

# EFOP-2.2.0--2016- 000008

## Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése

### ÖNGYILKOSSÁG KOCKÁZATBECSLÉSE ÉS MEGELŐZÉSE

Szerző:  
Prof. Dr. Rihmer Zoltán DSc

**SZÉCHENYI**MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYAEurópai Unió  
Európai Regionális  
Fejlesztési Alap**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**

## ÖNGYILKOSSÁG – NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMA

- Az öngyilkosság kérdése osztársadalmi probléma és nem a pszichiátria belügye;
- Egy öngyilkosság kb. 10 közeli rokott érint (Magyarországon ez 2016-ban 18.000 ember);
- Egy befejezett öngyilkosság költsége az EU-országokban átlagosan 2 millió Euro;

## AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGÍTÉLÉSE

- Szókratész, Arisztotelész elítéli;
- Római birodalom: szabad akarat;
- Biblia nem ítéli el;
- Szent Ágoston (IV.-V. sz) és Aquinói Szent Tamás (XIII. sz.) elítélik;
- Hume, Kant, Schopenhauer elítélik;
- Camus: az öngyilkosság az egyetlen komoly filozófiai kérdés;
- Szász Tamás: öngyilkosság emberi jog, megakadályozása korlátozás, öngyilkosság éppúgy nem létezik, mint az önlopás (elfogadhatatlan);
- Manapság: az öngyilkosság nem egészséges emberi reakció, multikauzális, de pszichiátriai betegség szerepe vitathatatlan, tehát előre jelezhető és megelőzhető (nem mindig....)

1.

**AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS  
EPIDEMIOLOGIÁJA ÉS PSZICHIÁTRIAI  
HÁTTÉRTÉNYEZŐI**

## 2014 ADATOK



- A WHO adatai szerint, a világon évente kb. 800.000 ember hal meg öngyilkosság miatt. Kb. 2/3-a depresszióban szenved.

- Férfi/Nő arány: 3-4 : 1

- Európában évente **150.000 ember** lesz öngyilkos (120.000 férfi és 30.000 nő) Az EU-ban évente kb. 68.00 fő.

**Magyarországon 1763 öngyilkos volt 2016-ban, ez 18/100.000 fő/év**

**Méhnyak-rák halálozás: 400/év**

**Az öngyilkosok kétharmada (többnyire nem kezelt) depresszióban szenved a halála idején.**

# AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS SPEKTRUMA

Életúntság

Halálvágy

Öngyilkossági gondolat

Öngyilkossági terv

„Suicide gesture”

Öngyilkossági kísérlet

Befejezett öngyilkosság

# ÖNGYILKOSSÁG ÉS ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET

➤ Öngyilkossági kísérlet:

férfiak < nők (1:4-5)

Főleg nem violens módszer (gyógyszer)

➤ Befejezett öngyilkosság:

férfiak > nők (4-5:1)

Főleg violens módszer (akasztás, leugrás, stb.)

Egy befejezett szuicidiumra 15-20 kísérlet esik.

# A BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁG LEGGYAKORIBB MÓDSZEREI HAZÁNKBAN

1. Önakasztás
2. Szándékos önmérgezés
3. Magas helyről leugrás
4. Mozgó jármű elé ugrás
5. Lőfegyver
6. Vágó, szűrő eszköz
7. Vízbefulladás
8. Áramütés, egyéb

Férfiak

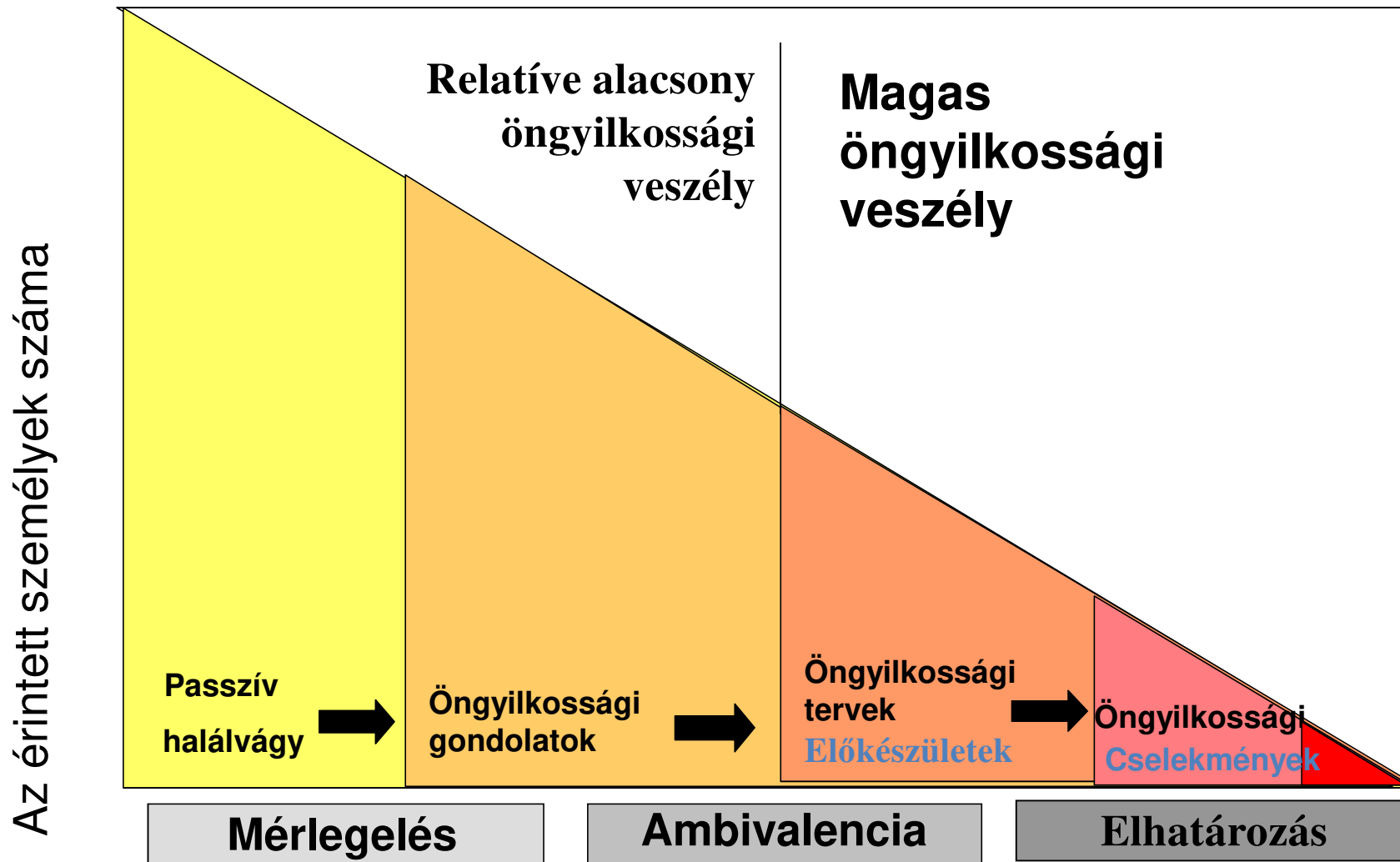


Nők





# A SZUICIDALITÁS KÜLÖNBÖZŐ FÁZISAI



# ÖNGYILKOSSÁGI RÁTÁK EURÓPÁBAN

100.000 fő/év (2010)

Litvánia	33
Magyarország	26
Lettország	21
Szlovénia	20
Belgium	19
.....	
UK	7
Olaszország	6
Görögország	3

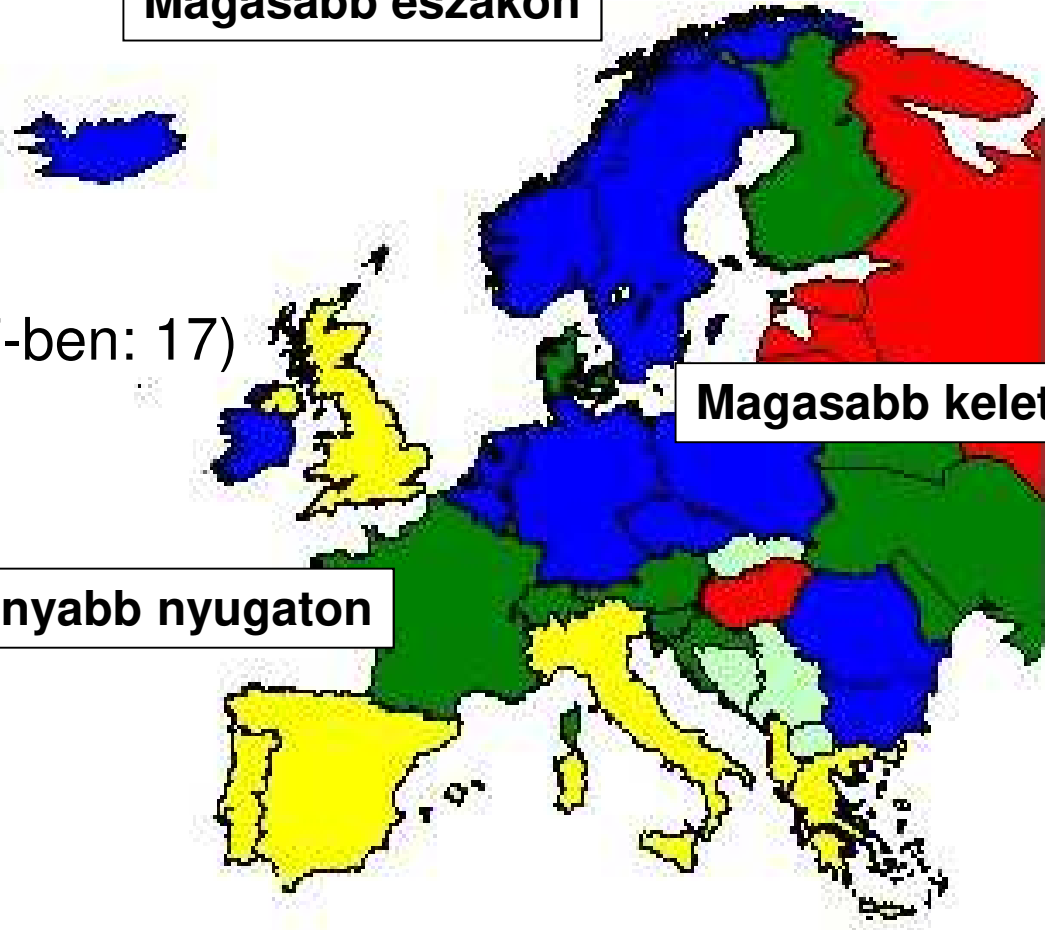
(2017-ben: 17)

Magasabb északon

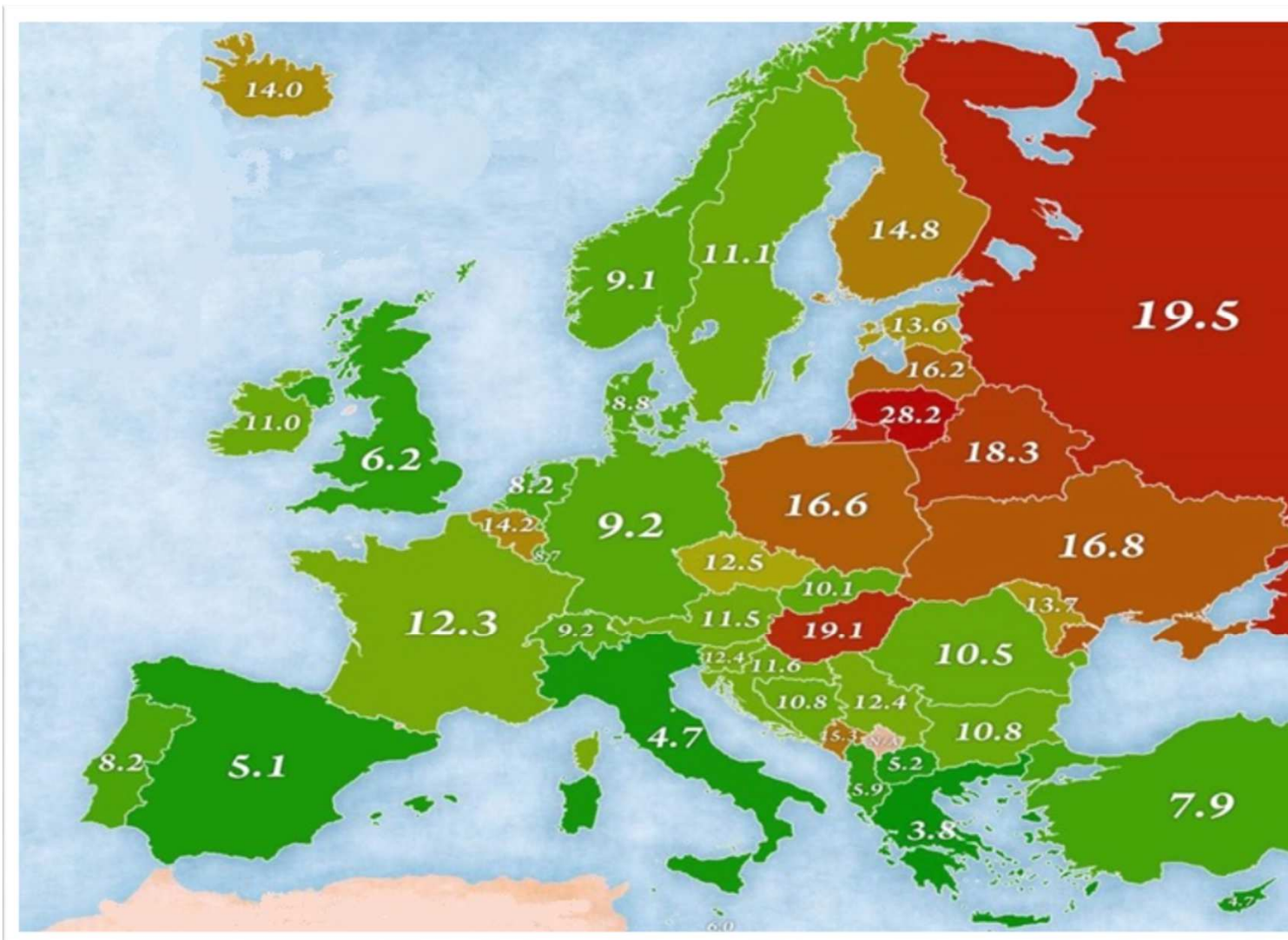
Magasabb keleten

Alacsonyabb nyugaton

Alacsonyabb délen



# 100.000 LAKOSRA JUTÓ ÖNGYILKOSSÁG, 2012



# ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEK ELŐFORDULÁSA MAGYARORSZÁG FELNŐTT LAKÓSSÁGÁBAN (18-64 ÉV)

➤ Öngyilkossági kísérlet volt: 3,2% (Nők: 4,0%, Ffi 2,2%)

➤ DSM-III-R élettartam

diagnózis	EH (szuicid kísérlet)
nincs	1,0 (95% CI)
major depresszió első epizód	3,7 (1.4-9.1)
major depresszió, rekurrens	11,0 (6.4-18.9)
bipoláris beteg (I + II)	14,4 (6.8-30.2)

*n= 2953*

# ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEK MAGYARORSZÁG REPREZENTATÍV MINTÁIBAN (>18 ÉV)

	1995 <i>n=12.527</i>	2002 <i>n=12.653</i>	változás
➤ Megelőző kísérlet	4.0%	2.9%	- 28 %
➤ Megelőző kísérlet (orvosi ellátást igénylő)	3.8%	1.5%	- 61%

# AZ ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEK ÉS A DEPRESSZIÓ SÚLYOSSÁGÁNAK ÖSSZEFÜGGÉSE MAGYARORSZÁGON

## Öngyilkossági kísérlet

---

- Teljes minta 4.0 %
- Nincs Beck-depresszió 2.2 %
- Enyhe Beck-depresszió 5.2 %
- Kp. súlyos Beck-depresszió 9.2 %
- Súlyos Beck-depresszió 14.4 %

# A MAJOR AFFEKTÍV BETEGSÉGEK PREVALENCIÁI MAGYARORSZÁGON (DSM-III-R DIAGNÓZISOK)

2953 fős reprezentatív minta (18-64 év),

Diagnózis	Élettartam	1-éves	1-hónapos
➤ Unipoláris depr.	15,1 %	<b>7,1 %</b>	<u>2,6 %</u>
➤ Bipoláris beteg	5,0 %	<b>2,7 %</b>	<u>1,3 %</u>
Bipoláris I	3,0 %	1,1 %	0,5 %
Bipoláris II	2,0 %	1,6 %	0,8 %
<b>Összes:</b>	<b>20,2 %</b>	<b>9,8 %</b>	<b>3,9 %</b>

**Nem igaz, hogy a „depresszió” prevalenciája Magyarországon 30%!**

Szádóczky és mtsai, J Aff Disord 1998, 50, 153-162  
Szádóczky és mtsai, Orv Hetil 2000, 141, 17-22.

# ÖNGYILKOSSÁG A POPULÁCIÓBAN ÉS AZ ORVOSI ELLÁTÁST FELKERESŐK KÖZÖTT

Az öngyilkosság ritka esemény a populációban, de igen gyakori pszichiátriai betegek között, akik felkeresik az orvosi ellátás különböző formáit.

Annak ellenére, hogy a pszicho-szociális tényezők fontos szerepet játszanak, az öngyilkosságban meghaltak 90%-a aktuálisan pszichiátriai betegségben szenved (45-87%-ban unipoláris vagy bipoláris major depresszió, 8-12 % szkizofrénia, 15-35 % alkoholizmus).



