

Az Európai Pszichiátriai Szövetség (European Psychiatric Association, EPA) útmutatója az öngyilkosság kezelésére és megelőzésére

DANUTA WASSERMAN¹, ZOLTAN RIHMER², DAN RUJESCU³, MARCO SARCHIAPONE⁴, MARCUS SOKOLOWSKI¹, DAVID TITELMAN¹, GIL ZALSMAN^{5,6}, ZVI ZEMISHLANY⁵ ÉS VLADIMIR CARLI¹

¹ The National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institutet, Stockholm

² Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Semmelweis Egyetem Kótvölgyi Klinikai Tömb, Budapest

³ Ludwig Maximilians University, München

⁴ Department of Health Sciences, University of Molise, Campobasso

⁵ Geha Mental Health Centre, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv

⁶ Division of Molecular Imaging and Neuropathology, Psychiatry Department, Columbia University, New York

Az öngyilkosság fontos népegészségügyi problémát jelent a WHO európai régiójában, ami évente 150 000 halált okoz. **Szucid krízis:** Azonnal meg kell kezdeni az akut beavatkozást annak érdekében, hogy a beteget életben tartsuk. **Diagnózis:** Az öngyilkosságot elkövetők 90%-a esetében a háttérben pszichiátriai zavar húzódik meg. Magas az öngyilkosság és a depresszió, szorongás, szerabúzus, és személyiségzavarok komorbiditása. Az öngyilkosság sikeres megelőzése érdekében elengedhetetlen a háttérben álló betegség megfelelő diagnózisa és kezelése. **Kezelés:** A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják a farmakológiai kezelés és a kognitív viselkedésterápia hatékonyságát az öngyilkosság megelőzésében. Vannak más ígéretes pszichológiai kezelések is, azonban a rendelkezésre álló bizonyíték jelenleg ezek esetében még nem elégséges. A vizsgálatok eredményei szerint az antidepresszívum-kezelés depressziós betegek esetében csökkenti az öngyilkosság kockázatát. Azonban az antidepresszívumokkal kezelt depressziós betegek esetében a kezelés első 10-14 napja során fennáll az öngyilkos viselkedés kockázata, ami gondos megfigyelést tesz szükségessé. Szorongás és inszomnia esetében javasolt az anxiolitikumokkal és altatókkal történő rövidtávú kiegészítő gyógyszerelés. Gyermek és kamaszok esetében az antidepresszívumokkal történő kezelés csak szakorvos felügyelete mellett végezhető. A hosszútávú lítiumkezelés esetében kimutatták, hogy unipoláris és bipoláris depresszióban szenvedő betegek esetében egyaránt hatékony az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet megelőzésében. A clozapinkezelés szkizofrén betegek esetében hatékony az öngyilkos viselkedés csökkentésében. Más atípusos antipszichotikumok is ígéretesek, azonban több bizonyítékra van szükség. **Kezelő team:** Előnyben kell részesíteni a pszichiáterből és egyéb szakemberekből, például pszichológusból, szociális munkásból, foglalkozásterapeutaiból álló multidiszciplináris kezelő teameket, mivel minden esetben javasolt a farmakológiai, pszichológiai és szociális rehabilitáció kombinációja, különösen krónikusan öngyilkos betegek esetében. **Család:** Az öngyilkosokat kortól függetlenül mindig motiválni kell a család kezelésbe történő bevonására. **Társas támogatás:** Javasolt a pszichoszociális kezelés és támogatás, mivel az öngyilkos betegek legnagyobb része problémákkal küzd a kapcsolatok, munka és iskola terén, és jellemző a működőképes társas hálózatok hiánya. **Biztonság:** A biztonságos otthoni, nyilvános és kórházi környezet, melyben az öngyilkosság eszközei nem hozzáférhetőek, elengedhetetlen stratégia az öngyilkosság megelőzés során. Valamennyi kezelési opciót, a gyógyszerek felírását és a beteg hazabocsátását a kórházból a benne rejlő kockázat fényében alaposan mérlegelni kell. **A személyzet képzése:** A háziorvosok képzése hatékony az öngyilkosság megelőzésében. Javítja a depresszió és szorongás kezelését, a nyújtott ellátás színvonalát és az öngyilkossággal szembeni attitűdöket. Folyamatos, etikai és jogi kérdések megvitatását is magában foglaló képzés szükséges a pszichiáterek és más mentális egészségügyi szakemberek számára.

A cikk eredetileg az alábbi formában jelent meg: Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D., et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry* 2012;27(2):129-141. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003 Copyright © 2011 Elsevier Masson SAS. Minden jog fenntartva. A cikket a kiadó engedélyével közöljük.

(*Neuropsychopharmacol Hung* 2012; 14(2): 113-136; doi: 10.5706/nph201206004)

Kulcsszavak: öngyilkosság, depresszió, pszichiátriai diagnózis, megelőzés, felismerés, kezelés

AZ ÖNGYILKOSSÁG EPIDEMIOLÓGIÁJA

Öngyilkosság a világban

Az egészségügyi világszövetség (WHO) szerint világszerte évente mintegy egymillió ember hal meg öngyilkosság következtében, és a becslések szerint 2020-ban másfél millióan fognak meghalni öngyilkosság miatt. A globális öngyilkossági ráta 14 öngyilkosság 100 000 lakosonként: 18 /100 000 férfiak és 11/100 000 nők esetében; a 75 éves és annál idősebbek körében nagyjából háromszor akkora, mint a 25 évesek és annál fiatalabbak csoportjában (WHO). Az öngyilkosságok között egyértelmű a férfiak túlnyomó többsége a nőkhöz képest. Mindkét nem esetében a 35-44 év közötti korcsoportban történik a legtöbb öngyilkosság. Kamaszok esetében az öngyilkosság a harmadik vezető halálok, azonban az öngyilkosság pubertás előtt nagyon ritka (Bertolote és Fleischmann, 2009; Klomek et al., 2009).

Öngyilkosság és öngyilkosság kísérlet a WHO európai régiójában

A WHO adatai az öngyilkossággal összefüggő mortalitásról a WHO európai régiójában az 1. táblázatban láthatók. A becslések szerint minden egyes befejezett öngyilkosságra 10-40 öngyilkossági kísérlet jut (Bertolote et al., 2006). Ez az arány magasabb a kamaszok között és korral csökken. Az általános népességben az öngyilkossági kísérletek élettartam-prevalenciája 2.7-5.9% között van (Weissman et al., 1999; Ramberg és Wasserman, 2000; Nock et al., 2008).

A legfrissebb WHO statisztikák szerint (WHO) a WHO európai régiójában mintegy 150 000 ember követett el öngyilkosságot és 1 500 000 kísérli meg. A férfiak és nők között egyaránt Litvániában, Oroszországban, Belorussziában, Finnországban, Magyarországon és Lettországon a legmagasabb a szuicid ráta. Azonban az utóbbi két-három évtizedben számos európai országban az öngyilkossággal összefüggő mortalitás jelentős csökkenése volt tapasztalható,

különösen a magas szuicid rátájú országokban (pl. Dánia, Észtország, Németország, Magyarország, Svédország), míg néhány más országban, elsősorban azokban, ahol a szuicid ráta viszonylag alacsony volt, kissé emelkedő tendencia mutatkozott (Rihmer és Akiskal, 2006). Az öngyilkosság hátterében általában nem egyetlen ok áll, azonban az öngyilkosságot elkövetők mintegy 90%-a esetében teljesülnek valamilyen pszichiátriai betegség, például hangulatzavar, szerabúzus zavar, pszichózis vagy személyiségzavar kritériumai (Rihmer, 2007; Suominen et al., 1996; Lonnqvist, 2009; Hawton et al., 2003b; Cheng et al., 1997; Balazs et al., 2003). Igen gyakori a depresszió és a komorbid személyiség- vagy szorongásos zavarok fennállása (Cheng et al., 1997; Hawton et al., 2003b; Stanley és Jones, 2009). Az öngyilkossági kísérlet a befejezett öngyilkosság legfontosabb prediktora (Tidemalm et al., 2008). Így a pszichiátriai gyakorlatban igen nagy fontossággal bír az öngyilkossági kísérlet és az öngyilkosság megelőzése megfelelő diagnosztikai eljárások segítségével, valamint e zavarok kezelése.

A világon mintegy 1 000 000 ember hal meg öngyilkosság következtében évente. Az öngyilkossági ráta férfiak esetében magasabb, mint nőknél. Mindkét nem esetében a 35-44 éves korcsoportban történik a legtöbb öngyilkosság. A becslések szerint minden befejezett öngyilkosságra 10-40 öngyilkossági kísérlet jut (Bertolote et al., 2006). Ez az arány magasabb a kamaszok között és korral csökken. Az öngyilkosságot elkövetők 90%-a esetében teljesülnek valamilyen pszichiátriai zavar kritériumai. Magas a pszichiátriai zavarokkal való komorbiditás.

DEFINÍCIÓ

Silverman jelentős kísérletet tett az öngyilkossággal kapcsolatos kutatások nomenklatúrájának átdolgozására (Silverman et al., 2007b; Silverman et al., 2007a). Az öngyilkossági kísérletet olyan, önmaga által elkö-

vetett, potenciálisan sérülést okozó, de nem végzetes kimenetelű viselkedésként definiálja, mely esetében (explicit vagy implicit) bizonyíték van a meghalás szándékát illetően. A paraszucidium kifejezés Európából ered, és mind az öngyilkossági kísérleteket, mind az egyéb öndestruktív viselkedésformákat felöleli. A szándékos önsértést szándékos önmérgezésben vagy önkárosításban definiálják, a motivációtól függetlenül, és a kifejezés használatakor nincs szükség az öngyilkos szándék megállapítására (Hawton et al., 2003a).

A STRESSZ-VULNERÁBILITÁS MODELL ÉS AZ ÖNGYILKOSSÁG FOLYAMATA

Az öngyilkos viselkedést időben kialakuló komplex folyamatként foghatjuk fel. Az öngyilkos viselkedés magába foglalja a szuicid ideációt, melyet verbális vagy nonverbális eszközökkel közölhetünk, a szándékos önsértést, az öngyilkossági kísérletet, és egyes esetekben a befejezett öngyilkosságot. Az öngyilkosság folyamatát biológiai, pszichológiai, környezeti és a fennálló helyzeti tényezők interakciója befolyásolja. Az öngyilkos viselkedés kockázatát és annak megelőzését befolyásoló egyik legfontosabb komponens a személy mentális egészségi állapota és énképe.

Sok mentális betegnél személyiségzavar is fennáll és borzasztó dolgokon mentek keresztül, ennek ellenére azonban sosem gondolkodtak azon, hogy megölik magukat és nem követettek el semmilyen öngyilkos cselekményt sem. Az öngyilkossági hajlam sok kutatót foglalkoztatott és különféle modelleket dolgoztak ki az öngyilkosság etiológiájának magyarázatára. A stressz-vulnerabilitás modell szerint (1. ábra) (Wasserman, 2001b; Wasserman et al., 2007; Mann és Currier, 2010) a genetikai háttér, valamint a szerzett fogékonyság egyaránt hozzájárul a személy által hordozott predispozícióhoz vagy vulnerabilitáshoz. A korai traumatikus életesemények, a krónikus betegségek (különösen a központi idegrendszerben), a krónikus alkohol vagy szerabúzus, valamint az olyan környezeti tényezők, mint a társas pozíció, kultúra, étrend, stb. egyaránt szerepet játszanak a vulnerabilitás kialakulásában.

Annak, hogy az öngyilkos viselkedés külső stresszorok hatása manifesztálódik-e, az öngyilkos viselkedés iránti vulnerabilitás a legfontosabb meghatározója. Az öngyilkos viselkedéssel szembeni vulnerabilitás egyesekben a környezeti és genetikai faktorokat, valamint a kettő közti interakciókat (GxE) egyaránt magába foglalja (Wasserman et al., 2009; Wasserman et al., 2010; Kendler, 2010). Az öngyilkos viselkedés a családokban halmozódik, és az iker- és

adoptációs vizsgálatok eredménye szerint a genetikai hatás az öngyilkos viselkedés varianciájának mintegy 50%-át magyarázza (Brent és Melhem, 2008). Az öngyilkos viselkedés a komplex jelenségek kategóriájába tartozik, így különböző, az élettartam más-más pontjain és gyakran a kedvezőtlen környezeti hatások fennállásának függvényében aktív, egymással interakcióban lévő géncsoportok állnak a háttérben, ami inkább probablisztikus semmint determinisztikus genetikai diatézist eredményez, és inkább katalizálja (semmint okozza) az öngyilkos viselkedés felbukkanását a későbbi élet során (Wasserman et al., 2009; Wasserman et al., 2010). Bizonyos gének, pl. a szerotonintranszporter (SCL6A4) és a monoaminooxidáz (MAO) megfigyelt pleiotrópiája (melyek ugyanazon idegi kör fiatalkori fejlődési fázisában illetve felnőttkori aktivitásában egyaránt szerepet játszanak) a plaszticitással kapcsolatos újabb elméletekkel párhuzamosan a vulnerabilitás mellett segíthetnek bizonyos, a szelektív szerotonin visszavétel gátlókkal végzett kezelés végpontjával és egyes ellentmondásos GxE megfigyelésekkel kapcsolatos paradoxonok feloldásában (Wasserman et al., 2010). A gén-környezet megközelítés új reményt adhat a lehetséges asszociációkkal kapcsolatban, különösen a szerotonintranszporter gén promoter polimorfizmus (5-HTTLPR) rövid (s) allélja esetében. Caspi és munkatársai (Caspi et al., 2003) kimutatták, hogy a legalább egy s allélt hordozó, stresszteli életeseményeken átesett személyek esetében 21-26 éves kor között fokozódtak a depressziós tünetek. Emellett a 21 éves kor után bekövetkező életesemények előrejelezték a 26 éves korban fennálló depressziót és szuicid gondolatokat vagy kísérletet olyan s allélt hordozók esetében, akiknél nem szerepelt a kórtörténetben korábbi depresszió. Egy 54 vizsgálatot felölelő, és a vizsgálatokat a stresszor típusa alapján sztratifikáló újabb metaanalízis erőteljes összefüggést mutatott ki az s allél és a fokozott stresszérzékenység között gyermekkori bántalmazás esetén (Karg et al., 2011). A szerotonintranszporter gén egy további variánsával, egy az l allélban feltárt SNP-vel, valamint egy gén-környezet-időzítés interakciós modellel kapcsolatban felmerült, hogy magyarázhatják a gén x környezet interakciók szerepet az öngyilkossághoz vezető folyamatokban (Zalsman, 2010).

