

Az öngyilkossági rizikó becslése a klinikai gyakorlatban

A jelen kihívásai és a jövő perspektívái

Szabó János dr. ■ Vörös Viktor dr. ■ Molnár Csilla ■ Fekete Sándor dr.
Tényi Tamás dr. ■ Osváth Péter dr.

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ,
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

A szuicid cselekmény hátterében álló lélektani folyamatok vonatkozásában továbbra is kevés megbízható információval rendelkezünk, továbbá a szuicidrizikó-becslő skálák is csak korlátozott prediktív értékkel bírnak. A nemrégiben leírt, úgynevezett szuicidspecifikus szindrómák – mint az akut szuicid affektív zavar és a szuicidkrízis-szindróma – azonban új lehetőségeket nyitnak a szuicid viselkedés komplex értelmezéséhez és az öngyilkossági rizikó becsléséhez. Írásunkban összefoglaljuk a szuicid viselkedés kialakulását magyarázó korszerű elméleti megközelítéseket és a szuicid viselkedés előrejelzésének lehetőségeit, valamint a praeszuicidális pszichopatológiai tünetek pontos felmérését célzó modern értékelő eljárásokat, kiemelve a szuicidspecifikus szindrómákat és az azok mérőeszközeit használó empirikus kutatások eredményeit. A fenti szindrómákra vonatkozó PubMed adatbázis szisztematikus irodalmi áttekintése alapján mind a szuicid affektív zavarra, mind a szuicidkrízis-szindrómára vonatkozó eredmények pozitívak a szuicid kísérletek megjósolhatósága szempontjából, illetve korrelálnak más, hasonló kérdőívekkel. A szuicidspecifikus szindrómák és mérőeszközeik hatékonynak bizonyulnak az elméleti kutatásokban és a klinikai alkalmazhatóság terén a szuicid kísérletek megjósolása vonatkozásában is, így hazai adaptálásuk és alkalmazásuk javasolható.

Orv Hetil. 2022; 163(22): 863–870.

Kulcsszavak: öngyilkos magatartás, szuicidrizikó-becslés, szuicidspecifikus szindrómák, kérdőív

Suicide risk management in clinical practice

Current challenges and future perspectives

There is still little reliable information about the psychological processes underlying suicidal behaviour, and suicide risk assessment scales also have only limited predictive value. However, the recently described suicide-specific syndromes such as acute suicidal affective disorder (ASAD) and suicide crisis syndrome (SCS) open up new possibilities for a complex interpretation and prediction of suicidal behaviour. We briefly summarize modern theoretical approaches explaining the development of suicidal behaviour, the possibilities of predicting suicide risk, and contemporary methods of assessing pre-suicidal psychopathological symptoms, highlighting the suicide-specific syndromes and their screening tools. The results of the systematic review of the suicide-specific syndrome literature indicate that both the ASAD construct and the SCS may be helpful in predicting suicidal behaviour and they correlate with other similar questionnaires. Suicide-specific syndromes and the measurement tools are proven to be effective in theoretical research as well as in the field of clinical applicability in the prediction of suicidal behaviour, so their adaptation and application in Hungary may be recommended.

Keywords: suicidal behaviour, suicide risk prediction, suicide-specific syndromes, questionnaire

Szabó J, Vörös V, Molnár Cs, Fekete S, Tényi T, Osváth P. [Suicide risk management in clinical practice. Current challenges and future perspectives]. Orv Hetil. 2022; 163(22): 863–870.

(Beérkezett: 2021. december 22.; elfogadva: 2022. január 29.)

Rövidítések

ASAD = (acute suicidal affective disorder) akut szuicid affektív zavar; C-SSRS = (Columbia–Suicide Severity Rating Scale) Kolumbia–Öngyilkosság Súlyosság Értékelő Skála; DSM-5 = (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) Mentális rendellenességek körmeghatározó és statisztikai kézikönyve; ED-SAFE = (Emergency Department, Safety Assessment and Follow-up Evaluation) Sürgősségi Osztály, Biztonságossági Felmérő és Utánkövető Értékelés; IMV = (integrated motivational-volitional) integrált motivációs-akarati (modell); PHQ-9 = (Patient Health Questionnaire – 9 item) Betegek Egészségi Állapota Kérdőív – 9 tétel; RSD = (Risk for Suicide of Ducher Scale) Ducher Öngyilkossági Rizikó Skála; SBD = (suicidal behavior disorder) szuicid viselkedészavar; SCI = (Suicidal Crisis Inventory) Szuicid Krízis Kérdőív; SCS = (suicidal crisis syndrome) szuicidkrízis-szindróma; SSI = (Scale for Suicide Ideation) Szuicid Gondolatok Skála; STS = (Suicide Trigger Scale) Szuicid Trigger Skála

A 20. század második felében a szuicid viselkedésformák egyre növekvő gyakorisága komoly népegészségügyi problémát jelentett. Az elmúlt két évtizedben észlelt globális csökkenés ellenére még napjainkban is évente körülbelül 700 000 ember hal meg öngyilkosság következtében [1]. A fejlett nyugati országokban ez az egyik vezető halálok, mely főleg a 15–25 év közötti fiatalokat és az időseket érinti [2]. Magyarországon az elmúlt évtizedek csökkenő arányszámai ellenére még mindig magas az öngyilkosság gyakorisága [3]. Az öndestruktív viselkedésformák jelentőségét hangsúlyozza, hogy az öngyilkossági kísérletek száma megközelítőleg hússzorosa a halállal végződőknek, és az önpusztítás tragédiája családok millióit érinti [4]. Az elmúlt évszázadban észlelt növekvő szuicidiumgyakoriság háttérben számos tényező szerepe feltételezhető, mint például a mentális betegségek gyakoriságának növekedése vagy éppen a szociális média révén a csökkenő személyközi kapcsolatok száma az individualizálódó nyugati társadalmakban [2]. Az elmúlt két évben tapasztalt járványhelyzet hatása a szuicidiumrátákra pedig egyelőre még megjósolhatatlan, azonban egyre több kutatás utal arra, hogy a mentálhigiénés problémák és a szuicid viselkedés gyakoriságának ismételt növekedése várható [5, 6].

