

Depresszió, szorongás és az öngyilkos magatartás. Felismerés és ellátás

RIHMER Zoltán, BLAZSEK Péter, HARGITTAY Csenge, KALABAY László, TORZSA Péter

DEPRESSION, ANXIETY AND SUICIDAL BEHAVIOR. RECOGNITION AND CARE

A depressziós és szorongásos betegségek gyakoriságuk és visszatérő jellegük miatt komoly problémát jelentenek mind a pszichiátriai, mind a háziiorvosi praxisban. Gyakori komplikációikkal együtt (öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet, másodlagos alkoholizmus/drogbetegség, fokozott cardiovascularis és cerebrovascularis morbiditás és mortalitás, munkahely elvesztése, szociális izoláció stb.) jelentős egyéni, családi és összetársadalmi terhet jelentenek. Közleményünkben áttekintjük a depressziós és szorongásos betegségekben esetlegesen észlelhető, klinikailag feltárható öngyilkossági rizikó- és protektív faktorokat, valamint a suicidális betegek felismerésének és ellátásának főbb szempontjait. A rendelkezésre álló gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiák segítségével a depressziós és szorongásos betegségek döntő többsége sikeresen kezelhető és a velük kapcsolatos öngyilkos magatartás az esetek döntő többségében megelőzhető. Ebben – és elsősorban az öngyilkossági rizikó felismerésében – a pszichiátereken kívül jelentős szerep jut a háziorvosoknak is.

Depression and anxiety disorders are major problems both in psychiatric and in general practice because of their frequency and recurring character. Owing to their common complications (suicide, suicide attempts, secondary alcoholism / drug disease, increased cardiovascular and cerebrovascular morbidity and mortality, loss of work, social isolation, etc.) they are the cause of significant individual, family and social burdens. In our paper we review the clinically revealable suicide risk and protective factors that can be observed in depression and anxiety disorders as well as the main aspects of the recognition and care of suicidal patients. With available medicines and non-pharmacological therapies, the vast majority of depressive and anxiety patients can be successfully treated and in most cases we can prevent suicidal behavior associated with these diseases. Besides psychiatrists general practitioners as well play a significant role in preventing suicidal behavior and in the recognition of suicide risk.

**depresszió, szorongás,
öngyilkos magatartás,
felismerés, háziorvos**

**depression, anxiety,
suicidal behavior,
recognition, family physician**

dr. RIHMER Zoltán: Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika és Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet/Semmelweis University, Department of Psychiatry and Psychotherapy, National Psychiatric and Addictological Institute, Budapest
dr. BLAZSEK Péter: Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Pszichiátriai Gondozó/National Psychiatric and Addictological Institute, Budapest
dr. HARGITTAY Csenge, dr. KALABAY László, dr. TORZSA Péter (levelező szerző/correspondent): Semmelweis Egyetem, ÁOK, Családorvosi Tanszék/Faculty of Medicine, Department of Family Medicine; H-1125 Budapest, Kútvolgyi út 4. E-mail: ptorzsa@gmail.com

Érkezett: 2017. november 5.

Elfogadva: 2018. június 6.

Az észlelhető unipoláris major depresszió a populációban 15–17%-os, és a bipoláris (I + II) betegség az 1,3–5%-os élettartam-prevalenciájával a leggyakoribb és potenciálisan a leginkább életveszélyes pszichiátriai kórképek közé tartozik. A szorongásos betegségek prevalenciája az unipoláris major depresszió gyakoriságával nagyságrendjében azonos. Ezen betegségek

gek pontprevalenciája a háziiorvosi praxisban körülbelül 10-12% és nagyon gyakran a kétféle (hangulati és szorongásos) betegség együtt fordul elő (1–5). Sajnos a depressziós és szorongásos betegek jelentős hányada nem részesül megfelelő kezelésben. Ez főleg az öngyilkosságban meghalt vagy öngyilkossági kísérletet elkövetett személyekre igaz, akiknek több mint 90%-a leg-

alább egy DSM-IV/5 szerint kórismézett pszichiátriai betegségben szenved a cselekmény idején; a leggyakoribb diagnózisok: major depressziós epizód (56–87%), addiktív betegségek (26–55%) és szkizofrénia (6–13%). Krónikus testi betegség az esetek 15–35%-ában van jelen. A komorbid szorongásos betegség és a személyiségzavar szintén gyakori, de legtöbbször major depresszióval vagy addiktív, illetve testi betegséggel együtt (3,5–11) jár, és ilyenkor a szorongásos betegség jelenléte szignifikánsan növeli az öngyilkos magatartás esélyét (1, 6, 7).