# A LEGGYAKORIBB AKTUÁLIS AXIS I ÉS AXIS II DIAGNÓZISOK ÖNGYILKOSSÁGBAN MEGHALTAKNÁL

<b>Pszichiátriai betegség</b>	<b>90%</b>	<b>(82-96%)</b>
➤ Major depr. epizód	<b>70%</b>	<b>(56-87 %)</b>
➤ Alkohol/drog betegség	<b>36%</b>	<b>(26-55 %)</b>
➤ Szkizofrénia	<b>9%</b>	<b>(6-13 %)</b>

---

## **Komorbid**

➤ Szorongásos betegség	<b>7-30 %</b>
➤ Személyiségzavar	<b>10-58 %</b>

## 200 EGYMÁSUTÁN ÉSZLELT ÖNGYILKOS RDC PSZICHIÁTRIAI DIAGNÓZISA (BUDAPEST, 1986-1987).

- Depressziós betegség 63,0 %
  - Major depresszió 58,0 %
    - Primer major depresszió 50,0 %
      - Unipoláris major depresszió 26.5%
      - Bipoláris (I+II) depresszió 23.5%
- Szkizofrénia/skizoaffektív beteg 9,0%
- Alkoholizmus 8,0%
- Csak testi betegség 5,0%
- Nincs pszichiátriai/testi betegség 14,0%

# BUDAPEST-MANCHESTER SUICIDE STUDY (BUDAPEST, 2002-2004)

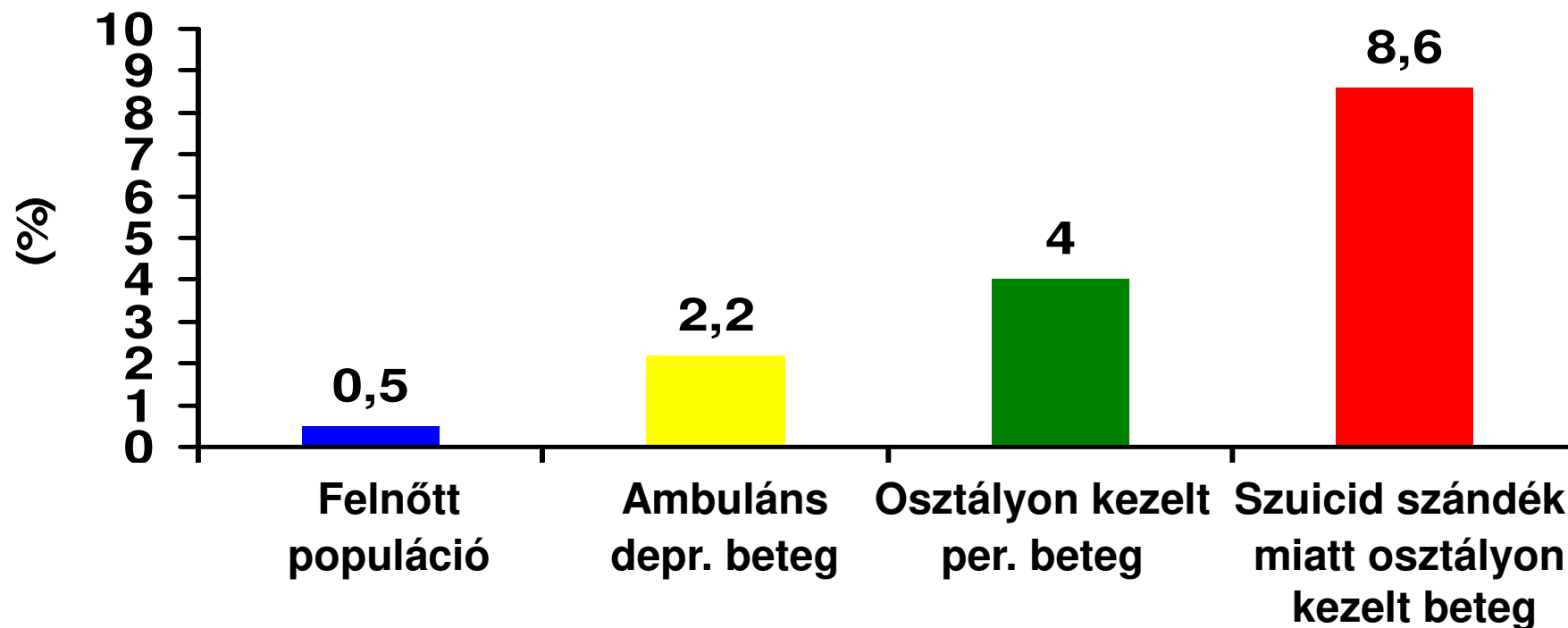
Jelen DSM-IV Axis I diagnózisok (%)

		<u>Öngyilkosok</u>	<u>Kontrollok</u>	
		n=194	n=194	
➤ Major depresszió	60% Depr.	49,0	6,2	11 % Depr.
➤ Dysthymia		8,8	5,2	
➤ Mánia/hipománia		0,5	0,5	
➤ Szorongásos beteg		6,2	4,7	
➤ Pszichotikus beteg		2,6	0	
➤ Alkohol/drog dependencia		10,3	4,7	
➤ Min 1 Axis I diagnózis		77,4	21,2	

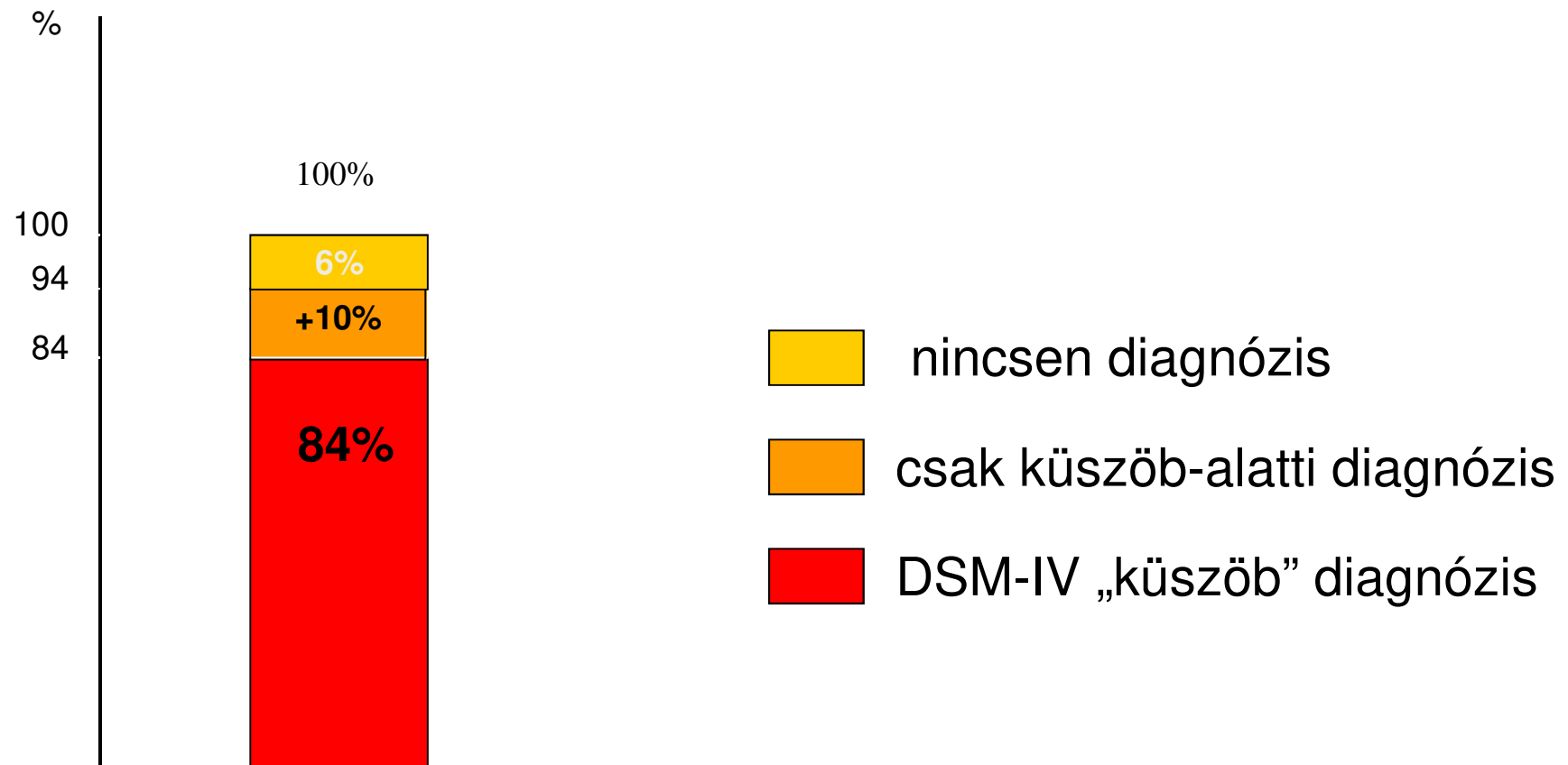
Munkanélküliség, izoláció, akut pszicho-szociális stresszorok szignifikánsan gyakoribbak voltak az öngyilkosok között.

# A BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁG ÉLETTARTAM-RIZIKÓJA AFFEKTÍV BETEGEKNÉL

(41 VIZSGÁLAT, 31.159 BETEG)



# ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETEN ÁTESETTEK DSM-IV DIAGNÓZISAI



# BUDAPEST-MANCHESTER SUICIDE STUDY (BUDAPEST, 2002-2004)

Journal of Affective Disorders 151 (2013) 821–830



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/jad](http://www.elsevier.com/locate/jad)



## Review

Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: A systematic review



Keith Hawton<sup>a,b,\*</sup>, Kate Saunders<sup>a</sup>, Anya Topiwala<sup>d</sup>, Camilla Haw<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> Centre for Suicide Research, University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, United Kingdom

<sup>b</sup> Oxford Health NHS Foundation Trust, Warneford Hospital Oxford, Oxfordshire, United Kingdom

<sup>c</sup> St Andrews Healthcare, Northampton, United Kingdom

<sup>d</sup> University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, United Kingdom

A szuicid kísérletet elkövető felnőttek 84%-a, az adolescensek 81%-a I. tengely pszichiátriai betegségben szenvedett a cselekmény idején.

Hawton és mtsai: Journal of Affective Disorders 151 (2013) 821-830.

# DEPRESSZIÓ ÉS ÖNGYILKOSSÁG 1.

- A major depresszió és bipoláris betegség egy hónapos prevalenciája kb. 4 %
- Az öngyilkosságban meghaltak 59-87 %-a aktuálisan major depresszióban szenved.
- A depressziós öngyilkosok csak 9 -20 %-a áll antidepresszív gyógyszeres kezelés alatt halála idején.

## DEPRESSZIÓ ÉS ÖNGYILKOSSÁG 2.

- A (nem kezelt) major depressziós betegek 15-19%-a öngyilkosságban hal meg (rizikó: 25-30 x)
- A (nem kezelt) depressziós betegek kb. 40-50%-a legalább egy alkalommal öngyilkossági kísérletet követ el
- **DE a depressziós betegek (döntő) többsége sohasem lesz öngyilkos**, így egyéb tényezők is fontos szerepet játszanak:
  - **klinikai** (súlyosság, agitáció, alvászavar, stb.)
  - **genetikai** (családi anamnézis)
  - **személyiségbeli** (impulzivitás, agresszivitás, ciklotím temperamentum, stb.)
  - **pszicho-szociális** (munkanélküliség, izoláció, súlyos negatív élet-események)
  - **demográfiai** (férfiak, idősek, stb.)

Mann és mtsai, JAMA, 2005; 294: 2064-2074.  
Rihmer, Curr Opin Psychiat, 2007; 20: 17-22.



## A NEM KEZELT DEPRESSZIÓ SZÖVŐDMÉNYEI

- |   |          |
|---|----------|
| ➤ Öngyilkosság (legsúlyosabb)                                     | 15-19%   |
| ➤ Öngyilkossági kísérlet<br>(bipoláris > major depresszió)        | 35-50%   |
| ➤ Másodlagos alkohol/drog bet.                                    | 30-55%   |
| ➤ Munka elvesztése<br>tartós betegállomány, stb.                  | 1,8-2,5x |
| ➤ Szeparáció, válás   | 2-3x     |
| ➤ Fokozott szomatikus mortalitás<br>(szív-érrendszeri, daganatos) | 2-2,5x   |
| ➤ Az eü. ellátás fokozott terhelése                               | 2,5x     |

**2.**

**AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS RIZIKÓ  
ÉS PROTEKTÍV FAKTORAI**

# AZ ÖNGYILKOSSÁG ÁLTALÁNOS RIZIKÓFAKTORAI 1.

- Öngyilkosság a vérrokonok között (1. és 2. fokú rokonok)
  - Megelőző öngyilkossági kísérlet/szándék, jelen halálvágy
  - Korai betegségkezdés
  - Férfiak, idősek
  - Súlyos depresszió (reménytelenség, agitáció, inszomnia, pszichotikus tünetek)
  - Komorbid szorongásos és addiktív betegségek
  - Bipoláris diagnózis, rapid ciklusú lefolyás
- ..... (folytatás...)

*A rizikófaktorok  
összeadódnak*

Rihmer, Curr Opin Psychiat, 2007, 20: 17-22.  
Colom és mtsai, J Affect Disord, 2006; 93: 13-17.  
Maj és mtsai, J Clin Psychiat, 2006; 67: 712-719.  
Chaudhury és mtsai, J Affect Disord, 2007; 104: 245-250.  
Gonzalez-Pinto és mtsai, Bipol Disord, 2006; 8: 618-624.  
Rihmer és Pompili, KSCTP, Mood disorders-suicide. 2017.

## AZ ÖNGYILKOSSÁG ÁLTALÁNOS RIZIKÓFAKTORAI 2.

- Impulzivitás, agresszív vonások, ciklotím/depresszív temperamentum
- Kora-gyermekkorai szexuális és/vagy fizikai abúzus
- Dohányzás, akut alkoholos állapot
- Egyedül élő, munkanélküli, anyagi krízis, akut stresszor
- Halálos módszerek elérhetősége
- Kezelés/utógondozás hiánya, együttműködés hiánya
- Kórházból való elbocsájtás utáni hetek, hónapok

*A rizikófaktorok  
összeadódnak*

Rihmer, Curr Opin Psychiat, 2007, 20: 17-22.  
Colom és mtsai, J Affect Disord, 2006; 93: 13-17.  
Maj és mtsai, J Clin Psychiat, 2006; 67: 712-719.  
Chaudhury és mtsai, J Affect Disord, 2007; 104: 245-250.  
Gonzalez-Pinto és mtsai, Bipol Disord, 2006; 8: 618-624.  
Rihmer és Pompili, KSCTP, Mood disorders-suicide. 2017.

## ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK DEPRESSZIÓBAN/ BIPOLÁRIS BETEGSÉGBEN

- Major depresszió (súlyos)
- Megelőző öngyilkossági kísérlet
- Öngyilkosság a vérrokonok között
- Agitáció
- Inszomnia
- Reménytelenség
- Komorbid alkohol- ill. szorongásos betegség
- Impulzivitás, ciklotím irritábilis, depresszív temperamentum
- Halálos módszerek könnyű elérhetősége

# MAJOR AFFEKTÍV BETEGSÉGEK ÉS SZUICID MAGATARTÁS



Kórházban kezelt affektív betegek

4 -19 %  
később  
szuicidál

Öngyilkossági kísérlet

7-13 %-  
szuicidál 5-10  
éven belül

Befejezett öngyilkosság

**Az öngyilkosok  
19-42%-nak már  
volt kísérlete**

Az öngyilkosok 45-87%-a aktuálisan major depressziós

Avery and Winokur, Arch Gen Psychiat 1978; 35: 749-753  
Bostwick and Pankratz, Amer J Psychiat 2000, 157: 1925-1932  
Rihmer and Kiss, Bipol Disord 2002, 4:(Suppl.1), 21-25.  
Suokas és mtsai, Acta Psychiat Scand 2001,104: 117-121

# ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK SZORONGÁSOS BETEGSÉGEKBEN

- Megelőző szuicid kísérlet
- **Komorbid major depresszió**
- Szuicídium a családban
- Komorbid addiktív betegség
- Akut pszicho-szociális krízis

# ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK SKIZOFRÉNIÁBAN

- Major depresszió, reménytelenség
- Megelőző öngyilkossági kísérlet, halálvágy
- Korai betegségstádium
- Gyakori visszaesések
- Jó premorbid funkcionálás, magasabb IQ
- Kórházból való elbocsájtás utáni időszak
- Parancs-hallucinációk (?)



# ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK ADDIKTÍV BETEGSÉGEKBEN

- Major depresszió, reménytelenség
- Aktuálisan magas alkohol/drog-használat
- Megelőző öngyilkossági kísérlet
- Késői betegségstádium
- Súlyos testi betegség
- Szociális támogatás hiánya
- Munkanélküliség, izoláció

## ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓ PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGEKBEN

Diagnózis	SMR	%/Év	%Össz
<b>Bipoláris betegség</b>	<b>21</b>	<b>0.31</b>	<b>15.5</b>
<b>Súlyos major depr.</b>	<b>19</b>	<b>0.29</b>	<b>14.6</b>
<b>Drog abúzus</b>	<b>19</b>	<b>0.28</b>	<b>14.7</b>
<b>Dysthymia</b>	<b>11</b>	<b>0.17</b>	<b>8.6</b>
<b>OCD</b>	<b>11</b>	<b>0.14</b>	<b>8.2</b>
<b>Pánikbetegség</b>	<b>11</b>	<b>0.16</b>	<b>7.2</b>
<b>Szkizofrénia</b>	<b>8.0</b>	<b>0.12</b>	<b>6.0</b>
<b>Személyiségzavar</b>	<b>6.7</b>	<b>0.10</b>	<b>5.1</b>
<b>Alkohol abúzus</b>	<b>5.3</b>	<b>0.08</b>	<b>4.2</b>
<b>Átlagpopuláció</b>	<b>1.00</b>	<b>0.015</b>	<b>0.72</b>

# AZ ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET A BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁG LEGERŐSEBB RIZIKÓFAKTORA

- Az öngyilkosok egyharmadának már volt legalább egy megelőző kísérlete
- Tehát az öngyilkosok kb. kétharmada az első kísérletébe hal bele !
- **Az első öngyilkossági esemény előrejelzése fontos és lehetséges a szuicid rizikófaktorok ismeretében.**

# AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK HIERARCHIÁJA

## ➤ Pszichiátriai/orvosi (Elsődleges)

Depresszió, alkohol/drog betegség, szkizofrénia, megelőző öngyilkossági kísérlet, öngyilkossági szándék....

## ➤ Pszicho-szociális (Másodlagos)

Kora-gyermekkorai negatív élet-események, impulzivitás, agresszivitás, ciklotím/depresszív temperamentum munkanélküliség, súlyos élet-helyzeti krízisek, akut pszichoszociális stresszorok, izoláció, veszteségek, szuggesztív hatás, mintakövetés.....