Bonyolult elkülöníteni a kizárólag az öngyilkossággal összefüggő genetikai hatásokat a különféle, az öngyilkosság fenotípusaival szintén összefüggést mutató pszichiátriai zavarokban szerepet játszóktól. A pszichiátriai diagnózisok egyes súlyos altípusai szintén genetikai kockázatot tükröznek, mint

1. táblázat Öngyilkossági ráták (öngyilkosságok száma 100 000 lakosonként) az európai térségben a legfrissebb WHO mortalitási adatok alapján, és a legfrissebb adatok éve

Ország	férfiak	nők	összes	éve
Albánia	6.31	3.45	4.84	2004
Andorra	-	-	-	-
Ausztria	26.1	8.20	12.69	2008
Azerbajdzsán	1.8	0.5	0.70	2006
Belorusszia	46.56	7.61	25.26	2007
Belgium	26.37	9.14	17.46	2004
Bosznia -Hercegovina	20.3	3.3	12.91	2007
Bulgária	17.70	4.29	10.48	2006
Ciprus	3.43	0.96	2.13	2007
Cseh Köztársaság	20.20	4.16	11.79	2008
Dánia	16.04	5.69	10.59	2006
Egyesült Királyság	9.71	2.66	6.12	2007
Görögország	4.78	0.99	2.85	2008
Hollandia	11.17	4.91	8.02	2008
Horvátország	25.57	6.18	14.99	2008
Izland	16.42	7.45	12.10	2008
Izrael	7.88	1.68	4.65	2007
Írország	14.43	4.18	9.29	2008
Kazahsztán	44.92	9.25	25.69	2008
Kirgizisztán	15.99	4.02	9.76	2006
Lengyelország	23.04	3.74	12.94	2007
Lettország	32.60	6.16	17.84	2007
Litvánia	55.93	9.10	30.72	2008
Luxemburg	19.71	7.37	13.07	2006
Macedónia	10.48	3.94	7.07	2003
Magyarország	37.15	8.59	21.53	2008
Málta	5.35	1.03	3.13	2008
Moldávia	30.78	5.38	17.24	2008
Németország	15.46	4.68	9.80	2006
Norvégia	14.00	6.09	10.02	2007
Olaszország	8.43	2.29	5.19	2007
Oroszország	50.55	8.13	27.40	2006
Örményország	4.51	1.00	2.53	2006
Portugália	15.64	4.08	9.36	2003
Románia	18.37	3.55	10.63	2008

San Marino	7.28	0.00	3.62	2000
Spanyolország	10.48	3.11	6.61	2005
Svájc	21.85	9.11	15.12	2007
Svédország	16.29	6.59	11.36	2007
Szerbia	22.17	7.97	14.62	2008
Szlovákia	21.80	3.15	11.93	2005
Szlovénia	28.75	6.64	17.19	2008
Tadzsiszisztán	-	-	-	-
Törökország	2.4	3.4	2.9	2005
Türkmenisztán	-	-	-	-
Ukrajna	36.51	5.66	19.54	2006
Üzbegisztán	8.87	2.37	5.53	2005

például a szuicid viselkedésformák esetében a korai kezdetű depresszió (Mann et al., 2009). Egyes öngyilkosságokra azonban pszichiátriai zavarok klinikai hiányában kerül sor, és fontos figyelembe venni, hogy a gének olyan hajlamot is közvetítenek, amelyek csak az úgynevezett funkcionális endofenotípusok közvetlen biológiai mérése útján detektálhatók, például kortizolszint vagy kortizol válasz mérése vagy funkcionális agyi képalkotás útján mérhetők (Mann et al., 2009). Folyamatosan tárnak fel és vizsgálnak olyan genetikai variánsokat, melyek hozzájárulnak a mentális betegségekre és az öngyilkosságra való fogékonyság különféle fajtáihoz, e vizsgálatokat korábban részletesen ismertettük (Wasserman et al., 2009; Wasserman et al., 2010). Azonban az öngyilkosság genetikai diatézisével kapcsolatos bármely teljes definíció egyelőre még gyerekcipőben jár. A genetikával kapcsolatos felfedezések különösen fontosak lehetnek a kezelés szempontjából, akár azáltal, hogy új molekuláris gyógyszer-célpontokat jelölnek ki, akár pedig azzal, hogy segítenek megérteni jelenleg rendelkezésre álló kezelésekre adott terápiás választ (pl. farmakogenomika) (Brent et al., 2010).

Az öngyilkos viselkedés a legtöbb esetben egy olyan folyamat végkimenetele, melyet genetikai, pszichológiai, környezeti és szituatív tényezők interakciója alakít. A stressz-vulnerabilitás modell széleskörben elfogadott elméleti keret az öngyilkos viselkedés kialakulásának magyarázatára.

AZ ÖNGYILKOSSÁG KOCKÁZATÁNAK KITETT BETEGEK FELISMERÉSE

Öngyilkosság különböző klinikai helyzetekben

Az öngyilkosok a legtöbb esetben valamilyen mentális betegségben vagy különböző pszichiátriai tünetektől szenvednek, és nem sokkal öngyilkosságuk vagy öngyilkossági kísérletük előtt felkeresték háziorvosukat vagy egyéb orvosi, például pszichiátriai ellátást vettek igénybe. Sokuk esetében a családi kórtörténetben mentális betegségek vagy öngyilkos viselkedés tárható fel (Mittendorfer-Rutz et al., 2008; Brent és Mann, 2005).

A pszichiátriai ellátásban végzett populáció-alapú mortalitási vizsgálatok 16-szoros öngyilkossági kockázatot jeleznek pszichiátriai fekvőbetegek, és 2-3-szor nagyobb kockázatot járóbetegek esetében a pszichiátriai problémák miatt alapellátásban kezelt betegek kockázatához képest (Kisely et al., 2005). Az öngyilkosságot elkövető, és mentális egészségügyi ellátásban részesülő betegek esetében az öngyilkossági esetek között az alábbi diagnosztikus kategóriákat figyelték meg: hangulatzavarok, szkizofrénia, személyiségzavarok, és szerabúzusavarok (Kisely et al., 2005; Hunt et al., 2006).

A beszámolók szerint az öngyilkosságot elkövetők mintegy 24%-a keres fel mentális egészségügyi ellátást a halálát megelőző egy év során. Egynegyedük a kórházból való elbocsátást követő három hónapon belül követ el öngyilkosságot, a csúcspont az első héten figyelhető meg, és az öngyilkosságok legnagyobb szám-

ban az elbocsátást követő napon történnek (Appleby et al., 1999). Ezek az adatok a mentális betegségek kezelésének kiemelkedő szerepét jelzik az öngyilkosság megelőzésében. Ha feltételezzük, hogy a főbb mentális zavarok kezelésének hatékonysága 50%, továbbá, hogy a betegek 50%-át diagnosztizálják helyesen és kezelik sikeresen, akkor azt várhatjuk, hogy a szuicid ráta 20%-kal csökken (Bertolote et al., 2003). E cél elérhető átfogó szuicid prevenciók stratégia alkalmazásával, mely magában foglalja a megfelelő kezelést, követést és rehabilitációs ellátást a mentális betegek és különösen azok számára, akik hangulatzavarokban, szkizofréniában vagy szerabúzus zavarokban szenvednek.

Az öngyilkosság szinte mindig valamilyen, háttérben meghúzódó pszichiátriai zavarral függ össze. Az öngyilkosságot elkövetők mintegy fele keres fel valamilyen egészségügyi ellátást kevéssel a tett előtt. Az öngyilkosság kockázata a pszichiátriai osztályról való elbocsátást követő három hónapon belül magas, és az öngyilkosságok legnagyobb számban a kórház elhagyását követő első hét során történnek.

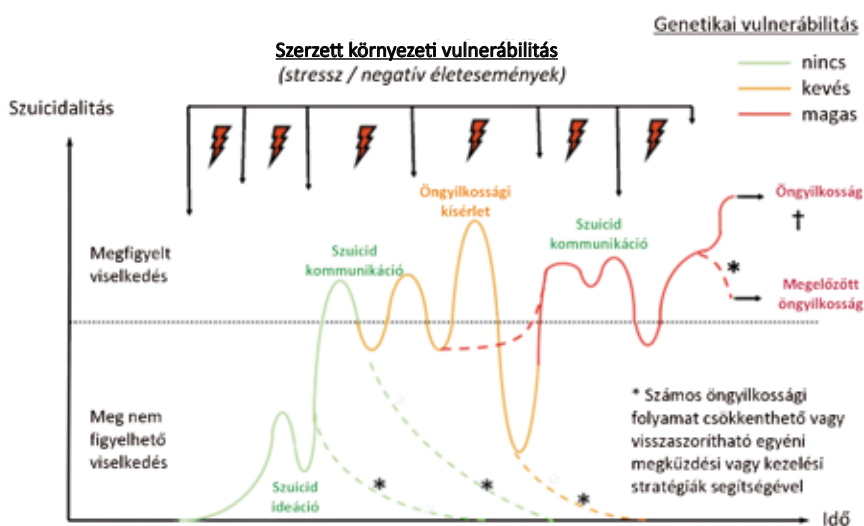
AZ ÖNGYILKOSSÁG KOCKÁZATI TÉNYEZŐI

Örökletesség

Az öngyilkos viselkedés a családban halmozódik, és úgy tűnik, hogy a mentális zavaroktól függetlenül öröklődik (Mittendorfer-Rutz et al., 2008; Brent és Mann, 2005; Brent és Melhem, 2008). Az ikervizsgálatokból származó adatok szintén megerősítik az öngyilkosság örökletességét (Roy és Segal, 2001; Roy et al., 1991). Az öngyilkos viselkedés a családi körtörténetben az öngyilkossági kísérlet független, egyéb tényezőkkel interakcióban nem álló kockázati tényezője (Roy és Janal, 2005).

Aktuálisan fennálló és korábbi pszichiátriai zavarok

A hangulatzavarban szenvedő betegek körében az öngyilkossági kockázat a becslések szerint 13-26-szor magasabb az átlagnépességhez képest (Angst et al., 2002; Harris és Barraclough, 1997); szkizofréria esetében 8,5-10-szer akkora (Harris és Barraclough, 1997; Heila et al., 2005), és alkohol, valamint



1. ábra Az öngyilkosság folyamata és kialakulása az egyéni vulnérabilitás talaján (Forrás: D. Wasserman, C. Wasserman. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective)

egyéb szerabúzus zavarok esetében hatszor magasabb (Harris és Barraclough, 1997). Egy Dániában több mint 176 ezer személyből álló mintán végzett prospektív kohorszvizsgálat szerint a mentális zavar miatti első kórházi kontaktust követően a befejezett öngyilkosságok abszolút kockázata 7.8% bipoláris zavar, 6.7% unipoláris affektív zavarok, és 6.5% szkizofrénia esetében (Nordentoft et al., 2011). A mentális zavarok diagnosztikai panorámája öngyilkossági kísérlet esetén hasonló a befejezett öngyilkosságoknál megfigyelthez. Leggyakrabban depressziós-, szerabúzus-, illetve komorbid személyiségzavarok állnak fenn (Suominen et al., 1996; Balazs et al., 2003). A klinikai vizsgálatok szerint a sikeres kezelés csökkenti az öngyilkosság kockázatát a különféle pszichiátriai zavarokban szenvedő páciensek esetében (Lonnqvist, 2009).

Major depresszió

Az öngyilkosságot elkövető betegek esetében a depresszió általában súlyos, és inszomnia, agitáltság, szorongás, étvágy- és testsúlycsökkenés, súlyos reménytelenség, súlyos büntudat inkongruens érzése, értéktelenségérzés, halállal kapcsolatos gondolatok és külső hatások által kizökkenthetetlen visszatérő szuicid ideáció kíséri. Az impulzív és agresszív viselkedés, cluster B személyiségzavarok, alkohol- vagy drogabúzus és -dependencia fokozza az öngyilkosság kockázatát major depresszióban szenvedők esetében (Angst et al., 2002; Harris és Barraclough, 1997; Rihmer, 2007). A hangulatzavarok szignifikánsan fokozzák az öngyilkos viselkedések kockázatát kamaszok esetében (Bridge et al., 2006; Keel et al., 2003).

Bipoláris zavar

A bipoláris zavarban szenvedő betegek körében az öngyilkos mortalitás igen magas, mintegy 25-szörös az átlagnépességhez képest. Az öngyilkos viselkedés különösen gyakori rapid ciklusú lefolyás esetében, kevert/agitált depresszióban, a betegség korai indulása esetén, és a diagnózist követő első években (Carter et al., 2003). Bipoláris zavar esetében igen magas a szorongásos zavarokkal és alkohol-, valamint drogabúzussal való komorbiditás aránya (Rihmer, 2007; Akiskal és Benazzi, 2005; Balazs et al., 2003; Harris és Barraclough, 1997).

Szorongásos zavarok

A szorongásos zavarok, különösen kamaszok és fiatal felnőttek esetében együttjárást mutatnak az élettar-

tam során jelentkező szuicid ideációval és kísérletekkel (Boden et al., 2007). Öngyilkos felnőttekben magas a szorongásos zavarokkal való komorbiditás különösen major depresszió és szerabúzus esetében. A súlyos szorongás kritikus oki tényező lehet akut szuicidalitás esetében (Fawcett, 2001; Litman, 1987). Fawcett (Fawcett, 1997) korai munkássága során rámutatott, hogy az öngyilkosok esetében igen magas a fel nem ismert és kezeletlen szorongásos zavarok gyakorisága. Poszttraumás stressz zavar esetén az öngyilkosság komorbid depresszióval és szerabúzussal mutat összefüggést (Panagioti et al., 2009). Az egyes esetekben végzett kvalitatív vizsgálatok (Titelman, 2006), valamint az öngyilkossághoz közeli személyek írásos beszámolóit (Jamison, 1999; Améry, 1980) jól mutatják a súlyos szorongás és a megsemmisítő szorongáshoz közelítő szorongásos-depresszív állapotok szerepét az öngyilkosságban (Maltsberger, 2004).