Napjainkban a szuicidológiai kutatások számos új megközelítést alkalmazva próbálják felderíteni az öndestruktív viselkedésformák háttértényezőit. Ennek következtében egyre több információ áll rendelkezésünkre a szuicid viselkedés etiológiai tényezőit és rizikófaktorait illetően. Ezek azonban az aktuális szuicid cselekmény háttérben álló lélektani folyamatok vonatkozásában kevés megbízható információval szolgálnak, így csak korlátozott prediktív értékkel bírnak. A mindennapi gyakorlat szempontjából elsődleges fontosságú az akut öngyilkossági rizikó pontos és megbízható értékelése és a praeszuicidális lelkiállapot pszichológiai-pszichopatológiai jellemzőinek komplex felmérése. Ez kiemelt jelentőséggel bír a veszélyeztetett páciensek kiszűrése és adekvát

ellátása szempontjából. A fentiek miatt egyre több kutatás tűzi ki célul a szuicid viselkedés hátterének és az öngyilkossági cselekmény kialakulásának megértését elősegítő komplex szuicidrizikó- és jóslómodellek kidolgozását, melyek alapján számos módszert, kérdőívet és becslőskálát dolgoztak ki. Előtérbe került például az úgynevezett „*machine-learning*” módszer alkalmazása, melynek segítségével különböző matematikai algoritmusok (például „*random tree*”) segítségével az egészségügyi adatbázisokban óriási, akár több százazres esetszámot használva kereshetnek új összefüggéseket [7, 8]. Napjainkban azonban még nem áll rendelkezésre olyan megbízható módszer, mellyel a szuicid cselekmény egyértelműen megjósolható lenne, mert az aktuális modellek prediktív értéke és gyakorlati hasznosíthatósága egyelőre csekélynek bizonyul [9].

Írásunkban összefoglaljuk a szuicid viselkedés kialakulását magyarázó korszerű elméleti megközelítéseket és a szuicid viselkedés előrejelzésének lehetőségeit. Ismertetjük a praeszuicidális lelkiállapot és pszichopatológiai tünettannal pontosabb leírását célzó szuicid-specifikus szindrómákat, illetve a PubMed adatbázis szisztematikus irodalmi áttekintése alapján az ezek felmérésére irányuló modern vizsgálóeljárásokkal kapcsolatos kutatásokat is.

A szuicid viselkedés komplex megközelítése

Napjaink öngyilkosság-kutatását a *komplex biopszichoszociális szemlélet* jellemzi, vagyis a biológiai-fiziológiai, pszichiátriai és pszichopatológiai jellemzők mellett figyelembe veszik a lélektani tényezőket, a szociális interperszonális és társadalmi-kulturális faktorokat is [10]. Ennek alapján számos korszerű modellt ismerünk, melyek az öngyilkos magatartás összetett háttérét megragadva próbálják bemutatni az önpusztításhoz vezető folyamat összefüggéseit.

Az egyik legelterjedtebb megközelítés, a *stresszvulnerabilitás-modell* exogén (környezeti) és endogén (a személyiségtől függő) tényezőket különít el [10]. Ez utóbbiak között olyan genetikai, neuroendokrin, személyiségbeli tényezők szerepelnek, melyek sérülékenyebbé teszik az egyént, és így bizonyos környezeti faktorok (mint például negatív életesemények, veszteségek, krízisek) következtében szuicid viselkedés alakulhat ki. A biopszichoszociális modell hasonló módon csoportosítja a rizikótényezőket és distalis (hajlamosító), fejlődési és proximalis (kiváltó) tényezőket különít el [11] (1. táblázat).

A rizikó- és vulnerabilitásmodellek mellett egyre nagyobb szerephez jutnak azok a megközelítések, amelyek magára az öngyilkosság folyamatára fókuszálnak, vagyis arra, hogyan lesz az öngyilkossági gondolatokból tett. Példaként említhetjük a *szuicid magatartás háromlépcsős modelljét*, mely az öngyilkossági tett végrehajtásának három fontos lépését emeli ki [12]: 1) az önpusztítás gondolata, mely a legtöbbször reménytelenséggel és fájdalommal jár; 2) hiányzik az összetartozás védőfaktora,

1. táblázat | Az öngyilkos magatartás distalis, proximalis és fejlődési tényezői [11]

Distalis (hajlamosító) tényezők	Fejlődési tényezők	Proximalis (kiváltó) tényezők
Kora gyermekkori negatív életesemények	Bizonyos személyiségvonások	Negatív életesemények, traumák
Epigenetikai tényezők	Addikciók	Aktuális pszichopatólógiai eltérések (például depresszió, reménytelenség stb.)
Genetikai háttér	Negatív (pesszimistikus) világlátás	
Pozitív családi anamnézis	Impulzív, agresszív személyiségvonások	Akut drog- vagy alkoholabúzus
	Kognitív deficit	

vagyis nem áll rendelkezésre a szociális támogatás; 3) kialakul az öngyilkosság megvalósításához szükséges állapot, illetve képesség (capability).

Az öngyilkos viselkedés *integrált motivációs-akarat* (*integrated motivational-volitional – IMV*) *modellje* is hasonló koncepcióra épül [13]. Eszerint különböző akarat moderátorok hatása által fordul a szuicid gondolat tettebe a következő folyamat során: Kudarc és csapdába esettség – Szuicid gondolat – Akarat moderátorok – Öngyilkossági cselekmény. Ilyen akarat moderátorok lehetnek az öngyilkosság módszeréhez és eszközeihez való hozzáférés, az öngyilkosságra való képesség, az elszántság (azaz már nem fél a haláltól), a csökkent fájdalomtolerancia, a tervezés, az impulzivitás, a mentális képzelet, valamint a múltban elkövetett öngyilkossági kísérlet [13].

Az öngyilkosság *interperszonális elmélete* szintén „*Ideation to Action*” keretben gondolkodik [14]. Ez a folyamatmodell magyarázatot ad arra, hogy a legtöbb esetben a szuicid készítés miért marad meg a gondolatok szintjén, és miért nem jut el a szuicid cselekmény végrehajtásáig. Ennek a modellnek az elemeit és az öngyilkosság folyamatát szemlélteti az 1. ábra.