## ➤ Demográfiai (Harmadlagos)

Férfiak, idős emberek, öngyilkosok rokonai, orvosok, kisebbségek....

# ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK HIERARCHIKUS OSZTÁLYOZÁSA

Elsődleges (pszichiátriai)	Másodlagos (pszicho-szociális)	Harmadlagos (demográfiai)
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Jelenleg fennálló pszich. betegség</li> <li>➤ Affektív betegségek:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bipoláris II&gt; bipoláris I&gt; unipoláris major depresszió</li> <li>▪ agitált/kevert depresszió</li> <li>▪ súlyos depresszió, reménytelenség, alvászavar</li> <li>▪ komorbid szorongásos betegség</li> <li>▪ komorbid alkohol- ill.- drog-betegség</li> <li>▪ ciklotím/ hipertím/ depresszív temperamentum</li> <li>▪ impulzív/agresszív személyiségvonások</li> <li>▪ komorbid személyiségzavar (főleg borderline)</li> <li>▪ mánia (diszfóriás/kevert)</li> </ul> </li> <li>➤ Szkizofrénia (főleg ha depressziós tünetek is vannak)</li> <li>➤ Alkohol/gyógyszer/drog /nikotin abúzus/addikció</li> <li>➤ Megelőző öngyilkossági kísérlet</li> <li>➤ Szuicid előzmény a családban az 1. vagy 2. fokú rokonok között</li> <li>➤ Kórházból való elbocsátást követő időszak</li> <li>➤ Az öngyilkossági szándék/ halálvágy kommunikációja (búcsúzkodás, végrendekezés, stb.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kora gyermekkori negatív életesemények (fizikai/ szexuális abúzus, szülő halála, válás stb.)</li> <li>➤ Impulzív, agresszív, személyiségvonások</li> <li>➤ Ciklotím, hipertím, depresszív temperamentum</li> <li>➤ Izoláció</li> <li>➤ Súlyos testi betegség (krónikus fájdalom, mozgáskorlátozottság)</li> <li>➤ Munkanélküliség, komoly anyagi problémák</li> <li>➤ Súlyos akut negatív életesemények</li> <li>➤ Dohányzás</li> <li>➤ Halálos eszközök könnyű elérhetősége (fegyver, magas ház, mérgek, stb)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Férfi nem</li> <li>➤ Serdülőkor (fiúk)</li> <li>➤ Idős kor (mindkét nem)</li> <li>➤ Sérülékeny csoportok (öngyilkosok hozzátartozói, homo- vagy biszexualitás, bevándorlók, börtönlakók stb.)</li> <li>➤ Nagyobb kockázatú időszakok (tavasz/kora nyár, a hét első napjai, premenstruum, férfiaknál születésnap)</li> </ul>

# KLINIKAILAG FELTÁRHATÓ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK DEPRESSZIÓBAN 1.

## **1. A depressziós epizód során észlelhető szuicid rizikófaktorok:**

- Súlyos major depressziós epizód
- Megelőző öngyilkossági gondolatok/szándék/terv
- Reménytelenség,önvádlás,pesszimizmus,életuntság,végrendelkezés
- Agitáció, depressziós kevert állapot
- Inszomnia, étvágy és testsúlycsökkenés
- Pszichotikus tünetek (depressziós holo-tím téveszmék)
- Megelőző mánia vagy hipománia (bipoláris I ill. II diagnózis)
- Komorbid Axis I (addiktív, szorongásos betegség, akut alkohol hatás)
- Komorbid Axis II és súlyos Axis III (testi) betegségek
- Hiányzó orvosi, szociális ill. családi támogatás
- A kezelés megkezdésének első napjai/ hetei (különösen, ha a megfelelő felügyelet hiányzik)

*(folytatás...)*

# KLINIKAILAG FELTÁRHATÓ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK DEPRESSZIÓBAN 2.

## **2. A depressziós betegség megelőző lefolyásával kapcsolatos rizikófaktorok**

- Megelőző szuicid kísérlet (főleg, ha violens)
- Korai (20 év alatti) betegségkezdés, bipoláris betegségben dominálónan depressziós lefolyás
- Rapid ciklusú lefolyás
- Alkohol abúzus, alkohol dependencia

## **3. Személyiségjegyekkel összefüggő szuicid rizikófaktorok**

- Agresszív, impulzív, pesszimista személyiségvonások
- Ciklotím és irritábilis temperamentum
- Dohányzás

*(folytatás...)*

# KLINIKAILAG FELTÁRHATÓ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK DEPRESSZIÓBAN 3.

## **4. Az egyéni élettörténettel és a családi anamnézissel összefüggő szuicid rizikófaktorok:**

- Korai negatív élet-események (szülő halála, válása, fizikai vagy szexuális abúzus)
- Aktuálisan fennálló negatív élethelyzet vagy élethelyzetek (munkanélküliség, anyagi nehézségek, özvegy, súlyos-, krónikus testi betegség)
- Akut pszicho-szociális stresszorok (akut veszteségek, gyász, munkanélküliség, anyagi katasztrófa)
- A családi anamnézisben szereplő depresszió (1. és 2. fokú rokonok)
- Öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet az 1. és/vagy 2. fokú rokonoknál



# AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK HIERARCHIKUS OSZTÁLYOZÁSA (1)

## *Rizikófaktor*

- Elsődleges
- Másodlagos
- Harmadlagos

## *Példa*

nem kezelt depresszió  
megelőző szuicid kísérlet  
munkanélküliség  
akut stresszor, impulzivitás  
férfiak, tavasz, perimenstrum

**Szuicid rizikó:**

**ALACSONY !**

## AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK HIERARCHIKUS OSZTÁLYOZÁSA (2)

### *Rizikófaktor*

- Elsődleges
- Másodlagos
- Harmadlagos

### *Példa*

nem kezelt depresszió  
megelőző szuicid kísérlet  
munkanélküliség  
akut stresszor, impulzivitás  
férfiak, tavasz, perimenstrum

**Szuicid rizikó:**

**MAGAS !**

# AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK HIERARCHIKUS OSZTÁLYOZÁSA (3)

## *Rizikófaktor*

- Elsődleges
- Másodlagos
- Harmadlagos

## *Példa*

nem kezelt depresszió  
megelőző szuicid kísérlet  
munkanélküliség  
akut stresszor, impulzivitás  
férfiak, tavasz, perimenstrum

**Szuicid rizikó:**

**EXTRÉM MAGAS !**

# SZEZONALITÁS, PERIODICITÁS

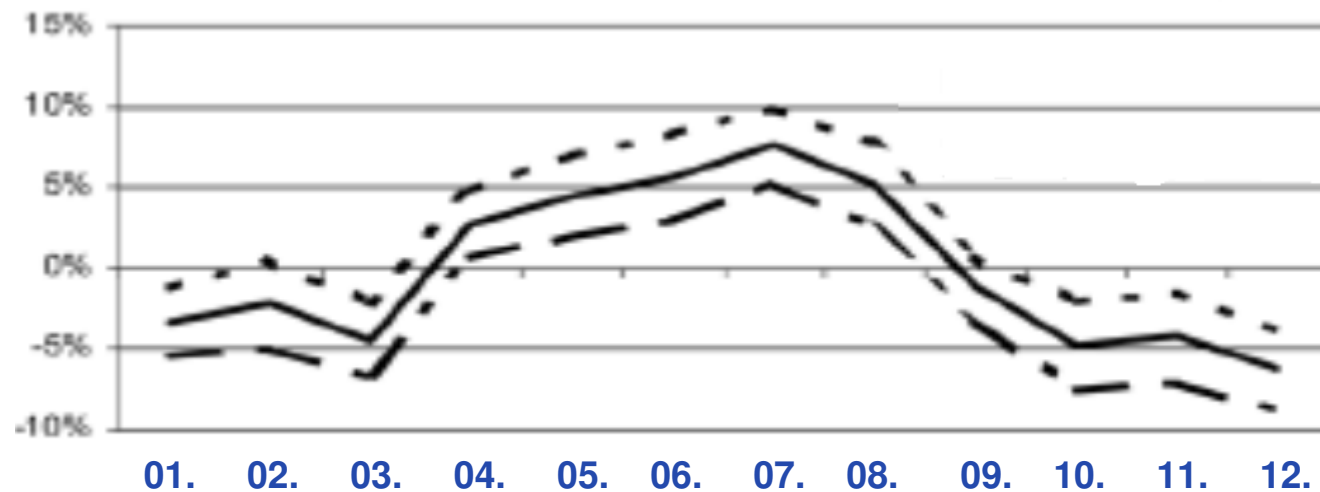
- Az öngyilkosság mindenütt a világon a leggyakoribb tavasszal / kora nyáron és legritkább télen. Nemi és módszerbeli különbségek.

Rihmer és mtsai, *Ann Gen Psych*, 2013; 12: 21.  
Galvao és mtsai, *J Affect Disord*, 2018; 228: 132-142.

- Az öngyilkosság leggyakoribb hétfőn, és legritkább vasárnap.

Zonda és mtsai, *Omega*, 2008-09; 58: 153-162.

# SZÜLETÉS SZEZONALITÁSA ÖNGYILKOSOKNÁL



**Nemzetközi adatoknak megfelelően az öngyilkosok Magyarországon is leggyakrabban júliusban születnek.**

# A KLINIKAILAG FELTÁRHATÓ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK OSZTÁLYOZÁSA

- Egyéni vs. populáció szintű rizikófaktorok
- Proximális vs. disztális rizikófaktorok
- Rövidtávú vs. hosszútávú rizikófaktorok
- Statikus vs. dinamikus rizikófaktorok
- Változtatható vs. nem változtatható rizikófaktorok
- Elsődleges , másodlagos, harmadlagos rizikófaktorok  
(Biológiai rizikófaktorok: alacsony centrális szerotonin forgalom, alacsony omega-3-zsírsav szint, kóros DST, szerotonin transzporter gén „s” allélje, alacsony BDNF, stb.)

Rihmer, Curr Opin Psychiat, 2007; 20: 17-22.

Blazsek és Wernigg, 2015

Rihmer Z, és mtsai, A Pszichiátria Magyar Kézikönyve, 5. kiad.  
(Szerk. Füredi J. és Németh A), Mdicina, Budapest 2015, pp. 729-739.

# NEMZETKÖZI SZAKIRODALMI ADATOK SZERINT

- A célzott, a szuicid szándékra kérdező kérdőívek, skálák nem sokat segítenek a rizikó felmérésében, de **kiegészítő módszerként** hasznosak.
- A személyre szabott interjú jobban jelez.

## A review of suicide risk assessment instruments and approaches

Megan Lotito, PharmD, BCPP<sup>1</sup>  
Emmeline Cook, PhD<sup>2</sup>

How to cite: Lotito M, Cook E. A review of suicide risk assessment instruments and approaches. Ment Health Clin [Internet]. 2015;5(5):216-23. DOI: 10.9749/mhc.2015.09.216.

### Abstract

**Introduction:** Conducting an accurate suicide risk assessment (SRA) is no simple task as there are a number of factors that influence an individual's level of suicidality and his/her willingness to share this information. Therefore, it is imperative that practitioners adopt a systematic approach to conducting and documenting the foreseeability that a patient will commit suicide.

**Methods:** PubMed was used to search for articles published in MEDLINE journals using the following keywords: suicide, risk assessment, measure, scale. Randomized trials and pilot, proof-of-concept publications investigating the use of specific SRA measurements were included in the review. The scales are described based on the prevailing opinions in psychiatry from the American Psychiatric Association's Textbook of Suicide Assessment and Management (2nd ed., 2012).

**Results:** Although various SRA scales exist, experts in the field have repeatedly concluded that there is not any one scale that can predict who will commit suicide to any useful degree. However, when used along with the clinical interview, standardized suicide risk factor components of clinical and research scales remain crucial to gaining information often omitted by patients regarding thoughts and preparation for suicide. A summary of the most widely cited scales and approaches used in SRA is provided.

**Discussion:** SRA remains a challenge largely due to the fact that suicidal behavior is multifactorial. As a result, risk formulation is a process that should involve both standardized measures and detailed clinical interviews repeated over time.

**Keywords:** suicide, risk assessment, measure, scale



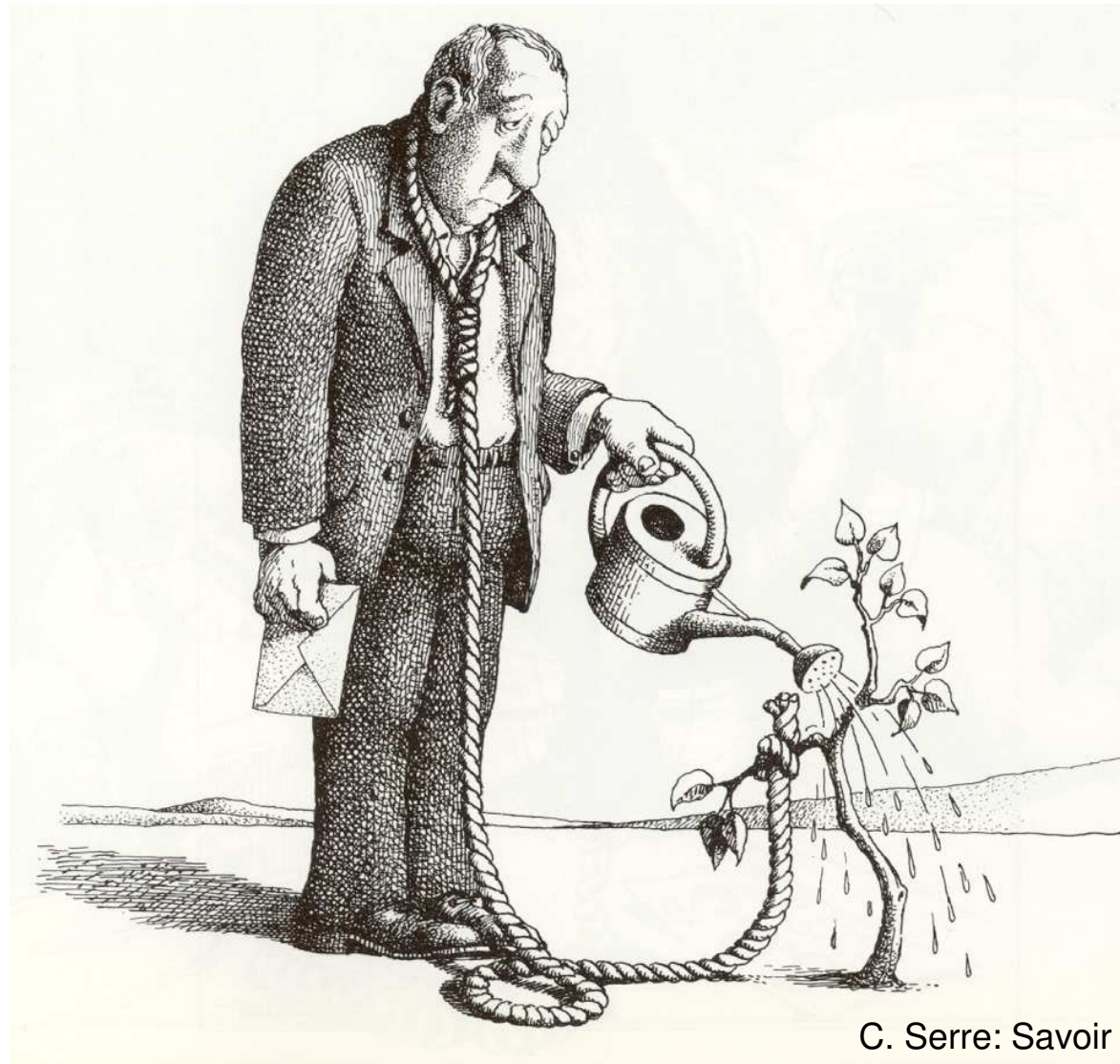
# AZ ÖNGYILKOSSÁG RÖVIDTÁVÚ ELŐREJELZÉSE



C.Serre: Savoir vivre, Glénat 1981



# AZ ÖNGYILKOSSÁG HOSSZÚTÁVÚ ELŐREJELZÉSE



C. Serre: Savoir vivre Glénat 1981

## VÁLTOZTATHATÓ ÉS NEM VÁLTOZTATHATÓ RIZIKÓFAKTOROK

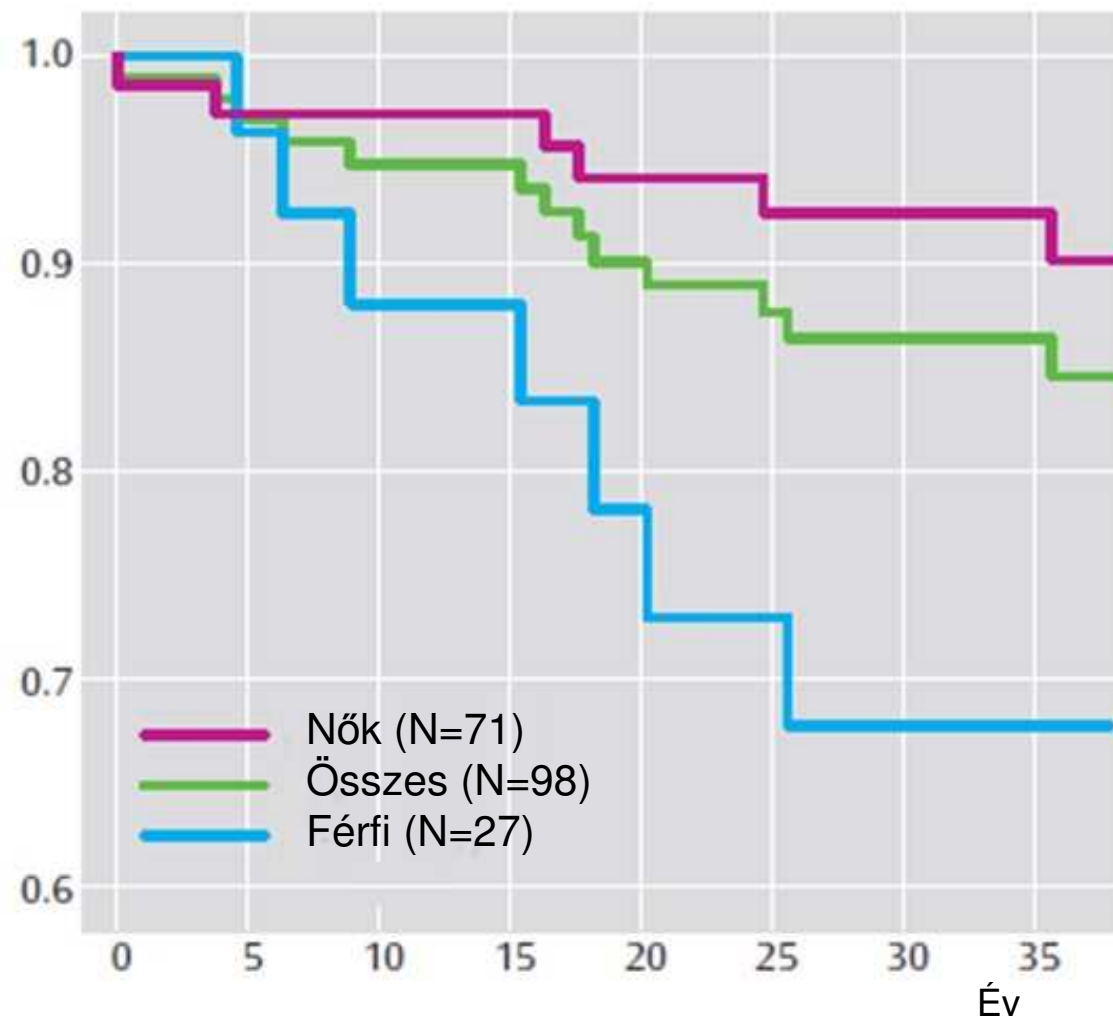
- **Változtatható (dinamikus) rizikófaktorok**
  - az egészségügyi ellátáson belül  
(depresszió, szkizofrénia....)
  - az egészségügyi ellátáson kívül  
(munkanélküliség, halálos módszerek...)
- **Nem változtatható (statikus) rizikófaktorok**  
(öngyilkos rokon, férfi nem...)

