

Editorial Manager(tm) for Hungarian Medical Journal  
Manuscript Draft

Manuscript Number:

Title: Az öngyilkos viselkedés felismerésének és kezelésének lehetőségei egy integratív, regionális szuicid prevenció modell alapján

Article Type: Original Paper

Section/Category: Orvosi Hetilap & Hungarian Medical Journal

Keywords: öngyilkossági kísérlet; befejezett öngyilkosság; szuicidium prevenció; alapellátás; algoritmus

Corresponding Author: Dr. Viktor Vörös,

Corresponding Author's Institution:

First Author: Viktor Vörös

Order of Authors: Viktor Vörös; Péter Osváth; Sándor Fekete

Manuscript Region of Origin: HUNGARY

**Abstract:** Bevezetés: Bár az öngyilkossági halálozás az elmúlt években számottevően csökkent, a szuicid viselkedés továbbra is jelentős népegészségügyi problémát jelent, mely újabb és újabb prevenciók erőfeszítések tárgyát képezi. Számos tanulmány igazolta ebben az alapellátók, valamint a háziorvosok kiemelt szerepét. Célkitűzés: Egy, a mindennapi gyakorlatban használható szuicid prevenció stratégia kidolgozása. Módszer: A vonatkozó szakirodalmi adatok részletes áttekintése és saját kutatási eredményeink alapján egy olyan komplex, regionális, integratív szuicid prevenció útmutatót dolgoztunk ki, mely reális esélyt ad a szuicid rizikó felismerésére, valamint hátterének, súlyosságának pontos felmérésére, illetve ezek alapján az intervenció megtervezésére és kivitelezésére. Eredmények: A komplex modellben áttekinthetően szerepelnek a legfontosabb pszichiátriai, pszichológiai és szociodemográfiai rizikó- és protektív faktorok, valamint azok a figyelmeztető jelek, illetve krízistünetek, melyek öngyilkossági veszély fennállására utalhatnak. Modellünk fő összetevői: 1. A figyelmeztető jelek felismerése (kommunikációs, vagy viselkedési jegyek); 2. A krízisjegyek, vagy az egyéb pszichopatológiai tünetek felismerése; 3. Az esetlegesen fennálló rizikó- és protektív tényezők feltérképezése; 4. Fentiek alapján az aktuális szuicid veszély felmérése; 5. Az intervenciók lehetőségeinek felmérése, a beavatkozás megtervezése; 6. A páciens menedzselése az intervenció különböző szintjein. Következtetések: Az öngyilkos viselkedés integratív megközelítésén alapuló szuicidprevenció modell jelentős segítséget nyújthat a mindennapi gyakorlatban az öngyilkossági rizikó felismerésére, valamint iránymutatást ad a páciens adekvát kezelésére vonatkozóan is, így hatékony eszközt jelenthet az öndestruktív viselkedés megelőzésében.

Suggested Reviewers:

Az öngyilkos viselkedés felismerésének és kezelésének lehetőségei egy integratív, regionális  
szuicid prevenció modelle alapján

Vörös Viktor, Osváth Péter és Fekete Sándor

Pécsi Tudományegyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

## Összefoglalás

1  
2  
3  
4  
5 *Bevezetés:* Bár az öngyilkossági halálozás az elmúlt években számottevően csökkent, a  
6  
7 szuicid viselkedés továbbra is jelentős népegészségügyi problémát jelent, mely újabb és újabb  
8  
9 prevenciós erőfeszítések tárgyát képezi. Számos tanulmány igazolta ebben az alapellátók,  
10  
11 valamint a házi orvosok kiemelt szerepét. *Célkitűzés:* Egy, a mindennapi gyakorlatban  
12  
13 használható szuicid prevenciós stratégia kidolgozása. *Módszer:* A vonatkozó szakirodalmi  
14  
15 adatok részletes áttekintése és saját kutatási eredményeink alapján egy olyan komplex,  
16  
17 regionális, integratív szuicid prevenciós útmutatót dolgoztunk ki, mely reális esélyt ad a  
18  
19 szuicid rizikó felismerésére, valamint háttérének, súlyosságának pontos felmérésére, illetve  
20  
21 ezek alapján az intervenció megtervezésére és kivitelezésére. *Eredmények:* A komplex  
22  
23 modellben áttekinthetően szerepelnek a legfontosabb pszichiátriai, pszichológiai és  
24  
25 szociodemográfiai rizikó- és protektív faktorok, valamint azok a figyelmeztető jelek, illetve  
26  
27 krízistünetek, melyek öngyilkossági veszély fennállására utalhatnak. Modellünk fő  
28  
29 összetevői: 1. A figyelmeztető jelek felismerése (kommunikációs, vagy viselkedési jegyek); 2.  
30  
31 A krízisjegyek, vagy az egyéb pszichopatológiai tünetek felismerése; 3. Az esetlegesen  
32  
33 fennálló rizikó- és protektív tényezők feltérképezése; 4. Fentiek alapján az aktuális szuicid  
34  
35 veszély felmérése; 5. Az intervenciók lehetőségei felmérése, a beavatkozás megtervezése; 6.  
36  
37 A páciens menedzselése az intervenció különböző szintjein. *Következtetések:* Az öngyilkos  
38  
39 viselkedés integratív megközelítésén alapuló szuicidprevenciós modell jelentős segítséget  
40  
41 nyújthat a mindennapi gyakorlatban az öngyilkossági rizikó felismerésére, valamint  
42  
43 iránymutatót ad a páciens adekvát kezelésére vonatkozóan is, így hatékony eszközt jelenthet  
44  
45 az öndestruktív viselkedés megelőzésében.

