai gyakorlatban, mivel lehetővé teszi az akut szuicid veszély korai felismerését akkor is, ha nem jelenik meg explicit szuicid szándék. Mindezt egy empirikusan többszörszön validált elméleti keretben. Galynker-éknek az öngyilkosság narratív krízis modelljébe illeszkedő mérőeszköze számos országban vált és válik a rutinszerű klinikai munkafolyamat részévé.

Magyar adaptáció és validáció szükségessége

Ahogy a bevezetőben már utaltunk rá, sajnálatos módon a szuicid veszély becslésében elterjedtek itthon a nagy pszichológiai dimenziókat (depresszió, reménytelenség) mérő eszközök, amelyek specifitása alacsony, mint például a Beck-féle reménytelenség skála és depresszió skála. Ezek nem alkalmasak a

közvetlen szuicid veszély becslésére. A szuicid kockázat szempontjából közismert, sokat emlegetett pszichológiai dimenziók (pl. depresszió, reménytelenség, szorongás stb.) az öngyilkossági gondolatból a tényleges cselekvésbe (kísérlet) történő átmenetet nagyon rosszul becsülik.

A projektív eljárások – mint a Rorschach és a TAT – potenciálisan alkalmasak lehetnek az öngyilkossági kockázat felmérésében, s nagy segítséget jelenthetnek a nem verbalizált, látens rizikótényezők felmérésében, vagy olyan esetekben, amikor a páciens ellenérdekelt a szuicid viselkedéssel kapcsolatos gondolatainak megosztásával (Maltsberger, 1993; Schechter és mtsai., 2022a, 2022b). Bár a “Rorschach továbbra is értékes eszköz a személyiség és az öngyilkosság értékelésére [...] további kutatások indokoltak ezen a területen.” (Bishop és mtsai., 2000, 303. o.). A nemzetközi irányelveket figyelembe véve a projektív eljárások továbbra sem tartoznak az azonnali, közeli (akut) szuicid veszély becslésében elfogadott és ajánlott mérőeszközök közé. Hasonló a rövid pszichológiai skálákhoz, a projektív tesztek szuicid veszély szűrésének céljából történő használata a klinikusban hamis biztonságérzetet kelthet.

Ezzel szemben a nemzetközi gyakorlatban – a Zero Suicide modell szemléletének megfelelően – egyre inkább olyan eszközök bevezetése vált meghatározóvá, amelyek célzottan és bizonyítékokon alapulva támogatják az öngyilkossági kockázat szűrését és a veszély mértékének értékelését az egészségügyi ellátás különböző szintjein. A szűrés és értékelés együttesen pedig segít a kezelés további lépéseinek meghatározásában. A Joint Commission ajánlásai is kiemelik, hogy minden 12 év feletti páciensnél, akit pszichés okból kezelnek vagy vizsgálnak, validált szűrőeszköz alkalmazása szükséges az öngyilkossági gondolatok felmérésére. Ez egyértelmű szakpolitikai elvárást fogalmaz meg a strukturált, standardizált kockázatfelméris irányába. Ezzel összhangban a hazai klinikai szakpszichológiai irányelv 17. ajánlása is hangsúlyozza, hogy a klinikai vizsgálat részeként “a szuicid veszélyeztetettség vizsgálata kötelező” (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2021, 2583. o.)

Ebben a kontextusban a Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) és az erre épülő Brief Suicide Safety Assessment (BSSA) bevezetése és validálása Magyarországon kulcsfontosságú előrelépést jelenthet. Az ASQ egy gyors, könnyen felvehető szűrőeszköz, míg a BSSA lehetőséget ad a pozitív eredményű szűrés követően a kockázati szint részletes, klinikailag meg-alapozott értékelésére. E két eszköz együttes alkalmazása megteremtené egy egységes, lépcsőzetes és

bizonyítékokon alapuló öngyilkossági kockázatbecslési rendszer alapját, amely hatékonyan működhetne az alapellátástól a sürgősségi és pszichiátriai ellátásig. Ez lehetővé tenné a veszélyeztetett személyek időben történő felismerését, megfelelő intervencióhoz irányítását, és összhangban állna a Zero Suicide modell átfogó prevenció célkitűzéseivel.

AZ ASQ ÉS BSSA BEMUTATÁSA

Az ASQ (Ask Suicide-Screening Questions) kérdőív adaptációját több szempont indokolta. Egyrészt a skála rendkívül rövid, mindössze négy (pozitív szűrési eredmény esetén öt) tételből áll, ami lehetővé teszi, hogy a különböző ellátási szinteken – különösen időszükében – is gyorsan alkalmazható legyen. A szűrőteszt alkalmazása, kiértékelése, a következő kezelési/vizsgálati lépés meghatározása nem igényel semmilyen pszichopatológiai tudást. Pszichológusok, orvosok, szociális munkások, ápolók is felvehetik – pszichiátriai ismeretek hiányában is.

Másrészt az ASQ nemcsak elméleti megfontolások, hanem nagyszámú empirikus vizsgálat alapján is bizonyította érvényességét az akut szuicid veszély szűrésére. Az ASQ-t eredetileg, a 2010-es évek elején gyermek- és serdülő populációban validálták, de későbbi vizsgálatokban felnőttek körében, sürgősségi osztályokon, alapellátásban és pszichiátriai ellátásban is alkalmazták (Horowitz és mtsai., 2012; Horowitz, Wharff, és mtsai., 2020).

Mind felnőtt, mind pedig serdülő mintán számos vizsgálat igazolja az ASQ klinikai validitását (Aguinaldo és mtsai., 2021; Horowitz, Snyder, és mtsai., 2020; Horowitz, Wharff, és mtsai., 2020; Singh és mtsai., 2016). Jelenleg tizenhét nyelvre fordították le, több országban, illetve kultúrában meg is történt már a teszt adaptációja, validitásának vizsgálata. Többek között portugál, német, francia, spanyol, koreai, olasz, nepáli nyelveken érhető el az ASQ. Pszichometriai vizsgálata megtörtént már például török, urdu, spanyol, koreai nyelveken (Afzal és mtsai., 2024; Kim és mtsai., 2023; Pecache és mtsai., 2022; Rodante és mtsai., 2023; Uygun és mtsai., 2023), illetve ilyen vizsgálatok több országban is – mint például hazánkban – jelenleg folyamatban vannak.

Az ASQ skála külön előnye, hogy az aktuális, azonnali veszélyt szűri, így kiegészíti a hosszabb távú rizikófaktorokat vizsgáló skálákat, mint amilyen például a Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), a BSSA vagy a Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív. Fontos kiemelni, hogy a nemzetközi ajánlások szerint is szükség van olyan egyszerűen alkalmazható

eszközökre, amelyek támogatják a klinikai döntéshozatalt akkor is, ha a páciens nem számol be spontán öngyilkossági gondolatokról (Jobes, 2016).

Összességében az ASQ kiválasztását tehát az indokolta, hogy egy egyszerű, gyorsan alkalmazható, empirikusan validált eszköz. Képes azonosítani a aktuális szuicid veszélyt különböző populációkban, az egészségügyi ellátórendszer különböző helyein. Továbbá, összhangban a ZeroSuicide irányelvekkel és ajánlásokkal jól illeszkedik a multidimenzionális kockázatbecslés szemléletébe.

ASQ, BSSA ÉS A KEZELÉS MEGTERVEZÉSE: HÁROMLÉPCSŐS KLINIKAI ÚTVONAL

A klinikai útvonal

Mielőtt az öngyilkossági kockázat szűrésére kialakított szűrőtesztet bemutatjuk, röviden kitérünk a klinikai útvonal bemutatására. Mi is az a klinikai útvonal? A klinikai útvonal egy strukturált folyamat, amelyet azért hoznak létre, hogy a betegek ellátása során egy-egyes, bizonyítékokon alapuló lépéseket kövessenek az egészségügyi szakemberek. Célja, hogy biztosítsa a legjobb minőségű és leghatékonyabb kezelést, miközben minimalizálja a variabilitást az ellátásban. Az öngyilkossági kockázat szűrésében a klinikai útvonal segít abban, hogy a szűréstől kezdve a biztonsági intézkedésekig minden lépés következetesen és időben megtörténjen. Ezek az útvonalak különösen fontosak az olyan érzékeny területeken, mint az öngyilkosság megelőzése, ahol a gyors és megfelelő reakció döntő szerepet játszik a páciensek életének megmentésében.

A Nemzeti Mentális Egészségügyi Intézet (National Institute of Mental Health, NIMH) munkatársai által összehívott munkacsoport 2017-ben kezdte meg a most bemutatott, felnőtt öngyilkossági kockázat szűrését célzó klinikai útvonal kidolgozását (Ayer és mtsai., 2024). A háromlépcsős interdiszciplináris teammunka eredménye ez a három lépésből álló útvonal (lásd 2. ábra), egy részletesebb útvonal diagramm (lásd a jelen tanulmány C Függelékét), valamint egy részletes alkalmazási útmutató (Ayer és mtsai., im.).

A részletes útvonal diagram (C Függelék) szemléletes formában jeleníti meg a javasolt szűrési folyamat lépéseit, kiemelve azokat a közös és eltérő pályákat, amelyek az alacsony, közepes, illetve magas/jelentős kockázati szinthez vezetnek. Ez az ábra az alapellátásban dolgozó praxisok számára hasznos kiindulópontként szolgálhat a saját szűrési protokolljuk megtervezéséhez és adaptálásához.

Az alábbiakban az útvonal alkalmazását Ayer és munkatársai (im.) ajánlása mentén, valamint saját tapasztalatainkra alapozva mutatjuk be. Ismertetjük a szűrés és részletesebb értékelés felnőttekre vonatkozó alapelveit, a legfontosabb klinikai döntési pontokat és szükséges kompromisszumokat, valamint azokra a speciális helyzeteket is, amelyek a szűrés során a gyakorlatban felmerülhetnek.

A részletes alkalmazási útmutató a NIMH munkacsoport által írt tanulmány (magyar nyelven Ayer és munkatársai, im.) függelékében olvasható. Javasoljuk, hogy a klinikai útvonal bevezetése előtt az ellátásban résztvevő szakemberek (ápolók, szociális munkások, pszichológusok, orvosok) ismerjék meg az útvonal alapelveit, a tesztek működését, a döntési protokollokat.

A klinikai útvonal az öngyilkossági kockázat szűrésében

A felnőtt szuicid kockázatszűrésre kidolgozott és javasolt klinikai útvonal három fő lépését a 2. ábra mutatja.

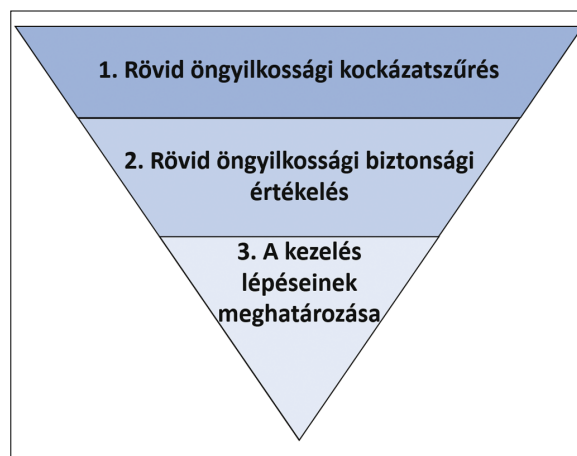
A klinikai útvonal bevezetése a praxisban

A szűrési protokoll bevezetése előtt elengedhetetlen egy részletes cselekvési terv kidolgozása az azonnali értékelést igénylő esetek kezelésére. Egy ilyen terv nem lehet általános, hanem minden munkakörnyezetre, praxisra vonatkozóan egyed cselekvési tervre van szükség. Egy ilyen tervnek magában kell foglalnia a helyi mentálhigiénés szolgáltatókat (pl. pszichiátriai ambuláns ellátókat), az adott praxisban elérhető pszichológus, klinikai szakpszichológus szakembereket, segélyvonalakat, és szükség esetén a sürgősségi osztályokat.