# ÖNGYILKOSSÁG ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET UTÁN

Az öngyilkossági kísérletet elkövetők  
**7-13%** - a öngyilkosságban hal meg  
5-37 éven belül!

# ÖNGYILKOSSÁG ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET UTÁN

37 éves követés,  
13% halt meg  
öngyilkosságban  
(19/98)



# ÖNGYILKOSSÁG ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET UTÁN


- 40 346 kísérletező beteg, Oxford, Manchester és Derby
- 11 éves követés
- 1.6% halt meg öngyilkosságban
  - (férfiak: 2,6%, nők: 0,9%)
  - **49x a populációhoz képest!**
- Leggyakoribb módszerek:
  - túladagolás (kísérlet),
  - akasztás (befejezett öngyilkosság)

# NEM ÖNGYILKOSSÁGI SZÁNDÉKKAL TÖRTÉNT ÖNSÉRTÉS ÉS KÉSŐBBI SZUICID KÍSÉRLET

Ilyen esetekben a későbbi követés során:

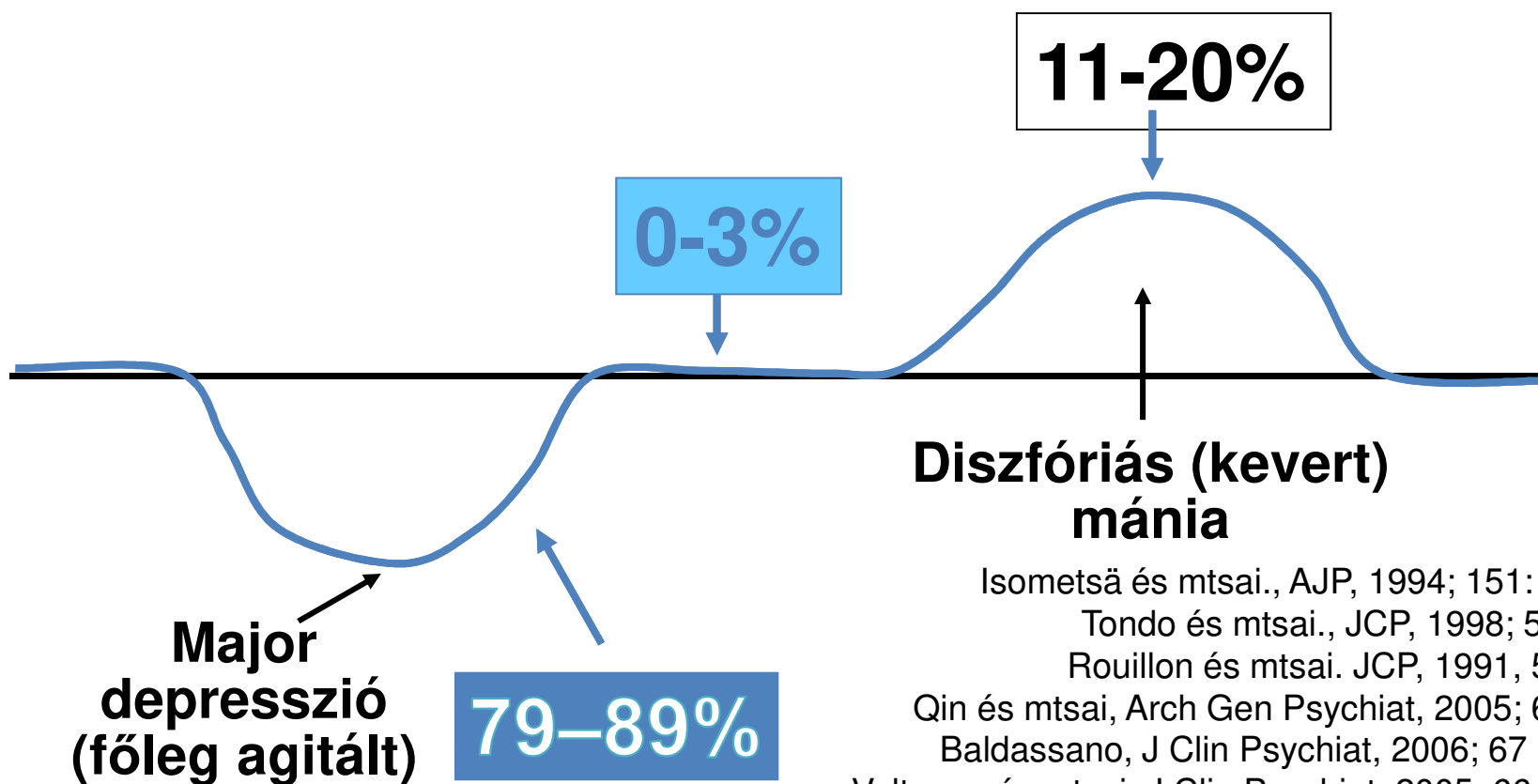
- a szuicid szándékkal elkövetett kísérlet sokkal gyakoribb
- a befejezett öngyilkosság is gyakoribb

## AZ ÖNGYILKOSSÁGI MÓDSZER VÁLTOZÁSA

- Nem violens első kísérlet   
violens következő kísérlet (gyakori)
- Az ellenkező ritka
- A nem violens kísérletet is komolyan kell venni !

# MIKOR KÖVETNEK EL AZ AFFEKTÍV BETEGEK ÖNGYILKOSSÁGOT?

Az öngyilkos magatartás affektív betegségekben állapot- és súlyosság függő

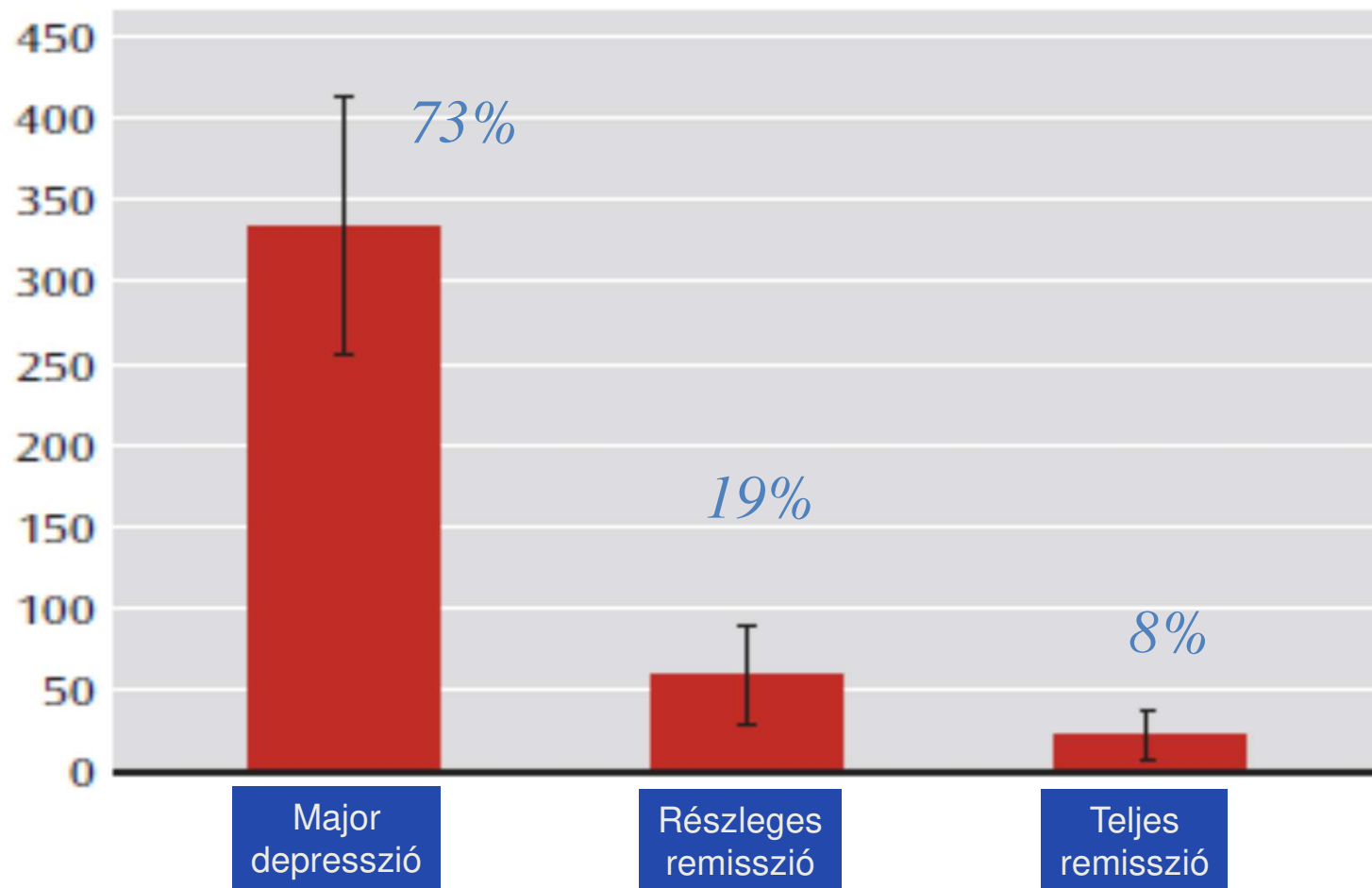


Gyakran nem kezelt

- Isometsä és mtsai., AJP, 1994; 151: 1020–1024.  
Tondo és mtsai., JCP, 1998; 59: 405–414.  
Rouillon és mtsai. JCP, 1991, 52: 423-431.  
Qin és mtsai, Arch Gen Psychiat, 2005; 62: 427-432.  
Baldassano, J Clin Psychiat, 2006; 67 (S-11): 8-11.  
Valtonen és mtsai, J Clin Psychiat, 2005; 66: 1456-1462.  
Valtonen és mtsai, J Affect Disord, 2007, 97: 101-107.  
Pompili és mtsai, Expert Rev Neurother, 2009, 9: 109-136.  
Isometsä, Can J Psychiat, 2014; 59: 120-130.



## Befejezett öngyilkosság major depresszióban valamint annak részleges és teljes remissziója során



# AZ ÖNGYILKOSSÁGI GONDOLATOK/SZÁNDÉK IS ÁLLAPOT- ILL. SÚLYOSSÁG FÜGGŐ DEPRESSZIÓBAN

Alexopoulos és mtsai, Arch Gen Psychiat, 1999; 56: 1048 -1053

Szántó és mtsai, Arch Gen Psychiat, 2003; 60: 610-617

Gunnel at al, Brit J Psychiat, 2004; 185: 385-393

Cheung és mtsai, J Affect Disord, 2006; 90: 193-199

Williams és mtsai, J Affect Disord, 2006; 91: 189-194

Sokero és mtsai, J Affect Disord 2006; 95: 95-102.

Szántó és mtsai, J Affect Disord, 2007; 98: 153-162.

Valtonen és mtsai, J Affect Disord, 2007; 97: 101-107.

Tondo és mtsai, Acta Psychiat Scand, 2008; 118: 106-115.

Mulder és mtsai, Acta Psychiat Scand, 2008; 118: 116-122.

Cukrowicz és mtsai, J Affect Disord, 2009; 113: 30-36.

Seemüller és mtsai, Int. J Psychopharmacol, 2009; 12: 181-189.

Zisok és mtsai, J Affect Disord, 2009; 117: 63-73.

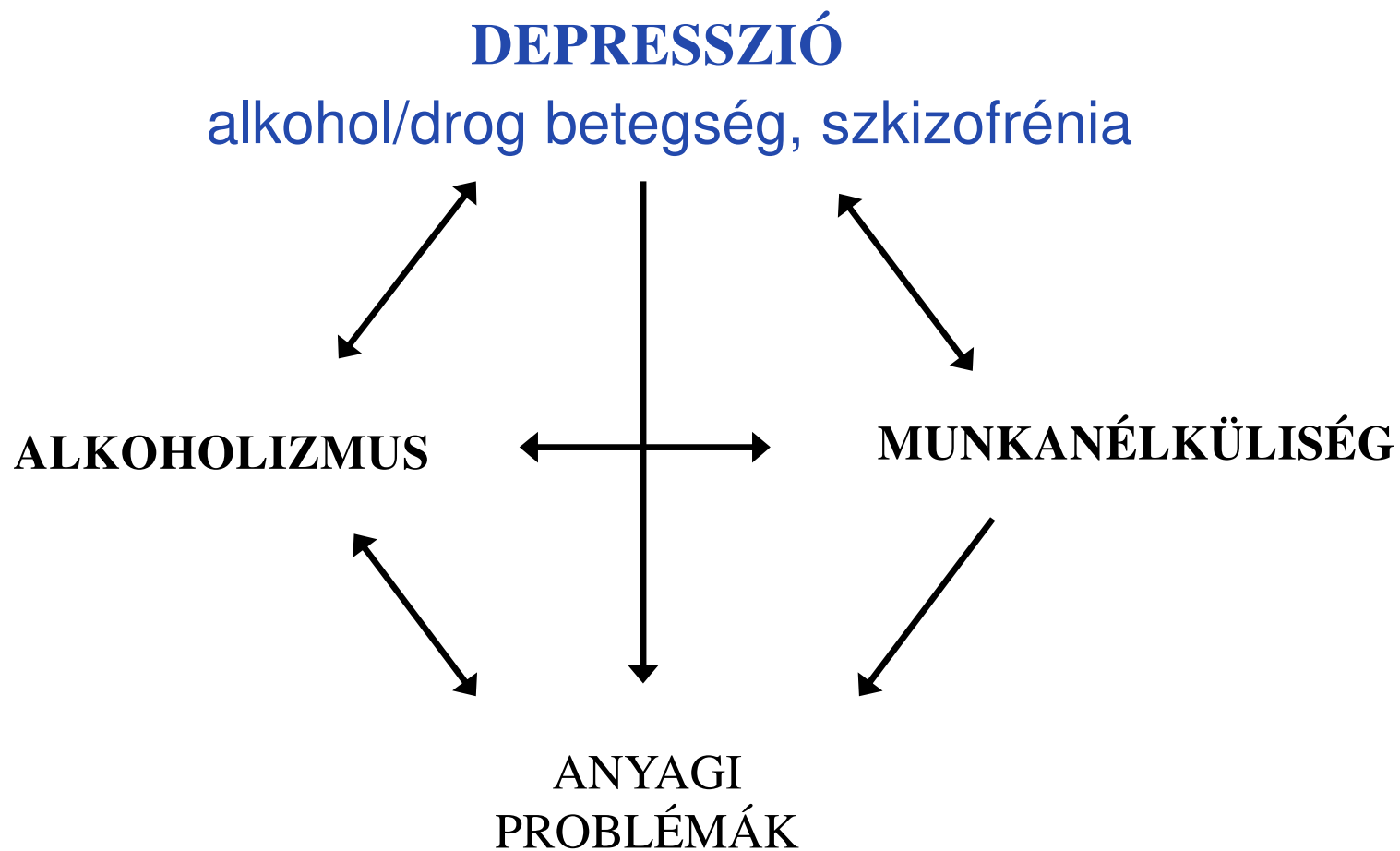
Courtet, Neuropsychiatr Dis Treatm 2010; 6(S-1): 3-8.

Perlis és mtsai, Bipol Disord, 2009; 11: 867-876.

Wang és mtsai, J Affect Disord, 2015; 183: 83-89.

**Mind a szuicid gondolat/szándék, mind a reménytelenség megszűnik a depresszió javulásával, gyógyulásával!**

# AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓFAKTOROK INTERAKCIÓJA



## AZ ÖNGYILKOSSÁG NEM SZOCIÁLIS, MORÁLIS, ETIKAI KÉRDÉS...

Ha az lenne, akkor a földön csak

- gazdag
- házas
- munkahellyel rendelkező
- becsületes
- magasan etikus

emberek élnének.....