Alkohol és egyéb szerabúzus zavarok

Valamennyi szerabúzus zavar növeli az öngyilkosság kockázatát. Az alkohol és az öngyilkos viselkedés közti kapcsolat összetett, mivel az alkohol rövidtávon pozitív hatással bír a csüggedtség és reménytelenség enyhítése miatt. Intoxikáló hatása következtében azonban az alkohol hosszútávon károsítja a kognitív folyamatokat, növeli az impulzivitást és az agresszivitást, és csökkenti az öngyilkos viselkedés triggereinek küszöbét. Az alkohol- és egyéb szerabúzus zavarban szenvedő öngyilkosok gyakran fiatalabbak, férfiak, és elváltak vagy külön élnek. Gyakran mentek keresztül a közelmúltban kedvezőtlen életeseményeken, és nagyobb a valószínűsége annak is, hogy az öngyilkosság ideje alatt részeket (Pirkola et al., 2000). Ezért a klinikai gyakorlatban alkohol- és drogfüggő betegek esetében figyelemmel kell követni a közelmúltbeli és az egész élet során felhalmozódó negatív életeseményeket, valamint a társas helyzet leromlását mind munkahelyi, mind egyéb kontextusban.

Szkizofrénia

Szkizofrén betegek esetében az öngyilkosság fokozott kockázata korábbi depresszív zavarral, szerabúzus- vagy dependencia zavarral, korábbi öngyilkossági kísérletekkel, agitációval és motoros nyugtalansággal, a mentális széteséstől való félelemmel, rossz adherenciával, és közelmúltbeli veszteséggel kapcsolatos élményekkel függ össze (Hawton et al., 2005). Az egyedül élő szkizofrén betegek esetében nagyobb az öngyilkosság kockázata. Az öngyilkossági kockázat inkább az affektív tünetekkel függ össze, és kevésbé a főbb pszichotikus tünetekkel (Hawton et al.,

2005). Az öngyilkosságot elkövető szkizofrén betegek túlnyomó része az első epizódot követően, depressziós tünetektől szenvedve követi el a cselekményt. Bár szkizofrénia esetében az öngyilkossági kockázat a fiatalok között nagyobb (Palmer et al., 2005), viszonylag kevés kutatás során vizsgálták az öngyilkosságot adolezcens szkizofrén betegek esetében. Az első pszichotikus epizód a szkizofrénia lefolyása szempontjából a beavatkozás kritikus fontosságú időpontja. Egy első pszichotikus epizódban szenvedő betegeken végzett prospektív vizsgálat szerint a betegek 21.6%-a kísérelt meg és 4.3%-a követett el öngyilkosságot a hétéves követés során (Robinson et al., 2010). Egy másik vizsgálatban az öngyilkossági kockázat a kezelés első hónapja során volt a legmagasabb, majd gyorsan csökkent a következő hat hónapban, ezt követően pedig enyhe csökkenést mutatott (Fedyszyn et al., 2010). A vizsgálatok alapján a pszichotikus kamaszok esetében gyakori a violens és öngyilkos magatartás (Inamdar et al., 1982; Barlow et al., 2000), azonban még mindig kevés adat áll rendelkezésre ennek megfelelő kezelésével kapcsolatban különösen a kamaszkorban induló esetekben.

Étkezési zavarok

Összességében az öngyilkosság miatti mortalitás étkezési zavarban szenvedő betegek esetében alacsonyabb (Herzog et al., 2000; Crow et al., 2009). Az öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet rizikófaktorai étkezési zavarokban a depresszióval, szociális fóbiával és obszesszív-kompulzív tünetekkel kapcsolatosak. Az étkezési zavarban szenvedők között az öngyilkosság egyik legerősebb prediktora az alkoholabúzzal való komorbiditás (Keel et al., 2003).

Trauma

A traumák, különösen a fizikai erőszak, a mentális és szexuális bántalmazás különböző formái gyermek- és felnőttkorban, az iskolai vagy munkahelyi terrorizálás, viktimizálódás vagy kirekesztés az öngyilkosság fontos rizikótényezői. Populációalapú vizsgálatok alapján a gyermekkori trauma az öngyilkos viselkedés rizikófaktor (Molnar et al., 2001; Nelson et al., 2002; Sarchiapone et al., 2007; Sarchiapone et al., 2009). A klinikai vizsgálatok áttekintése szintén arra a következtetésre vezetett, hogy a gyermekkorban traumát elszenvedő betegek sérülékenyebbek a későbbi szociális stresszel vagy hányattatásokkal szemben, és hajlamosabbak az öngyilkos viselkedésre (Santa Mina és Gallop, 1998).

Stresszteli életesemények

Az olyan negatív életesemények, mint a veszteségek, az életkörülmények megváltozása és a különböző nárcisztikus sérülések katalizátorként és az öngyilkossági folyamat kialakulását kiváltó tényezőként is szerepet játszanak. A traumatikus veszteségek közé nem csak a partner, barát vagy jelentős személy elvesztése vagy a tőle való különválás tartozik, hanem a nemzeti vagy kulturális hovatartozás elvesztése; az egészség elvesztése; a javak vagy autonómia kórházi hospitalizáció miatti elvesztése; munkahely, tanulmányi lehetőségek elvesztése; otthon vagy pénzügyi pozíció elvesztése. Az élet olyan fontos változásai vagy átalakulásai, mint a fejlődési szakaszok kezdete és vége, pl. pubertás, öregedés, menopauza, időskor, a vulnerábilis személyek esetében kockázati tényezők lehetnek (Wasserman, 2001a). Az olyan országokból érkező bevándorlók, ahol magas az öngyilkosságok száma, vagy olyan más kultúrából származó bevándorlók, mint az európai muzulmánok esetében szintén magasabb az öngyilkossági kísérlet kockázata, mint a natív populációé (Bursztein Lipsicas et al., 2012). Különösen fiataloknál szintén kockázati tényező, ha a környezetben öngyilkossági kísérlet vagy öngyilkosság történik (Gould et al., 1989). A kamaszkori öngyilkosságok 1-5%-a halmozódva fordul elő (Gould et al., 1990). Hospitalizáció során is beszámoltak kamaszok esetében öngyilkos viselkedés fertőzésről (Taiminen et al., 1998). Az amerikai közegészségügyi központ irányelveket adott ki a közösségben halmozódva jelentkező öngyilkosság jelenségének megelőzésével kapcsolatban (O'Carroll et al., 1988).

A megoldatlan kapcsolati problémák, a családon belüli erőszak, különösen a gyermekkori fizikai és szexuális bántalmazás, a bizonytalan szexuális orientáció különösen kamaszkorban és fiatal felnőttek esetében, fokozza az öngyilkossági kísérlet és az öngyilkosság kockázatát vulnerábilis személyiséggel rendelkezőkben. A törvény áthágása, a börtönbe kerülés, és a munkaszüneti napokhoz kapcsolódó körülmények szintén kockázati helyzetek (Wasserman, 2001). Szezonális mintázatokat is megfigyeltek, tavasszal és nyáron több öngyilkosság történik a téli időszakhoz képest (Reutfors et al., 2009). Az öngyilkosságra sor kerülhet egy olyan nappal összefüggésben, ami a személy számára különös jelentőséget hordoz, például egybeeshet azzal a dátummal, amikor egy családtag öngyilkos lett, vagy megtörténhet évfordulókkal, vagy olyan napokkal és eseményekkel összefüggésben is, melyek a személy számára negatív emocionális töltést hordoznak.

Krónikus betegség

Szignifikáns korrelációt írtak le az öngyilkos viselkedés és az olyan központi idegrendszeri betegségek között, mint a szklerózis multiplex, a Huntington kórea, az epilepszia, Parkinson-kór, migrén, agyi és gerincvelői léziók, valamint stroke-on átesetteknel, bizonyos tumoros megbetegedésekben, diabéteszben vagy krónikus fájdalomban szenvedő betegek esetében (Stenager és Stenager, 2009). Az eredmények robusztusak a neurológiai betegségek és rák esetén megfigyelt fokozott öngyilkossági kockázat tekintetében. A kardiológiai, tüdő és egyéb szomatikus zavarok esetében kevesebb vizsgálat áll rendelkezésre és az eredmények nem egyértelműek. Gyermek és kamaszok esetében, akárcsak felnőttek esetében az emelkedett öngyilkossági kockázattal összefüggő további testi betegségek: újonnan induló diabetes mellitus, asthma bronchiale, HIV, epilepszia és szklerózis multiplex (Zalsman és Shoval, 2009).

Védőfaktorok

A kognitív flexibilitás; aktív megküzdő stratégiák, melyek segítenek alternatív megoldásokat találni a nehéz élethelyzetekben; egészséges életstílus, melyre más, drogokat és alkoholt nem abuzáló emberekkel való együttlét jellemző; helyes étrend; a helyes alvási mintázat; és a testmozgás és az aktív életmód olyan fontos protektív faktorok, melyek klinikai és közösségi tevékenységek segítségével előmozdíthatók. A személyes érték érzésének erősítése; az önmagunkkal és helyzetünkkel kapcsolatos magabiztosság és hit; a segítség és tanácsok keresése nehézségek és fontos döntések esetén; a kommunikációs készségek támogató tanulása egyaránt elősegíthető a betegekkel végzett különféle csoportos tevékenységekkel klinikai vagy közösségi szinten egyaránt (Wasserman, 2001b). A klinikum és a közösségi ellátások kollaborációja az öngyilkos beteg hétköznapi életbe való, munka és egyéb tevékenységek segítségével történő integrációja terén olyan fontos lépés az öngyilkosság megelőzésében, ami pszichiátriai osztályok és a proaktív pszichiátriai rehabilitáció, valamint a közösségi szintű szociális ellátás kollaborációjában valósítható meg. Az eredmények szerint a megfelelő családi és közösségi támogatás mellett a vallásgyakorlás, valamint a gyermekek nagy száma szintén védelmet nyújt az öngyilkos viselkedésekkel szemben (Gearing és Lizardi, 2009).

A kockázati- és védőfaktorok interakciója határozza meg a személy vulnerabilitását az öngyilkos viselkedés kialakulása szempontjából. Számos rizikótényező vizsgálata esetében mutattak ki szignifikáns összefüggést az öngyilkossággal. Az öngyilkosság rizikótényezői természetüket tekintve kumulatívak; minél nagyobb számban vannak jelen, annál nagyobb az öngyilkos viselkedés valószínűsége. A kockázati és védőfaktorok alapos felmérésére van szükség minden öngyilkossági kockázatnak kitett beteg esetében.

AZ ÖNGYILKOS BETEG VIZSGÁLATA

Az öngyilkossági kockázat vizsgálata teljes körű kell legyen, és pszichiátriai, szomatikus, pszichológiai és szociális perspektívákat egyaránt magába kell foglalnia. Specializált helyeken neurobiológiai vizsgálatra is sor kerülhet. Mivel az öngyilkosság kockázata rövid időn belül is fluktuál, fontos az öngyilkossági rizikó vizsgálatának empatikus, és nem pedig mechanisztikus kódon történő ismétlése.

Az öngyilkosok a negatív életeseményekre gyakran szégyennel és irracionális büntudattal, kétségbeesés vagy reménytelenség érzésével, valamint haraggal és dühvel reagálnak. Hajlamosak ismételt érzelmi sértések vagy sértődések kiprovokálására, ami megerősíti abbéli meggyőződésüket, hogy őket senki sem szereti és senkinek sincs szüksége rájuk, bosszúval kapcsolatos fantáziák dédelgetéséhez vezethet és az öndestruktív tettek kontrollálatlan kitérését eredményezheti. Mások számára az ilyen viselkedés paradoxnak tűnhet: annak ellenére, hogy igen nagy szükségük lenne az egészségügyi szakemberek és a számára fontos más személyek segítségére, az öngyilkosok, csakúgy mint a súlyos személyiségzavarban szenvedők, gyakran rettegnek a függéstől és az intimitástól, és devalválják a számukra fontos személyek közelségének és a hozzájuk való kötődés fontosságát (Kernberg, 2001). Így az öngyilkos félrevezetheti a családtagokat és a kórházi személyzetet egyaránt a függetlenség és a mások segítsége nélküli boldogulás valótlán benyomását keltve. Hasonlóan félrevezető lehet az öngyilkosság eldöntését követő nyugalom jele, ami paradox módon pillanatnyi higgadságot és a belső feszültség enyhülését hozza létre.

Bár az öngyilkosoknál gyakran megnyilvánul az étellel és halállal kapcsolatos extrém ambivalencia, mások ezt gyakran nem veszik észre. Ha a diagnosztika vagy a kezelés során megfigyeljük, az ilyen am-

bivalenciával kapcsolatos beszélgetés és reflektálás felhasználható a beteg kezeléssel kapcsolatos motíválásában, az öngyilkossági folyamat kialakulásának feltartóztatásában, és az öngyilkosság megelőzésében. Ha az ambivalencia és a szuicid kommunikáció anélkül zajlik, hogy felismernék, a beteg élete veszélyben lehet (Maltsberger, 2004; Maltsberger és Buie, 1974; Wasserman).

Szuicid kommunikáció

Időnként előfordul, hogy a kórházban kezelt öngyilkossági kísérletet elkövetőket minden lehetséges irányból megvizsgálják anélkül, hogy exploratív kérdéseket tennének fel az öngyilkossági kísérlettel kapcsolatban. Az ilyen hibák hozzájárulnak a beteg büntudat-, szégyen- és tehetetlenség-érzéshez. A szuicid szándék a klinikai helyzetben explicit és közvetlen módon kifejezhető, de gyakori a közvetett szuicid kommunikáció is. Az ilyen kommunikáció nem mindig könnyen érthető, és gyakran elkerüli a klinikus figyelmét, ha nem ismeri jól a beteget és nem tudja megfelelő kontextusban elhelyezni a hallottakat. Ideális esetben a rokonoknak beszámolnak a nemverbális kommunikációról vagy acting outról, csakúgy, mint a fegyver beszerzéséről, a vényköteles gyógyszerek felhalmozásáról, végrendelet írásáról, emléktárgyak elosztogatásáról és ugyanakkor magánykeresésről vagy az egészségügyi ellátás kerüléséről, azonban valójában az egészségügyi személyzetnek mulik, hogy rákérdez-e az ilyesfajta információkra. Az öngyilkosok saját képessége a segítségkérésre és annak elfogadására gyakran szegényes. Egyes öngyilkosok, még azok is, akik házasság vagy élettársi kapcsolatban élnek, hajlamosak arra, hogy gondolataikat ne osszák meg másokkal. Ráadásul az öngyilkossággal kapcsolatos kommunikáció másokból, így az egészségügyi személyzetből is, sokféle reakciót vált ki. Empátiát, de akár ambivalenciát vagy frusztrációt is ébreszthet, különösen, ha a beteg követelőző, hibáztató, agresszív, és nem működik együtt a kezeléssel és a rokonok és a klinikai személyzet segítő szándékú beavatkozásaival (Wolk-Wasserman, 1986; Wolk-Wasserman, 1987; Maltsberger és Buie, 1974). Az ilyen reakciókat nehéz konstruktív módon kezelni, és tanácsos a személyzetet rendszeresen tréningezni az erős érzelmi reakciók kezelésével, valamint az öngyilkosság szempontjából kockázatos helyzetek felismerésével kapcsolatban. A más kollégákkal való konzultáció, és az átbeszélés és szupervízió lehetősége a pszichiátriai munkahelyek mindennapi munkarutinjának szerves része kellene, hogy legyen.