Azon praxisok esetében, ahol nem áll rendelkezésre területileg illetékes pszichiátriai szakellátás, célszerű előre összeállított listát biztosítani a betegeknek, amely tartalmazza a lakhelyéhez legközelebbi elérhető mentálhigiénés szolgáltatók adatait. A szűrés bevezetését megelőzően ajánlott felvenni a kapcsolatot a helyi mentális egészségügyi intézményekkel (pl. pszichiátriai gondozó, kisebb-nagyobb pszichológiai rendelők, szociális intézmények stb.) a gyors és együttműködésen alapuló ellátási átmenet biztosítása érdekében. A szűrést végző szolgáltatóknak értesíteniük kell ezeket az intézményeket a tervezett szűrési gyakorlatról, és egyeztetniük kell, hogy fogadni tudják-e a további vizsgálatot igénylő pácienseket. Érdemes azt is pontosítani velük, hogy milyen határidővel tudnak pácienseket fogadni s pontosan milyen beavatkozásokra vannak felkészülve.

Hazánkban talán kisebb figyelmet fordítunk rá, de fontos, hogy a szűrésbe bevont szakemberek kulturáli-

2. ábra Az öngyilkossági kockázatbecslés háromlépcsős klinikai útvonala (Ayer és mtsai., 2022 alapján)



san és nyelvileg is reprezentálják az ellátott populációt, illetve a szűrés, valamint szükség esetén a további ellátás hozzáférhető és megfizethető legyen. Azokon a területeken, ahol a helyi ellátás korlátozott, a távkonzultációs lehetőségek csökkenthetik az elérhetőségből fakadó akadályokat (Bokor, 2022).

Az útvonal első lépése: a szűrés

Általánosságban elmondható, hogy a szűrés célja, hogy felismerjük az öngyilkossági kockázatot. Az öngyilkossági kockázat szűrése gyors eszközt kínál azon személyek azonosítására, akiknél további értékelés szükséges. Bár a szűrőeszközök nem alkalmasak az öngyilkosság pontos előrejelzésére, céljuk, hogy megbízhatóan jelezzék a fokozott kockázatot. Az értékelés történhet interjúval, kérdőívvel vagy digitális módszerekkel. Fontos, hogy a szűrés magas érzékenységu és specificitású legyen, elkerülve a téves pozitív és negatív eredményeket, és lehetővé téve a továbblépést egy célzott biztonsági kockázatbecslés felé.

Az öngyilkossági kockázatszűrés első lépése egy gyors, kevesebb mint egy percet igénylő szűrővizsgálat, amely az ASQ (Ask Suicide-Screening Questions) eszközre épül (lásd A Függelék). Az öt célzott kérdés célja annak gyors észlelése, hogy fennáll-e bármilyen szintű szuicid kockázat.

A szűrés javasolt minden olyan esetben, amikor

1. az öngyilkosság figyelmeztető jelei,
2. ismert szuicid kockázati tényezők vagy
3. pszichiátriai problémák jelen vannak, valamint
4. minden, a praxisban újonnan jelentkező páciensnél, illetve
5. azoknál, akiket az elmúlt év során nem szűrtek.

A szűrés szóban vagy önkitöltős kérdőív formájában is megvalósítható, azonban hatékonysága nagymértékben függ a vizsgáló és a páciens közötti bizalmi kapcsolat minőségétől. A szűrés integrálása a rutinvizsgálati folyamatba lehetővé teszi, hogy az öngyilkossági veszély már a legelső kontaktus során felismerhető legyen, így szükség esetén azonnali beavatkozás történhet. Ez a preventív megközelítés kulcsfontosságú a veszélyeztetett páciensek időbeni ellátásához.

Depresszió mérése

a szuicid kockázat meghatározására

A PHQ-9 kilencedik tételét, valamint a Beck-féle Depresszió Kérdőív hasonló tételét is gyakran alkalmazzák öngyilkossági kockázat szűrésére járóbeteg-ellátásban. Ezen tesztek, illetve tételek azonban önmagukban nem nyújtanak kellően megbízható információt a szuicid veszély pontos azonosításához. Bár bizonyos esetekben segít a kockázat felismerésében, a legfrissebb kutatások (Bryan és mtsai., 2021; Dueweke és mtsai., 2018; Mournet és mtsai., 2021; Recklitis és mtsai., 2006; Viguera és mtsai., 2015; Walker és mtsai., 2011) szerint nem elegendő a célzott beavatkozás megalapozásához. Ezért javasolt a PHQ-9-et egy validált, kifejezetten öngyilkossági gondolatokra és viselkedésre fókuszáló szűrőeszkővel kombinálni. Egy ilyen eszköz, például az ASQ, közvetlen kérdéseken keresztül teszi lehetővé a kockázat strukturált felmérését. A szuicid-specifikus szűrés és a klinikai útvonal integrált alkalmazása a gyakorlatban is kivitelezhető, és nem jelent aránytalan terhet az alapellátásban résztvevők számára.

Negatív szűrési eredmény

Mi történik akkor, ha a szűrés eredménye negatív? Az ASQ szűrési eredménye akkor negatív, ha az első négy kérdésre és az ötödikre is egyaránt "nem" választ ad a páciens. Érdemes megjegyezni, hogy a testi panaszokkal alapellátásban jelentkező betegek túlnyomó többségénél (~95%) a szuicid kockázati szűrés negatív eredményt mutat, így esetükben nincs szükség további beavatkozásra, és az ellátás a szokásos rendben folytatható.

Ennek ellenére a klinikusnak ébernek kell maradnia, és figyelnie kell az öngyilkossági veszélyt jelző figyelmeztető jelekre, például:

- Halálvágy vagy öngyilkossági szándék verbális kifejezése
- Halálos eszközök keresése
- Reménytelenség érzése, élet értelmetlenségének megélése

- Csapdába esettség vagy elviselhetetlen pszichés fájdalom
- Saját magát teherként éli meg másokra nézve
- Fokozódó szerhasználat
- Ingerlékenység, agitáció, fokozott szorongás vagy impulzív viselkedés
- Alvási szokások jelentős és hirtelen változása
- Társas visszahúzódás vagy izoláció
- Indulatkitörések, bosszúfantáziák
- Drasztikus hangulati ingadozások

Amennyiben a klinikus ilyen jeleket észlel, indokolt lehet egy rövid öngyilkossági biztonsági értékelés elvégzése (lásd a következő, második lépést). Emellett javasolt a páciens számára mentális egészségügyi vagy öngyilkosság-megelőzési erőforrásokat is biztosítani. Ezekről a tanulmány későbbi részében részletesen szó lesz.

Pozitív szűrési eredmény

Mi történik akkor, ha a szűrés eredménye pozitív? Az ASQ szűrési eredménye akkor pozitív, ha az első négy kérdés bármelyikére "igen" választ ad a páciens. Ebben az esetben fel kell tenni az ötödik kérdést is. Az erre adott igen vagy nem válasz szerint a szűrésnek két eredménye lehet:

1. ha az 5. kérdésre "nem" választ ad a páciens, akkor pozitív (de nem akut-pozitív) a szűrési eredmény
2. ha az 5. kérdésre "igen" választ ad a páciens, akkor akut pozitív a szűrési eredmény

Az öngyilkossági kockázat szempontjából pozitív szűrés esetén a következő lépés egy rövid öngyilkossági biztonsági értékelés elvégzése (lásd a következő részt). Amennyiben ez a vizsgálat a helyszínen nem végezhető el – mert például nincs képzett klinikus vagy pszichiáter a praxisban, és az azonnali továbbirányítás sem kivitelezhető – akkor alternatív lehetőségeket kell biztosítani. Például biztonsági tervet (ennek elkészítésének lépéseit lásd később), halálos eszközök elérhetőségének korlátozását célzó tanácsadást, vagy krízisvonalak – mint például 116-123 – elérhetőségét. Azonban minden pozitív szűrési eredmény esetében törekedjen a szakember a kockázati szint részletesebb, pontosabb értékelésére s ennek fényében, a teljes klinikai kép mérlegelésével döntsön a kezelés további lépéséről.

Fontos hangsúlyozni, hogy az öngyilkossági gondolatok megléte önmagában nem jelenti automatikusan sürgősségi helyzet fennállását. A legtöbb ilyen páciens nem igényel azonnali beavatkozást vagy kórházi ellátást. Csak azoknál szükséges teljes körű biztonsági intézkedéseket alkalmazni (pl. folyamatos megfigyelés, azonnali továbbirányítás pszichiáter szakorvoshoz

2. táblázat Terápiás célú kockázatkezelés (Veterans Affairs MIRECC, 2024)

TERÁPIÁS CÉLÚ KOCKÁZATKEZELÉS: AZ EGYES KOCKÁZATI SZINTEK JELLEMZŐI		
Magas akut kockázat	Közepes akut kockázat	Alacsony akut kockázat
Öngyilkossági gondolatok öngyilkossági szándékkal & Képtelen önállóan fenntartani fizikai biztonságát Adott az öngyilkossági terv és a halálos eszközök-höz való hozzáférés. Súlyos mentális állapotromlás, pszichoszociális stressz, korábbi öngyilkossági kísérlet vagy a közelmúltban elkövetett öngyilkossági szándékú, önmagára irányuló erőszakra derül fény (pl. öngyilkossági kísérlet és/vagy öngyilkosságot előkészítő magatartás).	Öngyilkossági gondolatok szándék nélkül & Képes saját fizikai biztonságának fenntartására támogatástól függetlenül Az öngyilkossági szándék hiánya az élet meghatározott okán (pl. gyermekek), valamint a biztonsági terv betartására és saját biztonságuk fenntartására való képességen alapul. Az öngyilkossági kísérletre irányuló előkészületek valószínűleg hiányoznak.	Lehetnek öngyilkossági gondolatok, DE nincs konkrét szándék, terv vagy előkészítő magatartás Ha van is terv, az általános, homályos, és nincs hozzá kapcsolódó előkészítő magatartás (pl. „Egyik nap talán véget vetek neki”). Ezen személyek valószínűleg képesek megfelelő megküzdési stratégiák alkalmazására, szükség esetén a biztonsági terv alkalmazására.
Magas krónikus kockázat	Közepes krónikus kockázat	Alacsony krónikus kockázat
Krónikus veszélyeztetettség az akut öngyilkossági kockázat kialakulása szempontjából Gyakran pszichoszociális stresszorok (pl. kapcsolat vagy munkahely elvesztése) miatt. A gyakori kockázati tényezők közé tartoznak: krónikus mentális betegség, fájdalom, krónikus öngyilkossági gondolatok, korábbi öngyilkossági kísérletek, kábítószer-használati rendellenesség előzményei, korlátozott képesség az élet okainak azonosítására, korlátozott megküzdési készségek, instabil pszichoszociális státusz.	Hasonló kockázatok, mint a magas szintnél, de protektív tényezők is jelen vannak Gyakran rendelkeznek megküzdési készségekkel, képesek életben maradás mellett szülői okok azonosítására és viszonylagos pszichoszociális stabilitással bírnak. Mindez azt eredményezi, hogy a jövőbeni kríziseket jobban képesek elviselni anélkül, hogy öngyilkossági céllal önsértést kövessenek el.	Nincs/enyhe mentális egészségi vagy öngyilkossági kockázatok & megfelelő megküzdési mechanizmusok, támogató környezet A fenti lehetséges problémákhoz minden esetben viszonylag sok megküzdési forrás, erőforrás társul. A stresszhatásokat jellemzően anélkül vésztelték át, hogy öngyilkossági gondolatok merültek volna fel. Általában hiányoznak: önmagukra irányuló erőszak az anamnézisben, krónikus öngyilkossági gondolatok, erős impulzivitásra való hajlam, kockázatos viselkedésmódok, korlátozott pszichoszociális működés.
TERÁPIÁS CÉLÚ KOCKÁZATKEZELÉS: CSELEKVÉSI TERVEK		
Magas akut kockázat	Közepes akut kockázat	Alacsony akut kockázat
Általában pszichiátriai kórházi kezelésre van szükség (önkéntes vagy nem önkéntes) a biztonság fenntartása és a módosítható tényezők aktív kezelése érdekében Ezeket a személyeket egy biztonságos kórházi osztályon szorosan meg kell figyelni, és olyan környezetben kell tartani őket, ahol korlátozott a halálos eszközökhöz való hozzáférés (pl. éles vagy hegyes eszközök, vezeték/csövek, mérgező anyagok). Kórházi kezelés során a társuló pszichiátriai tünetekkel is foglalkozni kell.	Megfontolandó a pszichiátriai kórházi kezelés, ha olyan kockázati tényezők állnak fenn, amelyek jól kezelhetők fekvőbeteg-ellátás keretében A járóbeteg-kezelésnek a következőket kell magában foglalnia: gyakori kapcsolatot, a kockázat újraértékelése, biztonsági terv kidolgozása vagy aktualizálása. A járóbeteg-ellátásnak foglalkoznia kell az akut kockázat emelkedéséhez hozzájáruló tényezőkkel (pl. a tünetek súlyosbodása, anyagi krízis).	A gondozásnak a krónikus kockázati tényezők mérséklésére kell összpontosítania, valamint a protektív tényezők fokozására és a módosítható kockázati tényezők csökkentésére Vegyük figyelembe az öngyilkosság megelőzés lehetséges lépéseit, az egészségfejlesztési beavatkozásokat és az alkalmazható erőforrásokat (pl. pénzügyi, lakhatási). Javallott lehet a járóbeteg-mentálhigiénés kezelés. A kockázatot klinikai megítélés alapján újra kell értékelni.
Magas akut kockázat	Közepes akut kockázat	Alacsony akut kockázat
Ezen személyeknek jellemzően szükségük van: rutinszerű mentális egészségügyi nyomon követésre, jól kidolgozott biztonsági tervre és halálos eszközökkel kapcsolatos biztonsági tanácsadásra, rutinszerű öngyilkossági kockázattertelésre, a megküzdési készségek fejlesztésére, a fennálló pszichiátriai tünetek kezelésére.	Hasonló eljárás a magas krónikus kockázati betegekkal, de kevésbé hangsúlyos a rutinszerű öngyilkossági kockázattertelés és a megküzdési készségek fejlesztésére.	Szükség szerint megfelelő mentális egészségügyi ellátás biztosítása, egyesek az alapellátásban is kezelhetők. Másoknál a sikeres kezelések folytatásához mentálhigiénés nyomon követésre lehet szükség.