# DEPRESSZIÓ, ÉLET-ESEMÉNYEK ÉS ÖNGYILKOSSÁG

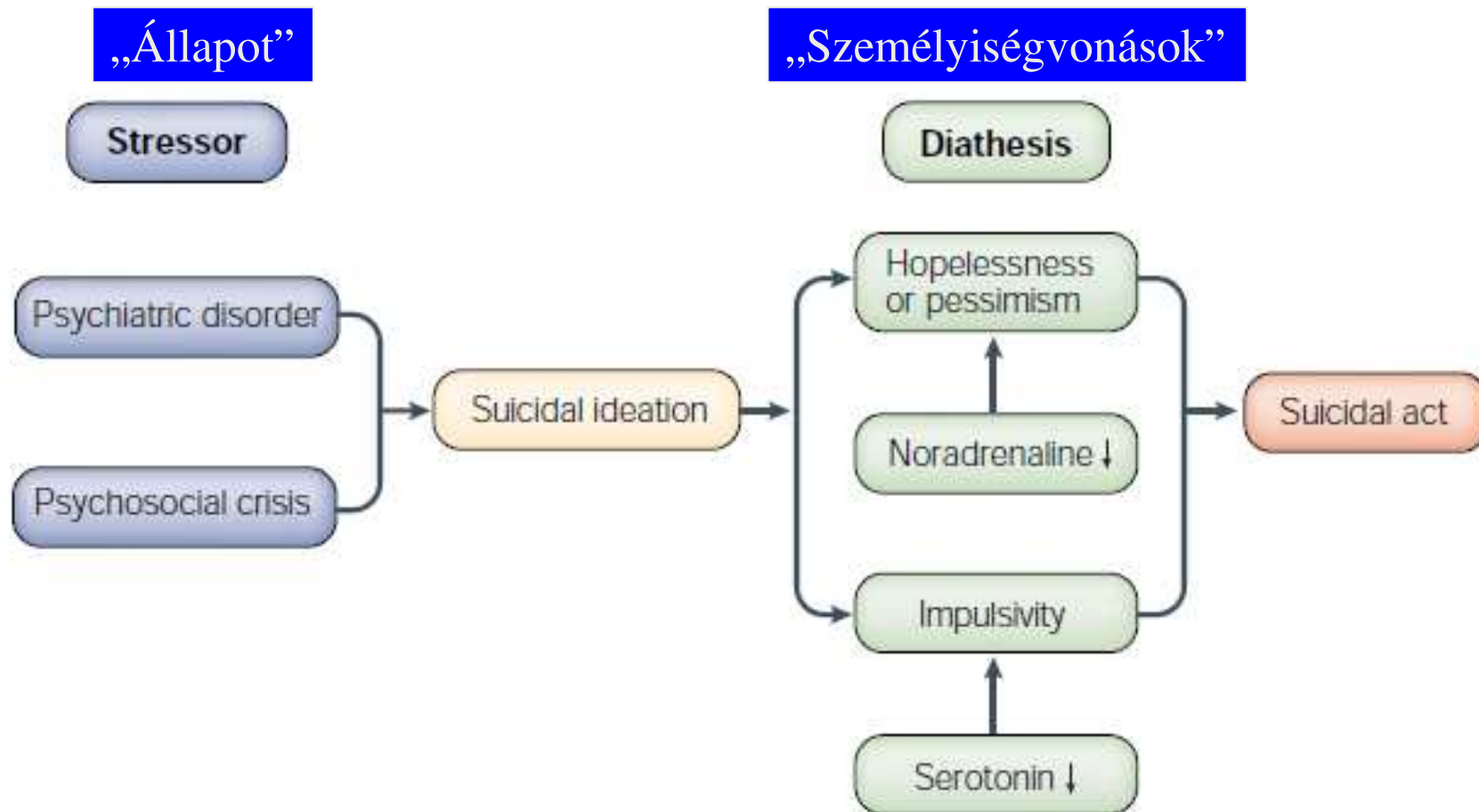
„ Jókedvet adj, és semmi mást, Uram!  
A többivel megbirkózom magam”



Garai Gábor

1929 - 1987

# AZ ÖNGYILKOSSÁG STRESSZ-DIATHÉZIS MODELLJE PSZICHIÁTRIAI BETEGEKNÉL



**Stresszor:** akut pszichiátriai betegség vagy pszichológiai krízis vagy mindkettő

# ÖNGYILKOSSÁGI PROTEKTÍV FAKTOROK

- Jó családi-/ szociális-/ orvosi támogatás
- Nagy gyermekszám
- Terhesség, posztpartum időszak
- Tényleges (nem formális) vallásosság
- Letális módszerek hiánya/eliminálása (ha lehetséges)
- Rendszeres fizikai aktivitás, sportolás
- Hiperszomnia (major depresszióban)
- Hipertím temperamentum
- Megfelelően kezelt/gondozott pszichiátriai betegség

**3.**

**AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS  
MEGELŐZÉSE**



## A KOMPETENCIA KÉRDÉSE

Bár az öngyilkosság rendkívül komplex, „multikauzális” jelenség számos

- biológiai-pszichiátriai
- pszichológiai
- szociális
- kulturális és
- vallási komponenssel,

a szuicidális beteget minden esetben, csak és kizárólag pszichiátriai osztályra szállítják (és nem a szociológiai intézetbe, nem a kultúrházba stb.)

# AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉS HÁROM SZINTJE

## ➤ Általános prevenció

halálos módszerek elérhetősége, közösségi felvilágosítás, iskolai programok...

## ➤ Szelektív prevenció

pszichiátriai betegek (depresszió, alkoholbetegség, stb.) kezelése... SOS telefonszolgálat

## ➤ Indikált prevenció

akut szuicid szándék, szuicid kísérlet...

## ORVOSI KONTAKTUS AZ ÖNGYILKOSSÁG ELŐTT (%)

	Háziorvos	Pszichiáter
3 hónap	47-73	--
4 hét	34-66	18-21
1 hét	18-40	9-11

- Orvosi vizitek: nők > férfiak
- Közel felük kommunikálja szuicid szándékát (Cry for help)
- Ezek fele csak a családdal, gyakoriak az indirekt jelzések.
- A depressziót gyakran nem ismerik fel, a kezelés elmarad.

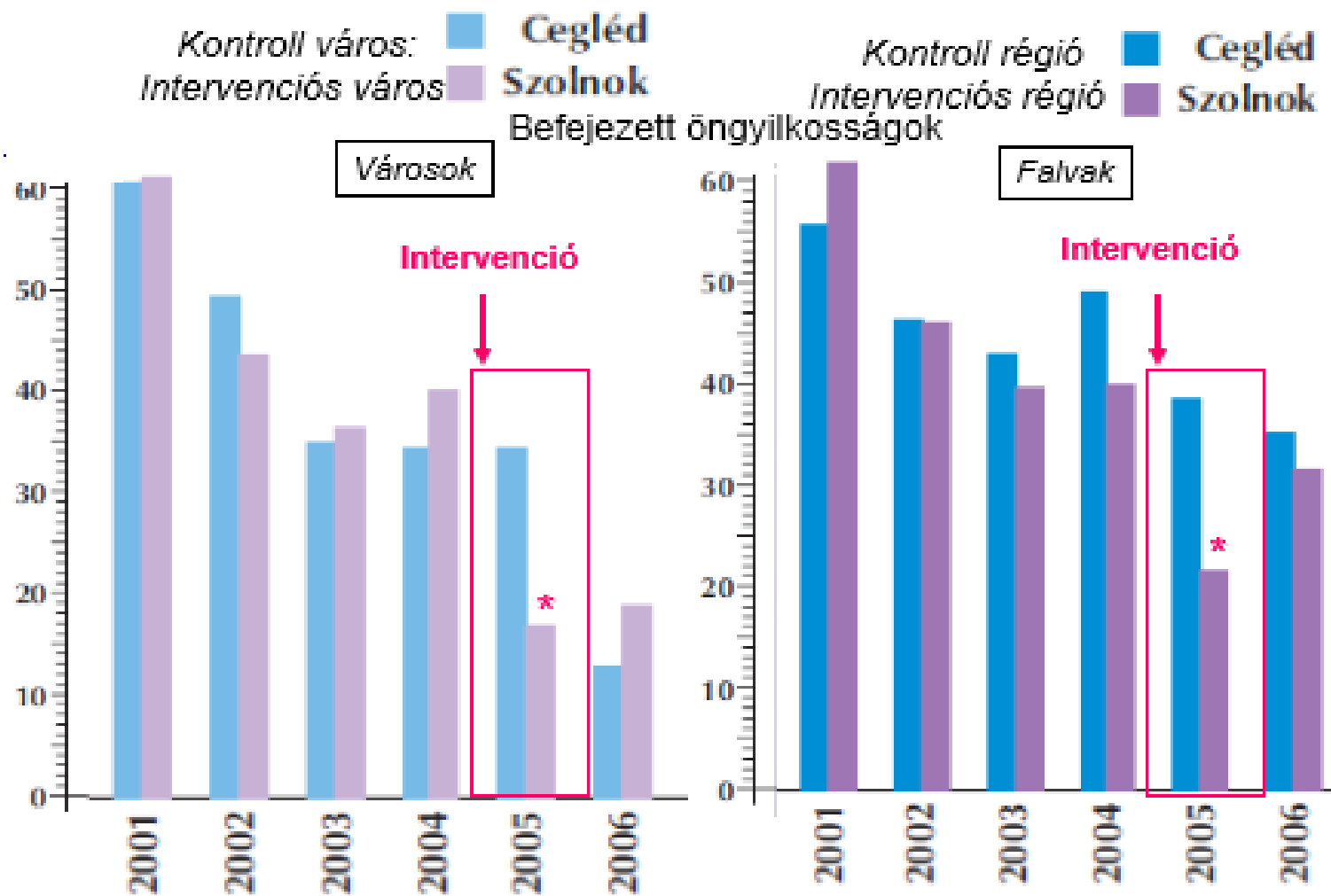
Pirkis and Burgess, Brit J Psychiat, 1998; 173: 462-474.  
Andersen és mtsai, Acta Psychiat Scand, 2000; 102: 126-134.  
Rihmer és Rutz, Oxford Textbook of Suicide, 2009  
Ahmedani és mtsai, J Gen Intern Med, 2014; 29: 870-877.  
Pompili és mtsai, Psychol Med, 2016; 46: 2239-2253.  
Husky és mtsai, J Affect Dsiord, 2016; 205: 36-43.

# ANTIDEPRESSZÍV FARMAKOTERÁPIA DEPRESSZIÓS ÖNGYILKOSOKNÁL

A major depressziós öngyilkosok, illetve  
kísérletezők **9 – 20 %-a** áll  
antidepresszív gyógyszeres kezelés alatt  
az esemény idején!

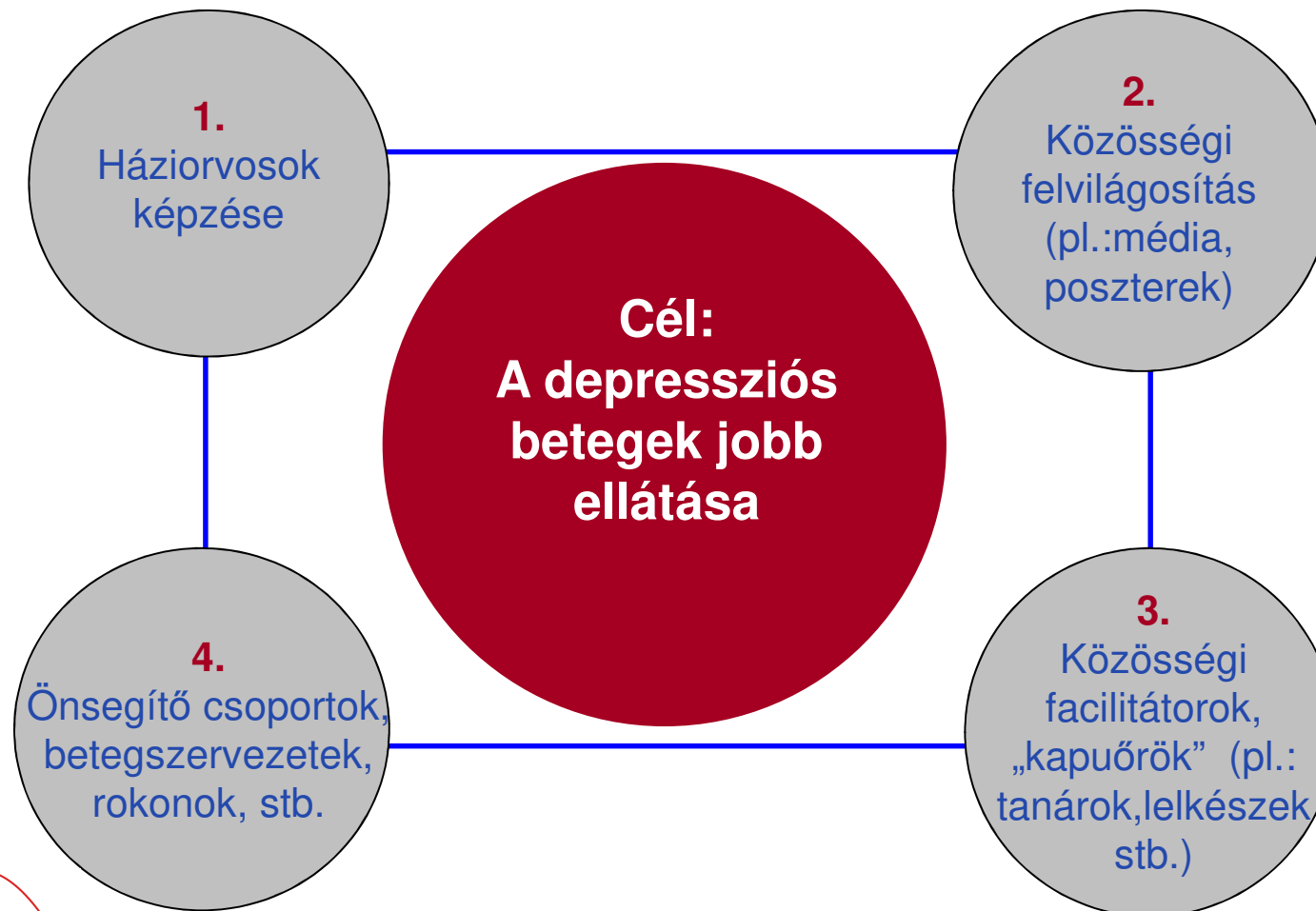
- Rihmer és mtsai, J Affect Disord, 1990, 18: 221-225  
Isometsa és mtsai, Amer J Psychiat, 1994, 151: 530-536  
Marzuk és mtsai, Amer J Psychiat, 1995, 152,: 1520-1522  
Oquendo és mtsai, Amer J Psychiat, 1999, 156: 190-194  
Isacsson, Acta Psychiat Scand, 2000, 102: 113-117  
Henriksson és mtsai, Acta Psychiat Scand, 2001, 103: 301-306  
Dhossche és mtsai, Arch Intern Med, 2001, 161: 991-994  
Balázs és mtsai, J Affect Disord, 2003, 76: 113-119.  
Almási és mtsai, BMC Psychiatry, 2009; 9: 45.

# EAAD STUDY- MAGYARORSZÁGI CENTRUM (SZOLNOK)



Kopp és mtsai, Magyar Epidemiológia, 2008; 5: 109-120.

# NÉGYSZINTŰ KÖZÖSSÉGI SZUICID PREVENCIÓS PROGRAM



# A DEPRESSZIÓ FELISMERÉSÉNEK AKADÁLYAI A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN

## Beteg

- Komorbid pszichiátriai és testi betegségek
- Enyhe depresszió ismeretek/elképzelések
- Férfi nem
- Fiatal életkor betegség
- Főleg testi tünetek
- Agresszív magatartás

## Orvos

Elégtelen ismeretek  
Előítéletek, téves

Idő-hiány

Komorbid testi

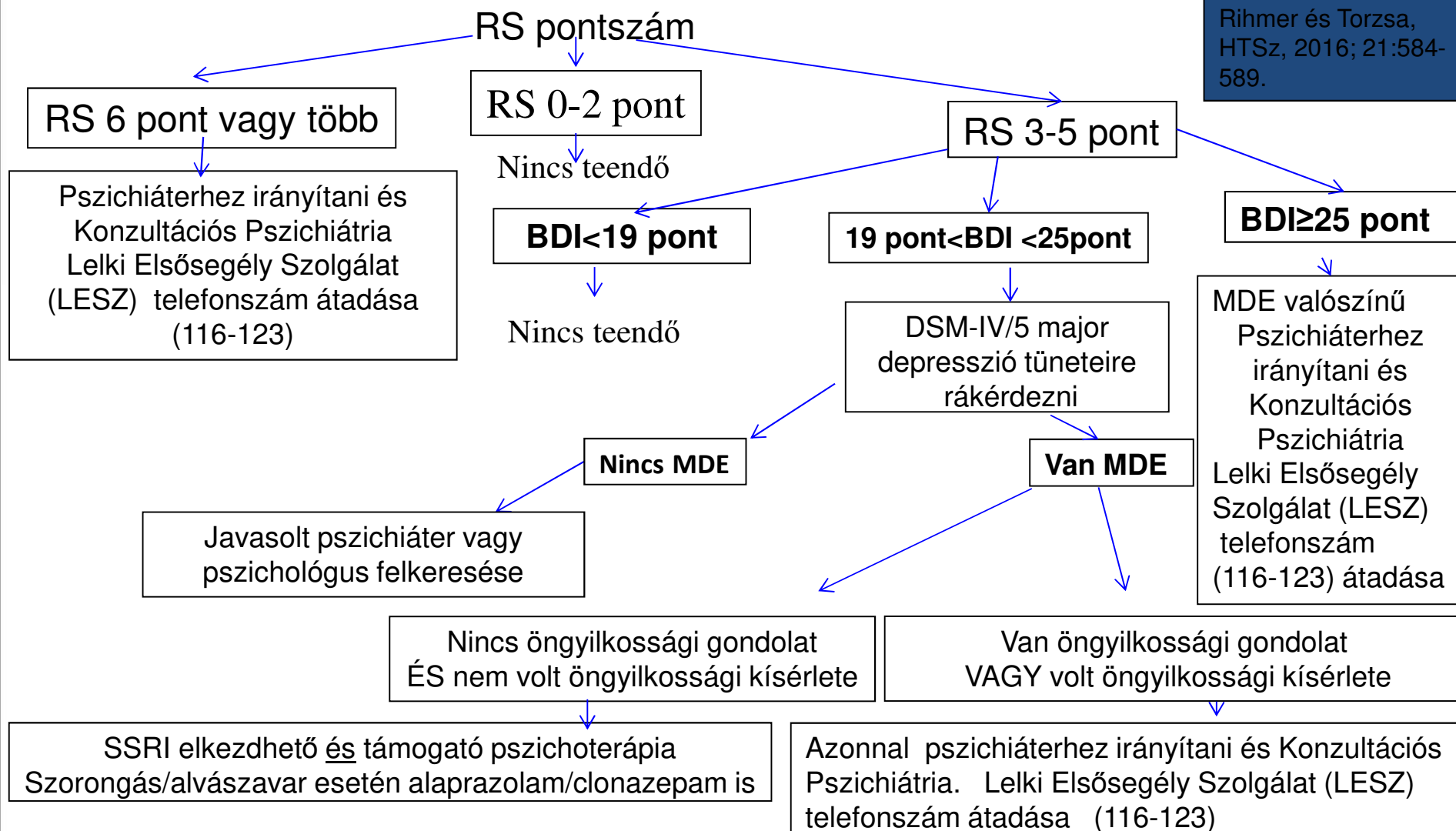
Csekély empátia

# DEPRESSZIÓ ÉS SZUICIDALITÁS SZŪRÉSE ÉS KEZELÉSE A CSALÁDORVOSI PRAXISBAN

MDE=MAJOR DEPRESSZIÓS EPIZÓD

Reménytelenség Skála (RS-4 kérdés), a Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI -9 kérdés)

Rihmer és Torzsa,  
HTSz, 2016; 21:584-589.