46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56 **Kulcsszavak:** öngyilkossági kísérlet, befejezett öngyilkosság, szuicidium prevenció,  
57  
58 alapellátás, algoritmus.

1 A comprehensive regional model for the assessment, treatment and prevention of  
2 suicidal behaviour  
3  
4  
5  
6

7 *Introduction:* Although suicide rates are decreasing in Hungary and in most other countries,  
8  
9 suicide is still a major health issue. According to several recent studies general practitioners  
10 and primary care professionals could play an important role in suicide prevention. *Aim:* To  
11 introduce a comprehensive, easy-to-use regional suicide prevention strategy. *Methods:*  
12 Review of the literature and development of the model. *Results:* The major elements of the  
13 model includes the recognition of the warning signs, the crisis situation and the  
14 psychopathologic symptoms; the assessment of the protective and risk factors; the estimation  
15 of the suicide risk; and the plan and the management of the intervention strategies.  
16  
17 *Conclusions:* This integrative regional suicide prevention model could help general  
18 practitioners and primary care professionals in assessing and managing patient with suicidal  
19 behaviour in every-day practice. Thus, it can be a significant method for the intervention and  
20 prevention of self-destructive behaviour.  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35

36 Key-words: suicide attempt, completed suicide, suicide prevention, primary care,  
37 general practice, guideline.  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 Az öngyilkossági mutatók elmúlt évtizedben világszerte, illetve hazánkban is észlelt  
2 csökkenése ellenére az öngyilkos viselkedés – a befejezett, illetve megkísérelt önpusztítás –  
3  
4 továbbra is jelentős népegészségügyi problémát jelent, mely újabb és újabb prevenciók  
5 erőfeszítések tárgyát képezi [1,2]. Számos vizsgálat szerint a depresszió hatékony kezelése  
6  
7 játszhatott jelentős szerepet az öngyilkossági halálozások számának csökkenésében [3].  
8  
9 Ugyanakkor sem a különböző szűrési eljárások, sem a szakmapolitikai változások, sem a  
10 felvilágosító programok, vagy a médiakampányok nem tudták önmagukban jelentősen  
11 csökkenteni a továbbra is magas öngyilkossági mutatókat. Egy amerikai áttekintő tanulmány  
12 [4,5] szerint nincs elegendő bizonyíték arra, hogy ajánlják, vagy elvessék a szuicid rizikó  
13 rutinszerű szűrését az átlagpopuláció elsődleges ellátásában. Nem találták bizonyítottnak azt  
14 sem, hogy a szuicid rizikó szűrése, vagy a magas rizikójú csoport kezelése csökkentené a  
15 szuicid kísérletek számát, vagy a mortalitást [4,5]. Más ajánlások szerint azonban az  
16 orvosoknak kiemelt figyelmet kell fordítani a szuicidium lehetőségére, különösen a magas  
17 rizikójú csoportokban, kiváltképp, ha pszichiátriai betegség (főleg depresszió, vagy kevert  
18 affektív állapot) áll fenn, ha komorbid addikció van jelen, ha irritabilitás, reménytelenség  
19 észlelhető, vagy, ha a páciens családjában már történt szuicidium, illetve, ha a páciens kísérelt  
20 már meg öngyilkosságot [6,7,8]. Az 1. számú táblázatban a szuicid gondolatokkal küzdő,  
21 vagy szuicid kísérletet elkövető páciensek ideális kezelési módjának (a kezelés jellege,  
22 helyszíne, ideje) megválasztásához hozzásegítő útmutató látható.  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45

46 Egy jelentős tanulmány [9], mely a különböző prevenciók és intervenciók lehetőségeit  
47 hatékonyságát vizsgálta, arra a következtetésre jutott, hogy az orvosok képzése és a letális  
48 módszerek elérhetőségének visszaszorítása tudta bizonyíthatóan csökkenteni a szuicid  
49 mutatókat. Négy klasszikus tanulmány - a Gotland vizsgálat [10,11], a Nürnberg Depresszió  
50 Ellenes Szövetség [12,13], a Jamtland tanulmány [14], valamint a hazai Kiskunhalas Program  
51 [15] - egyértelműen bizonyította, hogy az orvosok, különösképpen az alapellátásban  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 dolgozók, illetve a családorvosok képzése a szuicid mortalitás jelentős csökkenését vonták  
2 maguk után a kiképzett orvosok által ellátott régiókban. A többi, eddig ismert intervenciós és  
3  
4  
5 prevenciós beavatkozás hatékonyságának felmérésére és bizonyítására további kiterjedt  
6  
7 vizsgálatok szükségesek [9].  
8

9 Számos adat egyértelműen bizonyítja, hogy az öngyilkosságot elkövetők, vagy  
10  
11 megkísérlők többsége rendszeres kapcsolatban áll háziorvosával, vagy más egészségügyi  
12  
13 szakemberrel, akiket sok esetben felkeresnek a szuicid cselekményt megelőzően  
14  
15 [16,17,18,19,20,21]. A szuicid kísérletezők körülbelül fele, vagy egyharmada a kísérlet előtti  
16  
17 egyhetes időszakban felkeres valamilyen egészségügyi ellátót [17,22].  
18  
19  
20