vagy sürgősségi osztályra), akiknél a szűrést követően elvégzett rövid kockázatbecslő eljárás során igazolódik az öngyilkossági kísérlet közvetlen (azonnali) és magas szintű kockázata. A többi esetben – azaz pozitív, de nem akut esetekben – elegendő lehet a részletesebb pszichés állapotfelmérés, amit pszichiáter vagy klinikai szakpszichológus végez. Valamint, ezt kiegészítendő preventív erőforrásokhoz – például a lelki elsősegélyszolgálat telefonszáma, különböző

támogató szervezetek elérhetőségei stb. – való hozzáférés biztosítása, sürgősségi intézkedés nélkül.

A szűrés kapcsán szeretnénk felhívni a figyelmet arra a gyakori, de téves hiedelemre, hogy az öngyilkossági gondolatokra való rákérdezés „beülteti” a gondolatot az érintett fejébe. Felnőttek és serdülők körében végzett számos kutatás azonban egyértelműen cáfolta ezt a mítoszt (Crawford és mtsai., 2011; DeCou & Schumann, 2018; Gould és mtsai., 2005;

Mathias és mtsai., 2012). Ezek a vizsgálatok kimutatták, hogy a közvetlen kérdésfeltevés nem növeli a kockázatot. Épp ellenkezőleg: az őszinte, nyitott érdeklődés és az aktív meghallgatás biztonságérzetet teremt, és lehetőséget ad arra, hogy az érintett személyt időben megfelelő segítséghez irányítsuk. A nyílt, tabuktól mentes, a pácienssel való együttműködésre törekvő szuicid rizikóbecslése alapvető attitűdje a mai modern állapotfelméréseknek (Bryan & Rudd, 2018; Hawgood & De Leo, 2020; Jobes, 2023; Michel & Gysin-Maillart, 2015).

Második lépés: rövid öngyilkossági kockázat értékelés

A pozitív szűrés eredményt követően rövid öngyilkossági biztonsági értékelés elvégzésére van szükség. Ehhez használjuk az ASQ-hoz tartozó BSSA-t (Brief Suicide Safety Assessment, lásd B Függelék). Ezt az értékelő interjút képzett klinikus vagy pszichiáter végezze. A BSSA-val végzett interjú részletesebb, mint a gyors tájékozódó pszichiátriai vizsgálat (Hajnal és mtsai., 2024, 138. o.). Inkább közelebb áll egy olyan, részletesebb, de nem teljes pszichiátriai vizsgálatához, amelynek célja a páciens aktuális lelki állapotának felmérése és a szuicid viselkedés hátterében álló okok feltárása. A BSSA-val végzett értékelés nem helyettesíti a teljes pszichiátriai kivizsgálást, és kizárólag az akut kockázat gyors felmérésére, a kockázati szint pontosítására szolgál.

A BSSA strukturált módon segíti a klinikust annak megítélésében, hogy a páciens kockázati szintje alacsony, közepes vagy magas (akut). A módszer terápiás célú kockázatértékelést is biztosít, amely alapján személyre szabott ellátási lépések – például sürgős pszichiátriai felvétel vagy rendszeres ambuláns nyomon követés – határozhatók meg.

A BSSA segíti a betegosztályozást annak eldöntésében, hogy a páciens azonnali ellátást igényel-e – például egy napon belüli vizsgálatot (pszichiátriai konzíliumot) vagy kórházi ellátást, pszichiátriai osztályra irányítást –, vagy elegendő-e a 7 napon belüli ambuláns ellátás megszervezése. Ez a vizsgálat nem teljes pszichiátriai diagnosztikát jelent, hanem annak előzetes mérlegelését, hogy szükséges-e ilyen, és milyen sürgősséggel.

Amennyiben szükség van átfogó pszichiátriai vizsgálatra, akkor azt egy pszichiáter szakorvos végzi. Ez a részletes értékelés megerősíti a kockázati szintet és segíti a további ellátási lépések meghatározását. Ennek része az átfogó öngyilkossági kockázatfelmérés, a védőtényezők (az életben maradás mellett szóló

okok) feltérképezése, valamint a releváns klinikai rizikófaktorok azonosítása, mint a pszichiátriai tünetek, szerhasználat vagy akut stresszorok. A rövid kockázatbecslést követi a harmadik, intervenciós lépés.

Harmadik lépés: a kezelés következő lépésének meghatározása és megtervezése

A BSSA-val végzett vizsgálat a klinikai szakpszichológusnak és pszichiáternek segít megállapítani a páciens szuicid kockázati szintjét. E vizsgálat alapján a szakember meghatározza a kezelés következő lépését. Ezt a terápiás célú kockázati szint meghatározást a 2. táblázat is segíti. A kockázat különböző szintjeinek megfelelően járóbeteg praxisban az alábbi kezelési útvonalak választhatók:

Közvetlen (magas) kockázat

Vészhelyzeti pszichiátriai kivizsgálás szükséges. Sürgős pszichiátriai kivizsgálás szükséges. A páciens jelenleg fennálló, aktív öngyilkossági gondolatokról számol be, ezért haladéktalan, teljes körű pszichiátriai vizsgálatot igényel. Ebben az esetben a páciens a sürgősségi betegellátó osztályra (SBO) kell irányítani mindent átfogó, teljes pszichiátriai és biztonsági kivizsgálás céljából.

Alternatív megoldásként kapcsolatba léphetünk a páciens saját pszichiáterével, és egyéni biztonsági tervet dolgozhatunk ki, azonban ez csak abban az esetben elfogadható megoldás, ha az akut veszély megfelelően kezelhető. Bár az ilyen szintű kockázat ritka a szomatikus tünetekkel jelentkező betegeknél, a klinikusnak készen kell állnia ennek kezelésére.

Akut veszélyhelyzetben a pácienssel való empátikus bánásmód kulcsfontosságú. A beteget nem szabad felügyelet nélkül hagyni: a személyzet egy tagjának vele kell maradnia, amíg el nem hagyja a rendelőt. A kommunikáció során nyíltan ki kell fejezni az aggodalmat, és biztosítani kell a beteget arról, hogy segítséget kap a biztonsága megőrzéséhez. Az intézményben alkalmazott biztonsági intézkedéseket érthetően ismertetni kell, hogy azok ne váltsanak ki félelmet vagy büntetésérzést.

A potenciálisan veszélyes tárgyakat (pl. gyógyszerek, éles eszközök, övek, cipőfűzők) el kell távolítani a környezetéből. Ha nincs elérhető pszichiáter vagy az intézményben pszichiátriai konzíliumot nem áll módunkban kérni, akkor a beteget sürgősségi ellátásra kell irányítani. Amennyiben a páciens távozni akar, tájékoztatni kell arról, hogy a klinikus felelőssége a biztonság biztosítása, és indokolt esetben ez azt jelenti, hogy mentőt kell hívni.

Fontos, hogy az intézkedések megfeleljenek a helyi jogszabályoknak, különös tekintettel az egészségügyi törvény által szabályozott korlátozó intézkedések tekintetében.

A mérsékelt szuicid kockázat kezelése

A mérsékelt kockázati szint nem jelent azonnali sürgősségi helyzetet, de indokoltá teszi a beteg mihamarabbi mentálhigiénés kivizsgálását. Ezt végezheti pszichiáter vagy klinikai szakpszichológus. Az ilyen betegek általában korábban már számoltak be öngyilkossági gondolatokról vagy mutattak ilyen viselkedést, de jelenleg nem áll fenn aktív vagy akut szuicid veszély.

Ha a helyszínen nem biztosítható az azonnali klinikai vizsgálat, a páciens ambuláns mentálhigiénés ellátásba kell irányítani. Még a helyszínen az adott vizit során történő biztonsági terv (kríziskártya) készítése javasolt, különös tekintettel (Bryan és mtsai., 2011) a halálos eszközökkel való hozzáférés csökkentésére (pl. tárolás, eltávolítás). A biztonsági terv (Bryan és mtsai., 2017, 2024) segíti a beteg önvédelmét a következő vizsgálatig. Az ún. öngyilkossági szerződés (no suicide contract) alkalmazása bár széles körben elterjedt (Perczel-Forintos és mtsai., 2020), szuicid kísérlet megelőző szerepükre vonatkozóan nincs bizonyíték (Bryan és mtsai., 2017; Edwards & Sachmann, 2010; McMyler & Prymachuk, 2008; Rudd és mtsai., 2006). Használatuk hamis biztonságérzetet adhat a klinikusnak.

A szuicid gondolatok és viselkedés általános kezelési stratégiájával összhangban (Rudd és mtsai., 2022) ajánlott egy héten belül utánkövető telefonhívást végezni, mely során ellenőrizni kell a beteg állapotát, valamint azt, hogy sikerült-e időpontot kapnia pszichés kivizsgálásra. Ha nem, akkor lehetőség szerint távkonzultációt kell javasolni, vagy a beteget kontrollvizsgálatra visszahívni a rendelőbe, amíg a mentálhigiénés értékelés nem valósul meg.

A páciens távozásakor minden esetben kapjon információt szuicid prevenciók forrásokról (pl. segélyvonalak, krízisszolgálatok). Amennyiben a beteg elutasítja a további kivizsgálást, ezt dokumentálni kell, feltüntetve, hogy a protokoll szerinti ellátást visszautasította.

Alacsony szuicid kockázat

Ebben az esetben további vizsgálat nem szükséges, de a nem sürgősségi pszichiátriai utánkövetés hasznos lehet. Javasolt a pácienssel közösen biztonsági tervet készíteni (lásd lent), és elbocsátáskor átadni számára a szuicid prevenciók források listáját. Szükség esetén irányítsuk mentálhigiénés szakemberhez: azaz psi-

chiátriai gondozóba, klinikai szakpszichológushoz. Fontos, hogy az öngyilkossági gondolat önmagában nem jelent vészhelyzetet. Csak a közvetlen vagy magas kockázat indokol teljes biztonsági intézkedést. A mérsékelt kockázatú és a szomatikus panaszokkal jelentkező betegek többsége nem igényel sürgősségi ellátást.