# BECK REMÉNYTELENSÉG SKÁLA RÖVIDTÁVÚ SZUICID VESZÉLY

Az alábbi skála alapján írjon mindegyik mellé egy számot, mennyire volt jellemző Önre az állítás az elmúlt héten a mai napot is beleértve:

0= egyáltalán nem igaz  
1= részben igaz  
2= nagymértékben igaz  
3= teljesen igaz

Értékelés:

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

- 6 pont vagy több: az öngyilkossági veszély valószínű,
- 9 pont vagy több: az öngyilkossági veszély nagyon valószínű,
- Mindkét esetben pszichiátriai konzílium vagy pszichiáterhez való irányítás szükséges

# RÖVID BECK DEPRESSZIÓ ÖNKITÖLTŐ KÉRDŐÍV

Kérjük, értékelje az alábbi állításokat önmagára vonatkoztatva az alábbiak szerint:

1= egyáltalán nem jellemző

2= alig jellemző

3= jellemző

4= teljesen jellemző

## Kiértékelés:

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

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

# MIKOR IRÁNYÍTSA A HÁZIORVOS PSZICHIÁTERHEZ A BETEGET?

- **Akut pszichiátriai (krízis) osztályos beutalás:**
  - Akut (közvetlen) szuicid veszély
  - Nagyon súlyos depresszió/szorongásos bet.
  - Mániás vagy hipomániás epizód
- **Pszichiátriai ambuláns kezelésbe irányítás:**
  - Nemrég történt szuicid kísérlet
  - Differenciál-diagnosztikai kérdés
  - Terápia-rezisztencia
  - Komorbid alkohol/drog betegség
  - Mániás, hipomániás vagy pszichotikus tünetek
  - Noncompliance

# A SZAKSZERŰ FARMAKOTRÁPIA HATÁSA AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁSRA DEPRESSZIÓS BETEGEKNÉL

## Rizikócsökkenés:

- Öngyilkosság 82 % (60 - 95 %)
- Öngyilkossági kísérlet 80 % (66 - 93 %)

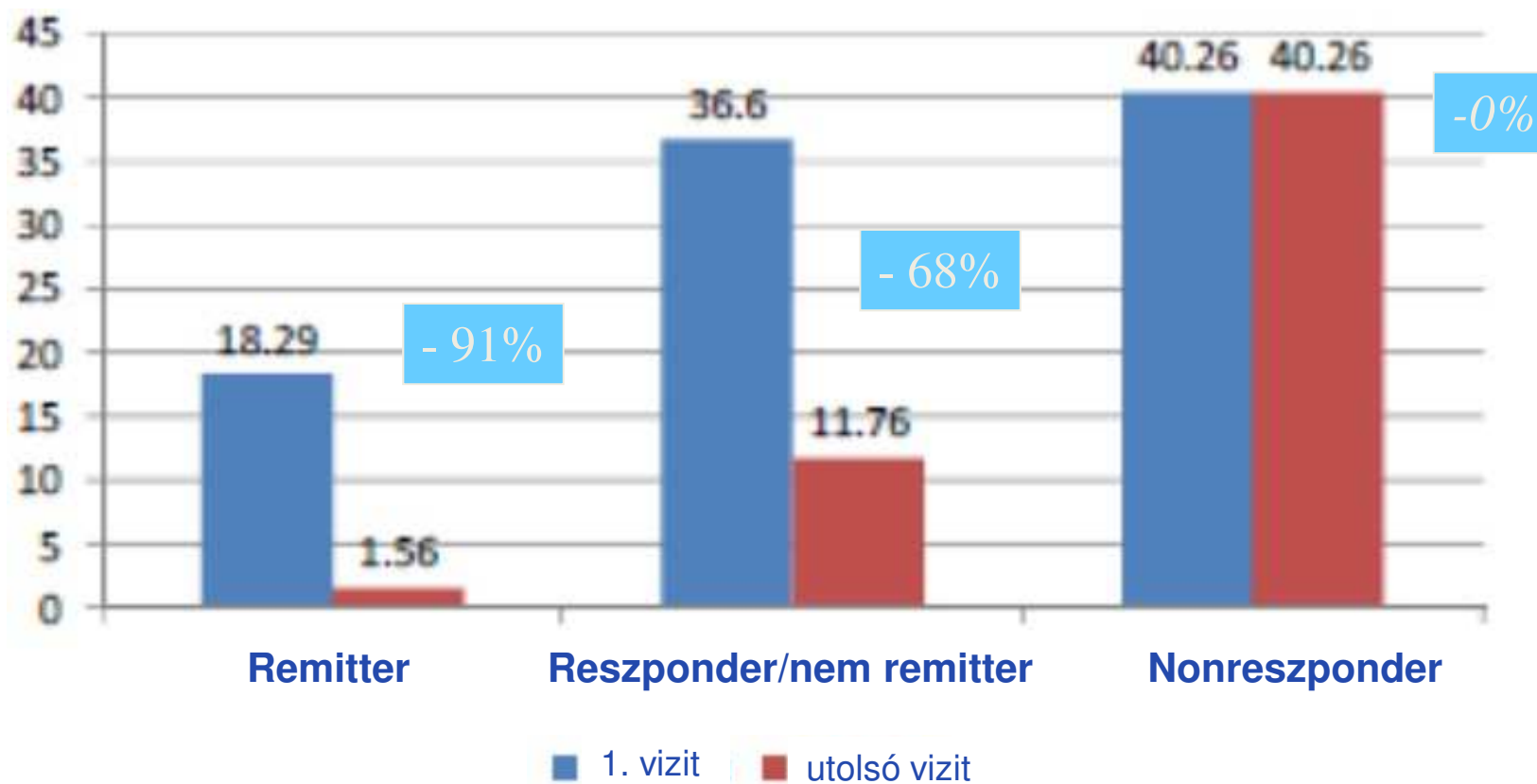
Kognitív terápia és problémamegoldó tréning szintén hatékony, főleg kiegészítőként



- Baldessarini és mtsai, Bipol Disord, 2006; 8: 625-639.  
Yerevanian és mtsai, Acta Psychiat Scand, 2004; 110: 452-458.  
Kessing és mtsai, Arch Gen Psychiat, 2005; 62: 860-866.  
Sondergard és mtsai, Arch Suic Res, 2007; 11: 163-175.  
Yerevanian és mtsai, J Affect Disord, 2007; 103: 5, 13, 23.  
Sondergard és mtsai, Bipol Disord, 2008; 10: 87-94.  
Rihmer, Eur Psychiat Rev. 2011; 4: 48-51.  
Rihmer és Gonda, Neurosci Behav Rev, 2013; 37: 2398-2403.  
Tsai és mtsai, J Affect Disord, 2016; 196: 71-77.

# SSRI KEZELÉS ÉS ÖNGYILKOS MAGATARTÁS

Az öngyilkossági gondolatok gyakorisága az első és utolsó vizitnél a klinikai válasz szerint



# ANTIDEPRESSZÍVUMOK (AD) ÉS SZUICID MAGATARTÁS

- Az AD-ok szedése mellett bekövetkezett szuicídiumok döntő többsége az első 10 napon vagy nonreszpondereknél vagy a kezelést megszakítóknál történik.
- Az AD-ok (és hangulatstabilizátorok) unipoláris major depresszióban drasztikusan (80-90%-al) csökkentik a szuicid rizikót, de bipoláris depresszióban (és kevert, agitált unipoláris depresszióban) a hangulatstabilizáló nélkül végzett antidepresszív monoterápia hatása lehet:
  - Reszponder, remitter (ritka)
  - Hipománia/mánia, rapid ciklusú lefolyás (gyakori)
  - Nonreszponder (gyakori)
- **Romlás (ritka) Az antidepresszívum által indukált vagy fokozott intradepresszív hipomániás tünetek révén romlik az állapot, ezáltal fokozódik a szuicid veszély.**

Rihmer és mtsai, Psychiat Hung, 2016; 31: 157-168

Musil és mtsai, Eur Neuropsychopharmacol, 2013; 23: 663-674.

Takeshima and Oka, J Affect Disord, 2013; 151: 196-202.

Sani és mtsai, Psychother Psychosom, 2014; 83: 213-221.

# AZ UNIPOLÁRIS - BIPOLÁRIS SPEKTRUM

*Agitált/kevert depresszió*

**D**

UPMD

**D**  
**m**

UPMD

**D**  
**m**

Bp II

**m**

**D**

Bp II

**m**

**D**

Bp I

**M**



# MAJOR DEPRESSZIÓS EPIZÓD ESETÉN MIKOR GONDOLJUNK BIPOLÁRIS DEPRESSZIÓRA?

- BP-I és BP-II betegeknek az első epizód 55-65 %-ban major depresszió
- A bipolaritás prediktorai
  - korai (gyermekkor!) kezdet
  - bipoláris családi anamnézis (1. és 2. fokú rokonok)
  - pszichotikus depresszió,
  - depressziós kevert állapot, agitáció, vagy nagyfokú gátoltság
  - peripartum kezdet, hirtelen kezdet
  - 3 vagy több depressziós epizód, szezonális lefolyás
  - DSM-IV atípusos depresszió (hiperfágia, hiperszomnia)
  - 2 vagy több hatástalan antidepresszívum
  - komorbid szor./alkoholbeteg, dohányzás
  - szuicid kísérlet az anamnézisben
  - hipertím vagy ciklotím személyiség
  - több szuicidium a családban



# PROFILAKTIKUS LITHIUM KEZELÉS 167 SZUICID KÍSÉRLETEN ÁTESETT UNI- VAGY BIPOLÁRIS BETEGNÉL

	Szuicid kísérlet/év		Csökkenés (%)
	Li előtt	Li alatt	
Kíváló reszp. ( <i>n</i> = 45)	0,26	0,02	92*
Közepes reszp. ( <i>n</i> = 81)	0,27	0,06	78**
Non- reszp. ( <i>n</i> = 41)	0,33	0,10	70**

\*  $p = 0,001$

\*\*  $p = 0,007$

## ECT ÉS ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉS

- 444 unipoláris major depressziós beteg
- 131 (30%) esetben volt 3 vagy 4 pont a HAM-D öngyilkossági tételén (No. 3) kezdetben
- Azok aránya, akiknél a 3 vagy 4-ről 0-ra csökkent ez a pontszám:

- 1. hét (3ECT)	38%
- 2. hét (6 ECT)	61%
- 3. hét (9 ECT)	81%

# INSZOMNIA MAJOR DEPRESSZIÓBAN – SZUICID RIZIKÓFAKTOR

- Major depresszióban az inszomnia erős szuicid rizikófaktor. Ez könnyen és azonnal eliminálható.

Fawcett és mtsai, Amer J Psychiat, 1990; 147: 1189-1194.

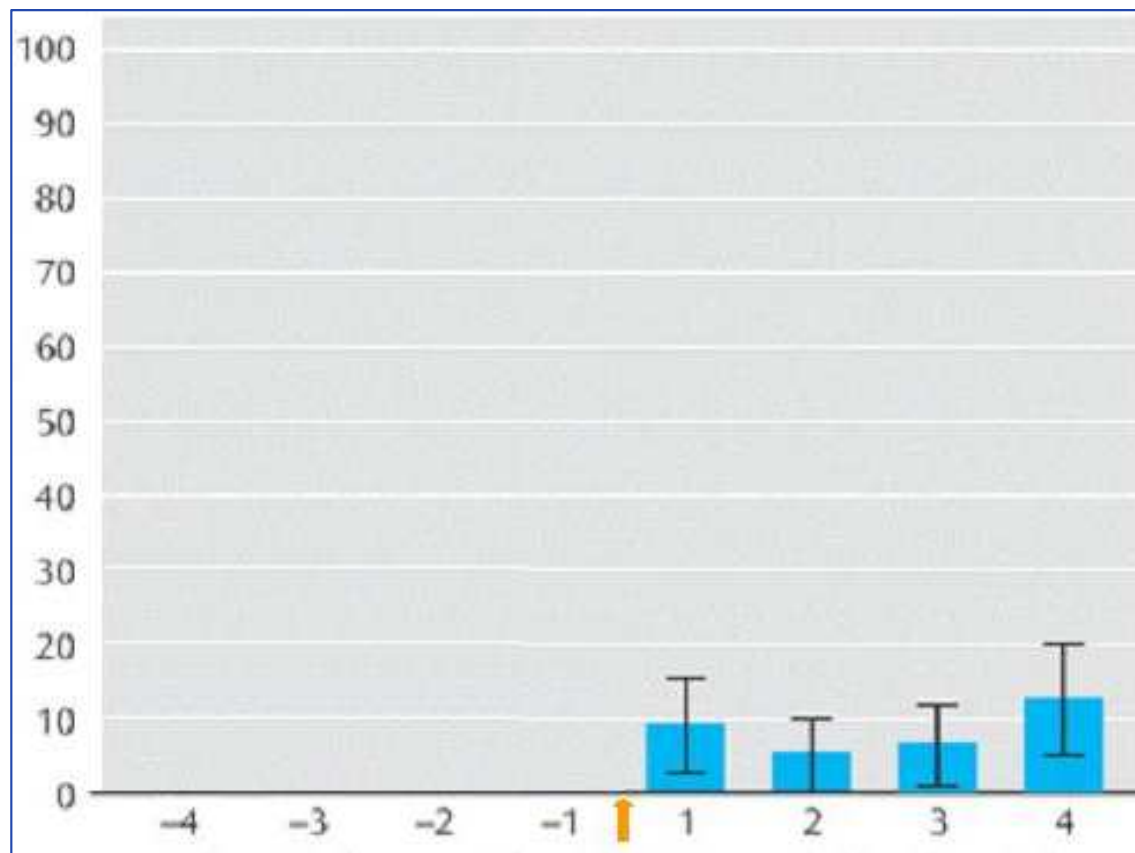
Taylor és mtsai, Behav Sleep Med, 2003; 1: 227-247.

McGirr és mtsai, J Affect Disord, 2007; 97: 203-209.

- Major depresszióban a hiperszomnia protektív faktor.

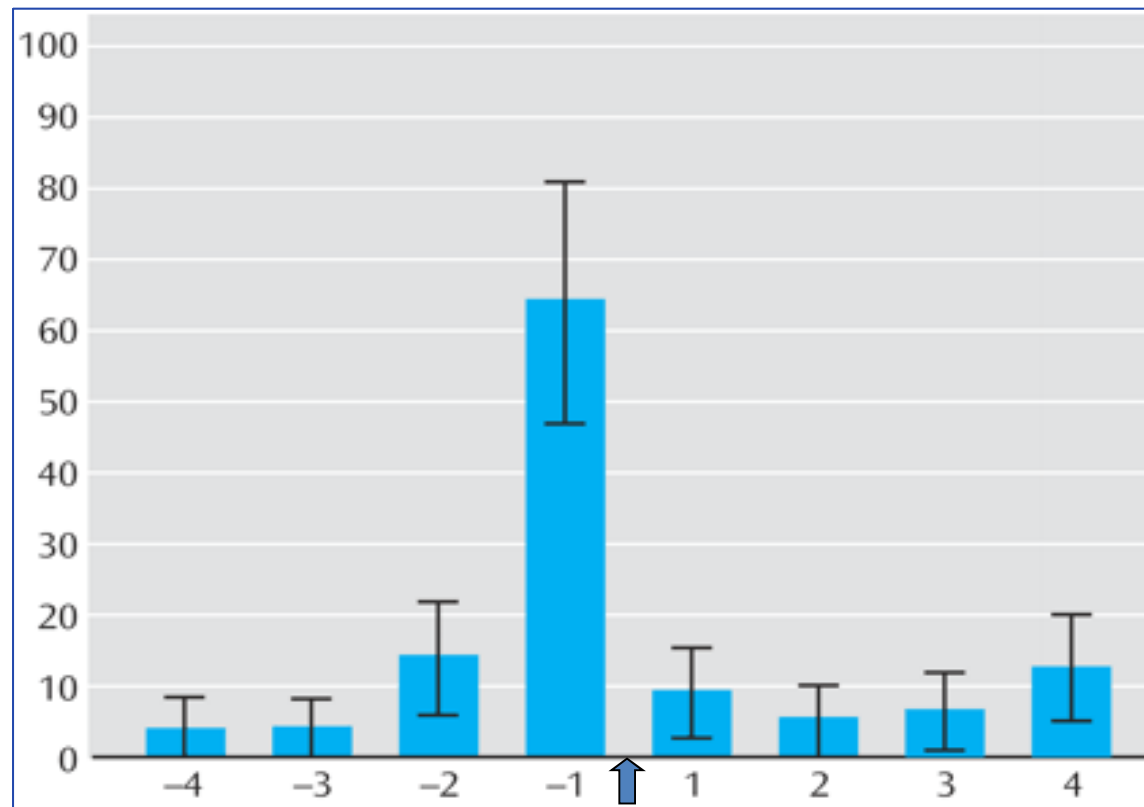
McGirr és mtsai, J Affect Disord, 2007; 97: 203-209.

## SZUICID KÍSÉRLETEK AZ AD KEZELÉS MEGKEZDÉSE UTÁNI 4 HÉT BEN



Az öngyilkossági kísérletek aránya az antidepresszív farmakoterápia megkezdése **utáni** 4 hétben.