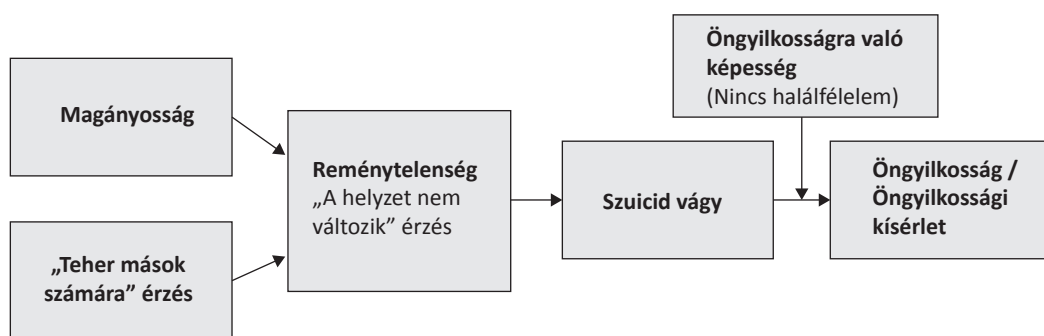
Ahogy a legtöbb pszichés jelenségnél, az öngyilkosságra vonatkozóan is megjelenik az evolúciós perspektíva. *Joiner és mtsai euszociális elmélete* az öngyilkosságot

tulajdonképpen sajátos evolúciós önfeláldozó mechanizmusként értelmezi [15].

Az öngyilkos viselkedés jelentősége és gyakorisága miatt szükségessé vált egy szuicidspecifikus diagnosztikus kategória bevezetése a pszichiátriai nomenklatúrába, illetve a mentális zavarokat osztályozó nagy diagnosztikai rendszerekbe [16]. A legújabb amerikai klasszifikáció, a DSM-5 rendszer függelékében már szerepel a *szuicid viselkedészavar* (*s suicidal behavior disorder – SBD*) a további kutatást indokoló állapotok között [17]. Kritériumai szerint az előző két évben történt öngyilkossági kísérlet esetében lehet megállapítani. Mindez önmagában azonban kevés információt jelent az öngyilkos viselkedés hátterére vonatkozóan (például mentális zavar, krízishelyzet stb.), és nem ad lehetőséget az akut rizikófaktorok és veszélyeztető tünetek felderítésére, valamint a jövőbeli szuicid viselkedés előrejelzésére sem [18–20]. Ez a kritérium (vagyis a két éven belüli öngyilkossági kísérlet), bár kétségtelenül jelentős rizikófaktor, de csupán egy múltbeli eseményt ír le, és nem ad információt az egyén aktuális állapotáról és az aktuális potenciális szuicid rizikó mértékéről [17].

A korszerű szuicidummodellek számos fontos rizikófaktorot feltártak, melyek összefüggésbe hozhatók a szuicid viselkedés kialakulásával. Hazánkban az egyik legelterjedtebb megközelítés a *rizikótényezők hierarchikus osztályozása*, mely *elsődleges* (pszichiátriai betegség, megelőző szuicid kísérlet, alacsony szerotoninaktivitás stb.), *másodlagos* (korai traumák, negatív életesemények, dohányzás stb.) és *harmadlagos* (férfinem, fejlődési krízisek időszaka, vulnérabilis periódusok stb.) rizikótényezőket különít el [21]. Ez a szempontrendszer fontos támpontokat ad a szuicid krízisben lévők számára nyújtott segítség célpontjainak és módszereinek meghatározásában (2. táblázat) [21].

A szuicid viselkedés előrejelzésével kapcsolatban azonban hangsúlyoznunk kell ennek objektív korlátait is. Ezek között a legfontosabb, hogy a populáció szintjén (szerencsére) ritka jelenség az öngyilkosság, valamint a gyakorlatban elterjedt mérőeszközök és rizikóskálák nem elég érzékenyek az önpusztítást megelőző lélektani változások pontos értékelésére. *Pokorny* klasszikus vizsgálataiból ismert, hogy a rizikóbecslés során magas volt a fals



1. ábra | Az öngyilkosság interperszonális elmélete [14]

2. táblázat | A szuicid rizikótényezők hierarchikus osztályozása [21]

Elsődleges rizikótényezők	Másodlagos rizikótényezők	Harmadlagos rizikótényezők
Jelenlegi vagy korábbi pszichiátriai betegség	Gyermekkori traumák	Férfinem
Korábbi öngyilkossági kísérlet	Tartós negatív életesemények	Kamaszkor / időskor
Személyiségzavar	Akut pszichoszociális stresszorok	Kisebbségi csoportokhoz tartozás
Súlyos szomatikus betegség	Agresszív, impulzív személyiségvonások	
Öngyilkosság a családi előzményekben	Erős dohányzás Ciklotim, irritábilis temperamentum	Vulnerábilis időszakok

negatív és pozitív esetek aránya is, vagyis gyakran nem jelezte a szuicid veszélyt, máskor pedig túlértékelte azt [22]. Mindezek alapján, illetve a szuicid eseményeknek a populációhoz képest relatíve alacsony aránya miatt még az igen magas szenzitivitással és specificitással bíró tesztek esetében sem várhatunk klinikailag releváns pozitív prediktív értéket. Más vizsgálatok is igazolták, hogy az általános rizikóbecslésen alapuló módszerek az akut öngyilkossági veszély felismeréséhez kevés megbízható támpontot nyújtanak, hiszen a szuicid tethez vezető folyamat utolsó fázisában elsősorban az aktuális pszichológiai és pszichopatológiai változások játszzák a főszerepet [23]. Az egyes (statikus) rizikófaktorok (mint például az elszorodott negatív életesemények, gyermekkori traumák, magányosság, személyiségjellemzők stb.) pusztán az egyéni vulnerabilitást jelzik. Bár a szuicidium szempontjából a (kezeletlen) mentális zavarok (elsősorban a major depresszió) és a korábbi öngyilkossági kísérlet jelentik a legfontosabb rizikófaktorokat, a depressziós páciensek többsége sohasem követ el öngyilkosságot élete során. Ezek a fontos klinikai adatok megbízhatóan jelzik a hosszú távú szuicid vulnerabilitást, azonban az akut veszélyeztetettségéről nem adnak információt [24]. Ezt egy 172 tanulmány adatait összegző metaanalízis is alátámasztotta, mely igazolta, hogy a múltbeli öngyilkossági gondolatok és viselkedés kockázatot jelent, de csekély a prediktív értékük az aktuális szuicid cselekmény bekövetkezésének vonatkozásában [25]. A szuicidrizikó-becslés másik fontos szempontja a szenzitivitás mellett (vagyis hogy milyen hatékonyan jelzi az öngyilkossági kockázat meglétét) a specificitása is, hogy el tudja-e különíteni az öngyilkossági veszélyt jelentő lelkiállapotot más pszichopatológiai eltérésektől [2].