21 Appleby tanulmánya szerint a befejezett öngyilkosságot elkövetők több, mint negyede  
22  
23 kapcsolatba került valamilyen lelki egészségügyi ellátórendszerrel az öngyilkosságot  
24  
25 megelőző egy évben [23]. A szakirodalom alapos áttekintése továbbá azt mutatja, hogy a  
26  
27 szuicidiumban meghaltak körülbelül 80-90%-a kapcsolatba került az egészségügyi  
28  
29 ellátórendszer valamely szektorával (járó- vagy fekvőbeteg intézmények, pszichiáterek, vagy  
30  
31 egyéb szakorvosok) egy éven belül [24]. Továbbá ismert, hogy az öngyilkosság miatt  
32  
33 elhunytak nagy része, majd 80%-a rendszeres kapcsolatban állt háziorvosával, vagy egyéb  
34  
35 szakorvosi ellátóval, 34-66%-uk a tettüket megelőző egy hónapon belül jártak  
36  
37 háziorvosuknál, 18%-uk pedig a haláluk napján kerestek fel valamilyen egészségügyi ellátót  
38  
39 [25,26,27]. Az öngyilkosság kérdése azonban csak mintegy 22%-ban került felszínre, és  
40  
41 ezekben az esetekben sem sikerült azt megelőzni [28,29]. A fenti adatok értékelését nehezzé  
42  
43 teheti az a tény, hogy nem ismerhetjük pontosan a megelőzött szuicid cselekmények számát.  
44  
45  
46  
47  
48  
49

50 Sok esetben tehát nem könnyű a szuicid veszély felismerése és megelőzése, hiszen  
51  
52 ilyenkor a páciens által elmondottak (például banális szomatikus panasz, vagy gyógyszer  
53  
54 felíratási szándék) háttérben rejtve maradhat a veszélyeztető lelkiállapot, és a felírt  
55  
56 gyógyszer gyakran válhat a szuicidium eszközévé [22,30,31]. Kiderült tehát, hogy sem a  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

szuicid kísérletezők, sem a befejezett öngyilkosságot elkövetők nagy része nem volt aktuálisan magas szuicid rizikójú betegeknek minősítve az utolsó egészségügyi rendszerrel való kapcsolatuk alkalmával. Mindezek alapján úgy tűnik, hogy az orvos-beteg találkozás szükséges, de nem elégséges feltétele a hatékony szuicid prevenciónak.

Mivel az öngyilkossági veszélyben lévő páciensek nemcsak a pszichiáterek, hanem sok esetben elsőként a házi orvosok, vagy egyéb egészségügyi, illetve szociális ellátók gyakorlatában jelennek meg, így számukra is nélkülözhetetlen a szuicid viselkedés háttérben álló pszichológiai, pszichopatológiai sajátosságok és kommunikációs jellemzők ismerete, melyek lehetővé teszik az öngyilkossági krízis felismerését, és az adekvát segítségnyújtás megtervezését.

A fenti problémák miatt véleményünk szerint egy olyan komplex, integratív szuicid prevenció modelle van szükség, mely nagyrészt a meglévő regionális ellátórendszerekre épül, és a veszélyeztetett populáció szűrését és az öngyilkossági rizikó pontos felmérését tűzi ki célul [32,33]. Ez nyújthat alapot a hatékonyabb intervenció és terápiás lehetőségek megteremtésére, melyek az ideális, progresszív betegellátási szisztéma kiépítéséhez szükségesek. Ezért írásunkban egy olyan prevenció útmutatót vázolunk fel, mely a komplex bio-pszicho-szociális és a korszerű stressz-diatézis megközelítésen alapulva segítséget nyújt a házi orvosoknak, illetve az alapellátásban dolgozóknak a szuicid rizikó felismerésében és a páciensek adekvát kezelésében, irányításában is.

## Módszer

1  
2  
3  
4 A vonatkozó szakirodalmi adatok részletes áttekintése és saját kutatási eredményeink [22,34]  
5 alapján egy olyan komplex, regionális, integratív szuicid prevenció útmutatót dolgoztunk ki,  
6 mely a komplex bio-pszicho-szociális és a korszerű stressz-diatézis megközelítésen alapulva  
7 reális esélyt adhat a szuicid rizikó felismerésére, és hátterének, valamint súlyosságának pontos  
8 felmérésére, illetve ezek alapján az intervenció megtervezésére és kivitelezésére. Modellünk a  
9 pszichiátriai szakellátás mellett leginkább az alapellátásban dolgozók számára hasznosítható.  
10  
11 Az utóbbi csoportba tág értelemben a családorvosok, az általános vagy szakosodott  
12 egészségügyi ellátók, a közösségi pszichiátriai vagy közösségi addiktológiai ellátók, a  
13 mentálhigiénés szakemberek, a pszichológusok, a gyógy pedagógusok, a szociális szférában,  
14 illetve az oktatásban dolgozók tartozhatnak.  
15  
16  
17  
18

19 Az 1. számú ábrán röviden összegezve, algoritmosus döntéspontokba rendezve  
20 ábrázoltuk modellünk fő tényezőit. Az ábra felső felében a felismerés lehetőségei, technikái,  
21 az alsó felében az intervenció szintjei és módszerei láthatók. A középső részben az  
22 öngyilkossági veszélyeztetettség mértékét ábrázoltuk, mely alapján enyhe, közepes, és súlyos  
23 szuicid rizikó határozható meg.  
24  
25  
26  
27  
28

29 A piros nyilak a felismerés részben az „igen” válaszokat, az ellátás részben a betegek  
30 állapotának stagnálását, vagy romlását jelzik. A zöld nyilak az ábra felső részében a „nem”  
31 válaszokat, az alsó részében pedig a páciensek állapotának javulását mutatják. Az intervenció  
32 szintek és lehetőségek ábrázolása során az ábra alsó részében a jobbra és a lefelé haladó irány  
33 a krízisállapot, illetve az öngyilkossági rizikó súlyosságára, valamint az ellátás sürgősségi  
34 jellegére is utal.  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65