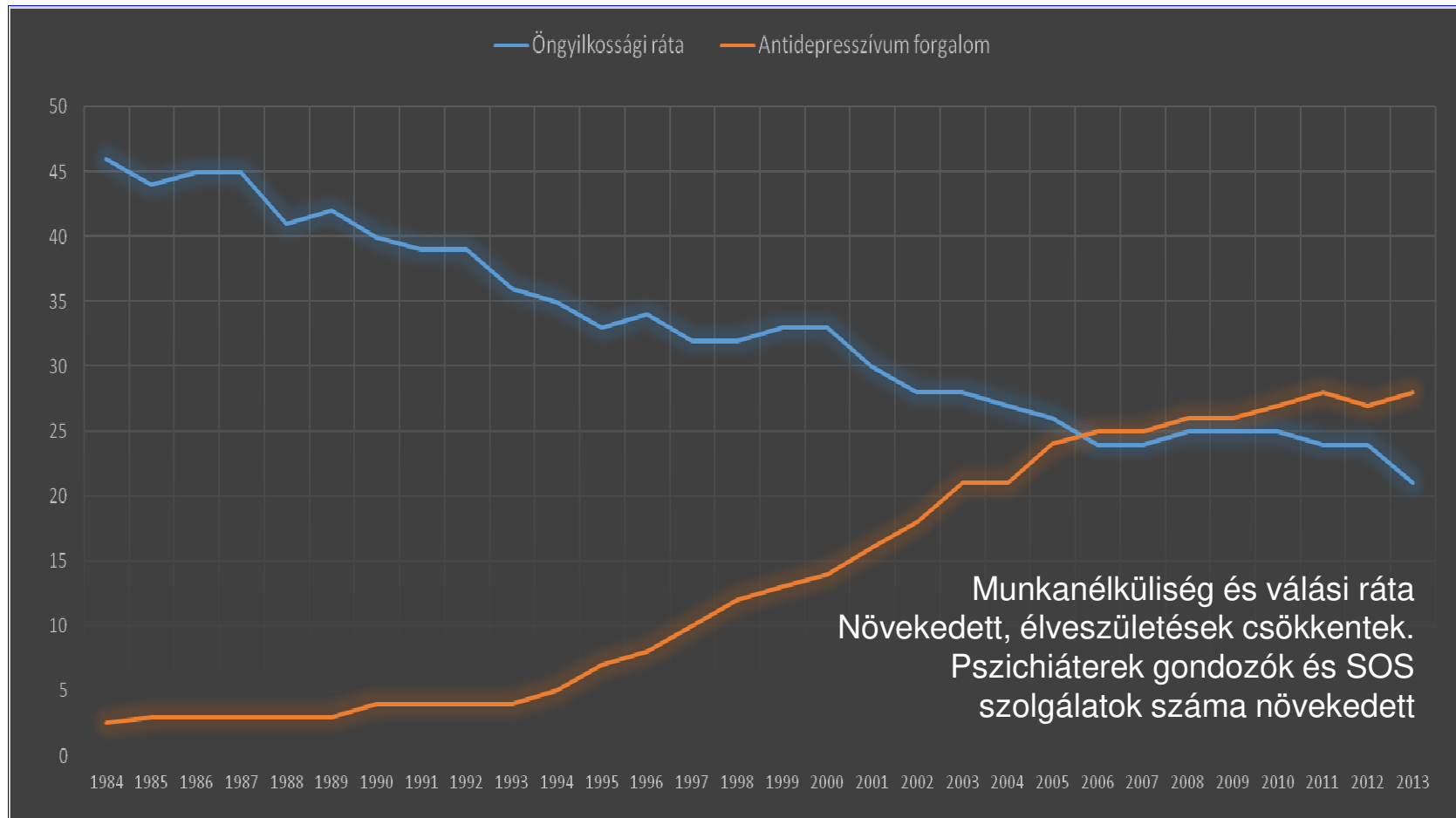
## SZUICID KÍSÉRLETEK 4 HÉTTTEL AZ AD KEZELÉS MEGKEZDÉSE ELŐTT



Az öngyilkossági kísérletek aránya az antidepresszív farmakoterápia megkezdése **előtti** és utáni 4 héten.

Simon és mtsai, Amer J Psychiat, 2006; 163: 41-47.

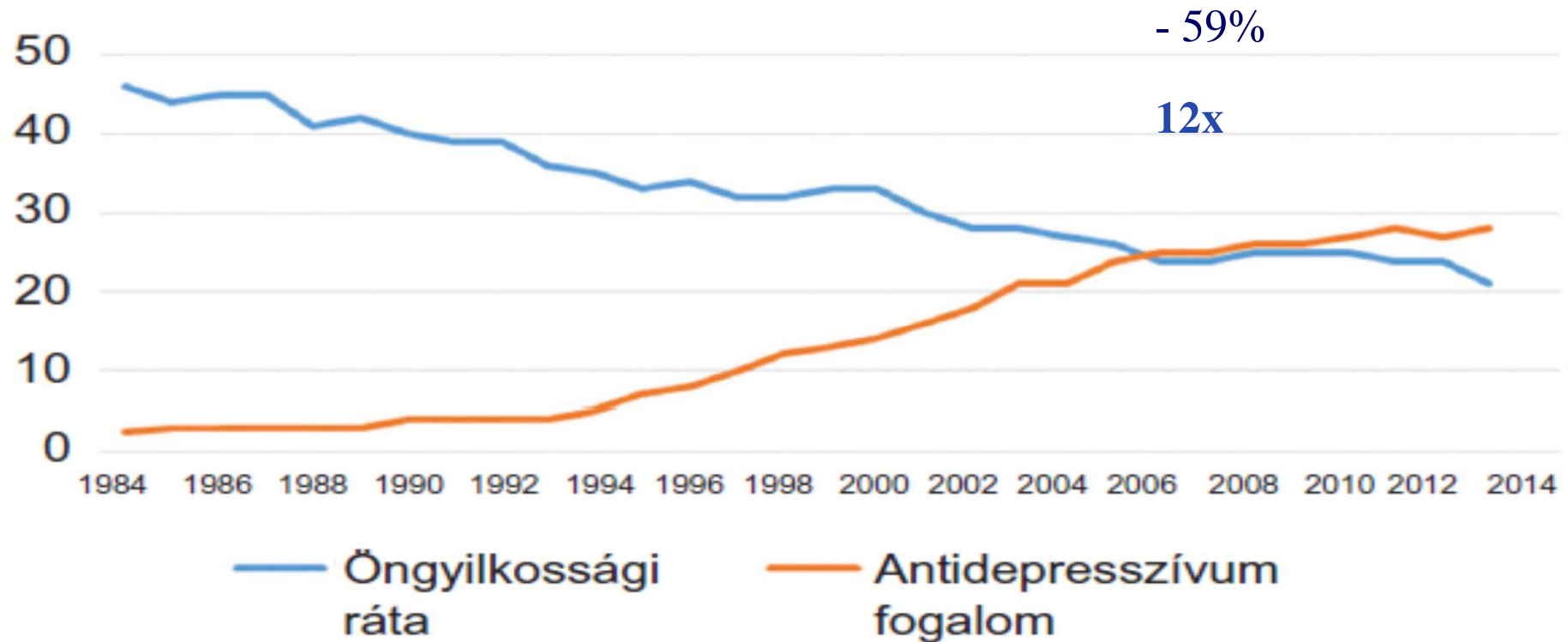
# ÖNGYILKOSSÁGI RÁTA (PER 100.000 ÉS ANTIDEPRESSZÍVUM FORGALOM (DDD/1000/DAY) MAGYARORSZÁGON 1984 ÉS 2013 KÖZÖTT



suicide rate

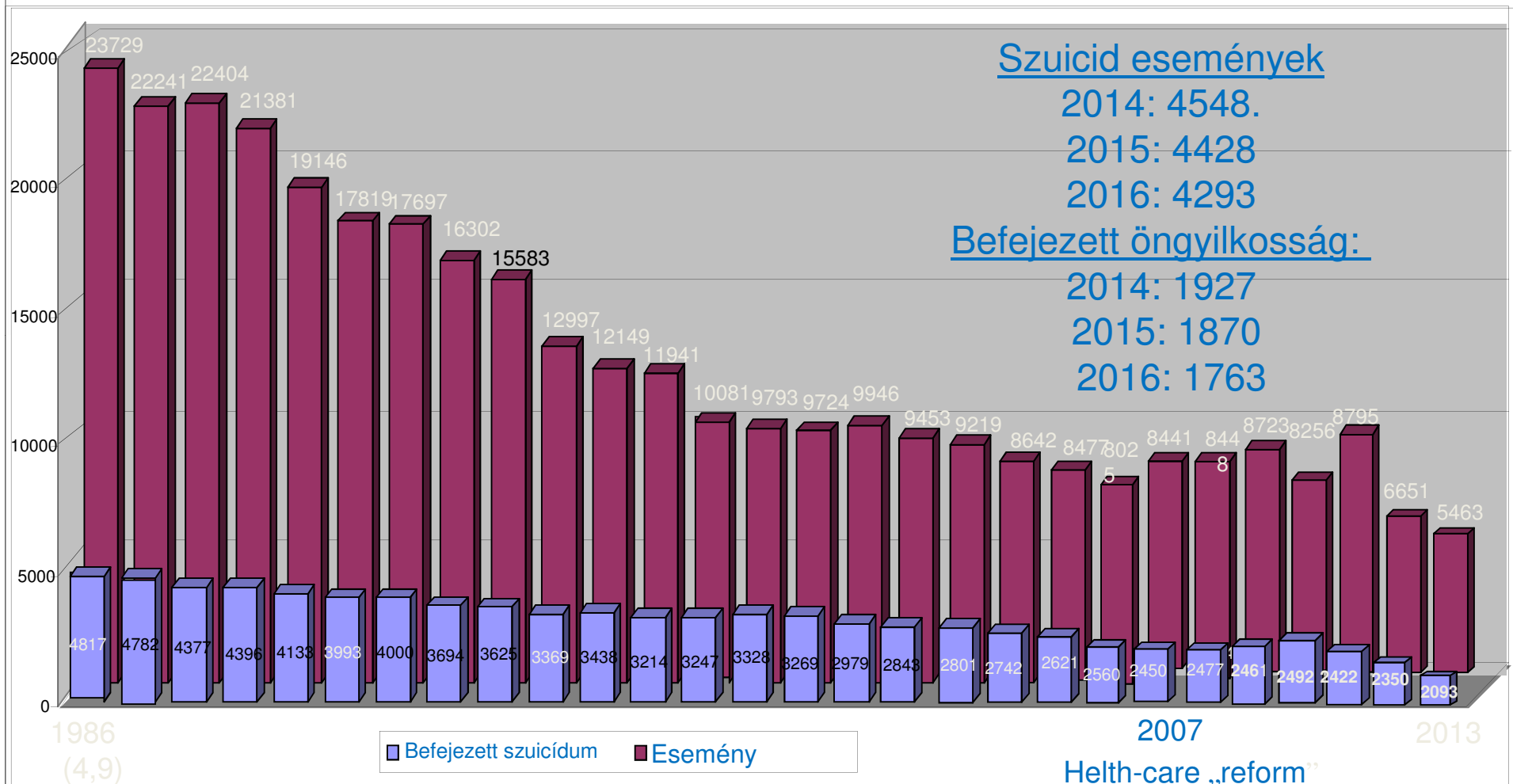
----- antidepressants

## ÖNGYILKOSSÁGI RÁTA (PER 100.000 ÉS ANTIDEPRESSZÍVUM FORGALOM (DDD/1000/NAP) MAGYARORSZÁGON 1984 ÉS 2013 KÖZÖTT



**Egyéb tényezők szerepe:** munkanélküliség (!), S.O.S. telefonszolgálatok, vezetékes és mobil telefonvonalak, intenzív betegellátás fejlődése, kevésbé toxikus gyógyszerek, stb.

# AZ OMSZ ÁLTAL JELENTETT ÖNGYILKOS ESEMÉNYEK ÉS A BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁGOK MAGYARORSZÁGON 1986-2016.





# SZUICID HALÁLOZÁS MAGYARORSZÁGON 2000-2016, CSALÁDI ÁLLAPOT SZERINT

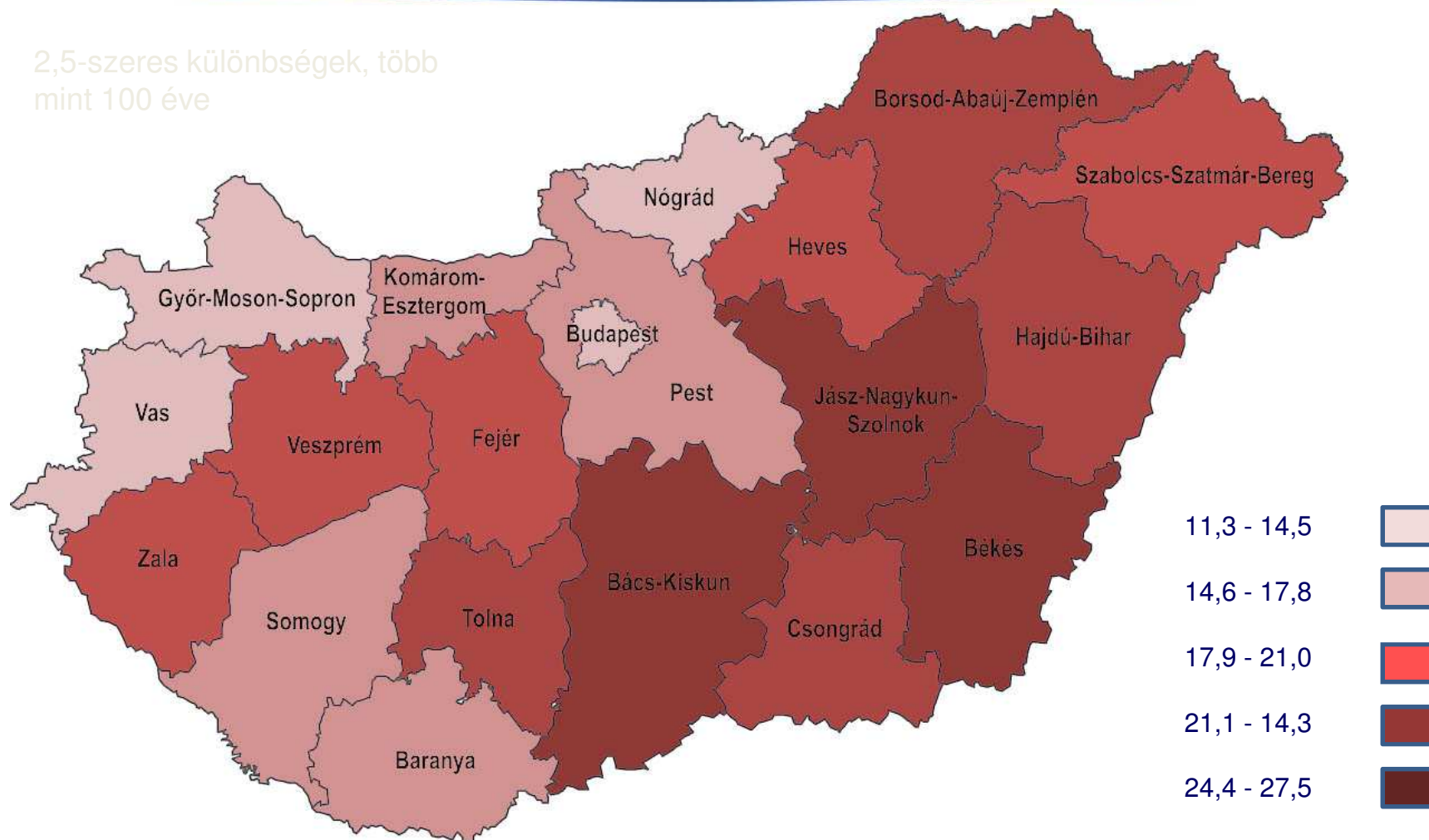
	2000	2016	
➤ <b>Házás</b>	<b>1439</b>	<b>602</b>	<b>- 58%</b>
➤ <b>Özvegy</b>	<b>647</b>	<b>286</b>	<b>- 56%</b>
➤ <b>Elvált</b>	<b>549</b>	<b>398</b>	<b>- 28%</b>
➤ <b>Haj. Nőt.</b>	<b>632</b>	<b>469</b>	<b>- 26%</b>

# SZUICID HALÁLOZÁS MAGYARORSZÁGON, 2000-2016, ÉLETKORI CSOPORTOK

	2000	2016		
10-19	57	25	- 56%	
20-29	261	101	- 62%	
30-34	203	72	- 70%	<u>Férfiak</u>
35-39	237	107	- 55%	2463 – 1317
40-44	334	139	- 58%	- 47%
45-49	462	157	- 66%	<u>Nők</u>
<b>50-54</b>	<b>313</b>	<b>168</b>	<b>- 46%</b>	806 – 446
55-59	276	181	- 44%	- 45%
60-69	422	341	- 19%	<u>Összes</u>
70-79	441	286	- 35%	3269 – 1763:
80 +	263	183	- 30%	- 46%