A pszichiátriai gyakorlatban az aktuális szuicid rizikó pontos értékelése azért bír nagy jelentőséggel, mert ennek segítségével a szakember megbízható módon tudja kiszűrni az öngyilkossági veszélyben lévő pácienseket, és így a lehető legjobb ellátást tudja nyújtani számukra (például krízisintervenció, akut pszichiátriai osztályos felvétel stb.). Ennek segítségével elkerülhetővé válik a nem veszélyeztető állapotú páciensek sürgősségi osztá-

lyos kezelése, mely a beteg számára a személyiségi jogainak súlyos korlátozását jelentheti (aláásva a terápiás bizalmat), ráadásul megnöveli az egészségügyi költségeket is [2].

A leggyakrabban használt rizikóbecslő skálák áttekintése

A rizikófaktorok szuicidogen hatása, vagyis az, hogy a hajlamosító tényezők talaján egy adott időpillanatban fennáll-e az akut öngyilkossági veszély (azaz az adott személy már az öngyilkossági folyamat utolsó fázisába lépett, és már kész a gondolatot tette váltani), mindig az aktuális lélektani állapot kialakulását befolyásoló külső és belső tényezők függvénye. Ezért a modern rizikóbecslő skálák legfontosabb célkitűzése az aktuális pszichopatológiai állapot megbízható felmérése rutinszerűen alkalmazható módszer segítségével. Ebben az alfejezetben bemutatjuk a legelterjedtebb módszerek gyakorlati alkalmazásának lehetőségeit.

A rutin pszichiátriai vizsgálat során számos fontos rizikófaktorra fényt kell deríteni, ezeket az információkat a 3. táblázatban foglaltuk össze [2].

Ezen fontos rizikótényezők felderítése elengedhetetlen, de – ahogy ezt a korábbiakban részletesen is tárgyaltuk – önmagában nem elégséges az aktuális szuicid veszélyeztetettség pontos megállapításához. Erre az egyik legfontosabb rizikótényező, a korábbi szuicid kísérlet jelenthet szemléletes példát, hiszen a vizsgálatok eredményei szerint a befejezett öngyilkosságot elkövetők közel kétharmadának nem volt korábbi szuicid kísérlete az élete során a befejezett öngyilkosságot megelőzően [26].

A szuicid rizikó pontosabb értékelésére számos kérdőívet fejlesztettek és validáltak, annak érdekében, hogy a klinikusok hatékonyabban tudják megbecsülni az akut öngyilkossági kockázatot. Az *Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE)* azon páciensek számára készült, akik öngyilkossági kísér-

3. táblázat | A rutin pszichiátriai vizsgálat alapkérdései szuicid páciens vizsgálata során [2]

Jelenlegi és korábbi hangulatzavar (különös tekintettel a visszatérő depressziós epizódokra)	Alkoholfüggőség és szerhasználat	Családban előforduló öngyilkosság / kísérlet
Jelenlegi és korábbi önsértések	Jelenlegi halálvágy, szuicid gondolatok, szándék és tervek	Családi állapot
Korábbi és jelenlegi pszichiátriai diagnózisok és kezelések	Korábbi szuicid gondolatok és kísérlet	Szociális helyzet
Traumatikus életesemények, veszteségek	Családban előforduló mentális zavarok	Társas támogatottság
Foglalkozás, munkahely, egzisztenciális tényezők	Vallásosság, kulturális háttér	

let miatt a sürgősségi ellátásba kerülnek [27]. A *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* az egyik leggyakrabban használt öngyilkossági kockázatbecslő eszköz, mivel azonban felvétele több időt vesz igénybe, kevésbé népszerű a rutinszerű ellátásban, inkább klinikai kutatási célokra használják [28]. A múltbeli szuicid magatartásra és a jelenleg fennálló öngyilkos gondolatokra vonatkozó kérdések során ezek súlyosságát is értékelni kell, és a páciens válaszai mellett, magatartása alapján a klinikus felméri a veszélyeztető tünetek fennállását. A kutatások alapján evidenciákra alapuló (*evidence-based*) módszerként terjedt el a szuicid veszély értékelésére. A *Scale for Suicide Ideation (SSI)* a klinikus által kitöltendő, 19 tételes kérdőív, melyben a halálvágyra, az életben maradás motivációjára (az élni akarásra), az öngyilkos gondolatok időtartamára és intenzitására vonatkozó kérdések szerepelnek. Segítségével jól követhető a szuicid veszély alakulása a kezelés során [29]. A 9 tételes *Patient Health Questionnaire-t (PHQ-9)* alapvetően a depressziós tünetek súlyosságának értékelésére fejlesztették ki [30]. Az utolsó kérdés a halálvágyra és az önártalomra vonatkozik („Az elmúlt két hétben voltak-e olyan gondolatok Önben, hogy jobb lenne meghalni, vagy valamilyen módon kárt tenni önmagában?”). Ennek a kérdésnek a prediktív értékét elemző kutatások azonban ellentmondásos eredményekkel jártak [31, 32]. A *Risk for Suicide of DUCHER (RSD) Scale* kérdőív az öngyilkossági gondolatok súlyosságát értékeli [33]. Ebben a klinikus 10 fokozatú skálán becsüli meg a szuicid veszély súlyosságát (0 pont, ha a beteg nem gondol többet a halálra az átlagosnál; 10 pont – a szuicid tett már a küszöbön áll). Az egyes pontértékek jól mutatják, hogy a páciens a szuicid folyamat melyik fázisában van. Ez komoly segítséget nyújt a legmegfelelőbb ellátás megszervezésében. Hazánkban nagyon elterjedt a szuicid *rizikótényezők hierarchikus osztályozásán alapuló magyar becslőskála*, melynek kidolgozása *Rihmer és mtsai* nevéhez fűződik [34]. Előnye, hogy a rizikótényezőket különböző hangsúllyal veszi figyelembe a rizikó súlyosságát jelző összpontszám kialakítása során. Az elsődleges rizikótényezők 3 pontot, a másodlagosak 2 pontot, a harmadlagosak 1 pontot jelentenek. Ez a komplex megközelítés a védőfaktorokat is értékeli (ezek mínusz 1 pontot jelentenek), így számszerűen is megjelenik az öngyilkossági rizikót csökkentő hatásuk. *Rihmer és mtsai* kidolgozták a kérdőív rövidített, 6 tételes verzióját is, mely sokkal egyszerűbben használható a mindennapi gyakorlatban, és így hatékonyan egészíti ki a rutin pszichiátriai vizsgálatot. Sikeresen igazolni alkalmazhatóságát, mivel segítségével elkülöníthető volt egymástól a szuicid és a nem szuicid pszichiátriai betegek csoportja, valamint a kontrollszemélyek [34].