Az utánkövetés és az ellátás folytonosságának biztosítása

Minden olyan esetben, amikor pozitív öngyilkossági kockázatot állapítunk meg, fontos meghatározni a kezelés következő lépéseit. Ha az azonnali pszichiátriai vizsgálat, kontroll nem kivitelezhető, érdemes fontolóra venni a telefonos vagy más távkonzultáció (Bokor, 2022) lehetőségét vagy a találkozók sűrítését, amíg megfelelő szakemberhez nem jut a beteg.

Öszhangban a Rudd és munkatársai (2022) által megfogalmazott kezelési stratégiákkal, további ajánlott teendők:

1. Gondoskodó utánkövetés: A rendelő munkatársa 72 órán belül vegye fel újra a kapcsolatot a pácienssel (telefonon, online vagy személyesen), hogy ellenőrizze a beteg állapotát; hogy eljutott-e a megfelelő ellátóhoz; hogy van-e hozzáférése potenciálisan halálos eszközökhöz; illetve, hogy történt-e változás a szuicid gondolatokban.
2. Szűrés ismétlése: A következő vizit alkalmával érdemes újra elvégezni a szűrést, különösen annak megítélésére, történt-e romlás vagy új szuicid viselkedés.
3. Kapcsolattartás más ellátókkal: Ha a beteg már kapcsolatban áll mentálhigiénés szakemberrel (pl. pszichiáterrel, pszichológussal), célszerű vele konzultálni a kockázat pontosabb megítélése érdekében. Minden pozitív szűrésű beteg számára javasolt a szuicid prevenciók források – pl. 116-123-as lelki elsősegély telefonszám – elérhetőségének átadása. Az alábbiakban röviden ismertetünk az adott vizit során, a rendelőben elvégezhető két hatékony, rövid intervenciót: 1) biztonsági terv készítése és 2) veszélyes eszközökhöz való hozzáféréssel kapcsolatos konzultáció.

Pszichoszociális intervenciók: Stabilizáló (azonnali) beavatkozások és hosszú távú kezelési megközelítések a szuicid prevencióban

Jobs és Barnett (2024) alapján az öngyilkossági kockázat mérséklésére irányuló pszichés beavatkozásokat alapvetően két nagy kategóriába sorolhatjuk. Az egyikbe az azonnali stabilizáló beavatkozások tar-

3. táblázat Stabilizáló (azonnali) beavatkozások és hosszú távú kezelési megközelítések a szuicid prevencióban

Stabilizáló (azonnali) beavatkozások	Kezelés (pszichoterápia)
Biztonsági kártya közös megírása	DBT – Dialektikus viselkedésterápia (Linehan, 1993)
Halálos eszközökhöz való hozzáférésről konzultáció	CT-SP – Kognitív terápia szuicid prevencióban (Brown et al., 2005)
Utánkövető kapcsolattartás (telefon, e-mail, levél)	BCBT – Rövidített kognitív viselkedésterápia (Rudd & Bryan, 2015)
Krizisvonalak, telefonos szolgálatok	CAMS – Kollaboratív szuicidkockázat-kezelés (Jobes, 2023)
	MBT – Mentalizáció alapú terápia (Bateman & Fonagy, 2009)
	ASSIP – Rövid narratív intervenció (Gysin-Maillart et al., 2016)

toznak, amelyek célja a krízisben lévő, akut szuicid kockázatú személy biztonságának megőrzése és pszichés állapotának stabilizálása. A másikba az olyan kezelések, amelyek hosszabb távú pszichoterápiás beavatkozások, s céljuk az öngyilkossági gondolatok és viselkedés tartós csökkentése (lásd 3. táblázat). Az azonnali, rövid beavatkozások bár segítenek a krízisállapot stabilizálásában, de nem feltétlenül kezelik az öngyilkos magatartás mögöttes okait.

Stabilizáló (azonnali) beavatkozások

Stanley-Brown-féle stabilizációs terv

Igaz, hogy a szuicid kockázat szűrése és az azt követő kockázatbecslés hatékony módja a szuicid veszélyeztetettségnek kitett betegek azonosításában, a megfelelő szakellátás irányába történő referálás önmagában nem biztosít megnyugtató kockázatcsökkentést. Az akut hospitalizációt nem igénylő, de szuicid szempontból veszélyeztetett betegek továbbirányítása morális-etikai és akár jogi kérdéseket is felvethet figyelembe véve, hogy a betegek egy jelentős része nem keresi fel a javasolt szakellátást. További problémát jelent, hogy a szakellátásban történő kezelés megkezdéséig gyakran heteket kell várnia az előjegyzett betegeknek, vagyis az emelkedett szuicid kockázat észlelése és a megfelelő ellátás közötti időben a kezelésre szoruló páciensek segítség nélkül maradnak (Stanley és mtsai., 2018). Ez a jelenség az azonnali stabilizációs intervenciók szükségességére hívja fel a figyelmet, melyek célja a pozitív kockázatú betegek szuicid veszélyeztetettségének azonnali csökkentése.

A Stanley-Brown-féle stabilizációs terv (Matarazzo és mtsai., 2014; Stanley és mtsai., 2009) egy nemzetközileg elismert szuicid kockázat csökkentő intervenció, mely bármilyen kockázatú szuicid veszély esetén alkalmazandó. Egyediségét az azonnali és rövid idő alatt (20-45 perc) történő megvalósíthatóság adja. A program a szuicid viselkedés komplex megragadására

törekszik szemben a jellemzően egy-egy aspektusra fókuszáló krízistervekkel (pl. krízis esetén felhívható telefonszámok összegyűjtése). Az intervenciók programja egyedi szempontot jelent a belső megküzdési stratégiák és figyelemelterelők fókuszba helyezése is. A megküzdési stratégiák, társas támogatás és segítségkérés elősegítésének lépcsőzetes megvalósítását célzó biztonsági terv a jelenlegi szuicid veszélyt megelőző, jellemző és kísérő tényezők összegyűjtése egészíti ki, elősegítve az figyelmeztető jelek azonosítását a páciens számára, egyidejűleg elősegítve a rapport alakulását a beteg és szakember között.

A biztonsági terv készítésének lépései:

1. Figyelmeztető jelek azonosítása: Fontos elv a szuicid veszély kialakulásának megelőzése, szemben a már kialakult veszélyeztetettség kezelésére fókuszáló intervenciókkal. Ennek a lépésnek a célja a szuicid krízisállapotot megelőző érzések, gondolatok és gondolkodási minták, képek, viselkedések és személyes helyzetek összegyűjtése és minél pontosabb leírása. Példák: reménytelenség érzése, depressziós hangulat, fokozott alkoholhasználat, egyedül töltött idő stb.
2. Belső megküzdési stratégiák: Cél az önálló megküzdőképesség és énhatékonyság fejlesztése, az öngyilkossági gondolatokkal szembeni tehetetlenség csökkentése. Ebben a lépésben olyan stratégiák egyénre szabott listája készül, melyek lehetővé teszik, hogy a beteg elterelje figyelmét a krízis helyzetről, ezáltal megakadályozva az öngyilkossági gondolatok eskalációját. Azonosításuk során fontos a páciens aktív részvétele, a kollaboratív megközelítés érvényesítése. A szakember szerepe hangsúlyosabbá válhat stratégiák megvalósításának lehetséges akadályainak azonosításában, a problémamegoldás facilitálásában és alternatívák biztosításában. Példák: séta, zenehallgatás, edzés stb.

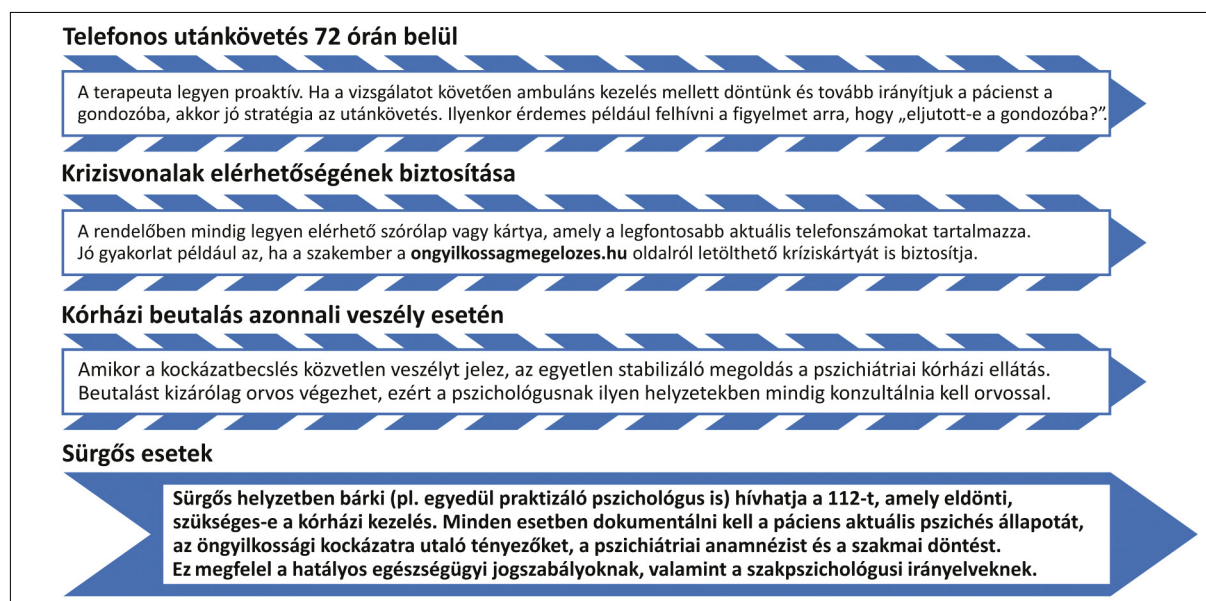
3. Társas kapcsolatok, melyek elterelhetik a figyelmet a krízisről: A lépés célja a társas kapcsolatok figyelemelterelő szerepének kihasználása olyan esetekben, amikor a belső megküzdő stratégiák nem bizonyulnak elégségesnek. Társas közegként a személy ismerősei, családtagjai, valamint a természetes szocializációs környezete is megfelelő lehet, ügyelve az olyan találkozási pontok elkerülésére, ahol alkoholhasználatra kerülhet sor. A találkozássoknak nem célja a szuicid gondolatok felfedése, tehát nem a szuicid krízis célzott kezelése zajlik, hanem a társas erőforrások adta lehetőségek kihasználása. Példák: családtagok, barátok, kávézók, AA gyűlések.
4. A szuicid krízis kezelését támogató társas kapcsolatok: A korábbi lépések sikertelensége esetén szükségessé válhat a páciens szuicid gondolatainak megosztása környezetének egyes tagjaival. A szakember feladata egyrészt annak a döntésnek a megsegítése, hogy mikor válik szükségessé a krízis tényének felfedése, másrészt annak mérlegelése a pácienssel közösen, hogy kihez fordulhat a beteg ilyen helyzetekben. Ebben a lépésben a biztonsági terv megosztására kerül a választott személlyel. Példa: egy közeli rokon vagy barát.
5. Szakemberek és ellátóhelyek, akikhez segítségért fordulhat: Olyan szakemberek elérhetőségének összegyűjtése, akikhez a páciens krízis esetén fordulhat. Fontos, hogy ha a páciens kezelésben részesül, a kezelő személyzetén túl egyéb intézmények, sürgősségi osztályok és 0-24-es segélyvonalak elérhetősége is meg legyen jelölve a pontos címmel együtt. Csak olyan elérhetőségek szerepeljenek a listán, melyek felkeresésével a páciens komfortos. A szakember feladata megbizonyosodni arról, hogy a páciens valóban alkalmazná ezt a lépést, ahogy az alkalmazás lehetséges akadályainak feltárása megvalósul.
6. A környezet biztonságossá tétele: Mivel a szuicid kockázat fokozott, ha a páciens rendelkezik egy konkrét tervvel és a terv kivitelezéséhez szükséges eszközzel, ezért az utolsó lépésben fontos a halálos eszközökhöz való hozzáférés korlátozásának kidolgozása a pácienssel egyetértésben. Ennek része lehet a családtagok bevonása különösen olyan magas kockázatú esetekben, ahol az eszköz átmeneti elérhetősége is veszélyt jelenthet a páciensre nézve, például lőfegyver birtoklása esetén. Ilyenkor a fegyver elzárását is célszerű egy családtagra, ismerősre bízni. Fontos megjelölni a korlátozás időtartamát, pl. 2 hét vagy 2 hónap.