Korábbi öngyilkos viselkedések a kórtörténetben

Az öngyilkossági kísérlet a befejezett öngyilkosság messze legerősebb prediktora (Tidemalm et al., 2008). Minden esetben információt kell gyűjtenünk a kórtörténetben szereplő korábbi öngyilkos viselkedésről, mind az egyén, mind pedig a család szintjén.

Öngyilkosság és öngyilkosság kísérlet a családi kórtörténetben

A beteg öngyilkossági kockázatának felmérésében segítséget nyújthatnak a családi kórtörténetben szereplő öngyilkos viselkedéssel és ezzel szorosan összefüggő olyan betegségekkel kapcsolatos adatok, mint a depresszió és a szerabúzus. Rendszerint a családi kórtörténetben szereplő öngyilkos viselkedésekkel és mentális betegségekkel kapcsolatos adatok kizárólag a beteg elmondásán alapulnak. Az olyan sztenderdizált vizsgálómódszerek alkalmazásával, mint a Családi Történet Kérdőív (Family History Questionnaire) csökkenthető annak kockázata, hogy esetleg lényeges adatok kimaradjanak a beteg beszámolójából (Andreasen et al., 1977).

A háttérben meghúzódó pszichiátriai betegségek vizsgálata: DSM-IV I. tengely zavarok

Végezhetünk klinikai diagnosztikus interjút a kórházban alkalmazott klasszifikációs diagnosztikai rendszer, vagyis például a BNO-10 (WHO, 1992) vagy a DSM-IV-TR (APA, 2000) alapján. Az öngyilkossági kockázat vizsgálata esetén a DSM-IV-TR rendszer ajánlott, mivel multiaxiális rendszerre épül, így hasznos a diagnosztikus folyamat során, tekintve, hogy az öngyilkosok gyakran vagy ugyanazon tengelyt érintő, vagy eltérő tengelyen lévő komorbid zavarokban szenvednek, ami valamennyi DS-IV-TR tengely vizsgálata esetében szisztematikus módon feltérképezhető. Felmerült, hogy fontolóra kellene venni az öngyilkos viselkedés önálló diagnosztikai kategóriaként való felvételét a DSM következő verziójába (DSM-V) (Oquendo et al., 2008).

Személyiségzavarok vizsgálata: DSM-IV II. tengely diagnózisok

Különböző vizsgálatok alapján az öngyilkosságot megkísérlők 44-62%-a esetében teljesülnek a személyiségzavarok diagnosztikai kritériumai (Cheng et al., 1997). Az impulzív, agresszív, pesszimista személyiségjegyek, valamint a ciklotím és irritábilis affektív

temperamentumok bármilyen DSM-IV I. tengely betegségben szenvedő beteg esetében fokozzák a szuicid viselkedés kockázatát. A borderline személyiségzavar, az antiszociális személyiségzavar és az elkerülő személyiségzavar fokozza az öngyilkosság kockázatát különösen komorbid major depresszív epizód vagy szerabúzus zavarok esetében (Duberstein et al., 2000). A korábbi vizsgálatok a személyiségzavarok észlelésének alacsony reliabilitására mutattak rá, valószínűleg az alkalmazott nem strukturált mérőeszközök következtében. A SCID2 (DSM Zavarok Strukturált Klinikai Interjúja – II. tengely személyiségzavarok) jó pszichometriai jellemzőkkel rendelkezik. Ezen eszköz használata mellett személyiségzavarok vizsgálatok a vizsgálómódszer alkalmazásában képzett senior klinikusok esetében az interrater reliabilitás jó (Schneider et al., 2004). Öngyilkosságot elkövető kamasz populációban 43% esetében állt fenn viselkedészavar vagy antiszociális személyiségzavar diagnóza (Marttunen et al., 1994). A kórtörténetben szereplő gyermekkori abúzus és poszttraumás stressz zavar borderline személyiségzavarban szenvedők esetében fokozza az öngyilkos viselkedés kockázatát (Soloff et al., 2002). A vizsgálatok eredményei azt is sugallják, hogy az észlelt negatív életesemények, különösen az interperszonális nehézségekkel, veszteségekkel és jogi problémákkal kapcsolatosak, nagyobb valószínűséggel váltanak ki öngyilkos viselkedést olyan emberekben, akiknél már eleve személyiségzavar volt jelen (Yen et al., 2005; Horesh et al., 2003; Herzog et al., 2000; Hawton et al., 1998; Heikkinen et al., 1997; Horesh et al., 2009). Az öngyilkos cselekményt megelőző hat hónap során a negatív életesemények számának emelkedését figyelték meg személyiségzavarban szenvedőknél, különösen az öngyilkossági kísérlet megelőző hónap során. A személyiségzavarban szenvedők olyan jellemzői, mint a nem megfelelő megküzdő stratégiák, impulzivitás, kiszámíthatatlan viselkedés, agresszív viselkedés és hosztilitás (Stanley és Jones, 2009), szorongás és primitív pszichológiai védekező mechanizmusok (Titelman et al., 2004) egyaránt összefüggnek az öngyilkossággal és az önsértő viselkedésekkel. A primitív védekezési stratégiák közé például az önállóság illúziója, a másokat rosszként és rosszakaróként feltüntető paranoid projekciók, és az önmaga és mások ellen irányuló agresszív támadások tartoznak (Hendin, 2009; Maltsberger, 2004). A jövővel kapcsolatos gondolkodás deficitjét eredményező kognitív károsodás mind az antiszociális személyiségzavar, mind pedig a borderline személyiségzavar esetében összefügg az öngyilkos viselkedéssel (MacLeod et al., 2004). Az öngyilkosság szempontjából fontos

tényező az I. és II. tengely diagnózisok együttes előfordulása. A komorbid zavarokban szenvedők esetében nagyobb a valószínűsége a nagyobb számú korábbi öngyilkossági kísérletnek (Hawton et al., 2003b). A komorbid betegségekben szenvedő csoportra jellemző, hogy nem tudnak barátságokat kötni, a depresszió mellett addikcióban is szenvednek, jellemző továbbá a reménytelenség érzése, és agresszív impulzív viselkedések.

Szomatikus zavarok: III. tengely zavarok

A súlyos, különösen a központi idegrendszeret érintő, valamint a fájdalommal, fizikai korlátozottsággal és szenvedéssel járó szomatikus betegségek fokozzák az öngyilkosság kockázatát. A depresszió és a szorongás, a kognitív deficit, a fájdalom következtében orvosi okokból kialakuló gyógyszerabúzus befolyásolja az öngyilkossági kockázatot. A súlyos szomatikus diagnózist megelőző időszak és az azt követő napok kockázati periódust jelentenek, csakúgy, mint amikor a betegnél hosszabb ideje fennálló betegségből fakadó állapot romlik (Stenager és Stenager, 2009).

Az öngyilkos beteg vizsgálatának mindig ki kell térnie a háttérben meghúzódó pszichiátriai, személyiség- és szomatikus zavarok vizsgálatára, a beteg illetve a család esetében előforduló öngyilkos viselkedés történetének feltárására, valamint az implicit és explicit szuicid kommunikáció vizsgálatára. Hasznos lehet a multiaxiális DSM-IV diagnózis megalkotása.

AZ ÖNGYILKOSSÁGI KOCKÁZAT VIZSGÁLATA SORÁN ALKALMAZHATÓ SPECIFIKUS MÉRŐESZKÖZÖK ÉS MUTATÓK

Biológiai mérések

Az öngyilkosság legígéretesebb prediktora a szerotonin metabolit 5-hidroxiindolecetsav (5-HIAA) alacsony koncentrációja a cerebrospinális folyadékban (Mann et al., 2009) a hipotalamusz-agyalapi mirigy-mellékvese (HPA) tengely dexametazon nonszuppresszió (DST) által jelzett diszfunkciójával kombinálva. E mérések azonban csak speciális klinikákon végezhetőek és elsősorban kutatások során alkalmazzák őket. Így az öngyilkossági kockázat vizsgálatára a hétköznapi pszichiátriai gyakorlatban a pszichiátriai, pszichológiai és szociális vizsgálat,

valamint a pszichometriai skálák alkalmazásának kombinációját alkalmazzák.

Pszichológiai vizsgálat

A személyiség, különösen az impulzivitás, az agresszió kontrollálása, a frusztrációs tolerancia, a narcisztikus integráltság, a kognitív funkciók, a megküzdő stratégiák és a konfliktusok megoldásának képessége, valamint a biológiai és pszichológiai kezelések iránti motiváltság és a tervezett kezelés alkalmazásával kapcsolatos képesség mérése szükséges kötetlen vagy strukturált tesztek segítségével (Lieberman et al., 2004; Schneider et al., 2004).

Szociális vizsgálat

A beteg társas hálójának, gazdasági stabilitásának, lakás- és munkahelyi/alkalmazási helyzetének vizsgálata lehetővé teszi a potenciális nehézségekkel és konfliktusokkal kapcsolatos területek feltárását.

Pszichometriai skálák

A Szomorú Személyek Skála az Öngyilkossági Kockázat Vizsgálatára (Sad Persons Scale for Assessing the Risk of Suicide, SAD PERSONS) (Patterson et al., 1983), valamint ennek kiegészítő skálája (Nincs Remény – NO HOPE) (Shea, 1988) magas klinikai validitással rendelkező rövid prediktív skálák, így hasznosak lehetnek az akut ellátásban.

A Hamilton Depresszióskála (HDRS) (Hamilton, 1960) öngyilkosság súlyosságával kapcsolatos tételei és a Paykel Öngyilkosság Skála (PSS) (Paykel, 1976) a fennálló öngyilkossági késztetés súlyosságának valid mutatói (Bech és Awata, 2009). A PSS négy tételből áll, melyek a halállal kapcsolatos nem specifikus vágyat, az öngyilkossági gondolatokat, az öngyilkossági terveket és öngyilkossági kísérleteket vizsgálják, négy egyszerű igen/nem kérdés segítségével.

A Beck Reménytelenség Skála „a jövőm sötétnek tűnik számomra” tétele is a jövőbeni öngyilkos viselkedés jó prediktorának bizonyult (Aish et al., 2001). E skáláról részletes ismertető található az Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a Global Perspective (Bech és Awata, 2009) című könyvben.

Az öngyilkossági kockázat vizsgálata során segítséget jelent a szubjektív dimenziók mérése az Okok az Életre Leltár (Reasons for Living Inventory) segítségével, vagy az öngyilkossági folyamat mérése olyan idiografikus önértékelések alapján, ami mutatja, hogy

mi a fontos és mi jelent okot az életre az adott személy számára (Linehan et al., 1983). Az élet okai jelentősen eltérnek az öngyilkossági gondolatokat forgató vagy öngyilkosságot megkísérelt emberek esetében. Az öngyilkosság egyik fontos oka elmenekülni az elviselhetetlen lelki fájdalom és reménytelenség elől, ha az ember nem tud megbirkózni az életterét szűkítő problémákkal.

A szuicid ideáció, az öngyilkossági kísérletek letalításának és súlyosságának, valamint az öngyilkossági szándék nélküli szándékos önsértés mérésére fejlesztették ki a Columbia-Szuicid Súlyosság Értékelő Skálát (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) (Posner et al., 2007), és jelenleg ez a legszélesebb körben alkalmazott eszköz az öngyilkossági kockázat mérésére a farmakológiai vizsgálatokban.

Az öngyilkossági kockázatot a beteg pszichológiai és társas funkcióját vizsgáló klinikai interjúk során is célszerűen vizsgálni kell. A specifikus pszichometriai skálák hasznosak lehetnek az öngyilkossági kockázat meghatározásában.

AZ ÖNGYILKOS BETEG KEZELÉSE AKUT SZUICID KRÍZIS SORÁN

Az öngyilkos viselkedés a leggyakoribb és legsúlyosabb sürgősségi helyzet. A szuicid krízis kezelése bonyolult és ennek során számos dolgot kell fontolóra venni: a kimenetel nem előrejelezhető, a rizikótényezők és figyelmeztető jelek gyakran nem specifikusak. A szuicid krízis jelentős környezeti stresszt és szorongást vált ki az egészségügyi szakembereken és a családtagokban, és multidiszciplináris kezelési kompetencia szükséges a beteg megfelelő kezeléséhez és ellátásához.

Kivizsgálás

A krízisben lévő szuicid pácienseket a mentális egészségügyi szakember gyakran vagy az öngyilkossági kísérlet után látja, vagy akkor, amikor akut, súlyos szuicid ideáció gyötri. Mindkét esetben alapos diagnosztikai vizsgálatra van szükség. Még akkor is, ha az első vizsgálatra általános sürgősségi kórházi osztályon kerül sor, fontos, hogy az interjút elkülönített helyen és empátiás légkörben végezzük. Ha lehetséges, a beteg által szolgáltatott információt más forrásból, többek között a családtól származó információval is alá kell támasztani.

Döntés a kórházi felvétel, illetve az ellátás egyéb formái között

Az egyik legelső bonyolult döntés, amit a klinikusnak meg kell hoznia, hogy felvegye-e a beteget pszichiátriai osztályra vagy a kezelés járóbetegellátás keretében történjen. Míg ez a döntés súlyos esetben vagy fizikai sérülés fennállása esetén egyértelmű, sokkal bonyolultabb az esetek nagy részében, ahol elmosódnak a kórházi felvétel előnyei és hátrányai. Még a közelmúltban is a pszichiátriai osztályra történő felvétel szinte klinikai reflex volt, ma pedig mindent tovább bonyolít, hogy szükséges a rendelkezésre álló gazdasági források gondos elosztása. Ezen kívül napjainkban sokkal inkább tudatában vagyunk a hospitalizáció negatív hatásainak, melyeket szintén figyelembe kell venni.