A kérdőívekkel kapcsolatban az egyik leggyakoribb kritika, hogy validitásokat csak a klinikus benyomásai támasztják alá annak megítélésében, hogy a páciens mennyire megbízható és szavahihető. Ez az óhatatlan szubjektivitás azonban szintén hibás döntések alapját képezheti [35].

Az öngyilkossághoz vezető lelkiállapot korszerű értelmezése és felmérésének lehetőségei

Ahogy korábban is hangsúlyoztuk, az akut szuicid veszély a legtöbbször rendkívül gyorsan alakul ki (sokszor órák, napok, legfeljebb egy-két hét alatt), ezért nagyon fontos a veszélyeztető lelkiállapot jellemzőinek és a kialakulás dinamikájának pontos felmérése. Ennek érdekében az elmúlt években amerikai kutatók két olyan szuicidspecifikus tünetcsoportot írtak le – az *akut szuicid affektív zavart* [36] és a *szuicidkrízis-szindrómát* [16] –, melyek segítséget nyújthatnak az öngyilkossági veszély felismerésében. A szuicidspecifikus szindrómákkal kapcsolatos empirikus vizsgálatokat feldolgozó tanulmányok szisztematikus irodalmi keresésének és áttekintésének eredményeit az alábbiakban mutatjuk be röviden.

Az *akut szuicid affektív zavar (acute suicidal affective disorder, ASAD)* meghatározása azon alapul, hogy a szuicid kísérletet megelőző pszichés tünetek nagyon rövid idő alatt alakulnak ki, így ezen felgyorsuló dinamika elemeinek azonosítása révén előre jelezhetővé válik a szuicid cselekmény. Fő összetevői: a szuicid intenciók gyors felerősödése napok vagy órák alatt; a szociális izoláció (súlyos szociális visszahúzódás, társaságkerülés, annak érzése, hogy mások számára terhet jelent); a saját magától való elidegenedés (önutálat, lelki fájdalom); a reménytelenség a helyzet javulásával kapcsolatban; valamint az arousal fokozódása (agitáció, irritabilitás, insomniák, rémálmok). A tünetek azonosítására és súlyosságuk pontos felmérésére egy 28, majd később egy 15 tétel tartalmazó skálát dolgoztak ki. A kérdőívek validitását, más, korábban validált skálákkal való összefüggését, valamint az ASAD-tünetek más pszichiátriai zavaroktól való elkülönítését számos vizsgálatban igazolták, egészségesek és mentális zavarokkal küzdők populációjában egyaránt [19, 20, 37]. Ennek mélyebb feltárása érdekében készítettünk egy szisztematikus irodalmi áttekintést azzal a céllal, hogy felmérjük az ASAD mérőeszközeinek hatékonyságát az empirikus kutatások alapján. A PubMed adatbázisa az *acute suicidal affective disturbance* kifejezésre 12 találatot adott ki (2021. 12. 13-án). Ebből a 12-ből 9 empirikus kutatás, a többi elméleti áttekintő tanulmány [20, 36–43]. (Szerk. megj.: Ezen kutatások szisztematikus listáját és a vizsgálatok részleteit a Szerzők nagy terjedelmű táblázatban foglalták össze, melyet az érdeklődőknek készséggel megküldünk.)

A másik, újonnan leírt tünetcsoport, a *szuicidkrízis-szindróma (suicidal crisis syndrome, SCS)* affektív és kognitív diszregulációval járó praeszuicidális lelkiállapot, mely a reális vagy képzelte fenyegetésre adott kognitív és érzelmi reakciókat foglalja magában [44]. Ezek a tünetek váratlanul jelentkeznek, amikor az egyén sem elviselni nem tudja a körülményeket, sem elmenekülni nem tud a helyzetből (mint például a munkahely vagy fontos személyek elvesztése, szerelmi kapcsolatok megszakadása stb.). Az SCS kulcstünetei közé tartozik az a tartós