A biztonsági terv kidolgozása során mindvégig a kollaboratív elv érvényesül, ügyelve arra, hogy az egyes tételek a páciens saját szavaival kerüljenek megfogalmazásra. A terv elkészítése után mérje fel annak valószínűségét, hogy a tervet alkalmazni fogja a páciens, és ambivalencia érzékelése esetén a motiváció növelése, a lehetséges akadályok azonosítása is fontos lépés. Ezt segítheti a biztonsági terv leghasznosabbnak ítélt pontjainak azonosítása, valamint szükség esetén a szerepjáték alkalmazása is. Beszéljék meg, hogy a páciens hol fogja tárolni a tervet, és hogyan fog a legkönnyebben hozzáférni, például a terv digitalizálása vagy fénymásolatok készítése által. Értékeljék, hogy az elkészült terv illeszkedik-e a beteg képességeihez és élethelyzetéhez. Tekintsék át a tervet egy bizonyos idő múlva, szükség esetén frissítsék. A Stanley-Brown-féle biztonsági terv sablonja itt elérhető.

Veszélyes eszközökhöz való hozzáférés korlátozása – ezzel kapcsolatos konzultáció szuicid betegeknél

Az öngyilkossági kockázat megítélésekor figyelembe kell venni, hogy az nem csak az öngyilkossági vágy erősségének függvénye, ugyanis jelentősen növeli a befejezett öngyilkosságok számát a halálos eszközökhöz való könnyű hozzáférés. Az eszközök könnyű elérhetősége súlyosabb öngyilkossági kísérletekhez vezethet, amelyek nagyobb eséllyel végződnek halállal, így még alacsony öngyilkossági vágy (kevésbé intenzív gondolatok, tervek vagy szándék) mellett is bekövetkezhet egy súlyos kísérlet, ha az illető könnyen hozzáfér halálos eszközökhöz. Számos tanulmány igazolja, hogy a befejezett öngyilkosságok száma csökkenthető a halálos eszközökhöz való hozzáférés korlátozása által. Egyrészt olyan állami kezdeményezésű, társadalmi szintű intervenciókról van szó, mint a lőfegyverekhez való hozzáférés korlátozása, a hidakra épített akadályok telepítése, és a nagy dózisban halált okozó hatóanyagú gyógyszerek csomagolásának ésszerűsítése, melyek igazoltan csökkentik a halálos kimenetelű öngyilkosságok számát (Zalsman és mtsai., 2016). A potenciálisan halált okozó eszközökhöz való hozzáférés csökkentése az egyéni intervenciók szintjén is fontos beavatkozási pont lehet (Barnard és mtsai., 2021; Spitzer és mtsai., 2024). A veszélyes eszközökről zajló konzultáció eredménye az öngyilkossági kockázatnak kitett betegekkel közösen kialakított terv a halálos eszközökhöz való hozzáférés (pl. lőfegyver, vényköteles gyógyszerek) korlátozásáról (Sall és mtsai., 2019). A folyamat része annak felmérése, hogy a beteg milyen veszélyes eszközöket tárol az otthonában vagy

3. ábra Kiegészítő stabilizáló intézkedések



a munkahelyén, majd alternatív, biztonságos tárolási javaslatok megfogalmazására kerül sor a pácienssel való szoros együttműködésben. A kialakított tervről a páciens írásos dokumentumot kap (Knapp, 2023).

Kiegészítő stabilizáló intézkedések (3. ábra)

Az öngyilkossági szerződés (no-suicide contract)

Az öngyilkossági szerződés hatékonysága az öngyilkossági kísérlet vagy halál megelőzésében tudományosan nem alátámasztott (Huber és mtsai., 2024; McMyler & Prymachuk, 2008). Több tanulmány is arra figyelmeztet, hogy használata hamis biztonságérzetet kelthet mind a terapeuta, mind a páciens számára, ami akár kontraproduktív vagy kockázatos is lehet (Bryan és mtsai., 2017; Rudd és mtsai., 2006) így kifejezetten kontraindikáltak (Roze és mtsai., 2022). Az öngyilkossági szerződés téves alkalmazásának veszélyeire való figyelemfelhívás kulcsfontosságú, mivel a kényszerítő jellegű ígéretek helyett a terápiás kapcsolat és a páciens belső elköteleződésének erősítése bizonyul hatékonyabbnak a szuicidprevencióban.

Az öngyilkossági szerződés gyakran formális, írásos vagy szóbeli ígéretet kér a páciensről, hogy nem kísérel meg öngyilkosságot, ám nem foglalkozik a szuicid viselkedés mögött meghúzódó pszichológiai tényezőkkel, és nem biztosít valódi terápiás támogatást a krízishelyzetek kezelésére. Ehelyett a szakirodalom a „kezelés iránti elköteleződést” javasolja, amely a páciens aktív részvételét és a terápiás szövetség

erősítését célozza (Rudd és mtsai., 2022). Bryan és Rudd kidolgoztak egy együttműködési megállapodást, amely a nyílt kommunikációra, a közös célok meghatározására és a terápiás folyamat iránti kölcsönös felelősségvállalásra épít. Egy ilyen vagy ehhez hasonló megállapodás elősegíti a bizalom kiépítését, a páciens motivációjának fenntartását és a hosszú távú kríziskezelési készségek fejlesztését.

Szuicid specifikus kezelési módok, pszichoterápiás módszerek

CAMS: Collaborative Assessment and Management of Suicidality

A CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality), amelyet az 1990-es évek közepén dolgozott ki Jobes, egy bizonyítékokon alapuló szuicidprevenciós módszer, öt lépésből áll (Jobes, 2016, 2023).

Első alkalom:

A szuicid kockázat kezdeti felmérése, amely során a páciens verbalizálja öngyilkossági gondolatait. A kockázateértékelés kollaboratív módon történik a David Jobes által kidolgozott Suicide Status Form segítségével, amely olyan skálákat tartalmaz, mint a pszichológiai szenvedés, stressz, agitáció, kétségbeesés, önutálat és az öngyilkossági kockázat mértéke. A páciens saját maga, a terapeutával közösen tölti ki ezt az önbeszámoló kérdőívet, erősítve a közös munkát (Jobes, 2023).

Az első alkalom végére egy együttműködésen alapuló kezelési terv kidolgozása. Ennek fontos része az önsértő magatartáson kívül két konkrét cél meghatározása, s a célokhoz intervenciók rendelése. Az intervenciók illeszkednek egyrészt a páciens problémájához, valamint a CAMS-terapeuta módszertani jártasságához. Az első alkalom végére elkészül egy kríziskezelési terv, amelyet a páciens és a terapeuta közösen alkotnak meg. Ez a kríziskezelési terv nagyban hasonlít a korábban bemutatott Stanley-Brown biztonsági tervhez.

Köztes alkalmak:

Az öngyilkossági állapot folyamatos klinikai monitorozása. Minden ülés elején a páciens kitölti a „Suicide Status Form” kérdőívet, amelynek alapján az ülés végén értékelhető az előrehaladás, és a felmerülő problémák terápiás célokká alakíthatók. A köztes ülések során kiemelt figyelmet kapnak azon stresszoroknak, kulcsingereknek az elemzése, amelyek közvetlenül járulnak hozzá a páciens szuicid állapotának – krízisállapotának – felerősödéséhez, a szuicid viselkedés beindulásához. A CAMS-ben ezeket „közvetlen kiváltó tényezőknek” (direct drivers) nevezzük.

A terápia lezárása:

A CAMS terápia akkor ér véget, amikor három olyan egymást követő hét (alkalom) van, amikor a páciens 1) öngyilkossági kockázati szintje <3; az elmúlt héten nem volt öngyilkos viselkedés és a páciens hatékonyan kezelte öngyilkossági gondolatait/érzéseit.

A CAMS tehát egy terápiás keret, sokkal inkább egy megközelítés, mintsem konkrét terápiás módszer. David Jobes kiemeli, hogy nem kezelésről (treatment) van szó, hanem a szuicid veszély menedzseléséről (management). Ehhez a CAMS egy robosztus keretet biztosít minden terapeuta számára, függetlenül annak terápiás szemléletétől, módszertől. E keretet “tölts meg” az adott terapeuta olyan, számára ismert intervenciókkal, amelyek legjobban illeszkednek a páciens igényeihez, problémáihoz. Ezek lehetnek stresszkezelő beavatkozások, érzelmesszabályozást segítő készséggyakorlatok, CBT vagy dinamikus terápiás intervenciók vagy akár családterápiás beavatkozások is. A CAMS kifejezetten hatékonynak bizonyul az öngyilkossági gondolatok csökkentésében (Grigoroglou és mtsai., 2021; Swift és mtsai., 2021).

ASSIP: Attempted Suicide Short Intervention Program

Az ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) terápiát két svájci szuicidológus, Michel Konrad és Gysin-Maillart fejlesztette ki azzal a céllal, hogy hatékony, rövid beavatkozást nyújtson az öngyilkossági kísérletet átélt személyek számára, csökkentve az ismételt szuicid viselkedés kockázatát (Gysin-Maillart és mtsai., 2016; Michel & Gysin-Maillart, 2015). A kezelés 60-90 perces ülésekből áll, heti rendszerességgel. Jellemzően három alkalmas az ASSIP terápia, de szükség esetén kiegészíthető. Az ASSIP szemléleti alapját az öngyilkossági kísérlet narratív megközelítése (Michel & Valach, 2010) adja.

Első ülés:

Narratív fókuszú interjú során a terapeuta megkéri a páciens, hogy mesélje el az öngyilkossági kísérletének történetét. A lehető legtágabb teret adja a terapeuta ahhoz, hogy a páciens elmesélje saját narratíváját. Ennek célja az öngyilkossági kísérlet hátterét tárja fel, fókuszálva a pszichológiai fájdalom mechanizmusaira, a sebezhetőségi tényezőkre és a kiváltó eseményekre. Az ASSIP különlegessége, hogy az első ülést videóra rögzítik.

Második ülés:

A páciens és a terapeuta közösen visszanezéz az interjút. A páciens objektív megfigyelőként elemzi a felvételt, míg a terapeuta rekonstruálja a szuicid viselkedéshez vezető fájdalmas folyamatot, a fordulópontokat, az érzelmileg túlfűtött állapotokat. Az ülés végén a páciens házi feladatként írásos visszajelzést készít a látottakról, hogy biztosítsák az egyező perspektívát a szuicid viselkedés megértésében, és lehetőség nyíljon az eltérések megbeszélésére. Ezt követően a terapeuta kidolgozza az esetkonceptualizáció vázlatát.

Harmadik ülés:

A páciens és a terapeuta átbeszéli a visszajelzéseket, valamint véglegesítik az esetkonceptualizációt, amely tartalmazza a sebezhetőségi faktorokat, a szuicid viselkedést kiváltó triggeret és a jövőbeli krízisek kezelésére szolgáló biztonsági stratégiákat. A páciens megkapja az esetkonceptualizációt, valamint egy nyomtatott segédletet, amely hosszú távú célokat, figyelmeztető jeleket és biztonsági stratégiákat sorol fel, azzal az utasítással, hogy mindig tartsa magánál krízishelyzetek esetére. A biztonsági terv tehát az ASSIP-nak is fontos része, csak úgy, mint az előbb bemutatott CAMS-nek.