A hospitalizációnak mindenképpen vannak előnyei: először is, általában fokozott biztonságot nyújt a betegnek. Ha betartják a megfelelő biztonsági intézkedéseket, a pszichiátriai osztály a beteg folyamatos ellátását és obszervációját teszi lehetővé hosszabb időn át, lehetőséget teremt valamennyi szükséges információ megszerzésére, lehetővé teszi multidiszciplináris kezelési team alkalmazását, és biztosítja a szükséges kezelés kereteit. Másrészt, lehetetlen a teljes biztonság elérése a pszichiátriai osztályon. Vizsgálatok szerint valamennyi öngyilkossággal összefüggő halál 14%-át pszichiátrián fekvő betegek követik el (Hunt et al., 2010). Svédországban a pszichiátriai kezelés során bekövetkezett öngyilkosságok szisztematikus vizsgálatából származó adatok szerint az öngyilkosságok csaknem 20%-át fekvőbetegek követik el (Silfverhielm, 2010).

A kórházi felvétel fő hátránya, a magasabb kezelési költség mellett, hogy különösen abban az esetben, ha kényszerrel történik, veszélyezteti a korábban folyó kezelés során kialakult terápiás szövetséget. Továbbá a szabadság elvesztése mélyítheti a regressziót. A kórházi felvétellel kapcsolatos kulcsfontosságú döntés azon múlik, hogy rendelkezésre áll-e a beteget körülvevő társas háló, valamint, hogy elérhető-e megfelelő képesítéssel rendelkező járóbeteg ellátás. Még enyhe esetekben sem javasolt a beteg hazaküldése egyedül a követéses vizitek megszervezése nélkül.

Akut szuicid krízis kezelése

Szuicid krízis során nagyon lényeges valódi támasz nyújtása és a beteg szenvedésének és kényelmetlenségének elismerése. A farmakológiai kezelésnek fontos szerepe van az akut pszichológiai szenvedés csökken-

tésében. Tanácsos azonnal olyan kezelést indítani, mely az olyan akut pszichiátriai tünetek csökkentését célozza, mint a szorongás, inszomnia, depresszió és esetleges pszichotikus tünetek. A beteget folyamatosan meg kell figyelni, és nem szabad egyedül hagyni. Az öngyilkossági kísérlet túlélése vagy a konzultáció nagy megkönnyebbülést eredményezhet. Azonban ez a megkönnyebbülés rövidtávú lehet, és hamar szenvedés és súlyos szuicid gondolatok léphetnek a helyébe, amint a beteg hazatér. Ezért igen nagy figyelmet kell fordítani a követéses óvintézkedésekre, valamint a nem kórházban fekvő öngyilkos beteg részére történő gyógyszerfelírás esetén. A betegeknek a családnak vagy közösségi szolgálatoknak kell felügyelni. A gyógyszert csak kis csomagokban szabad odaadni (Hawton et al., 2004).

A kezelés kezdeti fázisai során a legmagasabb a kockázat (Moller, 2009).

Hosszútávú kezelési terv

Még akkor is, ha a krízis során a beteg kivizsgálása és akut kezelése élvez elsőbbséget, a hosszútávú kezelést és a követéses stratégiákat minél hamarabb meg kell kezdeni. Szkizofrén betegek esetében élethosszig tartó rehabilitációra és követéses ki vizsgálásokra lehet szükség. Az alacsony életminőség az öngyilkosság fontos prediktora lehet (Kasckow et al., 2007).

Az öngyilkossági kockázat csökkentése érdekében a megfelelő utánkövetés magában foglalja például a családtagok aktív bevonását, a gyakori telefonos kontaktust és az előre rögzített ismételt viziteket a javulás és a gyógyszerek esetleges mellékhatásainak követése érdekében. Mindig fel kell mérni a beteg társas hálóját, valamint azt, hogy az mennyire képes a betegnek támogatást nyújtani. Egyes esetekben fontolóra kell venni a védett elbocsátást nappali kórházba vagy lakóintézménybe történő felvétel mellett.

Biztonsági intézkedések az osztályon

A biztonsági intézkedések környezeti és beteg-specifikus óvintézkedésekre oszthatók (Lieberman et al., 2004). A környezeti óvintézkedések elsősorban az öngyilkosság módjaihoz való hozzáférést korlátozzák az osztályon: az ablakokat zárni kell vagy csak szűk nyílással rendelkezhetnek; az olyan veszélyes tárgyakhoz való hozzáférést, mint a toxikus anyagok, éles tárgyak, öngyújtók és függönyök, meg kell akadályozni, korlátozni vagy felügyelni kell. Mivel a fekvőbetegek körében az akasztás vagy a fulladás

gyakori módszerek, különös figyelmet kell fordítani a látható csövekre és kötelekre különösen a fürdőszobákban. Figyelembe kell venni az ugrás lehetőségét, ha a pszichiátriai osztály magasabb emeleten fekszik. A fizikai környezettel összefüggő kockázati tényezőket gyakran elhanyagolják, mivel e tényezők vizsgálata nem szerepel az orvostanhallgatók képzésében. Az éles eszközök és olyan szerelvények, melyek segítséget jelenthetnek az akasztásos fulladás során, valamint a kórházi környezet egyéb magas kockázatú elemeinek minimalizálása fontos része a pszichiátriai osztályokon bekövetkező öngyilkosságok minimálisra csökkentésének (Lieberman et al., 2004). Olyan egyszerű módosítások javasoltak, mint: sima zuhanyfej, melynek formája lehetetlenné teszi hogy valaki felakassza rá magát, és olyan zár a fürdőszoba ajtaján, mely lehetővé teszi a személyzet számára az ajtó kívülről történő kinyitását, így megakadályozva, hogy az öngyilkosok belül bezárják az ajtót. További javasolt módosítások: kétirányú ajtónyitás – kifelé és befelé; olyan ajtózárral, ahol a rövidebb nyelv lehetetlenné teszi a kulccsal szembeni ellenállást; magasan elhelyezkedő, fordított zárral elhelyezése (csavarok kifelé), hogy a csavarok elérhetőek legyenek; a szekrényekben alacsony akasztók az önakasztás megakadályozására; szűk, magas ablakok közepén elhelyezett zsanérral (ami csak részleges nyitást tesz lehetővé) függönyök nélkül; kristálytükrök (melyek apró darabokra törnek) a falba süllyesztve és az éles sarkok kerülése; szekrényekbe zárt dugaljkat, alacsony feszültségű dugaljkat az áramütés kerülésére; automata füst- és tűzjelzők tűzoltóberendezésekkel a szobákban és fürdőszobákban; nem éghető matracok és mozdíthatatlan álmennyezet, melynek egyes darabjait mozdíthatatlan csavarok rögzítik annak érdekében, hogy megakadályozzák egyes tárgyak álmennyezetben történő elrejtését (Engel et al., 2005).

A páciens-specifikus beavatkozások a szobák átkutatását és a folyamatos és tervezett obszervációt jelentik. A magas kockázatú betegek esetében szoros egyéni felügyeletre van szükség, vagy ezeket a betegeket olyan helyen kell elhelyezni, ahol a személyzet állandóan láthatja őket. A szuicid ideáció egyszerű tagadása nem elégséges bizonyíték az öngyilkossági kockázat hiányának eldöntésére. Emellett az „öngyilkosság el nem követési” szerződések sem tekinthetők önmagukban elégséges alapnak ahhoz, hogy átmeneti eltávozást engedélyezzünk, vagy a beteg hazabocsátását javasoljuk.

Olyan „privilegiumrendszer”, ami a szabadság bizonyos fokainak megteremtését jelenti az önkontroll és a felelősség függvényében növelheti a beteg önbizal-

mát és javíthatja a terápiás kapcsolatot, ha empatikus kapcsolattal is megtámogatjuk (Maltzberger és Buie, 1974; Wolk-Wasserman, 1987). Az otthoni környezetben is meg kell fontolni a biztonsági intézkedéseket (pl. fegyverek, kötelek, orvosság) és a családtagoknak tisztában kell lenniük a kockázatokkal, különösen elbocsátás után.

Osztályok közötti együttműködés és dokumentáció

Klinikai és jogi okokból nagyon fontos, hogy rendelkezésre álljon a kockázat kivizsgálásával és a kezelési javaslatokkal kapcsolatos dokumentáció, különösen, ha a beteget jogi okból egyik osztályról a másikba szállítják át. A sürgősségi ellátás keretében történt legelső találkozáskor végzett öngyilkossággal kapcsolatos vizsgálatot dokumentálni kell, és ebben szerepelnie kell a javasolt óvintézkedéseknek és a szükséges megfigyelés mértékének is. Szintén dokumentálni kell az óvintézkedésekkel vagy a kezeléssel kapcsolatos változásokat az elbocsátás előkészítése során, valamint a követési tervet.

A család és a társas háló bevonása

Fontos, hogy motiváljuk az öngyilkos beteget a család kezelésbe történő bevonására. A beteget és a családot egyaránt tájékoztatni kell az öngyilkosság rizikó- és protektív faktorairól; a rendelkezésre álló farmakológiai és egyéb kezelési lehetőségekről; a kezelés betartásának szükségességéről; az öngyilkosság lehetséges eszközeinek eltávolításáról, és a fegyverek által jelentett kockázatról.

A beteg krízist követő elbocsátása a kórházból

Minden erőfeszítést meg kell tenni, hogy az elbocsátás előtt a beteg időpontot kapjon a kontrollvizsgálatra, és hogy a beteg zárójelentését megkapja a járóbeteg-ellátásban dolgozó kezelőorvos. A beteget és a családját tájékoztatni kell, hogy egy újabb krízis esetén jelentkezzenek a pszichiátriai sürgősségi ellátásnál (Morgan et al., 1993). A beteg esetében az elbocsátást követően igen nagy az öngyilkos viselkedés ismétlésének kockázata még akkor is, ha jelentős javulás áll fenn. Ezért mindig szükség van olyan alapvető öngyilkosságmegelőző intézkedésekre, mint az öngyilkossági módszerekhez való hozzáférés korlátozása és a rendszeres felügyelet a családtagok és szociális ellátó rendszer által.

Az akutan öngyilkos beteg esetében azonnal ki kell vizsgálni és kezelni kell az olyan akut pszichiátriai tüneteket, mint a szorongás, agitáció, inszomnia, és depresszió. Az elsődleges szempont a beteg biztonsága kell legyen, és fontolóra kell venni a kórházi felvételt. A beteget motiválni kell a családtagok, és szükség esetén a szociális ellátószolgálatok kezelésbe történő bevonásával kapcsolatban.

AZ ÖNGYILKOS BETEG PSZICHOFARMAKOLÓGIAI ÉS EGYÉB BIOLÓGIAI KEZELÉSE

Az öngyilkos viselkedés klinikai prevenciója a háttérben meghúzódó pszichiátriai zavarok kezelésén és a specifikus pszichiátriai tünetek kezelésén keresztül valósítható meg.

Unipoláris és bipoláris depresszió

Annak ellenére, hogy az öngyilkosságok áldozatainál az esetek csaknem kétharmadában major depresszív epizód áll fenn, és mintegy felük vett igénybe valamilyen egészségügyi ellátást élete utolsó 4 hetében, a depressziós öngyilkosok több mint 80%-át nem, vagy nem megfelelően kezelik (Isacsson et al., 1994; Isacsson et al., 1997). Az öngyilkos viselkedés kockázatát major depresszió és bipoláris zavar esetében széleskörben leírták, és az öngyilkosság az orvossal való kapcsolatfelvétel gyakori oka. Mivel az öngyilkos viselkedés hangulatzavarban szenvedő betegek esetében leggyakrabban súlyos depressziós epizód, és ritkább esetben diszfóriás (kevert) mánia során jelentkezik, és csak ritkán eufóriás mánia vagy eutím időszak alatt, arra a következtetésre juthatunk, hogy a major hangulatzavarokban szenvedő betegek esetében az öngyilkos viselkedés állapot- és súlyosságfüggő jelenség (Rihmer, 2007). Azonban, míg a major depresszió és a bipoláris zavar sikeres farmakoterápiája segítségével megelőzhető az egy adott epizóddal összefüggő öngyilkossági kockázat, csak a pszichológiai kezelés és pszichoszociális támogatás mellett végzett adekvát hosszútávú farmakoterápia nyújthat hosszútávú eredményeket. Egyre több bizonyíték támasztja alá, hogy a farmakológiai és pszichológiai kezelések hatásukat genetikai diszpozíciókon és epigenetikus környezeti hatásokon keresztül fejtik ki (Uher, 2011).

Antidepresszívumok, antipszichotikumok és benzodiazepinek

A klinikai vizsgálatok, melyekben rendszerint bennfekvő, súlyos beteg, gyakran öngyilkos depressziós betegek vesznek részt arra utalnak, hogy a kezeletlen állapottal összehasonlítva az öngyilkossági kísérletek és befejezett öngyilkosságok kockázata hosszútávú antidepresszív farmakoterápiában részülő betegek esetében jelentősen csökken (Yerevanian et al., 2004; Rihmer és Akiskal, 2006; Moller, 2006; Angst et al., 2002; Gibbons et al., 2007). Azonban az antidepresszívumokkal kezelt depressziós betegek között az öngyilkos viselkedés kockázata még mindig magas a nonreszponderek esetében, valamint a kezelés első 10-14 napja során (Jick et al., 2004; Simon et al., 2006). Az SSRI-k, csakúgy, mint a szerotonin-noradrenalin visszavétel gátlók nem rendelkeznek szedatív hatással, és egyes esetekben agitációt okozhatnak. Mivel a szorongás, inszomnia és a pszichotikus jegyek jelentősen fokozódnak ezen időszak során, szükség lehet rövid ideig tartó, anxiolitikumokkal, például benzodiazepinekkel illetve alatókkal történő kiegészítő gyógyszerelésre, amíg a belső nyugtalanság és agitáció megszűnik és kialakul a kielégítő éjszakai alvás. Komorbid szorongással és téveszmékkel járó depresszió esetében a neuroleptikumokkal vagy atípusos antipszichotikumokkal történő kezelés javasolt (Moller, 2009). A szedatív profillal rendelkező antidepresszívumokat hagyományosan előnyben részesítik a szorongás csökkentésére, jóllehet ezt a megközelítést nem minden szakértő fogadja el (Moller, 2009). A túladagolás következtében kialakuló letális intoxikáció kockázatának elkerülése érdekében a gyógyszert kis mennyiségekben kell felírni. Kerülni kell a triciklusos antidepresszívumokat (TCA-k) és egyéb olyan antidepresszívumokat, amelyek növelik a drive-ot, mivel ezek fokozhatják az öngyilkosság kockázatát (Wasserman, 2011).