vagy visszatérő érzés, hogy az egyén az elviselhetetlen helyzet csapdájába esett, mellyel sem megbirkózni, sem belőle kilépni nem képes, és a halál látszik az egyetlen kiútnak, hogy megszabaduljon a gyötrelmekről. Így egyre inkább uralkodóvá válnak a halállal és az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok, és gyakoriak a direkt szuicid ideációk is. További fontos jellemzői a társul affektív tünetek (depresszió, kétségbeesés, pánikszzerű szorongás, lelki fájdalom, akutan kialakuló örömtelenség), a kognitív folyamatok feletti kontroll elvesztése (ruminatio, kognitív rigiditás és beszűkülés, a negatív gondolatok elnyomására tett kísérletek) és a problémamegoldó kapacitás beszűkülése, valamint a hiperarousalhoz társuló változások (agitáció, hipervigilancia, irritabilitás, insomnia). Ezen tünetek gyorsan alakulnak ki és tartósan fennállnak, vagy visszatérően jelentkeznek. Gyakran társul szociális izoláció, mely tovább növeli a szuicid cselekmény rizikóját. *Galynker és mtsai* [24] az SCS mérésére dolgozták ki a *Suicide Crisis Inventory-t* (SCI), vagy korábbi elnevezésében a *Suicide Trigger Scale-t* (STS) [45]. Ez a 49 tételes kérdőív 5 alskálába csoportosította a szindróma legfontosabb tüneteire vonatkozó kérdéseket: csapdába esettség, pánik-disszociáció, ruminatív gondolkodás, érzelmi fájdalom és halálfélelem. Az empirikus vizsgálatok eredményei szerint ez a skála a magas rizikójú pszichiátriai betegek populációjában jóval markánsabb prediktív értékkel bírt a szuicid magatartás vonatkozásában a hazabocsátást követő kritikus hetekben, mint a tradicionális rizikófaktorok [24, 46]. (Szerk. megj.: Ezen empirikus kutatások részleteit a Szerzők nagy terjedelmű táblázatban foglalták össze, melyet az érdeklődőknek készséggel megküldenek.) Ebben a vonatkozásban a teszt csapdába esettség érzésének alskálája volt a legfontosabb. Számos vizsgálat igazolta az SCS tüneteinek belső koherenciáját [44], hiszen ezek a tünetek erősen kapcsolódnak egymáshoz [47]. A csapdába esettség érzése és a ruminatív gondolatokkal való elárasztódás erősen korrelált a többi tünettől, így az előbbi a szindróma központi kritériumának bizonyult [47]. Egy másik kutatás eredményei alapján is a csapdába esettség érzése és a mentális fájdalom bizonyult kulcstünetnek, melyeknek közvetlen szerepük van a szuicid gondolatok és a komplex tünettől más összetevőinek (mint például ruminatio, pánik, halálfélelem) kialakulásában [48]. A kérdőívnek már egy 60 tételes verziója is publikálásra került (SCI-2), melynek kiváló a belső konzisztenciája, jó a konvergencia, a diszkrimináció és a konkrét validitása is [49], azonban lényegesen hosszabb az előző verzióhoz, ez pedig némileg korlátozza rutinszerű alkalmazhatóságát.

Az önkitöltő teszt mellett egy tünetmentesítő kérdőív is készült, melyben a pácienssel lefolytatott interjú során értékeli a klinikus az SCS tüneteit [50]. Ennek validitását igazoló empirikus adatok azonban még nem állnak rendelkezésre.

Az SCS mérőeszközhöz hasonlóan is végeztünk egy szisztematikus irodalmi áttekintést. Ennek során a PubMed adatbázis a „suicidal crisis syndrome” kifejezésre 18

találattal adott. Ebből a 18-ból 13 empirikus kutatás [8, 44–49, 51–56]. (Szerk. megj.: Ezen kutatások szisztematikus listáját és a vizsgálatok részleteit a Szerzők nagy terjedelmű táblázatban foglalták össze, melyet az érdeklődőknek készséggel megküldenek.)

Megbeszélés és kitekintés

A társadalmi és népegészségügyi prevenciók lehetőségei mellett a szuicid viselkedés megelőzése szempontjából a pszichiátriai ellátás diagnosztikus és terápiás hatékonyságának növelése bír a legnagyobb jelentőséggel. Sajnos napjainkban még számos hiányosság tapasztalható a szuicid rizikó felismerése és a páciensek adekvát ellátása vonatkozásában [57]. Ezért a modern szuicidológiai kutatások egyik legfontosabb célja az akut öngyilkossági veszély lélektani hátterének pontosabb felderítése. Írásunkban áttekintettük a szuicid viselkedés kialakulását magyarázó korszerű elméleteket és az öngyilkossági rizikó felismerése érdekében alkalmazott kérdőíveket. A tudományos igazolt rizikóbecslés pontos és rutinszerű kivitelezése jelenti a legjobb lehetőséget a szuicid veszély megbízható felmérésére és hatékony megoldására. A rizikófelmérő módszereknek a klinikai gyakorlatban való rutinszerű alkalmazása azonban számos nehézséggel jár. A praeszuicidális pszichopatológiai eltérések (mint például érzelmi és kognitív beszűkültség, tagadás stb.) miatt nem könnyű releváns információkat szerezni és megbízhatóan felmérni a páciens aktuális lelkiállapotát [58]. Ezeknek a skáláknak a kitöltése sokszor bonyolult, körülményes és időigényes, ráadásul gyakran nem rendelkeznek a megfelelő szenzitivitással vagy specificitással. A statikus rizikófaktorok felmérése pedig pusztán az egyéni vulnerabilitást jelzi, vagyis hogy egy adott páciens esetében mekkora valószínűséggel következik be öndestruktív viselkedés az élete során. Arról azonban nem adnak információkat, hogy mely események hatására és mikor következik be az a lélektani állapot (*state*), amikor a *vonás* (*trait*) jellegű szuicid veszélyeztetettség tragikus cselekvésbe fordul.

Ezen nehézségek megoldása érdekében vezették be az öngyilkosságot megelőző lelkiállapotot leíró új, szuicid-specifikus kórisztémát. Ezek legnagyobb előnye, hogy lehetővé teszik a praeszuicidális tünetek sajátosságainak és dinamikájának részletes felmérését, és ennek alapján pontosabban tervezhetőek meg azok a segítségnyújtási lehetőségek, melyekkel megelőzhetővé válik az önpusztítás. A részletesen bemutatott vizsgálatok igazolták, hogy a *szuicidspecifikus tünetcsoportok* (az *akut szuicid affektív zavar* és a *szuicidkrízis-szindróma*) alapján kidolgozott kérdőívek egy klinikailag is jól használható transzdiagnosztikus algoritmus alapját képezik a fenyegető szuicid veszély felismerésére. Ez komoly előrelépést jelent az öngyilkossági krízis jellemzőinek megismerésében és – a klasszikus rizikófaktorokon túl – a szuicid rizikó pontosabb értékelésében, a szuicid viselkedés

eredményesebb predikciójában és a hatékonyabb segítségnyújtásban is [17–19, 59, 60].