Utánkövetés:

Az ASSIP terapeuták két éves utánkövetési időszakban félig sztenderdizált leveleket küldenek a pácienseknek – az első évben háromhavonta, a másodikban fél-évente –, hogy emlékeztessék őket a szuicid krízisek hosszú távú kockázataira és a biztonsági stratégiák alkalmazására. A páciensek utánkövetése az öngyilkossági kísérlet megelőzésének egyik leghatékonyabb minimál intervenciója (Inagaki és mtsai., 2019), s része a Rudd és munkatársai által kidolgozott kezelési stratégiának (Rudd és mtsai., 2022), valamint megegyezik a WHO ajánlásaival (WHO, 2014) is. A kórházi kezelés utáni követés különösen fontos annak fényében, hogy ismert, a szuicidium veszélye jelentősen megnő a fekvőbeteg pszichiátriai kezelést követő időszakban (Chung és mtsai., 2017).

BCBT: Rövid kognitív viselkedésterápia a szuicidprevencióban (BCBT)

A rövid kognitív viselkedésterápia szuicidprevencióra (Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention, BCBT) egy strukturált, 12 alkalomból álló terápiás program, amely heti vagy kétheti 50 perces ülésekből tevődik össze. A kezelés három jól elkülöníthető fázisra oszlik, mindegyik specifikus célokkal és készségfejlesztési elemekkel (Bryan & Rudd, 2018).

Kezdeti fázis:

Ebben a szakaszban a hangsúly az érzelmszabályozási készségek fejlesztésén van, különös tekintettel a kríziskezelésre és a distressztűrésre. A terapeuta és a páciens közösen feltérképezi a szuicid narratívát, vagyis a korábbi öngyilkossági viselkedések és események időrendi sorrendjét, naplővezetés segítségével. A páciens célzott készségfejlesztő gyakorlatokon vesz részt, amelyek biztonságos terápiás környezetben zajlanak. Ezek közé tartoznak: relaxációs technikák, tudatos jelenlét (mindfulness), „értéktelenség lista” összeállítása, túlélőkészlet létrehozása (olyan tárgyak gyűjteménye, amelyek pozitív érzelmeket váltanak ki, például fotók, idézetek vagy emlékek), valamint az alváshigiéné javítása. Az alváshigiénés munka során pszichoedukációt nyújtanak, azonosítják az alvási szokásokat, tervet készítenek azok módosítására, és alvásnaplóval követik nyomon a változásokat.

Középső fázis:

Ebben a szakaszban a kognitív átstrukturálás kerül előtérbe, amelynek során a terapeuta kognitív-viselkedésterápiás eszközöket és technikákat alkalmaz. A

cél a maladaptív gondolkodási minták azonosítása és módosítása, amelyek a szuicid viselkedést fenntartják.

Záró fázis:

Az utolsó szakasz a visszaesés (relapszus) megelőzésére koncentrál, a korábban elsajátított készségek megerősítésével és alkalmazásával, hogy a páciens hosszú távon képes legyen kezelni a krízishelyzeteket.

A BCBT rövidített, fekvőbeteg számára kidolgozott változata kifejezetten hatékynak bizonyul az öngyilkossági kísérlet megelőzésében (Diefenbach és mtsai., 2024).

CBT-SP: Kognitív terápia a szuicidprevencióban

A CT-SP (Cognitive Therapy for Suicide Prevention) kognitív terápiája kifejezetten szuicidprevencióra kidolgozott változata, kidolgozása Barbara Stanley és Gregory K. Brown nevéhez fűződik (Stanley és mtsai., 2009). A CBT-SP elsődleges célja korábban öngyilkosságot megkísérelt, vagy intenzív szuicid ideációkat tapasztaló páciensek esetében akut krízisállapotok során is megvalósítható alternatív és adaptívabb kognitív és viselkedéses stratégia megtanítása, valamint a szociális háló bővítése. A CBT-SP (kognitív viselkedésterápia szuicidprevencióra) három fázisra oszlik. Az elsőben a klinikus felméri a szuicid kockázatot, kezelési és kríziskezelési tervet készít a pácienssel, valamint érzelmszabályozási és krízismenedzsment technikákat alkalmaz. A második fázis a szuicid gondolatokat kiváltó maladaptív hiedelmek azonosítására és megkérdőjelezésére fókuszál. A harmadik fázisban a terapeuta és a páciens relapszus prevenció feladatát végez, hogy megszilárdítsa a készségeket és felkészítse a páciens a stresszkezelésre.

A terápia 10-12 ülésből áll járóbeteg-ellátásban, informált beleegyezéssel kezdve, ahol a kockázatok és előnyök nyíltan megvitatásra kerülnek. Hasonlóan a korábban bemutatott módszerekhez, itt is kulcsfontosságú a kríziskezelési terv kidolgozása, amely során a páciens és a klinikus listát készít a szuicid krízis jeleinek felismerésére, adaptív stratégiák alkalmazására, az élet pozitív aspektusainak és támogató hálózatának azonosítására, valamint krízisszolgáltatások elérésére. Ehhez nagyon hasonló a biztonsági terv, amely hat részből álló írásos tervet: figyelmeztető jelek, önálló megküzdési stratégiák, támogató személyek, segítő szakemberek, segélyvonalak és a veszélyes eszközök eltávolításának terve. A CBT-SP segédletekkel (pl. ABC munkalapok) támogatja a páciens rugalmasságát és kritikai gondolkodását.

DBT: Dialektikus viselkedésterápia

A dialektikus viselkedésterápia (DBT), amelyet Marsha Linehan fejlesztett ki (Linehan, 2010; Linehan és mtsai., 2015), a kognitív viselkedésterápiák harmadik hullámához tartozó módszer, kifejezetten önsértő magatartású, szuicid kockázattal élő, illetve borderline személyiségzavarral diagnosztizált páciensek kezelésére. A DBT ötvözi a kognitív, viselkedés- és szupportív pszichoterápiás elemeket. Fő célja, hogy a páciensek hatékony megküzdési stratégiákat és érzelmszabályozási készségeket sajátítsanak el egy biztonságos terápiás környezetben, amelyeket később a hétköznapi életben is alkalmazni tudnak. Miközben a DBT-t eredetileg borderline személyiségzavar kezelésére dolgozták ki, bebizonyosodott, hogy jelenleg a leghatékonyabb öngyilkossági kísérlet-megelőző pszichoterápiás módszer.

A DBT négy kulcsfontosságú készségterületre fókuszál: tudatos jelenlét (mindfulness), érzelmszabályozás, interperszonális hatékonyság és feszültségtűrés. A mindfulness az ítélezésmentes, tudatos jelenletre épít, segítve a szenvedés csökkentését, a pozitív érzelmek fokozását és a valóság elfogadását. Az interperszonális hatékonyság az asszertivitás fejlesztésére és az adaptív társas viselkedés kialakítására irányul, különösen konfliktushelyzetekben. Az érzelmszabályozás az érzelmek megértésére, a negatív érzések azonosítására és kezelésükre koncentrál, csökkentve az érzelmi sebezhetőséget és túlérzékenységet. A feszültségtűrés a krízishelyzetek kezelésére és a realitás elfogadására szolgál olyan technikák révén, mint a figyelemelterelés, önmegnyugtatás és relaxáció. Ezek a készségek több irányból támogatják az öngyilkossági és önsértési késztetésekhez vezető gondolatok és érzelmek kezelését.

ÖSSZEGZÉS ÉS JAVASLATOK

Az öngyilkossági veszély szisztematikus szűrése az alapellátásban a hazai prevenció egyik kulcsterülete. Az öngyilkosságmegelőzésben a bizonyítottan hatékony módszerek használata kulcsfontosságú. Az ASQ gyors és érzékeny szűrőeszközként, a BSSA pedig részletes kockázatprofiljával segíti a klinikusokat a pontosabb döntéshozatalban. A háromlépcsős modell — szűrés, kockázatbecslés, beavatkozási terv — strukturált és hatékony válaszokat tesz lehetővé a különböző veszélyeztetettségű szintekre. A bemutatott megközelítés nemcsak a klinikai gyakorlatot teszi átláthatóbbá és célzottabbá, hanem illeszkedik a modern szuicidológia „gondolatból tett” paradigmájába

is. Az ASQ–BSSA integrálása az alapellátásba hosszú távon hozzájárulhat a szuicid kockázat korai felismeréséhez, a biztonsági terv rutinszerű használatához.

Az említett mérőeszközök online is elérhetőek: <https://ongyilkossagmegelozes.hu/asq-es-bssa-szakmai-anyagok/>

LEVELEZŐ SZERZŐ: Bérdi Márk

PTE BTK Pszichológiai Intézet

E-mail: berdimark@gmail.com

IRODALOM

1. Afzal, K. I., Cheema, A., Cheema, H., Mournet, A., Wei, A., Khalid, A., Merai, R., Pao, M., Horowitz, L., Afzal, K. I., Cheema, A., Cheema, H., Mournet, A., Wei, A., Khalid, A., Merai, R., Pao, M., & Horowitz, L. M. (2024). Urdu-Language Translation and Validation of the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Tool: A Focus on Connotation and Context. *Cureus*, 16(7). <https://doi.org/10.7759/cureus.65763>
2. Aguinaldo, L. D., Sullivant, S., Lanzillo, E. C., Ross, A., He, J.-P., Bradley-Ewing, A., Bridge, J. A., Horowitz, L. M., & Wharff, E. A. (2021). Validation of the ask suicide-screening questions (ASQ) with youth in outpatient specialty and primary care clinics. *General Hospital Psychiatry*, 68, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.11.006>
3. Ayer, L., Horowitz, L. M., Colpe, L., Lowry, N. J., Ryan, P. C., Boudreaux, E., Little, V., Erban, S., Ramirez-Estrada, S., & Schoenbaum, M. (2022). Clinical Pathway for Suicide Risk Screening in Adult Primary Care Settings: Special Recommendations. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63(5), 497–510. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.05.003>
4. Ayer, L., Horowitz, L. M., Colpe, L., Lowry, N. J., Ryan, P. C., Boudreaux, E., Little, V., Erban, S., Ramirez-Estrada, S., & Schoenbaum, M. (2024). Klinikai útvonal az öngyilkossági kockázat zűrésére a felnőtt alapellátásban: Speciális ajánlások. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 26(3), 153–169. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.05.003>
5. Barnard, L., Rowhani-Rahbar, A., & Betz, M. E. (2021). Lethal Means Safety Approaches for Suicide Prevention. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 1(1), 77–89. <https://doi.org/10.1016/j.ypsc.2021.05.015>
6. Bérdi, M. (2021). Egy cél, két megközelítés: Az öngyilkossági kockázat szűrésének elméleti és gyakorlati dilemmái. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság Tudományos Folyóirata*, 36(4), 518–535. MTMT.
7. Bérdi, M. (2022). „Sosem tudnám megtenni.” Az öngyilkos viselkedés „gondolatból tett” paradigmája. *Orvosi Hetilap*, 163(28), 1095–1104. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32514>
8. Bérdi, M., & Cramer, R. J. (2023). Az öngyilkosság kockázatának becslése és kezelése: Egy kompetencia alapú megközelítés és egy tréning tervének bemutatása. I. rész [Assessing and managing suicide risk: A competency-based approach and a training plan. Part I]. *Pszichoterápia*, 32(3), 177–190.
9. Bérdi, M., & Gonda, X. (2025). Az öngyilkossági kockázat szűrése az alapellátásban. *Magyar Családorvosok Lapja*, 1, 16–18.