Bár az antidepresszív monoterápia szignifikánsan csökkenti az öngyilkosság kockázatát major depresszióban szenvedő betegekben, az antidepresszívumok hangulatdestabilizáló hatásuk miatt igen csekély értékkel bírnak a bipoláris zavar akut, illetve hosszútávú kezelésében (Ghaemi et al., 2004). Az antidepresszív monoterápia (hangulatstabilizáló nélkül) bipoláris és bipoláris spektrum zavarban szenvedő betegek esetében ronthatja a betegség lefolyását, nem csak a (hipo)mániás átváltás következtében, hanem azért, hogy depresszív kevert állapotot és agitációt eredményez vagy rontja azt, ami az öngyilkos viselkedés egyik

fő oka (El-Mallakh et al., 2008; Akiskal és Benazzi, 2005; Rihmer és Akiskal, 2006).

Az újabb eredmények szerint antimániás hatásuk mellett egyes neuroleptikumok (olanzapin, quetiapin és aripiprazol) akut antidepresszív és hosszútávú hangulatstabilizáló hatással is rendelkeznek major depresszióban és bipoláris zavarban szenvedő betegek esetében (Yatham et al., 2009; Cutler et al., 2009), azonban specifikus antiszucid hatásukkal kapcsolatban további vizsgálatok szükségesek. Másrészt jól ismert a clozapin antiszucid hatása szkizofrén betegekben (Meltzer és Baldessarini, 2003), és az olanzapin esetében is hasonló hatásokat mutattak ki (Tollefson et al., 1998), azonban további vizsgálatokra van szükség.

Az antidepresszívumokkal történő kezelés problémái

Unipoláris major depresszióban végzett antidepresszív monoterápiával kapcsolatos randomizált klinikai vizsgálatok arra utalnak, hogy az antidepresszívumok néha szuicid ideációt váltanak ki vagy fokozzák az öngyilkossági kísérlet kockázatát (Fergusson et al., 2005; Akiskal és Benazzi, 2005). Azonban számos metodológiai korlátot kell figyelembe venni az antidepresszívum-indukálta öngyilkosság vizsgálatok, és még mindig nem áll rendelkezésre elégséges bizonyíték (Moller, 2009). Az antidepresszívumok olyan mellékhatásai, mint az izomláz, szorongás és agitáció, különösen a rejtett vagy nem diagnosztizált bipolaritás esetén szerepet játszhatnak az öngyilkossági kockázat átmeneti fokozódásában az antidepresszív kezelés kezdetén. A rendelkezésre álló bizonyítékokat azonban óvatosan kell értelmezni, és nem szabad, hogy ezek arra motiválják a klinikusokat, hogy figyelmen kívül hagyják az antidepresszívumok jótékony hatásait különösen pszichológiai módszerekkel kombinálva az öngyilkosságra hajlamos depressziósok kezelése során (Moller, 2006; Rihmer és Akiskal, 2006; Wasserman, 2011). Az empirikus adatok az antidepresszívumok öngyilkosság-csökkentő hatását mutatják, még a legsúlyosabb, „valódi” depressziósok esetében is, ami háttérbe szorítja „öngyilkosság-indukáló” potenciáljukat (Moller, 2006; Rihmer és Akiskal, 2006).

Antidepresszívum kezelés fiataloknál

Felmerült, hogy az antidepresszívumok öngyilkosság-indukáló hatása összefügg az életkorral, és hogy ez fokozott olyan kamaszokban és fiatal felnőttekben, akikre komplex klinikai kép és a major depresszió háttérében meghúzódó bipolaritás és komorbid sze-

mélyiségzavarok fennállása, valamint helyzeti stressz, illetve a gyógyszerekre adott terápiás válasz elmaradása jellemző (Rihmer és Akiskal, 2006; Moller, 2009; Akiskal és Benazzi, 2005). Az FDA (Food and Drug Administration) és az EMA (European Medicine Agency) csak a fluoxetint javasolja a depresszió kezelésére gyermekek és kamaszok esetében. Ebben a korcsoportban az antidepresszívumok alkalmazása során a mellékhatások folyamatos és hozzáértő monitorozása szükséges. A jelenleg rendelkezésre álló bizonyíték szerint egyes, antidepresszívumot szedő gyerekekben és 25 éves kor alatti fiatal felnőttekben fokozott az öngyilkos viselkedés kockázata (Stone et al., 2009).

Lítium és antiepileptikum hangulatstabilizálók

Egy randomizált, kontrollált és nyílt klinikai vizsgálatokat áttekintő kutatás során azt találták, hogy a hosszú távú lítiumkezelésben részesülő, unipoláris major depresszióban és bipoláris zavarban szenvedő betegek esetében 80%-kal csökken az öngyilkossági kísérletek és befejezett öngyilkosságok kockázata (Guzzetta et al., 2007; Baldessarini et al., 2006). A lítium kifejezett antiszucidális hatékonysága feltehetőleg annak szerotonerg hatásaival függ össze (Kovacsics et al., 2009). A visszatérő major depresszió és bipoláris zavar hosszútávú lítiumprofilaxisa során a korábban egy öngyilkossági kísérletet elkövetett betegek esetében az öngyilkossági kísérletek számának szignifikáns csökkenése tapasztalható. Ez nem csak a kezelésre jól reagálók esetében igaz, hanem a mérsékeltlen reagálók és nem reagálók esetében is (Ahrens és Muller-Oerlinghausen, 2001). Ezen eredmény klinikai jelentősége az, hogy a lítiumra adott terápiás válasz hiánya esetén, ha a betegnél egy vagy több öngyilkossági rizikófaktor áll fenn, ahelyett, hogy a lítiumról egy másik hangulatstabilizálóra váltanánk, a lítiumot meg kell tartani és egy másik hangulatstabilizálóval kell kombinálni. A többi hangulatstabilizáló esetében azt találták, hogy a valproát és a karbamazepin szintén rendelkezik antiszucid hatással, azonban ez némiképp kevésbé erőteljes, mint a lítium esetében (Goodwin et al., 2003; Paterno et al., 2010).

Elektrokonvulzív terápia

Az elektrokonvulzív terápia (ECT) hatékony az akut szuicid veszély megszüntetésében súlyosan depressziós, öngyilkosságra nagyon hajlamos betegek esetében. A követéses vizsgálatok kimutatták, hogy ez a kezelés a későbbi öngyilkos viselkedés kockázatát is csökkenti

(Kennedy et al., 2009). Az ECT-vel kapcsolatos jelenlegi orvosi ajánlások kamaszok esetében alapvetően ugyanazok, mint a felnőttek esetében. Az ECT kamasz és gyermek betegekben történő alkalmazásával kapcsolatos irodalom (legnagyobb részét esettanulmányok) áttekintése alapján a vizsgálatok során a javulás aránya 63% volt depresszió, 80% mánia, és 42% szkizofrénia esetében (Rey és Walter, 1997). Egyes újabb adatok megerősítették az ECT hatásosságát és biztonságosságát fiatalokban (Bloch et al., 2001), azonban ebben a korcsoportban nem áll rendelkezésre specifikus adat az öngyilkosságot illetően.

Pszichológiai kezelés

A pszichológiai kezelés hatékonyságát öngyilkos viselkedés esetén számos kutatás során vizsgálták (Guthrie et al., 2001; Hawton et al., 1998; Hepp et al., 2004; Stanley et al., 2009; Stanley et al., 2007; Wood et al., 2001). A módszertani problémák és korlátok ellenére, ha olyan vizsgálatokat veszünk figyelembe, melyekben az öngyilkossági kísérletek csökkentését tekintették a kimenetel mutatójának, a kognitív viselkedésterápiát bizonyítékokon alapuló módszernek tekintik az öngyilkos viselkedés kezelésében (Beck, 1993; Rudd et al., 2009; Stanley et al., 2009).

A dialektikus viselkedésterápia esetében is vizsgálták az önsértő viselkedés és öngyilkosság csökkenését, különösen borderline személyiségzavarban szenvedő betegek esetében (Linehan et al., 2006; Stanley és Brodsky, 2009). Azonban több vizsgálat szükséges a dialektikus viselkedésterápia, illetve olyan egyéb kezelési formák esetében, mint a rövid, otthoni interperszonális pszichoterápia (Guthrie et al., 2001), család pszichoterápia (Dunne, 2009), fejlődési csoport terápia (Wood et al., 2001), és pszichodinamikus terápia (Hepp et al., 2004), melyekben az eredmények ígéretesek. Ezek a terápiák kiegészítésként alkalmazhatók az öngyilkos betegek farmakológiai kezelése során. Meg kell jegyezni, hogy függetlenül attól, hogy milyen típusú pszichoterápiára kerül sor, a hatásban olyan közös elemek játszanak szerepet, mint a jól működő terápiás szövetség a beteg és a terapeuta között, a kezelés előírások és protokollok szerinti megvalósítása, compliance, azonosítható készségek megcélzása, valamint a személyes felelősség hangsúlyozása (Rudd et al., 2009). Csak igen szórványos bizonyítékok állnak rendelkezésre az öngyilkosság megelőző beavatkozások hatékonyságával kapcsolatban fiatalok esetében. Egy nemrégiben végzett metaanalízis (Robinson et al., 2011) során 15 idevágó vizsgálatot azonosítottak, azonban arra jutottak, hogy nem lehetséges kö-

vetkeztetéseket levonni a különböző beavatkozások hatékonyságát illetően számos metodológiai korlát, valamint az eredmények ellentmondásossága miatt; a kognitív viselkedésterápia ígéretesnek tűnt, azonban a metaanalízisben csak egyetlen vizsgálat mutatta ki, hogy hatékony az öngyilkosság csökkentésében fiatal embereknél.

A pszichoszociális támogatás javasolt, mivel az öngyilkosok gyakran egzisztenciális krízisekkel küszködnek. Ha lehetséges, vonjuk be a családot vagy barátokat és fontos személyeket a kezelési tervbe, és nyújtunk részükre emocionális támogatást. A tájékozott beleegyezést követően mobilizáljuk és optimalizáljuk a rendelkezésre álló közösségi forrásokat. E források a krízisközpontokat, a mentális egészségügyi központokat, és a vallási tanácsadókat jelentik. E szociális beavatkozások célja a beteg támogatása, hogy kitörjön a magányosságból, társas hálókat találjon, és növelje az élet értelmességének érzését (Rudd et al., 2009).

Valamennyi öngyilkos esetében elengedhetetlen a klinikussal való biztonságos kapcsolat függetlenül attól, hogy az adott klinikus valamely iskolát képviselő pszichoterapeuta, vagy esetleg farmakológiai kezelésben jártas orvos, a pszichiátriai osztályos személyzet egy tagja, vagy egy olyan szociális munkás, akiben a beteg megbízik. Az ilyen kapcsolatnak a szegény szempontjából teljesen biztonságosnak kell lennie, ami azt jelenti, hogy a terápiás interakció során az öngyilkos betegnek éreznie kell, hogy önmaga lehet, és olyannak fogadják el, amilyen. Fontos továbbá meghallgatni a beteg kezeléssel kapcsolatos preferenciáit, mivel ez befolyásolja a kezeléssel kapcsolatos compliance-t legyen az farmakológiai vagy pszichológiai. A kezelőknek alapvető és odavágó motivációs információt kell nyújtani a bizonyítékokon alapuló kezelésekkel kapcsolatban.

Az egészségügyi ellátószemélyzet készségeinek fejlesztése

A háziorvosok és más egészségügyi dolgozók oktatása pszichiáterek által az öngyilkosság megelőzésének egyik bizonyítékokon alapuló módszere (Mann et al., 2005). A bővülő tudás, a depresszió növekvő észlelése és kezelése pozitív változást eredményez az öngyilkosság és az ezzel kapcsolatos pszichiátriai betegségek iránti attitűdökben és az öngyilkossággal összefüggő tabu és stigma megszüntetésében (Santa Mina és Gallop, 1998; Ramberg és Wasserman, 2004). A Gotland vizsgálatban (Rutz et al., 1989) és újabb vizsgálatokban (Roskar et al., 2010; Szanto et al., 2007; Hegerl et al., 2006) az öngyilkossági ráta szignifikáns

csökkenését mutatták ki a kontrollrégiókhoz képest az orvosok depresszió és öngyilkosság kezelésével kapcsolatos oktatását követően. Valamennyi pszichiátert és a pszichiátriai ellátásban dolgozó egészségügyi személyzet valamennyi tagját rendszeres és folyamatos oktatásban kellene részesíteni az újabb ismeretekre valamint az etikai és jogi aspektusokra koncentrálni (Ramberg és Wasserman, 2004).

Pszichológiai autopszia

A befejezett öngyilkosság okai és az alkalmazott kezelési, ellátási és prevenciók tevékenységek hatékonysága a befejezett öngyilkosságot követően feltárható és a tanulás forrásává válhat. A retrospektív kikérdezés vagy pszichológiai autopszia a személyzettől és az öngyilkosságban elhunyt személy közeli rokonaitól, családjától és barátaitól nyert információt jelenti (Pouliot és De Leo, 2006; Beskow et al., 1990). Az eljárás célja a jövőbeni kezelés és megelőzési célú tevékenységek szempontjából hasznos tudás bővítése, az egészségügyi ellátásban alkalmazott rutineljárások hatékonyságának javítása, valamint az egészségügyi ellátószemélyzet kikérdezése és támogatása a beteg öngyilkossága által okozott stressz kezelésében (Grad, 2009). A klinikusoknak minél korábban, lehetőleg az öngyilkosságot követő első hét során kapcsolatba kell lépniük a családdal és emocionális támogatást kell nyújtaniuk a felnőtteknek és gyerekeknek egyaránt. A családot tájékoztatni kell az öngyilkosságok túlélőinek segítséget nyújtó szervezetekkel kapcsolatban (Andriessen, 2009).

A farmakológiai kezelés és a kognitív viselkedésterápia az öngyilkossági kockázat csökkentésének bizonyítékon alapuló módszerei. Az egyéb pszichológiai kezelések esetében is ígéretesek az eredmények, azonban további vizsgálatok szükségesek. A társas támogatás az öngyilkos betegek rehabilitációjának elengedhetetlen része. Randomizált kontrollált vizsgálatok során azt találták, hogy az antidepresszív kezelés egyes betegekben, főként a 25 év alattiakban fokozhatja az öngyilkosság kockázatát. A háziorvosok és más egészségügyi szakemberek képzése az öngyilkosság megelőzésének bizonyítékon alapuló módszerre. Szintén nagyon lényeges folyamatos képzést nyújtani a pszichiáterek és a pszichiátriai ellátásban dolgozó egyéb egészségügyi személyzet részére a kockázat felméréssel, a kezeléssel, valamint a jogi és etikai szempontokkal kapcsolatban.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet megfelelő kezeléssel megelőzhető. Mivel az öngyilkosság számos áldozata, különösen az idősek, az első öngyilkos cselekmény következtében halnak meg, az öngyilkosságnak a közelmúltban elkövetett öngyilkos viselkedésen kívüli rizikófaktoraival kapcsolatos információ feltárása segíthet a klinikusnak a szuicid veszély minél korábbi előrejelzésében. Azonban az öngyilkosság nem mindig jelezhető előre, és egyes esetekben, a kezeléssel való rossz compliance következtében, nem megelőzhető. A jó kimenetelt meghatározó legfontosabb tényezők a kezelés iránti compliance-t optimalizáló körülmények és az olyan multidiszciplináris csapat létrehozása, mely kompetens a biológiai, pszichológiai és szociális beavatkozások kombinációjának alkalmazásában.