Napjainkban még mindig kevés empirikus kutatás vizsgálta ezen rizikóbecslő skálák alkalmasságát és gyakorlati felhasználásuk lehetőségeit. Az akut pszichiátriai pácienseknél a szuicid gondolatok gyakran nem kerülnek felismerésre, ezért egyre nagyobb szükség van a klinikusok számára is könnyen használható mérőeszközökre [58]. Éppen ezért kutatócsoportunk célul tűzte ki ezen kérdőívek magyar változatának elkészítését és a korábban használt rizikóbecslő skálákkal való összehasonlítását. Úgy gondoljuk, hogy kutatásunk eredményei egy olyan – a mindennapi gyakorlatban is jól használható – rizikó-felmérő eszköz kidolgozását teszik lehetővé, mely nagymértékben javítja az öngyilkossági rizikó felmérésének hatékonyságát. Ez komoly előrelépést jelent a szuicid veszélyben lévő pácienseink kiszűrésében és adekvát kezelésében egyaránt.

Következtetés

Összefoglalva megállapítható, hogy az előzőekben tárgyalt, szuicidspecifikus szindrómák pontosan meghatározott tüneti kategóriák alkalmazásával lehetővé teszik a szuicid veszélyt eredményező lelkiállapot részletesebb leírását. Ráadásul a tüneti klasszifikáción túl, az aktuális érzelmi állapot validált tesztekkel való objektív mérésére is lehetőséget nyújtanak. Ez a transzdiagnosztikus megközelítés pedig nemcsak az öngyilkossági rizikó pontosabb értékelését teszi lehetővé, de a modern szuicidológiai kutatás elősegítésével hozzájárulhat a szuicid viselkedés – ma még kevésbé ismert – aspektusainak megismeréséhez is.

Anyagi támogatás: A kézirat elkészítése anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: Sz. J., V. V., O. P.: Irodalomgyűjtés, a kézirat egyes fejezeteinek megírása. M. Cs.: Adatgyűjtés, rendszerezés. F. S., T. T.: Szakmai véleményezés, szakmai konzultáció.

Érdekltségek: T. T. a Kiválósági Centrum Pályázat támogatásával dolgozik (Felsőoktatási Intézményi Kiválósági Program). A szerzőknek nincsenek egyéb érdekltségeik.

Irodalom

- [1] World Health Organization. Suicide. Geneva, 17 June 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [accessed: January 22, 2022].
- [2] Ryan EP, Oquendo MA. Suicide risk assessment and prevention: Challenges and opportunities. *Focus (Am Psychiatr Publ.)* 2020; 18: 88–99.
- [3] Németh A, Döme P, Drótos G, et al. Statistics on completed suicides committed in Hungary in the period between 2000 and 2019. [A 2000 és 2019 közötti időszakban Magyarországon elkövetett, befejezett öngyilkosságok statisztikai elemzése.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 1283–1296. [Hungarian]
- [4] Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers* 2019; 5: 74.
- [5] Osváth P, Bálint L, Németh A, et al. Changes in suicide mortality of Hungary during the first year of the COVID–19 pandemic. [A magyarországi öngyilkossági halálozás változásai a COVID–19-járvány első évében.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 1631–1636. [Hungarian]
- [6] Osváth P. Psychological outcome of COVID–19 pandemic. How can we prepare to a psychodemic crisis? [A COVID–19-pandémia mentálhigiénés következményei. Hogyan tudunk felkészülni a pszichodémiás krízisre?] *Orv Hetil.* 2021; 162: 366–374. [Hungarian]
- [7] Simon GE, Johnson E, Lawrence JM, et al. Predicting suicide attempts and suicide deaths following outpatient visits using electronic health records. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 951–960.
- [8] Parghi N, Chennapragada L, Barzilay S, et al. Assessing the predictive ability of the Suicide Crisis Inventory for near-term suicidal behavior using machine learning approaches. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2021; 30: e1863.
- [9] Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, et al. Prediction models for suicide attempts and deaths: a systematic review and simulation. *JAMA Psychiatry* 2019; 76: 642–651.
- [10] Osváth P, Fekete S, Vörös V. Suicide-specific syndromes and new perspectives at discovering the suicide risk. [Szuicid-specifikus szindrómák és új szempontok az öngyilkossági rizikó felmérésében.] *Psychiatr Hung.* 2020; 35: 126–135. [Hungarian]
- [11] Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016; 387: 1227–1239.
- [12] Klonsky ED, May AM. The Three-Step Theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the “Ideation-to-Action” framework. *Int J Cogn Ther.* 2015; 8: 114–129.
- [13] O’Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2018; 373: 20170268.
- [14] Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010; 117: 575–600.
- [15] Joiner TE, Hom MA, Hagan CR, et al. Suicide as a derangement of the self-sacrificial aspect of eusociality. *Psychol Rev.* 2016; 123: 235–254.
- [16] Galynker I, Yaseen ZS, Cohen A, et al. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: the suicide crisis inventory. *Depress Anxiety* 2017; 34: 147–158.
- [17] Voros V, Tenyi T, Nagy A, et al. Crisis concept re-loaded? – The recently described suicide-specific syndromes may help to better understand suicidal behavior and assess imminent suicide risk more effectively. *Front Psychiatry* 2021; 12: 598923.
- [18] Joiner TE, Simpson S, Rogers ML, et al. Whether called acute suicidal affective disturbance or suicide crisis syndrome, a suicide-specific diagnosis would enhance clinical care, increase patient safety, and mitigate clinician liability. *J Psychiatr Pract.* 2018; 24: 274–278.
- [19] Rogers ML, Chu C, Joiner T. The necessity, validity, and clinical utility of a new diagnostic entity: acute suicidal affective disturbance. *J Clin Psychol.* 2019; 75: 999–1010.
- [20] Stanley IH, Rufino KA, Rogers ML, et al. Acute suicidal affective disturbance (ASAD): a confirmatory factor analysis with 1442 psychiatric inpatients. *J Psychiatr Res.* 2016; 80: 97–104.
- [21] Rihmer Z. Strategies of suicide prevention: focus on health care. *J Affect Disord.* 1996; 39: 83–91.
- [22] Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 249–257.
- [23] Carter G, Milner A, McGill K, et al. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 387–395.