10. Bishop, J., Martin, A., Costanza, S., & Lane, R. C. (2000). Suicide signs on the Rorschach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(3), 289–305. Scopus. <https://doi.org/10.1023/A:1004146800590>
11. Bokor, L. (2022). A telepszichiátria és -pszichoterápia gyakorlata. In J. Radics, J. Vizi, & T. Kurimay (Szerk.), *Bevezetés a telepszichiátria gyakorlatába*. Akadémiai Kiadó. <https://doi.org/10.1556/9789634547327>
12. Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., & Kessler, R. C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of affective disorders*, 105(1–3), 25–33. <https://doi.org/10/dgpgqv8>
13. Bryan, C. J., Allen, M. H., Thomsen, C. J., May, A. M., Baker, J. C., Bryan, A. O., Harris, J. A., Cunningham, C. A., Taylor, K. B., Wine, M. D., Young, J., Williams, S., White, K., Smith, L., Lawson, W. C., Hope, T., Russell, W., Hinkson, K. D., Cheney, T., & Arne, K. (2021). Improving Suicide Risk Screening to Identify the Highest Risk Patients: Results From the PRImary Care Screening Methods (PRISM) Study. *Annals of Family Medicine*, 19(6), 492–498. <https://doi.org/10.1370/afm.2729>
14. Bryan, C. J., Bryan, A. O., Khazem, L. R., Aase, D. M., Moreno, J. L., Ammendola, E., Bauder, C. R., Hiser, J., Daruwala, S. E., & Baker, J. C. (2024). Crisis response planning rapidly reduces suicidal ideation among U.S. military veterans receiving massed cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 102, 102824. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102824>
15. Bryan, C. J., Butner, J. E., May, A. M., Rugo, K. F., Harris, J. A., Oakey, D. N., Rozek, D. C., & Bryan, A. O. (2020). Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New Ideas in Psychology*, 57, 100758. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100758>
16. Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E., & Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64–72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.028>
17. Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). *Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention*. Guilford Publications.
18. Bryan, C. J., Stone, S. L., & Rudd, M. D. (2011). A practical, evidence-based approach for means-restriction counseling with suicidal patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(5), 339–346. <https://doi.org/10.1037/a0025051>
19. Christensen LeCloux, M., Aguinaldo, L. D., Lanzillo, E. C., & Horowitz, L. M. (2022). Provider opinions of the acceptability of Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Tool and the ASQ Brief Suicide Safety Assessment (BSSA) for universal suicide risk screening in community healthcare: Potential barriers and necessary elements for future implementation. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 49(3), 346–363. <https://doi.org/10.1007/s11414-022-09787-3>
20. Christensen-LeCloux, M., Weimer, M., Bjorkgren, K., Booker, W., & Campo, J. V. (2021). Universal suicide risk screening: Views of rural adults on acceptability and implementation in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 71, 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.03.009>
21. Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>
22. De Leo, D. (2004). Suicide prevention is far more than a psychiatric business. *World Psychiatry*, 3(3), 155–156.
23. Deisenhammer, E. A., Ing, C.-M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., & Weiss, E. M. (2009). The duration of the suicidal process: How much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(1), 19–24.
24. Diefenbach, G. J., Lord, K. A., Stubbing, J., Rudd, M. D., Levy, H. C., Worden, B., Sain, K. S., Bimstein, J. G., Rice, T. B., Everhardt, K., Gueorgieva, R., & Tolin, D. F. (2024). Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Inpatients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2349>
25. Dueweke, A. R., Marin, M. S., Sparkman, D. J., & Bridges, A. J. (2018). Inadequacy of the PHQ-2 depression screener for identifying suicidal primary care patients. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 36(3), 281–288. <https://doi.org/10.1037/fsh0000350>
26. Edwards, S. J., & Sachmann, M. D. (2010). No-suicide contracts, no-suicide agreements, and no-suicide assurances: A study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. *Crisis*, 31(6), 290–302. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000048>
27. Emberi Erőforrások Minisztériuma. (2021). Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a szakpszichológiai ellátásról. *Egészségügyi Közlöny*, LXXI(24), 2553.
28. Galynker, I., Bloch-Elkouby, S., & Cohen, L. J. (2024). Suicide crisis syndrome: A specific diagnosis to aid suicide prevention. *World Psychiatry*, 23(3), 362–363. <https://doi.org/10.1002/wps.21229>
29. Galynker, I., Yaseen, Z. S., Cohen, A., Benhamou, O., Hawes, M., & Briggs, J. (2017). Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory. *Depression and Anxiety*, 34(2), 147–158. <https://doi.org/10.1002/da.22559>
30. Grigoroglou, C., van der Feltz-Cornelis, C., Hodkinson, A., Coventry, P. A., Zghebi, S. S., Kontopantelis, E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Waheed, W., Dickens, C., Archer, J., Blakemore, A., Adler, D. A., Aragones, E., Björkelund, C., Bruce, M. L., Buszewicz, M., Carney, R. M., ... Panagioti, M. (2021). Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 71, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.04.004>
31. Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13(3), e1001968. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968>
32. Hadlaczk, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Wasserman, D., Balazs, J., Machin, N., Sarchiapone, M., Sisask, M., & Carli, V. (2018). Decision-making in suicidal behavior: The protective role of loss aversion. *Frontiers in Psychiatry*, 9(APR). Scopus. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=s-2-s2.0-85045068910&doi=10.3389%2ffpsy.2018.00116&partnerID=40&md5=df75bf794299bacd6297fb2a71c59ee9>
33. Hajnal, A., Herold, R., Osváth, P., Simon, M., & Vörös, V. (2024). Az öngyilkos viselkedés és a lélektani krízisállapot—Az öngyilkossági veszély felismerése. In *Gyakorlati pszichiátria—Pszichiátriai tünetcsoportok felismerése és kezelése a sürgősségi ellátásban* (o. 133–151). Medicina Könyvkiadó.
34. Hawgood, J. L., & De Leo, D. (2015). STARS: Screening Tool for Assessing Risk of Suicide. Griffith University, Australian Institute for Suicide Research and Prevention.

35. Horowitz, L. M., Bridge, J. A., Teach, S. J., Ballard, E., Klima, J., Rosenstein, D. L., Wharff, E. A., Ginnis, K., Cannon, E., Joshi, P., & Pao, M. (2012). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): A brief instrument for the pediatric emergency department. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(12), 1170–1176. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1276>
36. Horowitz, L. M., Snyder, D. J., Boudreaux, E. D., He, J.-P., Harrington, C. J., Cai, J., Claassen, C. A., Salhani, J. E., Dao, T., Chaves, J. F., Jobes, D. A., Merikangas, K. R., Bridge, J. A., & Pao, M. (2020). Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. *Psychosomatics*, 61(6), 713–722. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.04.008>
37. Horowitz, L. M., Wharff, E. A., Mournet, A. M., Ross, A. M., McBee-Strayer, S., He, J.-P., Lanzillo, E. C., White, E., Bergdoll, E., Powell, D. S., Solages, M., Merikangas, K. R., Pao, M., & Bridge, J. A. (2020). Validation and Feasibility of the ASQ Among Pediatric Medical and Surgical Inpatients. *Hospital Pediatrics*, 10(9), 750–757. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-0087>
38. Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7>
39. Jobes, D. A. (2016). *Managing Suicidal Risk, Second Edition: A Collaborative Approach* (Second edition). The Guilford Press.
40. Jobes, D. A. (2023). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (Third edition). The Guilford Press.
41. Jobes, D. A., & Barnett, J. E. (2024). Evidence-based care for suicidality as an ethical and professional imperative: How to decrease suicidal suffering and save lives. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/amp0001325>
42. Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 617–626. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
43. Kim, H.-J., Kim, S., Son, Y., Youn, I., & Lee, K. (2023). Reliability and Validity of the Korean Version of the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). *Journal of Korean Medical Science*, 38(6), e41. <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e41>
44. Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
45. Knapp, S. (2023). Lethal means counseling for suicidal firearm owners. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 53(4), 279–287. <https://doi.org/10.1007/s10879-023-09588-5>
46. Linehan, M. M. (2010). A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája. *Medicina*.
47. Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
48. Maltzberger, J. T. (1993). Dreams and suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(1), 55–62. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1993.tb00279.x>
49. Matarazzo, B. B., Homaifar, B. Y., & Wortzel, H. S. (2014). Therapeutic risk management of the suicidal patient: Safety planning. *Journal of psychiatric practice*, 20(3), 220–224.
50. May, A. M., & Klonsky, E. D. (2016). What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 5–20. <https://doi.org/10.1037/h0101735>
51. McMyler, C., & Prymachuk, S. (2008). Do „no-suicide” contracts work? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(6), 512–522. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01286.x>
52. Michel, K., & Gysin-Maillart, A. (2015). *ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program: A Manual for Clinicians*. Hogrefe Publishing.
53. Michel, K., & Valach, L. (2010). The narrative interview with the suicidal patient. In K. Michel & J. David (Szerk.), *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1st edition, o. 63–80). American Psychological Association.
54. Millner, A. J., Lee, M. D., & Nock, M. K. (2017). Describing and Measuring the Pathway to Suicide Attempts: A Preliminary Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), 353–369. <https://doi.org/10.1111/sltb.12284>
55. Mournet, A. M., Smith, J. T., Bridge, J. A., Boudreaux, E. D., Snyder, D. J., Claassen, C. A., Jobes, D. A., Pao, M., & Horowitz, L. M. (2021). Limitations of Screening for Depression as a Proxy for Suicide Risk in Adult Medical Inpatients. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(4), 413–420. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.02.002>
56. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
57. Osváth P., Molnár C., Lovig C., Major F. N., Venczák S., Fekete S., Tényi T., Cohen L., Galyner I., & Vörös V. (2025). Az akut szuicid veszély értékelése: A komplex rizikóbecslés lehetőségei a klinikai gyakorlatban. *ORVOSI HETILAP*, 166(4), Article 4. <https://doi.org/10.1556/650.2025.33211>
58. Pecache, D. R., Nancho, R. M. H., & Cuisia-Cruz, E. S. S. (2022). Validation of the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) as a Suicide Screening Tool for Adolescents in the Outpatient Population of a Tertiary Hospital. *Journal of Adolescent Health*, 70(4), S66. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.01.041>
59. Perczel-Forintos, D., Zinner-Gérecz, Á., & Naszvadi, E. (2020). Suicide prevention contract: A possibility for reducing the risk of suicidality in outpatient psychotherapy care. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 35(4), 448–462. Scopus.
60. Pokorny, A. D. (1983). Prediction of Suicide in Psychiatric Patients: Report of a Prospective Study. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 249–257. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790030019002>
61. Pokorny, A. D. (1993). Suicide Prediction Revisited. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1993.tb00273.x>
62. Posner, K. (2016). Columbia-Suicide Severity Rating Scale [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/t52667-000>
63. Recklitis, C. J., Lockwood, R. A., Rothwell, M. A., & Diller, L. R. (2006). Suicidal ideation and attempts in adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 24(24), 3852–3857. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.5409>
64. Rihmer, Z., Béltéczki, Z., Döme, P., Gonda, X., & Újvári, J. (2020). A hosszú távú öngyilkossági veszély felmérése 6-téte-