## Eredmények

1  
2  
3  
4 Modellünk az alábbi 6 fő összetevőből áll: 1. A figyelmeztető jelek felismerése  
5 (kommunikációs, vagy viselkedési jegyek); 2. A krízisjegyek, vagy az egyéb  
6  
7 pszichopatológiai tünetek felismerése; 3. Az esetlegesen fennálló rizikó- és protektív tényezők  
8  
9 feltérképezése; 4. Fentiek alapján az aktuális szuicid veszély és rizikó felmérése,  
10  
11 megbecsülése; 5. Az intervenciós lehetőségek felmérése, a beavatkozás megtervezése; 6. A  
12  
13 páciens menedzselése az intervenció különböző szintjein (1. számú ábra).  
14  
15  
16  
17

18  
19 Ad 1. Amennyiben a páciens viselkedése, vagy kommunikációja öngyilkossági  
20  
21 veszélyre utal, úgy a következő kulcsfontosságú lépés a direkt vagy indirekt öngyilkossági  
22  
23 gondolatok, ideációk, késztetések és tervek felmérése. Az ábrán részletezett, a M.I.N.I.-Plus  
24  
25 strukturális diagnosztikus interjú [35,36] alapján kidolgozott algoritmusos kérdések ezek  
26  
27 súlyosságának pontos értékelését szolgálják.  
28  
29  
30

31 Ad 2. A páciensek állapotának felmérésekor és értékelésekor kiemelt jelentőséggel  
32  
33 bírnak az akut szuicid veszélyeztetettséget jelző pszichopatológiai tünetek. Ide sorolandó a  
34  
35 depresszált hangulat, a szorongásos tünettán, az alvászavar, a reménytelenségérzés,  
36  
37 impulzivitás, az agitáció, a büntudat, az önvád, a mikromán tematika, a pszichotikus tünettán,  
38  
39 stb. Kiemelt jelentőségű a depressziós állapotokban, a Beck által leírt kognitív triász (a  
40  
41 páciens negatív koncepciója önmagáról, a világról, a jövőről) felismerése [37]. Továbbá a  
42  
43 lélektani krízisállapotra jellemző tünetegyüttes, az úgynevezett preszuicidális szindróma  
44  
45 Ringel által leírt triászának (beszűkültség, gátolt és befelé forduló agresszió, szuicid  
46  
47 fantáziák) ismerete és felismerése is fontos tényező [38,39]. A krízisszituációkban  
48  
49 megfigyelhető sajátos kommunikációs jellegzetességek, úgymint a „cry for help”, a „cry of  
50  
51 pain” jelenségei [40], az ambivalencia, a tagadás [41], az indirekt kifejezések a halálra,  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 megszűnésre vonatkozóan, a negatív kognitív sémák, a „negatív kód” [42] használatának  
2 felismerése szintén jelentős segítséget nyújthat a szuicid veszélyeztetettség felmérésében.  
3

4 A pszichoszociális stresszorok, a traumák, a negatív életesemények értékelésekor szem  
5 előtt kell tartani az eriksoni pszichoszociális, fejlődési kríziseket [43], és a Caplan által leírt  
6 akcidentális kríziseket [44], ezek lefolyását és dinamikáját. Az előbbieket az emberi  
7 pszichoszociális érési folyamat természetes velejárói és valamilyen szinten mindannyian  
8 találkozunk velük életünk bizonyos szakaszaiban. A kiemelten hangsúlyos fejlődési krízisek  
9 időszakai a serdülőkor krízise, az „életközép válsága” (midlife crisis), valamint az időskor  
10 krízise. A fentiek mellett Caplan vezette be az akcidentális krízis fogalmát, amely valamilyen  
11 aktuális, általában akut külső stressz, trauma vagy negatív életesemény hatására alakul ki.  
12 Krízismátrixnak nevezzük egyén életének bizonyos időszakaiban azt a különösen veszélyes  
13 állapotot, amelyben e kétféle krízis egyszerre van jelen (például egy életszakaszváltás,  
14 valamint egy aktuális veszteség), és amely így fokozott veszélyeztetettséget jelent [45].  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

31 A fentiekben részletezett pszichopatológiai, kommunikációs és krizeológiai  
32 sajátosságok ismerete és felismerése az öngyilkos magatartás alaposabb megértését,  
33 pontosabb diagnosztizálását, felmérését és specifikusabb szuicid intervenciók és prevenciók  
34 technikák, terápiák alkalmazását teszik lehetővé [39]. Ugyanígy, a depressziós állapotok  
35 felismerése és adekvát kezelésének mielőbbi - még a szuicid kísérlet előtti - megkezdése is  
36 kiemelt jelentőségű a szuicidum megelőzésének szempontjából [46]. A major depresszió  
37 kezelése (gyógyszeres, vagy pszichoterápiás, vagy kombinált) természetesen minden esetben -  
38 a nem-szuicid pácienseknél is - szükséges.  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50

51 Mivel ellentmondásos adatok is olvashatók az irodalomban, és mivel az  
52 antidepresszívumok alkalmazása elterjedőben van a házi orvosi praxisban és az alapellátásban  
53 is, ki kell emelnünk, hogy az utóbbi évek átfogó közleményei és speciális vizsgálataira  
54 utalnak, hogy az antidepresszívumok, főleg a szelektív szerotonin visszavétel gátlók (SSRI)  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 használata jelentős szerepet játszhatott a szuicid mortalitás csökkenésében, főleg az  
2 eredendően is magas szuicid rátával bíró európai országokban. Hasonló, nagy mintán végzett  
3 metaanalízisek az Egyesült Államokból is az antidepresszívumok pozitív hatását emelték ki a  
4 szuicidium prevenciójának vonatkozásában [47].  
5  
6  
7  
8