Az öngyilkossági cselekményre nem feltétlenül kell úgy tekinteni, mint ami a felismerés, kivizsgálás vagy terápiás beavatkozás szakmai kudarcát tükrözi, amennyiben a pszichiáter eleget tett az öngyilkosság kockázatának alapos felméréssel és a bizonyítékon alapuló kezelés felírásával, és az utánkövetéssel kísért elbocsátás tudatos megtervezésével kapcsolatos felelősségének. Az egészségügyi személyzet folyamatos képzése, és az eljárások alapos felülvizsgálata szükséges az öngyilkosság kezelésével és megelőzésével kapcsolatos stratégiák fokozatos, de folyamatos javításához a pszichiátriai ellátásban (Wasserman és Wasserman, 2009).

Érdekkonfliktussal kapcsolatos nyilatkozat. D. Wasserman, D. Rujescu, M. Sarchiapone, M. Sokolowski, D. Titelman, G. Zalsman, Z. Zemishlany, V. Carli és Z. Rihmer kijelentik, hogy a cikkben leírtakkal kapcsolatban semmilyen érdekkonfliktus nem áll fenn.

Köszönetnyilvánítás. A szerzők köszönetet mondanak az alábbi munkatársaknak a kéziratral kapcsolatos segítségükért és megjegyzéseikért: Alan Apter (Izrael), Enrique Baca-Garcia (Spanyolország), Balázs Judit (Magyarország), JulioBobes (Spanyolország), Romuald Brunner (Németország), Paul Corcoran (Írország), Doina Cosman (Románia), Philippe Courtet (Franciaország), Christian Haring (Ausztria), Jean Pierre Kahn (Franciaország), Vita Postuvan (Szlovénia), Vsevolod Rozanov (Ukrajna), Wolfgang Rutz (Svédország), Pilar Saiz (Spanyolország), Sylvia Schaller (Németország), Jean Pierre Soubrier (Franciaország), Sam Tyano (Izrael), Airi Varnik (Észtország).

A cikk eredetileg az alábbi formában jelent meg: Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D., et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention.

European Psychiatry 2012;27(2):129-141. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003 Copyright © 2011 Elsevier Masson SAS. Minden jog fenntartva. A cikket a kiadó engedélyével közöljük.

Levelező szerző: Dr. Rihmer Zoltán, Semmelweis Egyetem, Kútvölgyi Klinikai Tömb, 1125 Budapest, Kútvölgyi út 4.
e-mail: rihmerz@kut.sote.hu

IRODALOM

- Ahrens, B., Muller-Oerlinghausen, B. (2001) Does lithium exert an independent antisuicidal effect? *Pharmacopsychiatry*, 34:132-6.
- Aish, A. M., Wasserman, D., Renberg, E. S. (2001) Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychol Med*, 31:367-72.
- Akiskal, H. S., Benazzi, F. (2005) Psychopathologic correlates of suicidal ideation in major depressive outpatients: is it all due to unrecognized (bipolar) depressive mixed states? *Psychopathology*, 38:273-80.
- Améry, J. At the mind's limits: Contemplations by a survivor of Auschwitz and its realities. Bloomington & Indianapolis, Indiana, 1980.
- Andreasen, N. C., Endicott, J., Spitzer, R. L., Winokur, G. (1977) The family history method using diagnostic criteria. Reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 34:1229-35.
- Andriessen, K. The role of volunteer organizations in suicide prevention. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a Global Perspective Oxford University Press, Oxford; 2009.
- Angst, F., Stassen, H. H., Clayton, P. J., Angst, J. (2002) Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*, 68:167-81.
- APA Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). American Psychiatric Press, Washington DC, 2000.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., Kierman, K., Davies, S., Bickley, H., Parsons, R. (1999) Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ*, 318:1235-1239.
- Balazs, J., Lecrubier, Y., Csiszer, N., Kosztak, J., Bitter, I. (2003) Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. *J Affect Disord*, 76:113-9.
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F. K., Hennen, J. (2006) Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord*, 8:625-39.
- Barlow, K., Grenyer, B., Ilkiw-Lavalle, O. (2000) Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry*, 34:967-74.
- Bech, P., Awata, S. Measurement of suicidal behaviour with psychometric scales. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a Global Perspective. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.305-311.
- Beck, A. T. (1993) Cognitive therapy: past, present, and future. *J Consult Clin Psychol*, 61:194-8.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.91-98.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., Butchart, A., Besbelli, N. (2006) Suicide, suicide attempts and pesticides: a major hidden public health problem. *Bull World Health Organ*, 84:260.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Wasserman, D. (2003) Suicide and mental disorders: do we know enough? *British Journal of Psychiatry*, 183:382-383.
- Beskow, J., Runeson, B., Asgard, U. (1990) Psychological autopsies: methods and ethics. *Suicide Life Threat Behav*, 20:307-23.
- Bloch, Y., Levcovitch, Y., Bloch, A. M., Mendlovic, S., Ratzoni, G. (2001) Electroconvulsive therapy in adolescents: similarities to and differences from adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:1332-6.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., Horwood, L. J. (2007) Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Med*, 37:431-40.
- Brent, D., Melhem, N., Turecki, G. (2010) Pharmacogenomics of suicidal events. *Pharmacogenomics*, 11:793-807.
- Brent, D. A., Mann, J. J. (2005) Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 133C:13-24.
- Brent, D. A., Melhem, N. (2008) Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*, 31:157-77.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., Brent, D. A. (2006) Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 47:372-94.
- Bursztejn Lipsicas, C., Makinen, I. H., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A., Lonnqvist, J., Michel, K., Salander Renberg, E., Sayil, I., Schmidtke, A., van Heeringen, C., Varnik, A., Wasserman, D. (2012) Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47:241-51.
- Carter, T. D., Mundo, E., Parikh, S. V., Kennedy, J. L. (2003) Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 37:297-303.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., Poulton, R. (2003) Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301:386-9.
- Cheng, A. T., Mann, A. H., Chan, K. A. (1997) Personality disorder and suicide. A case-control study. *Br J Psychiatry*, 170:441-6.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., Mitchell, J. E. (2009) Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*, 166:1342-6.
- Cutler, A. J., Montgomery, S. A., Feifel, D., Lazarus, A., Astrom, M., Brecher, M. (2009) Extended release quetiapine fumarate monotherapy in major depressive disorder: a placebo- and duloxetine-controlled study. *J Clin Psychiatry*, 70:526-39.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L., Denning, D. G., Cox, C., Caine, E. D. (2000) Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55:P18-26.
- Dunne, E. J. Family psychoeducation with suicide attempters. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.439-443.
- El-Mallakh, R. S., Ghaemi, S. N., Sagduyu, K., Thase, M. E., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Zhang, H. W., Pardo, T. A., Sachs, G. (2008) Antidepressant-associated chronic irritable dysphoria (ACID) in STEP-BD patients. *J Affect Disord*, 111:372-7.
- Engel, Z., Mitrani, M., Zalsman, G. (2005) Prevention of sui-

- cide in an inpatient adolescent unit by environmental safety modification. *Int J Adolesc Med Health*, 17:309.
35. Fawcett, J. (1997) The detection and consequences of anxiety in clinical depression. *J Clin Psychiatry*, 58 Suppl 8:35-40.
 36. Fawcett, J. The anxiety disorders, anxiety symptoms and suicide. In: Wasserman, D., *Suicide: an unnecessary death*. Martin Dunitz, London; 2001, pp.59-63.
 37. Fedyszyn, I. E., Robinson, J., Matyas, T., Harris, M. G., Paxton, S. J. (2010) Temporal pattern of suicide risk in young individuals with early psychosis. *Psychiatry Res*, 175:98-103.
 38. Fergusson, D., Doucette, S., Glass, K. C., Shapiro, S., Healy, D., Hebert, P., Hutton, B. (2005) Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 330:396.
 39. Gearing, R. E., Lizardi, D. (2009) Religion and suicide. *J Relig Health*, 48:332-41.
 40. Ghaemi, S. N., Rosenquist, K. J., Ko, J. Y., Baldassano, C. F., Kontos, N. J., Baldessarini, R. J. (2004) Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *Am J Psychiatry*, 161:163-5.
 41. Gibbons, R. D., Brown, C. H., Hur, K., Marcus, S. M., Bhaumik, D. K., Mann, J. J. (2007) Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health Administration data sets. *Am J Psychiatry*, 164:1044-9.
 42. Goodwin, F. K., Fireman, B., Simon, G. E., Hunkeler, E. M., Lee, J., Revicki, D. (2003) Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA*, 290:1467-73.
 43. Gould, M. S., Wallenstein, S., Davidson, L. (1989) Suicide clusters: a critical review. *Suicide Life Threat Behav*, 19:17-29.
 44. Gould, M. S., Wallenstein, S., Kleinman, M. H., O'Carroll, P., Mercy, J. (1990) Suicide clusters: an examination of age-specific effects. *Am J Public Health*, 80:211-2.
 45. Grad, O. T. Therapists as survivors of suicide loss. In: Wasserman, D., Wasserman, C., *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.609-613.
 46. Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G., Tomenson, B. (2001) Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*, 323:135-8.
 47. Guzzetta, F., Tondo, L., Centorrino, F., Baldessarini, R. J. (2007) Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 68:380-3.
 48. Hamilton, M. (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23:56-62.
 49. Harris, E. C., Barraclough, B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 170:205-208.
 50. Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., Traskman-Bendz, L. (1998) Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ*, 317:441-7.
 51. Hawton, K., Harriss, L., Hall, S., Simkin, S., Bale, E., Bond, A. (2003a) Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychol Med*, 33:987-95.
 52. Hawton, K., Houston, K., Haw, C., Townsend, E., Harriss, L. (2003b) Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry*, 160:1494-500.
 53. Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J., Cooper, J., Johnston, A., Waters, K., Arundel, M., Bernal, W., Gunson, B., Hudson, M., Suri, D., Simpson, K. (2004) UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *BMJ*, 329:1076.
 54. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Deeks, J. J. (2005) Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*, 187:9-20.
 55. Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., Niklewski, G. (2006) The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*, 36:1225-33.
 56. Heikkinen, M. E., Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., Marttunen, M. J., Aro, H. M., Lonnqvist, J. K. (1997) Recent life events and suicide in personality disorders. *J Nerv Ment Dis*, 185:373-81.
 57. Heila, H., Haukka, J., Suvisaari, J., Lonnqvist, J. (2005) Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychol Med*, 35:725-32.
 58. Hendin, H. Recognizing a suicide crisis in psychiatric patients. In: Wasserman, D., Wasserman, C., *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.327-331.
 59. Hepp, U., Wittmann, L., Schnyder, U., Michel, K. (2004) Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. *Crisis*, 25:108-17.
 60. Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., Blais, M. A., Keller, M. B. (2000) Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord*, 28:20-6.
 61. Horesh, N., Nachshoni, T., Wolmer, L., Toren, P. (2009) A comparison of life events in suicidal and nonsuicidal adolescents and young adults with major depression and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 50:496-502.
 62. Horesh, N., Sever, J., Apter, A. (2003) A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 44:277-83.
 63. Hunt, I. M., Kapur, N., Robinson, J., Shaw, J., Flynn, S., Bailey, H., Meehan, J., Bickley, H., Burns, J., Appleby, L., Parsons, R. (2006) Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey. *Br J Psychiatry*, 188:135-42.
 64. Hunt, I. M., Windfuhr, K., Swinson, N., Shaw, J., Appleby, L., Kapur, N. (2010) Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a national clinical survey. *BMC Psychiatry*, 10:14.
 65. Inamdar, S. C., Lewis, D. O., Siomopoulos, G., Shanok, S. S., Lamela, M. (1982) Violent and suicidal behavior in psychotic adolescents. *Am J Psychiatry*, 139:932-5.
 66. Isacsson, G., Holmgren, P., Druid, H., Bergman, U. (1997) The utilization of antidepressants--a key issue in the prevention of suicide: an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992-1994. *Acta Psychiatr Scand*, 96:94-100.
 67. Isacsson, G., Holmgren, P., Wasserman, D., Bergman, U. (1994) Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden. *BMJ*, 308:506-509.
 68. Jamison, K. R. *Night falls fast: understanding suicide*. Random House, New York, 1999.
 69. Jick, H., Kaye, J. A., Jick, S. S. (2004) Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *Jama*, 292:338-43.
 70. Karg, K., Burmeister, M., Shedden, K., Sen, S. (2011) The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Arch Gen Psychiatry*, 68:444-54.
 71. Kasckow, J., Montross, L., Golshan, S., Mohamed, S., Patterson, T., Sollanzano, E., Zisook, S. (2007) Suicidality in middle aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms: relationship to functioning and Quality of Life. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22:1223-8.
 72. Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L.,