# ÖNGYILKOSSÁGOK MAGYARORSZÁGON, 2015 TERÜLETI MEGOSZLÁS

2,5-szeres különbségek, több  
mint 100 éve

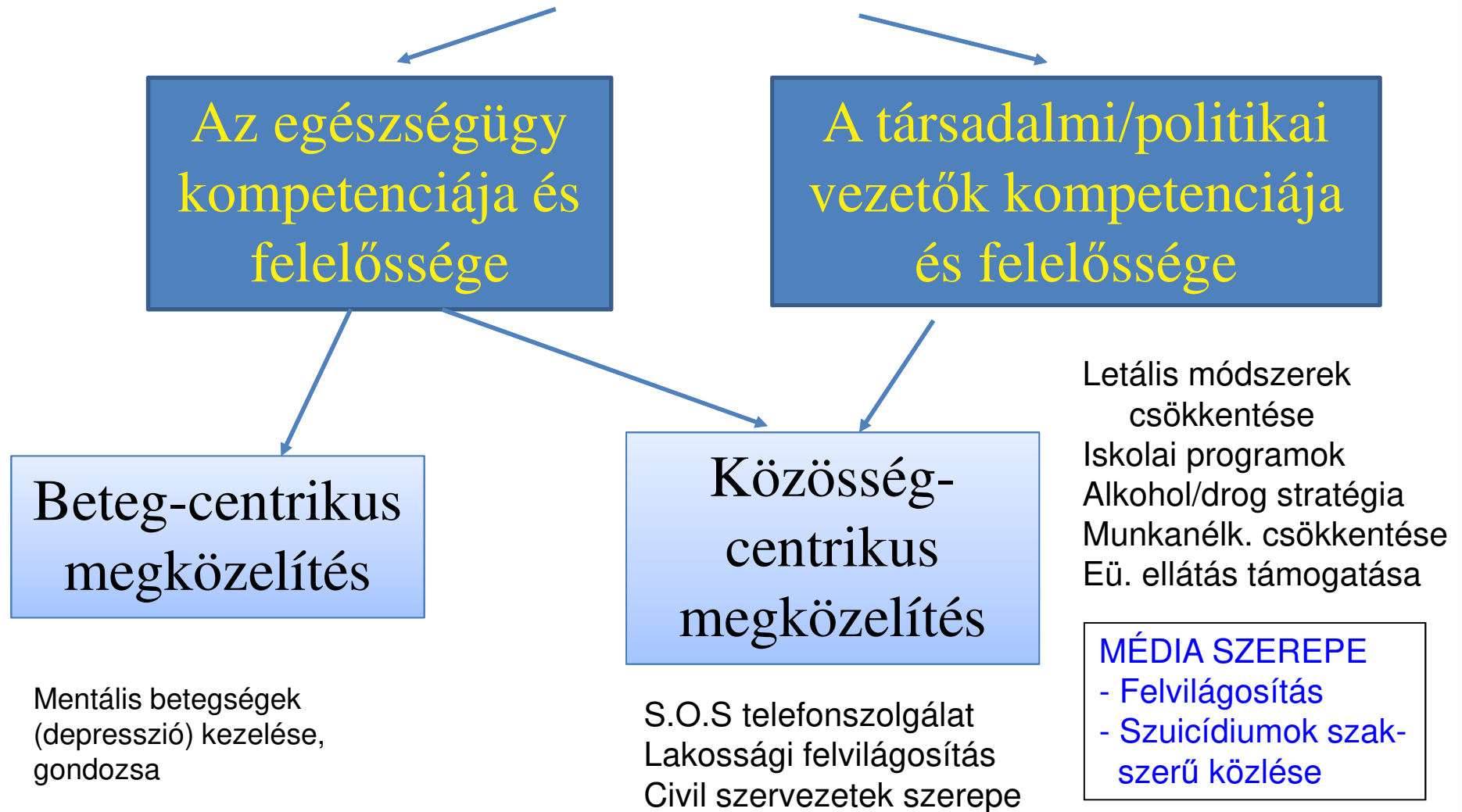


# AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSE KOMPLEX FELADAT

- **Orvosi/pszichiátriai/pszichológiai kompetenciaeszközök**  
Gyógyszeres (biológiai) kezelés  
Pszichoterápia, krízis intervenció, S.O.S. telefonszolgálat  
Közösségi felvilágosítás (média), kapuőrök képzése
- **Társadalmi kompetencia - eszközök**  
Szociális támogatás, munkalehetőség  
Letális módszerek visszaszorítása  
Alkohol és drog stratégia (dohányzás is)  
Destigmatizáció, média szerepe  
Egészségnevelés  
Civil szerveződések

Krízis vonal: 116-123.

# ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZŐ STRATÉGIÁK



Mivel az öngyilkosság komplex jelentés, megelőzése is csak komplex lehet!

# SZUICID PREVENCIÓS STRATÉGIÁK A MINDENNAPI GYAKORLATBAN

A veszélyeztetettek azonosítása (szűrés) az ellátásba már bekerült és még be nem kerültek között

## **Pszicho-szociális intervenciók**

- akut (S.O.S. telefonszolgálat, krízis intervenció stb.)
- hosszútávú

## **Gyógyszeres (biológiai) intervenciók**

- akut
- hosszútávú

## PÉLDA: KÉT MAJOR DEPRESSZIÓS BETEG MELYIKNEK NAGYOBB A RIZIKÓJA?

Az öngyilkossági rizikó felmérése még az első szuicid cselekmény előtt

### 1. Beteg

Férfi    Nő

22 éves

55 éves (kezdet: 35 ék.)

Apja szuicidált

Nincs szuicid a családban

Agitáció inszomnia

Retardáció, hiperszomnia

Megelőző hipománia

Nem volt (hipo)mánia

Komorbid szorong. beteg

Nincsen komorbiditás

Korai fizikai abúzus

Nem volt abúzus

Dohányos

Nem dohányzik

Munkanélküli

Nyugdíjas

Egyedül él, gyermektelen

Férjével él

Impulzív, ciklotím temperamentum

Hipertím temperamentum

*Melyik beteg szuicidális ?*



# SZAKMAI IRÁNYELV – 2017 (EÜ. KÖZLÖNY)

Ψ

## A felnőttkori öngyilkos magatartás felismeréséről, ellátásáról és megelőzéséről\*

*Psychiat Hung, 2017; 32: 4-40.*

4

Rihmer Zoltán<sup>1,2</sup>, Németh Attila<sup>2</sup>, Kurimay Tamás<sup>3</sup>, Perczel-Forintos Dóra<sup>1</sup>, Purebl György<sup>1</sup>, Döme Péter<sup>1,2</sup>

*NPH, 2017; 19: 45-51.*

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest

<sup>2</sup> Országos Pszichiátriai és Addiktológiai

<sup>3</sup> Szt. János Kórház és Észak-budai Egy

**Összefoglalás:** Az öngyilkosság a európai régiójában évente közel 1. Felismerés és diagnózis: A befejezettségben többnyire kezeletlen pszichés sokszor mindkettő vagy szorongás megelőzése érdekében elengedhetetlen távú kezelése.

2. Ellátás és kezelés: Öngyilkossági a beteg életét megóvjuk. A rendelkezésre álló terápia (ezen belül a dialektikus ígéretes pszichológiai kezelések is, zók. A vizsgálatok eredményei sz depressziós betegekben lényegesen soknál azonban az öngyilkos ma

## A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése\*

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

**RIHMER ZOLTÁN<sup>1,2</sup>, NÉMETH ATTILA<sup>2</sup>, KURIMAY TAMÁS<sup>3</sup>, PERCZEL-FORINTOS DÓRA<sup>1</sup>, PUREBL GYÖRGY<sup>1</sup>, DÖME PÉTER<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest

<sup>2</sup> Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

<sup>3</sup> Szt. János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

Az öngyilkosság a világon mindenütt fontos népegészségügyi probléma, amit az is jelez, hogy a WHO európai régiójában évente közel 120 000 ember vet véget életének. **1. Felismerés és diagnózis:** A befejezett öngyilkosságot, illetve öngyilkossági kísérletet elkövetők 90 száza-



# KOCKÁZATLISTA

Statikus (nem változtatható tényezők)	Dinamikus (jelenlegi/időleges) (kezelendő tényezők)	Elsődleges (pszichiátriai)	Másodlagos (pszicho-szociális)	Harmadlagos (demográfiai)
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Korábbi öngyilkossági kísérlet(ek)/ önsértés</li> <li>➤ Szuicid előzmény a családban (1. vagy 2. fokú rokonok)</li> <li>➤ "Nagy" pszichiátriai kórkép (súlyos depresszió, bipoláris zavar, szkizofrénia)</li> <li>➤ Súlyos testi betegség/ fogyatékoság</li> <li>➤ Különvált/ özvegy/ elvált</li> <li>➤ Munkahely elvesztése/ nyugdíjazás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ongyilkossági gondolatok</li> <li>➤ Ongyilkossági terv/szándék</li> <li>➤ Jelenleg fennálló súlyos, major mentális betegség, pl. depresszív epizód, bipoláris zavar, szkizofrénia</li> <li>➤ Erős szorongás, agitáció, alvászavar</li> <li>➤ Reménytelenség/ megküzdési mechanizmusok elégtelensége</li> <li>➤ Megterhelő életesemény a közelmúltban</li> <li>➤ Halálos módszerek könnyű elérhetősége (lőfegyver stb.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Jelenleg fennálló pszich. betegség</li> <li>➤ Affektív betegségek: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bipoláris II-&gt; bipoláris I-&gt; unipoláris major depresszió</li> <li>▪ agitált/kevert depresszió</li> <li>▪ súlyos depresszió, reménytelenség, alvászavar</li> <li>▪ komorbid szorongásos betegség</li> <li>▪ komorbid alkohol- ill.- drog-betegség</li> <li>▪ ciklotím/ hipertím/ depresszív temperamentum</li> <li>▪ impulzív/agresszív személyiségvonások</li> <li>▪ komorbid személyiségzavar (főleg borderline)</li> <li>▪ mánia (diszfóriás/kevert)</li> </ul> </li> <li>➤ Szkizofrénia (főleg ha depressziós tünetek is vannak)</li> <li>➤ Alkohol/gyógyszer/drog /nikotin abúzus/addikció</li> <li>➤ Megelőző öngyilkossági kísérlet</li> <li>➤ Szuicid előzmény a családban az 1. vagy 2. fokú rokonok között</li> <li>➤ Kórházból való elbocsátást követő időszak</li> <li>➤ Az öngyilkossági szándék/ halálvágy kommunikációja (búcsúzkodás, végrendelkezés, stb.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kora gyermekkori negatív életesemények (fizikai/ szexuális abúzus, szülő halála, válás stb.)</li> <li>➤ Impulzív, agresszív, személyiségvonások</li> <li>➤ Ciklotím, hipertím, depresszív temperamentum</li> <li>➤ Izoláció</li> <li>➤ Súlyos testi betegség (krónikus fájdalom, mozgáskorlátozottság)</li> <li>➤ Munkanélküliség, komoly anyagi problémák</li> <li>➤ Súlyos akut negatív életesemények</li> <li>➤ Dohányzás</li> <li>➤ Halálos eszközök könnyű elérhetősége (fegyver, magas ház, mérgek, stb.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Férfi nem</li> <li>➤ Serdülőkor (fiúk)</li> <li>➤ Idős kor (mindkét nem)</li> <li>➤ Sérülékeny csoportok (öngyilkosok hozzátartozói, homo- vagy biszexualitás, bevándorlók, börtönlakók stb.)</li> <li>➤ Nagyobb kockázatu időszakok (tavasz/kora nyár, a hét első napjai, premenstruum, férfiaknál születésnap)</li> </ul>

# AZ ÖNGYILKOSSÁGI RIZIKÓ FELMÉRÉSE MDE SORÁN (magasabb pontszám = nagyobb rizikó)

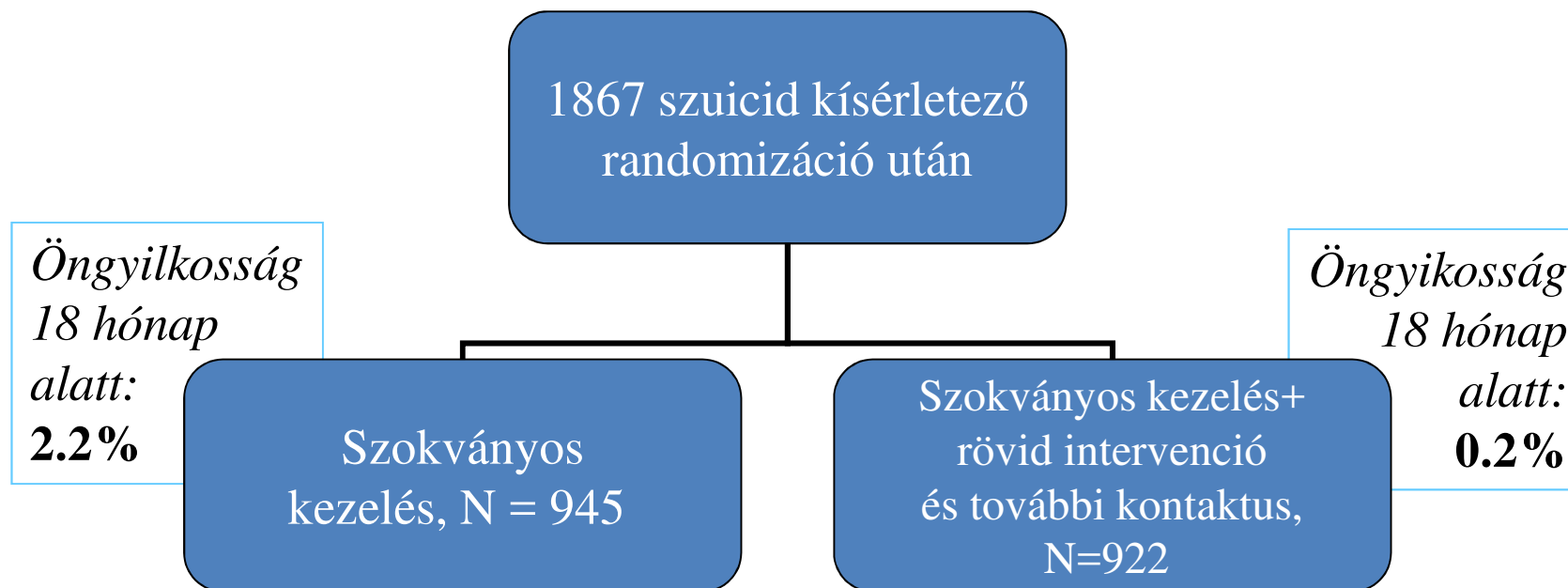
		Csak MDE	Alk./Drog betegség	Hipománia vagy mánia	Öngyilk. kísérlet
M A J O R	MDE	1	2	3	4
	--"--+ akut stresszor	2	3	4	5
D E P R. E P I Z.	--"--+ öngyilk. 1° vagy 2° roko- noknál	3	4	5	6
	--"--+ agitáció, inszom- nia, re- ménytel.	4	5	6	7

MDE: Major Depressziós Epizód, 1 = legkisebb rizikó, 7 = legnagyobb rizikó

Psychiat Hung, 2017; 32: 4-40.

# WHO RÖVID INTERVENCIÓ ÉS 18 HÓNAPOS KÖVETÉSES VIZSGÁLAT SZUICID KÍSÉRLET UTÁN

Öngyilkossági kísérletet elkövető páciensek



Rövid terápiás intervenció majd telefon/levelezőlap –kontaktus az 1,2,4,7,11. héten majd a 4, 6, 12, és 18. hónap végén

# ELJÁRÁS AKUT ÖNGYILKOSSÁGI VESZÉLY ESETÉBEN (ISMERŐSÖK, ROKONOK, NŐVÉR, ASSZISZTENS.....)

## 1. Időt kell nyerni!

Az öngyilkossági veszélyeztetettség általában nem tartós állapot. Az akut szuicidális krízis viszonylag gyorsan lecsenghet.

Ha az öngyilkossági cselekedet végrehajtása késleltethető, akkor nagy a valószínűsége annak, hogy a személy túléli.

## 2. Együtt-érző meghallgatás, értő figyelem!

(Tanácsadás, megoldás adása nem szükséges, nyugodt, megértő meghallgatás elegendő)

## 3. Segítség igénybevétel!.

Bevonhatóak-e a hozzátartozók? Volt-e, van-e pszichiátere? Jó-e a kapcsolata a családorvosával? Hol van a legközelebbi pszichiátriai osztály?

Szükség esetén el kell kísérni az orvoshoz vagy a kórházba!

**A szuicid szándékról való lemondó nyilatkozat orvosilag és jogilag irreleváns, de...**

# SÜRGŐSSÉGI BEUTALÁS PSZICHIÁTRIAI OSZTÁLYRA

**„Közvetlenül veszélyeztető magatartás: a beteg - pszichés állapotának akut zavara következtében - saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent.”**

*(1997. évi CLIV törvény az egészségügyről)*

- Önveszély vagy mások veszélyeztetése esetében, ha a páciens nem együttműködő
- Rendőrség és mentők értesítése.
- Mentősök és rendőrség pszichiátriai osztályra szállítják.
- A felvételes pszichiáter szakorvos dönt a felvételről.
- A beteg 72 órát tölthet beleegyezése ellenére pszichiátriai osztályon.
- A pszichiátriai intézet 24 órán belül kezdeményezi a bíróságnál a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelését. A bíróság 72 órán belül határozatot hoz. A bíróság határozatának meghozataláig a beteg ideiglenesen az intézetben tartható.

## A MÉDIA ÉS AZ ÖNSEGÍTŐ SZERVEZETEK SZEREPE

Mivel az egészségügyi (orvosi, pszichológiai stb.) ellátás csak azokon tud segíteni, akik segítséget kérnek, a média (public education, destigmatizáció, stb.) és az önszegítő szervezetek szerepe alapvető fontosságú.

(„egyedül nem megy...”)

# REJTETT SZUICID PREVENCIÓ

Az öngyilkos magatartás gyakran a második vagy későbbi depressziós epizódok során jelentkezik.



# TÉVHITEK AZ ÖNGYILKOSSÁGGAL KAPCSOLATBAN

- Nem lehet előre jelezni, hogy ki készül öngyilkosságra.
- Aki komolyan gondolja, hogy öngyilkos lesz, az nem beszél erről.
- Ha valaki túléli az öngyilkossági kísérletet, akkor csak a figyelmet akarta felhívni magára és manipulálni a környezetét és nem akart meghalni.
- Az öngyilkosság legfőbb oka a munkanélküliség és a szegénység, az egyén és a pszichiátria nem sokat tehet a megelőzés érdekében.
- Vannak olyan problémák amire csak az öngyilkosság a megoldás.
- Az öngyilkosságban az utánzás (családi minta) a döntő.



# KONKLÚZIÓ

- Az öngyilkosság majdnem mindig pszichiátriai betegséggel kapcsolatos, és többnyire megjósolható;
- A nem kezelt **major depresszió** jelenti a legnagyobb rizikót;
- **A klinikailag feltárható szuicid rizikófaktorok ismeretében a szuicid magatartás előre jelezhető;**
- A szakszerű gyógyszeres **kezelés** (különösen pszichoszociális intervenciókkal együtt) **kb. 80%-al csökkenti az öngyilkosság ill. öngyilkossági kísérlet rizikóját;**
- Specifikus pszichoterápia fokozza a hatást;
- Nemcsak az egészségügyi ellátás felelős a szuicid prevencióért, ez összetársadalmi feladat.



Állami Egészségügyi Ellátó Központ

# KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

SZÉCHENYI  2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Regionális  
Fejlesztési Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**