9 Ad 3. A befejezett öngyilkosság két legfontosabb rizikótényezője, ahogy azt már  
10 említettük, a korábbi öngyilkossági kísérlet és a mentális zavarok, elsősorban az affektív  
11 kórképek (leginkább a hosszabb ideje fennálló, visszatérő és gyakran kezeletlen major  
12 depresszió) jelenléte [48]. Ugyanakkor az a tény, a hegy befejezett szuicidiumot elkövetők  
13 egyharmadának volt szuicid kísérlet az anamnézisében egyben azt is jelenti, hogy  
14 kétharmaduknál nem volt megelőző kísérlet, tehát az első próbálkozás letális volt [46].  
15 Nemcsak az öngyilkosságot befejezők, de a megkísérlők között is nagy arányban (kb. 80-  
16 90%) fordulnak elő mentális zavarok, melyek közül szintén a depressziós betegségek a  
17 leggyakoribbak [48,49,50]. Mindez arra hívja fel a figyelmet, hogy a krízisállapotok mellett a  
18 depresszió is nagy szerepet játszik az öngyilkosságok és a szuicid kísérletek kialakulásában.  
19 Emellett azonban számos más szociodemográfiai (férfi nem, idős kor, munkanélküliség, elvált  
20 vagy özvegy, egyedülélő, stb.) rizikófaktort és klinikai jellemzőt (gyermekkori negatív  
21 életesemény, aktuális pszichoszociális stresszor, szuicidium a családban, krónikus testi  
22 betegség, stb.) is figyelembe kell venni a szuicid rizikó felmérésénél [8]. A Gotland vizsgálat  
23 alapján major depresszió jelenléte esetén a férfi nem különösen nagy kockázattal bír a szuicid  
24 magatartás szempontjából [10,11,51]. Az utóbbi időszak kutatásai szerint a szuicidium  
25 legerősebb klinikai prediktora a kevert affektív tünetek, vagy az agított depresszió jelenléte  
26 [52,53,54]. Az inszomnia szintén jelentős és könnyen felismerhető azonnali indikátora a  
27 szuicid rizikónak [55].  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

A védőfaktorok közül a stabil érzelmi, családi és szociális háttérrel, a várandóságot, a gyermeknevelést, a jó egészségi állapotot, valamint a gyakorló vallásosság szerepét érdemes kiemelni.

Ad 4. A fenti szempontok segítségével már az első találkozás során lehetővé válik a páciens aktuális lélektani állapotának felmérése, valamint a rizikófaktorok és protektív tényezők átfogó értékelése. Így megbízhatóan fel tudjuk ismerni az öngyilkossági rizikót és ennek súlyosságát is meg tudjuk állapítani. Már a rákérdezési algoritmus alapján is megbecsülhetjük a szuicid veszélyeztetettség mértékét, azonban a fenti figyelmeztető jelek, krízistünetek, pszichopatológiai tünetek, valamint a rizikó- és protektív faktorok további felmérésével a szuicid rizikó mértéke tovább pontosítható és biztonságosabban felállítható.

Fentiek alapján tehát enyhe, közepes, vagy súlyos szuicid rizikó jelenlétét állapíthatjuk meg. Enyhének értékelhetjük a szuicid veszélyeztetettséget, ha a páciens halállal, esetleg önkárosítással kapcsolatos gondolatok foglalkoztatják, azonban nem észlelhetők direkt szuicid intenciók, vagy a krízisre jellemző tünetek, illetve, ha nincsenek jelen jelentős ismert rizikófaktorok, és a protektív tényezők, védőfaktorok pedig fellelhetők. Közepes mértékűnek ítéljük a szuicid veszélyeztetettséget, ha páciens foglalkoztatják öngyilkossági gondolatok, azonban nincsenek konkrét tervei. Amennyiben a rákérdezési algoritmus alapján enyhe rizikót állapítanánk meg, de emellett fellelhetők a lélektani krízis tünetei, vagy esetleg jelentősebb depressziós tünettan, továbbá, ha nincsenek megfelelő protektív tényezők, a rizikófaktorok pedig jelen vannak, ez esetben közepes, vagy akár súlyos mértékű is lehet a szuicid veszély. Ha páciens direkt szuicid intenciókat hangoztat, ha szuicid terveket készített, előkészületeket tett, netán már kísérelt is meg korábban, vagy a közelmúltban öngyilkosságot, akkor ezt súlyos öngyilkossági veszélyeztetettségként minősítjük, és a későbbiekben, illetve az ábrán részletezett módon járunk el.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Ad 5. A szuicid veszélyeztettség fentiek alapján történő megítélése kulcsszereppel bír az adekvát segítségnyújtás lehetőségeinek átgondolásában és a páciens ellátásának megtervezésében egyaránt. Az ábra alsó régiójában a szuicid veszélyben lévő páciens ellátásának lehetőségeit foglaltuk össze a családorvosi gyakorlat, valamint az alapellátás szempontjából. A szuicid rizikó súlyosságának mértéke alapvetően meghatározza az intervenció jellegét, módját, idejét, minőségét és helyét.

Tehát az első találkozás során alapvető cél a figyelmeztető jelek felismerése, a szuicid rizikó megbecslése a páciens kommunikációja, viselkedése, pszichopatológiai tünetei alapján, figyelembe véve az ismert rizikó- és védőfaktorokat és megtervezni és kivitelezni az intervenciót.