- Herzog, D. B. (2003) Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 60:179-83.
73. Kendler, K. S. (2010) Genetic and environmental pathways to suicidal behavior: reflections of a genetic epidemiologist. *Eur Psychiatry*, 25:300-3.
74. Kennedy, S. H., Milev, R., Giacobbe, P., Ramasubbu, R., Lam, R. W., Parikh, S. V., Patten, S. B., Ravindran, A. V. (2009) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies. *J Affect Disord*, 117 Suppl 1:S44-53.
75. Kernberg, O. F. (2001) The suicidal risk in severe personality disorders: differential diagnosis and treatment. *J Pers Disord*, 15:195-208; discussion 209-15.
76. Kisely, S., Smith, M., Lawrence, D., Maaten, S. (2005) Mortality in individuals who have had psychiatric treatment: population-based study in Nova Scotia. *Br J Psychiatry*, 187:552-8.
77. Klomek, A. B., Krispin, O., Apter, A. Suicidal behaviour in children and adolescents in different clinical settings. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.629-632.
78. Kovacsics, C. E., Gottesman, I. I., Gould, T. D. (2009) Lithium's antisuicidal efficacy: elucidation of neurobiological targets using endophenotype strategies. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 49:175-198.
79. Lieberman, D. Z., Resnik, H. L., Holder-Perkins, V. (2004) Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 34:448-53.
80. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., Lindenboim, N. (2006) Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63:757-66.
81. Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., Chiles, J. A. (1983) Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *J Consult Clin Psychol*, 51:276-286.
82. Litman, R. E. (1987) Mental disorders and suicidal intention. *Suicide Life Threat Behav*, 17:85-92.
83. Lonnqvist, J. Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.275-286.
84. MacLeod, A. K., Tata, P., Tyrer, P., Schmidt, U., Davidson, K., Thompson, S. (2004) Personality disorder and future-directed thinking in parasuicide. *J Pers Disord*, 18:459-466.
85. Maltzberger, J. T. (2004) The descent into suicide. *Int J Psychoanal*, 85:653-667.
86. Maltzberger, J. T., Buie, D. H. (1974) Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry*, 30:625-33.
87. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. (2005) Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294:2064-74.
88. Mann, J. J., Arango, V. A., Avenevoli, S., Brent, D. A., Champagne, F. A., Clayton, P., Currier, D., Dougherty, D. M., Haghghi, F., Hodge, S. E., Kleinman, J., Lehner, T., McMahon, F., Moscicki, E. K., Oquendo, M. A., Pandey, G. N., Pearson, J., Stanley, B., Terwilliger, J., Wenzel, A. (2009) Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biol Psychiatry*, 65:556-63.
89. Mann, J. J., Currier, D. M. (2010) Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *Eur Psychiatry*, 25:268-71.
90. Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., Lonnqvist, J. K. (1994) Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 89:167-73.
91. Meltzer, H. Y., Baldessarini, R. J. (2003) Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *J Clin Psychiatry*, 64:1122-9.
92. Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F., Wasserman, D. (2008) Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43:28-36.
93. Moller, H. J. (2006) Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: a systematic review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256:329-43.
94. Moller, H. J. Pharmacological and other biological treatments of suicidal individuals. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.395-405.
95. Molnar, B. E., Berkman, L. F., Buka, S. L. (2001) Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med*, 31:965-77.
96. Morgan, H. G., Jones, E. M., Owen, J. H. (1993) Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry*, 163:111-2.
97. Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M. P., Statham, D. J., Martin, N. G. (2002) Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 59:139-145.
98. 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., Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D. (2008) Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*, 192:98-105.
99. Nordentoft, M., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B. (2011) Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 68:1058-64.
100. O'Carroll, P. W., Mercy, J. A., Steward, J. A. (1988) CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 37 Suppl 6:1-12.
101. Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Mann, J. J., Giner, J. (2008) Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry*, 52.
102. Palmer, B. A., Pankratz, V. S., Bostwick, J. M. (2005) The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*, 62:247-53.
103. Panagioti, M., Gooding, P., Tarrier, N. (2009) Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. *Clin Psychol Rev*, 29:471-82.
104. Patorno, E., Bohn, R. L., Wahl, P. M., Avorn, J., Patrick, A. R., Liu, J., Schneeweiss, S. (2010) Anticonvulsant medications and the risk of suicide, attempted suicide, or violent death. *Jama*, 303:1401-9.
105. Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., Patterson, G. A. (1983) Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24:343-5, 348-9.
106. Paykel, E. S. (1976) Life stress, depression and attempted suicide. *J Human Stress*, 2:3-12.

107. Pirkola, S. P., Isometsa, E. T., Heikkinen, M. E., Lonnqvist, J. K. (2000) Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol Alcohol*, 35:70-5.
108. Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., Davies, M. (2007) Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*, 164:1035-43.
109. Pouliot, L., De Leo, D. (2006) Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide Life Threat Behav*, 36:491-510.
110. Ramberg, I. L., Wasserman, D. (2000) Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychol Med*, 30:1189-96.
111. Ramberg, I. L., Wasserman, D. (2004) Benefits of implementing an academic training of trainers program to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients. *Arch Suicide Res*, 8:331-43.
112. Reutfors, J., Osby, U., Ekblom, A., Nordstrom, P., Jokinen, J., Papadopoulos, F. C. (2009) Seasonality of suicide in Sweden: relationship with psychiatric disorder. *J Affect Disord*, 119:59-65.
113. Rey, J. M., Walter, G. (1997) Half a century of ECT use in young people. *Am J Psychiatry*, 154:595-602.
114. Rihmer, Z. (2007) Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20:17-22.
115. Rihmer, Z., Akiskal, H. (2006) Do antidepressants treat (en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord*, 94:3-13.
116. Robinson, J., Harris, M. G., Harrigan, S. M., Henry, L. P., Farrelly, S., Prosser, A., Schwartz, O., Jackson, H., McGorry, P. D. (2010) Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4 year follow-up study. *Schizophr Res*, 116:1-8.
117. Robinson, J., Hetrick, S. E., Martin, C. (2011) Preventing suicide in young people: systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*, 45:3-26.
118. Roskar, S., Podlesek, A., Zorko, M., Tavcar, R., Dernovsek, M. Z., Grolegger, U., Mirjanic, M., Konec, N., Janet, E., Marusic, A. (2010) Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow-up study. *Croat Med J*, 51:237-42.
119. Roy, A., Janal, M. (2005) Family history of suicide, female sex, and childhood trauma: separate or interacting risk factors for attempts at suicide? *Acta Psychiatr Scand*, 112:367-71.
120. Roy, A., Segal, N. L. (2001) Suicidal behavior in twins: a replication. *J Affect Disord*, 66:71-4.
121. Roy, A., Segal, N. L., Centerwall, B. S., Robinette, C. D. (1991) Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry*, 48:29-32.
122. Rudd, M. D., Williams, B., Trotter, D. The psychological and behavioural treatment of suicidal behaviour: what are the common elements of treatment that work? In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.427-437.
123. Rutz, W., Walinder, J., Eberhard, G., Holmberg, G., von Knorring, A. L., von Knorring, L., Wistedt, B., Aberg-Wistedt, A. (1989) An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*, 79:19-26.
124. Santa Mina, E. E., Gallop, R. M. (1998) Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Can J Psychiatry*, 43:793-800.
125. Sarchiapone, M., Carli, V., Cuomo, C., Roy, A. (2007) Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depress Anxiety*, 24:268-72.
126. Sarchiapone, M., Jausse, I., Roy, A., Carli, V., Guillaume, S., Jollant, F., Malafosse, A., Courtet, P. (2009) Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior - via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *Eur Psychiatry*, 24:57-62.
127. Schneider, B., Maurer, K., Sargk, D., Heiskel, H., Weber, B., Frolich, L., Georgi, K., Fritze, J., Seidler, A. (2004) Concordance of DSM-IV Axis I and II diagnoses by personal and informant's interview. *Psychiatry Res*, 127:121-36.
128. Shea, S. C. *Psychiatric interviewing. The art of understanding.* Saunders, Philadelphia, 1988.
129. Silfverhielm, H. *Sjålv mord 2006-2008 anmalda enligt lex Maria.* Socialstyrelsen, 2010.
130. Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll P, W., Joiner, T. E. (2007a) Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav*, 37:248-63.
131. Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll P, W., Joiner, T. E. (2007b) Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*, 37:264-77.
132. Simon, G. E., Savarino, J., Operskalski, B., Wang, P. S. (2006) Suicide risk during antidepressant treatment. *American Journal of Psychiatry*, 163:41-47.
133. Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M. (2002) Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Pers Disord*, 16:201-214.
134. Stanley, B., Brodsky, B. Dialectical behavioural therapy for suicidal individual. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.421-425.
135. Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J. D., Dulit, R. (2007) Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Arch Suicide Res*, 11:337-41.
136. 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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48:1005-13.
137. Stanley, B., Jones, J. Risk for suicidal behaviour in personality disorders. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.287-292.
138. Stenager, E., Stenager, E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman, D., Wasserman, C., Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.293-299.
139. Stone, M., Laughren, T., Jones, M. L., Levenson, M., Holland, P. C., Hughes, A., Hammad, T. A., Temple, R., Rochester, G. (2009) Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*, 339:b2880.
140. Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsa, E., Ostamo, A., Lonnqvist, J. (1996) Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 94:234-40.
141. Szanto, K., Kalmar, S., Hendin, H., Rihmer, Z., Mann, J. J. (2007) A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry*, 64:914-20.
142. Taiminen, T. J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Koivisto, H., Kallonen, A., Helenius, H. (1998) Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37:211-7.

143. Tidemalm, D., Langstrom, N., Lichtenstein, P., Runeson, B. (2008) Risk of suicide after suicide attempt according to co-existing psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*, 337:a2205.
144. Titelman, D. (2006) Primo Levi's loneliness: psychoanalytic perspectives on suicide-nearness. *Psychoanal Q*, 75:835-58.
145. Titelman, D., Nilsson, A., Estari, J., Wasserman, D. (2004) Depression, anxiety, and psychological defense in attempted suicide: a pilot study using PORT. *Arch Suicide Res*, 8:239-49.
146. Tollefson, G. D., Sanger, T. M., Lu, Y., Thieme, M. E. (1998) Depressive signs and symptoms in schizophrenia: a prospective blinded trial of olanzapine and haloperidol. *Arch Gen Psychiatry*, 55:250-8.
147. Uher, R. (2011) Genes, environment, and individual differences in responding to treatment for depression. *Harv Rev Psychiatry*, 19:109-24.
148. Wasserman, D. Suicidal people's experiences of negative life events. In: Wasserman, D., *Suicide: an unnecessary death*. Martin Dunitz, London; pp.119-124.
149. Wasserman, D. Negative life events (losses, changes, traumas and narcissistic injury) and suicide. In: Wasserman, D., *Suicide: an unnecessary death*. Martin Dunitz, London; 2001a, pp.111-117.
150. Wasserman, D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: Wasserman, D., Wasserman, C., *Suicide: an unnecessary death*. Martin Dunitz, London; 2001b, pp.13-27.
151. Wasserman, D. *Depression: the facts*. Oxford University Press, Oxford, 2011.
152. Wasserman, D., Geijer, T., Sokolowski, M., Rozanov, V., Wasserman, J. (2007) Nature and nurture in suicidal behavior, the role of genetics: some novel findings concerning personality traits and neural conduction. *Physiol Behav*, 92:245-9.
153. Wasserman, D., Sokolowski, M., Wasserman, J., Rujescu, D. Neurobiology and the genetics of suicide. In: Wasserman, D., Wasserman, C., *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.165-182.
154. Wasserman, D., Terenius, L., Wasserman, J., Sokolowski, M. (2010) The 2009 Nobel conference on the role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population. *Mol Psychiatry*, 15:12-7.
155. Wasserman, D., Wasserman, C. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford University Press, Oxford, 2009.
156. Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C. K., Lellouch, J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. U., Yeh, E. K. (1999) Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med*, 29:9-17.
157. WHO. WHO mortality database. <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en>.
158. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. WHO, 1992.
159. Wolk-Wasserman, D. (1986) Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatr Scand*, 73:481-99.
160. Wolk-Wasserman, D. (1987) Some problems connected with the treatment of suicide attempt patients: transference and countertransference aspects. *Crisis*, 8:69-82.
161. Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A., Harrington, R. (2001) Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:1246-53.
162. Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Schaffer, A., Parikh, S. V., Beaulieu, S., O'Donovan, C., MacQueen, G., McIntyre, R. S., Sharma, V., Ravindran, A., Young, L. T., Young, A. H., Alda, M., Milev, R., Vieta, E., Calabrese, J. R., Berk, M., Ha, K., Kapczinski, F. (2009) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord*, 11:225-55.
163. Yen, S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., McGlashan, T. H., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Zanarini, M. C. (2005) Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Consult Clin Psychol*, 73:99-105.
164. Yerevanian, B. I., Koek, R. J., Feusner, J. D., Hwang, S., Mintz, J. (2004) Antidepressants and suicidal behaviour in unipolar depression. *Acta Psychiatr Scand*, 110:452-8.
165. Zalsman, G. (2010) Timing is critical: gene, environment and timing interactions in genetics of suicide in children and adolescents. *Eur Psychiatry*, 25:284-6.
166. Zalsman, G., Shoval, G. The link between physical disabilities and suicidality in children and adolescents. In Wasserman, D., Wasserman, C., *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford University Press, Oxford; 2009, pp.661-665.

The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention

Suicide is a major public health problem in the WHO European Region accounting for over 150,000 deaths per year. **Suicidal crisis:** Acute intervention should start immediately in order to keep the patient alive. **Diagnosis:** An underlying psychiatric disorder is present in up to 90% of people who completed suicide. Comorbidity with depression, anxiety, substance abuse and personality disorders is high. In order to achieve successful prevention of suicidality, adequate diagnostic procedures and appropriate treatment for the underlying disorder are essential. **Treatment:** Existing evidence supports the efficacy of pharmacological treatment and cognitive behavioural therapy (CBT) in preventing suicidal behaviour. Some other psychological treatments are promising, but the supporting evidence is currently insufficient. Studies show that antidepressant treatment decreases the risk for suicidality among depressed patients. However, the risk of suicidal behaviour in depressed patients treated with antidepressants exists during the first 10–14 days of treatment, which requires careful monitoring. Short-term supplementary medication with anxiolytics and hypnotics in the case of anxiety and insomnia is recommended. Treatment with antidepressants of children and adolescents should only be given under supervision of a specialist. Long-term treatment with lithium has been shown to be effective in preventing both suicide and attempted suicide in patients with unipolar and bipolar depression. Treatment with clozapine is effective in reducing suicidal behaviour in patients with schizophrenia. Other atypical antipsychotics are promising but more evidence is required. **Treatment team:** Multidisciplinary treatment teams including psychiatrist and other professionals such as psychologist, social worker, and occupational therapist are always preferable, as integration of pharmacological, psychological and social rehabilitation is recommended especially for patients with chronic suicidality. **Family:** The suicidal person independently of age should always be motivated to involve family in the treatment. **Social support:** Psychosocial treatment and support is recommended, as the majority of suicidal patients have problems with relationships, work, school and lack functioning social networks. **Safety:** A secure home, public and hospital environment, without access to suicidal means is a necessary strategy in suicide prevention. Each treatment option, prescription of medication and discharge of the patient from hospital should be carefully evaluated against the involved risks. **Training of personnel:** Training of general practitioners (GPs) is effective in the prevention of suicide. It improves treatment of depression and anxiety, quality of the provided care and attitudes towards suicide. Continuous training including discussions about ethical and legal issues is necessary for psychiatrists and other mental health professionals.

*This article was originally published as: Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D., et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry* 2012;27(2):129-141. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003 Copyright © 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved. With permission.*

Keywords: suicide, depression, psychiatric diagnosis, prevention, identification, treatment