- les Rövid Szuicid Kérdőívvel pszichiátriai osztályról elbocsátott betegeinknél. 30 hónapos követés. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, XXXV. évf. 2020 Supplementum I.
65. Rihmer Z., Döme P., Gonda X., Rihmer A., & Bélteczki Z. (2018). Az öngyilkossági veszély felmérése a Rövid Szuicid Kérdőív segítségével – előzetes eredmények. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, XX(1), 14–17.
 66. Rihmer Zoltán, Döme Péter, & Gonda Xénia. (2015). 30 év az öngyilkosság ellen: Munkacsoportunk depresszió- és szuicid-prevenációs kutatásainak összefoglalása – 1985–2015. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakológiai Egyesület lapja*, 17(3), 113–119.
 67. Rodante, D. E., Papávero, E. B., Ingrassia, A. V., Gorrini, A., Ralli, E., Rodante, E. D., Arismendi, M., Lowry, N., Ryan, P., Jian-Ping, H., Bridge, J. A., Horowitz, L., & Daray, F. M. (2023). Validation of the Spanish ASQ translation: Screening pediatric patients for suicide-risk in Argentina. *General Hospital Psychiatry*, 85, 191–198. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.11.001>
 68. Rothes, I. A., Henriques, M. R., Leal, J. B., & Lemos, M. S. (2014). Facing a patient who seeks help after a suicide attempt: The difficulties of health professionals. *Crisis*, 35(2), 110–122. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000242>
 69. Rudd, D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. In *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (o. 355–368). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-016>
 70. Rudd, D., Bryan, C. J., Jobes, D. A., Feuerstein, S., & Conley, D. (2022). A Standard Protocol for the Clinical Management of Suicidal Thoughts and Behavior: Implications for the Suicide Prevention Narrative. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.929305>
 71. Rudd, D., Mandrusiak, M., & Joiner Jr., T. E. (2006). The case against no-suicide contracts. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 243–251. <https://doi.org/10.1002/jclp.20227>
 72. Sall, J., Brenner, L., Millikan Bell, A. M., & Colston, M. J. (2019). Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide: Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 343–353. <https://doi.org/10.7326/M19-0687>
 73. Schechter, M., Goldblatt, M. J., Ronningstam, E., & Herbstman, B. (2022a). The Psychoanalytic Study of Suicide, Part I: An Integration of Contemporary Theory and Research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 70(1), 103–137. <https://doi.org/10.1177/00030651221086622>
 74. Schechter, M., Goldblatt, M. J., Ronningstam, E., & Herbstman, B. (2022b). The Psychoanalytic Study of Suicide, Part II: An Integration of Theory, Research, and Clinical Practice. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 70(1), 139–166. <https://doi.org/10.1177/00030651221087158>
 75. Singh, A., Squires, J., Yeh, C. J., Heo, K. H., & Bian, H. (2016). Validity and reliability of the developmental assessment screening scale. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(1), 124–128. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.184636>
 76. Spitzer, E. G., Stearns-Yoder, K. A., Hoffberg, A. S., Bailey, H. M., Miller, C. J., & Simonetti, J. A. (2024). A systematic review of lethal means safety counseling interventions: Impacts on safety behaviors and self-directed violence. *Epidemiologic Reviews*, 46(1), 1–22. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxae001>
 77. Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., & Hughes, J. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility, and Acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005–1013. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>
 78. Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
 79. Swift, J. K., Trusty, W. T., & Penix, E. A. (2021). The effectiveness of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to alternative treatment conditions: A meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(5), 882–896. <https://doi.org/10.1111/sltb.12765>
 80. Szilágyi, S., Hajduska-Dér, N., & Bérdi, M. (2024). A krízisellátás és az öngyilkossági veszély felmérésének diagnosztikai kérdései. In Vizsin, Gabriella & Demetrovics, Zsolt (Szerk.), *A pszichodiagnosztika kézikönyve 1-2.* (o. 599). Medicina Könyvkiadó.
 81. Uygun, S. D., Çikili Uytun, M., Konşuk Ünlü, H., Akman Ayıdağa, E., Çelik Büyükcera, Ö., Vatansever, G., Günay, F., & Kiliç, B. G. (2023). Turkish Adaptation Study of the Ask Suicide-Screening Questions in Adolescents. *Noropsikiyatri Arsivi*, 60(2), 158–168. Scopus. <https://doi.org/10.29399/npa.28>
 82. Veterans Affairs MIRECC. (2024). *reatment Recovery Manual (TRM)*. U.S. Department of Veterans Affairs [General Information]. <https://www.mirecc.va.gov/visn19/trm/>
 83. Viguera, A. C., Milano, N., Laurel, R., Thompson, N. R., Griffith, S. D., Baldessarini, R. J., & Katzan, I. L. (2015). Comparison of Electronic Screening for Suicidal Risk With the Patient Health Questionnaire Item 9 and the Columbia Suicide Severity Rating Scale in an Outpatient Psychiatric Clinic. *Psychosomatics*, 56(5), 460–469. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2015.04.005>
 84. Vörös, V., Tényi, T., Nagy, A., Fekete, S., & Osváth, P. (2021). Crisis Concept Re-loaded?-The Recently Described Suicidal-Specific Syndromes May Help to Better Understand Suicidal Behavior and Assess Imminent Suicide Risk More Effectively. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 598923. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.598923>
 85. Walker, J., Hansen, C. H., Butcher, I., Sharma, N., Wall, L., Murray, G., & Sharpe, M. (2011). Thoughts of death and suicide reported by cancer patients who endorsed the „suicidal thoughts” item of the PHQ-9 during routine screening for depression. *Psychosomatics*, 52(5), 424–427. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.02.003>
 86. Wernigg, R., & Blazsek, P. (2015). Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Oriold és Társai.
 87. WHO. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/131056>
 88. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balázs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. Scopus. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

Függelék A

NIMH TOOLKIT: HUNGARIAN



Suicide Risk Screening Tool

Ask Suicide-Screening Questions
Öngyilkossággal kapcsolatos szűrőteszt

Kérdezze meg a páciensről:

- Az elmúlt néhány hét során gondolt-e arra, hogy bárcsak meghalna? ☐ Igen ☐ Nem
- Az elmúlt néhány hét során volt-e olyan érzése, hogy saját magának vagy a családjának jobb lenne, ha Ön meghalna? ☐ Igen ☐ Nem
- Az elmúlt héten voltak-e olyan gondolatai, hogy megöli magát? ☐ Igen ☐ Nem
- Próbálta valaha megölni magát? ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, hogyan? _____

Mikor? _____

Ha a páciens a fenti kérdések bármelyikére **igen** választ ad, tegye fel a következő kérdést:

5. Jelenleg vannak-e olyan gondolatai, hogy megöli magát? ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, kérjük írja le, hogy mire gondol: _____

Következő lépések:

- Ha a páciens az 1-4. kérdések mindegyikére „nem” választ ad, akkor a szűrés véget ért (nem szükséges feltenni az 5. kérdést). Nincs szükség beavatkozásra (Megjegyzés: a klinikai döntés mindig felülírhatja a negatív vizsgálati eredményt).
- Ha a páciens az 1-4. kérdések bármelyikére „igen” választ ad, vagy visszautasítja a válaszadást, akkor **pozitív a szűrés eredménye**. Ekkor tegye fel az 5. kérdést, annak érdekében, hogy felmérje az öngyilkossági veszély közvetlenségét:
 - ☐ Az 5. kérdésre adott válasz **igen = akut pozitív vizsgálati eredmény** (közvetlen kockázat azonosítva).
 - Haladéktalanul** sürgősségi pszichiátriai vizsgálatra van szükség. **A páciens nem távozhat addig, amíg a biztonságát vizsgáló értékelést el nem végezték.**
 - Folyamatosan figyeljen a páciensre. Minden veszélyes tárgyat távolítson el a vizsgálati helyiségből. Figyelmeztesse a páciens ellátásáért felelős orvost vagy klinikai személyzetet is.
 - ☐ Az 5. kérdésre adott válasz nem = nem akut-pozitív vizsgálati eredmény (lehetséges kockázat azonosítva).
 - Az öngyilkosság veszélyének kiszűrését célzó rövid vizsgálatra van szükség annak eldöntésére, hogy szükséges-e teljes pszichiátriai kivizsgálás. A páciens nem távozhat addig, amíg a biztonságát vizsgáló értékelést el nem végezték.**
 - Figyelmeztesse a páciens ellátásáért felelős orvost vagy klinikai személyzetet is.

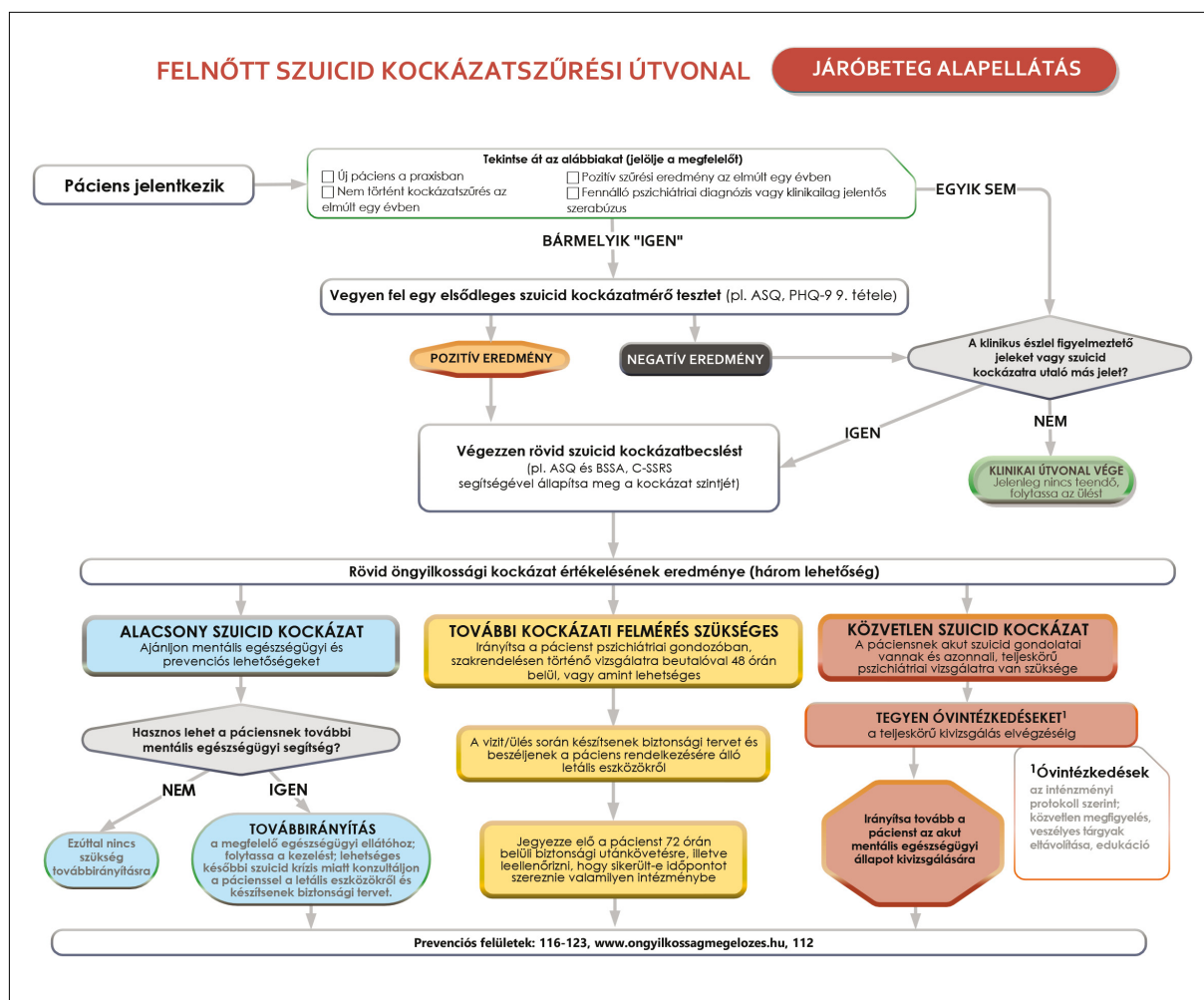
Minden páciensnek adja meg az alábbi elérhetőségeket:

- Amennyiben öngyilkossági gondolatai vannak, hívja a 116-123-as lelki elsősegély telefonszámot.
- Amennyiben úgy érzi, fennáll annak a veszélye, hogy öngyilkosságot követ el, hívja a 112-t!
- További információ: www.ongyilkossagmegelozes.hu

asQ Suicide Risk Screening Toolkit
NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH)


2/14/2024

Függelék C



The Implementation of ASQ and BSSA in Hungary: A Three-Step Clinical Pathway to Reduce Suicide Risk

Suicide rates in Hungary remain alarmingly high, particularly among middle-aged and older men. This study introduces the Hungarian adaptations of two suicide prevention tools: the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) and the Brief Suicide Safety Assessment (BSSA), examining their applicability within a three-step clinical pathway consisting of screening, risk stratification, and treatment planning. The authors present a detailed overview of the hierarchy of suicide risk factors and emphasize the critical role of both screening and risk assessment in clinical decision-making. A dedicated section of the study explores various psychosocial interventions that have been proven effective in preventing suicide attempts. These include immediate stabilizing interventions and longer-term, more complex psychotherapeutic treatment approaches, all of which aim to provide structured support for individuals at risk.

Keywords: suicide prevention, ASQ, BSSA, clinical pathway, suicide risk, psychosocial interventions, screening, mental health