Ad 6. Enyhe vagy közepes szuicid rizikó esetén a krízisintervenció a háziorvosi, vagy alapellátás keretében is történhet. Az esetleges további kezelés megtervezésében ilyenkor segítséget nyújthat az ellátónak pszichiáterrel történő konzultációja, vagy a páciensnek egyéb krízisintervenciós lehetőség biztosítása (például krízistelefon szolgálat). Komolyabb öngyilkossági veszély fennállásakor, vagy ha a krízisállapot nem oldódik az elsődleges ellátás során, akut pszichiátriai vizsgálat és segítségnyújtás válhat szükségessé. Ez történhet ambuláns vagy osztályos formában, vagy ideálisabb esetben krízisambulancia, vagy krízisközpont keretein belül. Az akut veszélyeztető állapot megszűnését követően a háziorvos, vagy az alapellátó (adott esetben a pszichiáterrel együttműködve) folytathatja a páciens szupportív terápiáját, illetve a rendszeres kapcsolattartás során követheti pszichés állapotának alakulását. A háziorvosi ellátás és a pszichiátriai kezelés mellett az akut szuicid veszély oldásában, ahogy már említettük, mindvégig jelentős szereppel bírhatnak a krízisellátó telefonszolgálatok és a krízisambulanciák is, míg ezt követően sok esetben a szociális támogató rendszerek igénybevétele is szükségessé válhat.

## Megbeszélés

1  
2  
3  
4  
5 A szuicidológiai kutatások szerint az adekvát ellátásban részesülő páciensek csak a jéghegy  
6 csúcsát jelentik az öndestruktív magatartásformák szempontjából veszélyeztetett populáción  
7 belül. Annak ellenére, hogy sokan kapcsolatban állnak az egészségügyi ellátó rendszerekkel,  
8 vagy éppen családorvosukkal, a legtöbb esetben elmarad a szuicid rizikó, vagy a mentális  
9 zavar felismerése, így az adekvát segítségnyújtásra sem nyílik lehetőség. Prevenációs  
10 modellünkben ezért kiemelt figyelmet fordítottunk a felismerés (konkrét rákérdezési  
11 algoritmus) és szűrés lehetőségeire; a tünettan, az anamnézis és a betegség történet valamint a  
12 rizikó- és protektív tényezők együttes figyelembevételére és értékelésére. Ennek alapján  
13 mutattuk be a regionális ellátórendszerek (alapellátás, családorvosok, lelki segély szolgálatok,  
14 krízisambulancia, pszichiátriai szakrendelők, fekvőbeteg intézmények) hierarchikusan  
15 egymásra épülő rendszerét. Reményeink szerint az öngyilkos viselkedés integratív  
16 megközelítésén alapuló szuicidprevenációs modell segítséget nyújt az alapellátásban, valamint  
17 a mindennapi családorvosi gyakorlatban az öngyilkossági rizikó felismerésében, és  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

hatékony eszközt jelenthet az öndestruktív viselkedés megelőzésében.

## Irodalomjegyzék

- 1 Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;373:1372-1381.
- 2 Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention – a global perspective*. New York: Oxford University Press; 2009.
- 3 Rihmer, Z.: Recognition of depression and prevention of suicide: the role of general practitioners and general physicians. *Int. J. Psych. Clin. Pract.*, 1997, 1, 131-134.
- 4 Gaynes, B. N., West S. L., Ford C. A. és mtsai: Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann. Intern. Med.*, 2004, 140, 822-835.
- 5 U.S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk: Recommendation and Rationale. *Ann Intern Med* 2004;140:820-821.
- 6 Rutz, W., von Knorring, L., Walinder, J.: Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1992, 85, 83-8.
- 7 Runeson, B., Wasserman, D.: Management of suicide attempters: what are the routines and the cost? *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994, 90, 222-228.
- 8 Rihmer, Z., Belső, N., Kiss, K.: Strategies for suicide prevention. *Curr. Opin. Psychiatry*, 2002, 15, 83-87.
- 9 Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies. A systematic review. *JAMA* 2005;294(16):2064-74.
- 10 Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 1995;35:147-152.

- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65
- 11 Rutz W, Walinder J, von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *Int J Psych Clin Pract* 1997;1:39–46.
  - 12 Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med* 2006;36:1225-1233.
  - 13 Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C, Gusmao R, et al. The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry* 2008;9(1):51-8.
  - 14 Henriksson S, Isacson G. Increased antidepressant use and fewer suicides in Jamtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:159-167.
  - 15 Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. A suicide prevention program in a region with very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(8):914-920.
  - 16 Pirkis, J., Burgess, P.: Suicide and recency of health care contacts. *Br. J. Psychiatry.*, 1998, 173, 462-474.
  - 17 Suominen, K., Isometsa, E., Ostamo, A. és mtsa: Health care contacts before and after attempted suicide. *Soc. Psychiatr. Psychiatr Epidemiol.*, 2002, 37, 89-94.
  - 18 Stenager, E. N., Jensen, K.: Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994, 90, 109-113.
  - 19 Magoz-Gurpide, A., Baca-Garcia, E., Diaz-Sarastre, C. és mtsai: Attempted suicide and previous contact with health system. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 1999, 27, 329-333.
  - 20 Osváth P., Fekete S., Ábrahám I. és mtsa: Az egészségügyi ellátással való kapcsolat az öngyilkossági kísérletet megelőzően. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai



Szuicidium Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Psychiatr. Hung.*, 2001, 16, 279-289.