- [24] Galynker I, Yaseen ZS, Cohen A, et al. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: the suicide crisis inventory. *Depress Anxiety* 2017; 34: 147–158.
- [25] Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016; 46: 225–236.
- [26] Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, et al. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 1094–1100.
- [27] Miller IW, Camargo CA Jr, Arias SA, et al. ED-SAFE investigators. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE study. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 563–570.
- [28] Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1266–1277.
- [29] Beck AT, Brown GK, Steer RA. Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behav Res Ther*. 1997; 35: 1039–1046.
- [30] Gilbody S, Richards D, Brealey S, et al. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2007; 22: 1596–1602.
- [31] Simon GE, Rutter CM, Peterson D, et al. Does response on the PHQ-9 Depression Questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? *Psychiatr Serv*. 2013; 64: 1195–1202.
- [32] Na PJ, Yaramala SR, Kim JA, et al. The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *J Affect Disord*. 2018; 232: 34–40.
- [33] Kwiatkowski F, Ducher JL. Evaluation of the risk for suicide with the RSD Scale of Ducher. *Biomed J Sci Tech Res*. 2018; 12: 9035–9042.
- [34] Rihmer Z, Dóme P, Gonda X, et al. Assessing suicide risk based on a hierarchical classification of risk factors. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2017; 19: 131–136. [Hungarian]
- [35] Waern M, Kaiser N, Renberg ES. Psychiatrists' experiences of suicide assessment. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 440.
- [36] Tucker RP, Michaels MS, Rogers ML, et al. Construct validity of a proposed new diagnostic entity: acute suicidal affective disturbance (ASAD). *J Affect Disord*. 2016; 189: 365–378.
- [37] Rogers ML, Chiurliza B, Hagan CR, et al. Acute suicidal affective disturbance: factorial structure and initial validation across psychiatric outpatient and inpatient samples. *J Affect Disord*. 2017; 211: 1–11.
- [38] Rogers ML, Anastis JC, Harrop TM, et al. Examination of MM-PI-2-RF substantive scales as indicators of acute suicidal affective disturbance components. *J Pers Assess*. 2017; 99: 424–434.
- [39] Rogers ML, Joiner TE. Lifetime acute suicidal affective disturbance symptoms account for the link between suicide-specific rumination and lifetime past suicide attempts. *J Affect Disord*. 2018; 235: 428–433.
- [40] Rogers ML, Joiner TE. Interactive effects of acute suicidal affective disturbance and pain persistence on suicide attempt frequency and lethality. *Crisis* 2019; 40: 413–421.
- [41] Rogers ML, Hom MA, Joiner TE. Differentiating acute suicidal affective disturbance (ASAD) from anxiety and depression symptoms: a network analysis. *J Affect Disord*. 2019; 250: 333–340.
- [42] Buckner JD, Lewis EM, Tucker RP. Mental health problems and suicide risk: the impact of acute suicidal affective disturbance. *Arch Suicide Res*. 2020; 24(Suppl 1): 303–313.
- [43] Kinkel-Ram SS, Grunewald W, Bodell LP, et al. Unsound sleep, wound-up mind: a longitudinal examination of acute suicidal affective disturbance features among an eating disorder sample. *Psychol Med*. 2021; 1–9.
- [44] Yaseen ZS, Hawes M, Barzilay S, et al. Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome: an acute presuicidal state. *Suicide Life Threat Behav*. 2019; 49: 1124–1135.
- [45] Cohen LJ, Ardan F, Yaseen Z, et al. Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. *Suicide Life Threat Behav*. 2018; 48: 613–623.
- [46] Barzilay S, Assounga K, Veras J, et al. Assessment of near-term risk for suicide attempts using the suicide crisis inventory. *J Affect Disord*. 2020; 276: 183–190.
- [47] Bloch-Elkouby S, Gorman B, Schuck A, et al. The suicide crisis syndrome: a network analysis. *J Couns Psychol*. 2020; 67: 595–607.
- [48] Li S, Yaseen ZS, Kim HJ, et al. Entrapment as a mediator of suicide crises. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 4.
- [49] Bloch-Elkouby S, Barzilay S, Gorman BS, et al. The revised suicide crisis inventory (SCI-2): validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *J Affect Disord*. 2021; 295: 1280–1291.
- [50] Calati R, Nemeroff CB, Lopez-Castroman J, et al. Candidate biomarkers of suicide crisis syndrome. What to test next? A concept paper. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2020; 23: 192–205.
- [51] Cohen LJ, Gorman B, Briggs J, et al. The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav*. 2019; 49: 413–422.
- [52] Pia T, Galynker I, Schuck A, et al. Perfectionism and prospective near-term suicidal thoughts and behaviors: the mediation of fear of humiliation and suicide crisis syndrome. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 1424.
- [53] Cohen LJ, Mokhtar R, Richards J, et al. The narrative-crisis model of suicide and its prediction of near-term suicide risk. *Suicide Life Threat Behav*. 2021 Nov 11. Doi: 10.1111/sltb.12816. [Epub ahead of print]
- [54] Flint J, Cohen L, Nath D, et al. The association between the suicide crisis syndrome and suicidal behaviors: the moderating role of personality traits. *Eur Psychiatry* 2021; 13; 64: e63.
- [55] Ying G, Chennapragada L, Musser ED, et al. Behind therapists' emotional responses to suicidal patients: a study of the narrative crisis model of suicide and clinicians' emotions. *Suicide Life Threat Behav*. 2021; 51: 684–695.
- [56] McMullen L, Parghi N, Rogers ML, et al. The role of suicide ideation in assessing near-term suicide risk: a machine learning approach. *Psychiatry Res*. 2021; 304: 114118.
- [57] Torous J, Walker R. Leveraging digital health and machine learning toward reducing suicide – from panacea to practical tool. *JAMA Psychiatry* 2019; 76: 999–1000.
- [58] Høyen KS, Solem S, Cohen LJ, et al. Non-disclosure of suicidal ideation in psychiatric inpatients: rates and correlates. *Death Stud*. 2021 Feb 14. 1–9.
- [59] Rogers ML, Galynker II, Yaseen ZS, et al. An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: acute suicidal affective disturbance and suicide crisis syndrome. *Psychiatric Annals* 2017; 47: 416–420.
- [60] Schuck A, Calati R, Barzilay S, et al. Suicide crisis syndrome: a review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav Sci Law* 2019; 37: 223–239.

(Vörös Viktor dr.,
Pécs, Rét utca 2., 7623
e-mail: voros.viktor@pte.hu)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)