- 21 Goodwin, R. D., Kroenke, K., Hoven, C. W. és mtsa: Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosom. Med.*, 2003, 65, 501-505.
- 22 Osvath, P., Michel, K., Fekete, S.: Contacts of suicide attempters with healthcare services in Pecs and Bern in the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Int. J. Psych. Clin. Pract.*, 2003, 7, 3-8.
- 23 Appleby, L., Shaw, J., Amos, T. és mtsai: Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ*, 1999, 318, 1235-1239.
- 24 Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909-916.
- 25 Michel, K., Runeson, B., Valach, I. és mtsa: Contacts of suicide attempters with GPs prior to the venet: a comparison between Stockholm and Bern. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1997, 95, 94-99.
- 26 Andersen, U. A., Andersen, M., Rosholm, J. U. és mtsa: Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2000, 102, 126-134.
- 27 Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Brit J Psychiatry* 1998;173:462-474.
- 28 Isometsä, E. T., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J. és mtsai: The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *Am. J. Psychiatry*, 1995, 152, 919-92.
- 29 Owens, C., Lambert, H., Donovan, J. és mtsa: A qualitative study of help seeking and primary care consultation prior to suicide. *Brit. J. Gen. Pract.*, 2005, 516, 503-509.

- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65
- 30 Wolk-Wasserman, D.: Contacts of suicidal neurotic and prepsychotic/psychotic patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempts. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1987, 75, 358-372.
- 31 Voros, V., Fekete, S., Osvath, P.: Suicidal behaviour among patients visiting general practitioner. *Psychiatr. Danub.*, 2006, 18, 155.
- 32 Vörös V., Osváth P., Ruzsics I. és mtsai: Az öngyilkos viselkedés gyakorisága és jellegzetességei a családorvosi gyakorlatban. *Orv. Hetil.*, 2006, 6, 263-268.
- 33 Kutcher, S., Chehil, S.: *Suicide risk management: a manual for health professionals.* Blackwell Publishing, Oxford. 2007.
- 34 Voros, V., Osvath, P., Kovacs L. és mtsai: Screening for suicidal behaviour and mental disorders with Prime-MD Questionnaire in general practice. *Prim. Care Comm. Psychiatr.*, 2006, 11, 193-196.
- 35 Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, P. és mtsai: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur. Psychiatry*, 1997, 12, 224-31.
- 36 Balázs J., Bitter I.: A M.I.N.I. és a M.I.N.I. PLUSZ kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatr. Hung.*, 1998, 13, 160-168.
- 37 Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford; 1979.
- 38 Ringel E. The presuicidal syndrome. *Suicide Life Threat Behav* 1976;6(3):131-149.
- 39 Lonnqvist J. The Ervin Ringel memorial lecture – On suicide and mental illness: How right was Ringel? In: De Leo D, Schmidtke A, Diekstra RFW, editors. *Suicide prevention – a holistic approach.* Kluwer Academic Publisher; 1998.
- 40 Farberow NL, Shneidman ES. *The cry for help.* New York: McGraw-Hill Book Company; 1961.

- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65
- 41 Kézdi B. Tagadás és öngyilkosság. *Psychiatr Hung* 1988;3:15-23.
- 42 Kézdi B.: A negatív kód. Pannónia Könyvek, Pécs, 1995.
- 43 Erikson EH. *Identity: youth and crisis*. New York: WW Norton; 1968.
- 44 Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books; 1964.
- 45 Jacobson G. Time-limited crisis therapy. *American Journal of Psychiatry* 1965;121:1176-1182.
- 46 Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatr* 2007;20:17-22.
- 47 Rihmer Z, Akiskal H. Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord* 2006;94:3-13.
- 48 Rihmer Z. Prediction and prevention of suicide in mood disorders. *Int J Psychiat Clin Pract* 2007;11:296-297.
- 49 Rihmer Z., Kantor Z., Rihmer A., Seregi K.: Suicide prevention strategies – a brief review. *Neuropsychopharmacol. Hung.*, 2004, 6, 195-199.
- 50 Vuorilehto, M. S., Melartin, T. K., Isometsä, E. T.: Suicidal behaviour among primary-care patients with depressive disorder. *Psychol. Med.*, 2006, 36, 203-10.
- 51 Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Walinder J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet* 1995;345(8948):524.
- 52 Balazs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal KK, Akiskal HS. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implications for suicide prevention. *J Affect Disord* 2006;91:133-138.
- 53 Valtonen HM, Suominen K, Haukka J, Mantere O, Leppamaki S, Arvilommi P, et al. Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and II disorders. *Bipol Disord* 2008;10:588-596.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

54 Pompili M, Rihmer Z, Innamorati M, Lester D, Girardi P, Tatarelli R. Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders. *Expert Rev Neurother* 2009;9(1):109-136.

55 McGirr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, Benkelfat C, Lesage A, Turecki G. An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *J Affect Disord* 2007;97:203-209.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Levelező szerző:

Dr. Vörös Viktor

Pécsi Tudományegyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

H-7623 Pécs, Rét u. 2.

E-mail: [viktor.voros@aok.pte.hu](mailto:viktor.voros@aok.pte.hu)

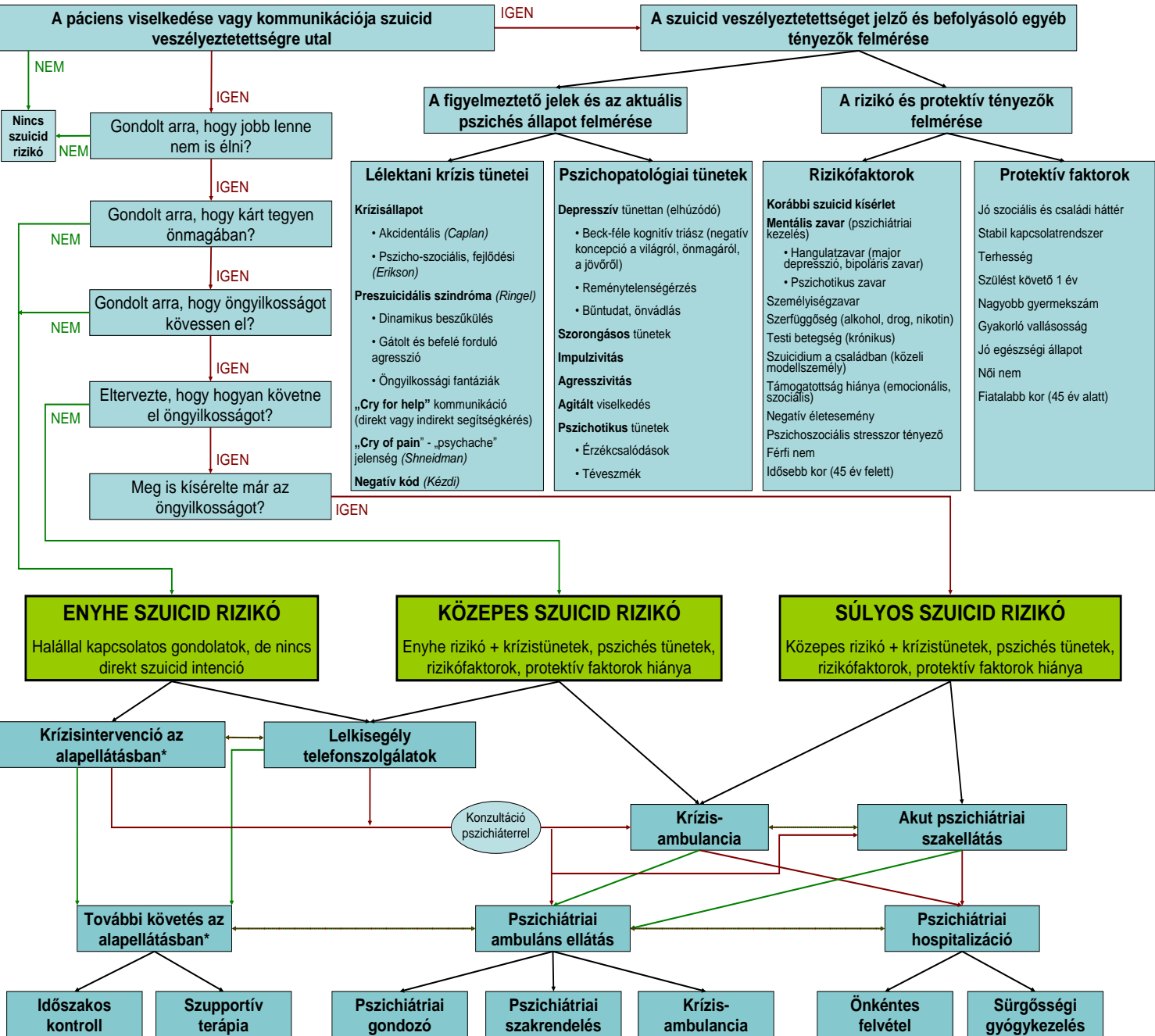
1. táblázat. Útmutató a kezelés megválasztásának módjára szuicid rizikóval, illetve szuicid magatartással jelentkező páciensek esetében

	1	2	3	4
<b>Szuicid kísérletet követően, ha a páciens...</b>		+		
pszichotikus	+			
kísérlete violens, vagy majdnem letális volt	+			
előkészületeket tett a megmentés elkerülése érdekében	+			
továbbra is szuicid terveket és/vagy intenciókat hangoztat	+			
feszültsége fokozódott és megbánta, hogy túlélte a kísérletet	+			
45 évesnél idősebb férfi	+			
nem rendelkezik megfelelő támogató családi és/vagy szociális közeggel	+			
impulzív, agitált, elutasító	+			
mentális állapota organikus hátterű akut eltérést mutat	+			
<b>Szuicid gondolatok jelenléte esetén, megkísérelt szuicidium nélkül, és...</b>			+	
a terv letalitása magas	+			
az intenció kifejezett	+			
pszichózissal társul		+		
major pszichiátriai betegség áll fenn		+		
korábbi szuicid kísérletek történtek (főleg, ha súlyosak)		+		
testi betegség társul hozzá (például tumor, gyulladás, neurológiai betegség)		+		
a további járóbeteg ellátással való együttműködés hiányzik		+		
ellenőrzött gyógyszeres, vagy ECT kezelésre van szükség		+		
további alaposabb obszervációra, vagy kivizsgálásra van szükség		+		
elégtelen a családi és/vagy a szociális támogatottság		+		
nem megfelelő az orvos-beteg kapcsolat és a további követés lehetősége		+		
a szuicid kísérlet kiváltó tényező hatására alakult ki			+	
a terv/módszer és az intenció alacsony letalitású			+	
Stabil és támogató környezetben él			+	
együttműködik a további járóbeteg kezeléssel, vagy már kezelés alatt áll			+	
nem súlyos korábbi kísérlet után, támogató közeg és együttműködés esetén				+
<b>Szuicid kísérlet és szuicid gondolatok/tervek/intenciók hiányában</b>				+
de a pszichiátriai vizsgálat, vagy az anamnézis akut szuicid rizikóra utal		+		

1. Általában pszichiátriai osztályos beutalás és kezelés szükséges
2. Pszichiátriai osztályos beutalás szükségessé válhat
3. Pszichiátriai sürgősségi ellátás utáni elbocsátás lehetséges (további ellátás javaslatával)
4. A járóbetegellátás hasznosabb lehet a hospitalizációnál

1. ábra. Az akut szuicid veszélyben lévő páciensek felismerése, értékelése és kezelése egy komplex, integratív szuicid prevenciók modell alapján

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65



This piece of the submission is being sent via mail.