Mivel a depressziós, szorongásos, addiktív és szkizofrén betegek döntő többsége sohasem lesz öngyilkos és közel felük sohasem kísérel meg suicidiumot, ez arra utal, hogy a pszichiátriai betegségeken túl más tényezők is szerepet játszanak benne. Az öngyilkos magatartás rendkívül összetett jelenség, amely – bár különböző mértékben és súllyal – számos biológiai, pszichológiai, pszichoszociális és kulturális komponenssel involvál. A befejezett öngyilkosság és a kísérlet nem különül el élesen egymástól: az öngyilkosságban meghaltak több mint egyharmadának már volt legalább egy megelőző suicid kísérlete, és az első öngyilkossági kísérlet több mint 50-szeresére növeli a befejezett suicidium esélyét (3, 4, 8–11).

Közleményünkben a depressziós és szorongásos betegségekben esetlegesen fellépő suicid veszély felismerésének és ellátásának szempontjait foglaljuk össze. Mivel írásunk nem elméleti továbbképző közlemény, mellőzzük a suicid magatartással kapcsolatos legújabb molekuláris genetikai és neurobiológiai kutatások eredményeinek ismertetését (12, 13) és kizárólag csak a klinikailag feltárható suicid rizikó és protektív faktorok ismertetésére szorítkozunk. Mivel a befejezett öngyilkosságra, illetve a kísérletre utaló rizikófaktorok (különösen depressziós és szorongásos betegeknél) nem különülnek el élesen egymástól, és mivel a megelőző suicid kísérlet a befejezett öngyilkosság legerősebb prediktora (3, 10–16), az öngyilkosságra, illetve az öngyilkossági kísérletre utaló, klinikailag feltárható rizikófaktorokat együtt ismertetjük.

Klinikailag feltárható öngyilkossági rizikófaktorok depressziós és szorongásos betegségekben

Depressziós betegeknél a legnagyobb rizikó a bipoláris zavar depressziós epizódja és az unipoláris major depresszió (3, 17–19). Szorongásos betegség (komorbid depresszió nélkül) esetén a

suicid rizikó csak kismértékben fokozott, de a szorongásos állapotokat gyakran kísérő komorbid depresszió markánsan növeli azt. A suicid magatartás (befejezett öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet) gyakorisága a bipoláris betegek körében a legnagyobb mind klinikai mintákban (4, 19, 20), mind az epidemiológiai vizsgálatok során (1, 7, 21).

Az öngyilkos magatartás affektív betegeknél az esetek 75–80%-ában súlyos major depresszió alatt, míg 10–15%-ban kevert affektív epizódban észlelhető és csak rendkívül ritka eufóriás mániában és a depresszió vagy a kevert epizód gyógyulása után (3, 9, 17, 19, 22, 23). A suicid veszély tehát affektív betegeknél állapot- és súlyosságfüggő jelenség, és az adott affektív epizódok korai felismerése és eredményes kezelése a suicid prevenció nélkülözhetetlen eszköze. Ugyanakkor – mint jeleztük – a depressziós betegek döntő többsége (mintegy 80–85%-a) nem öngyilkosság miatt hal meg, és körülbelül 50%-uk sohasem kísérel meg suicidiumot. Ezért nemcsak a depresszió ön maga, hanem a depresszió speciális klinikai jellemzői (súlyos, agított, szorongásos, insomniás depresszió), valamint egyéb pszichiátriai-orvosi (komorbid pszichiátriai és testi betegségek), pszichoszociális (életeseemények) és pszichológiai, személyiségbeli (cyclothym, irritábilis, szorongásos, agresszív, impulzív személyiségvonások) tényezők és protektív faktorok is jelentős szerepet játszanak benne. Testi betegségekhez (cardiovascularis, cerebrovascularis, mozgásszervi, tumoros kórképek) gyakran társul depresszió, illetve szorongás vagy definitív szorongásos betegség, és ilyenkor az utóbbiakat is feltétlenül kezelni kell. Ennek elmaradása esetén a testi betegségek kevésbé reagálnak az egyébként adekvát terápiára (3, 9, 24, 25).

A depressziós, illetve szorongásos epizódok alatt észlelhető öngyilkossági rizikófaktorok

Depressziós betegeknél a két legfontosabb suicid rizikófaktor a súlyos depressziós epizód és a megelőző suicid kísérlet, különösen akkor, ha a betegnél reménytelenség, önvádások, szorongás, insomniá, agitáció, étvágy- és testsúlycsökkenés, illetve pszichotikus tünetek, valamint egyidejűleg fennálló krónikus testi betegség észlelhető. A befejezett öngyilkosságok több mint egyharmadánál valamilyen szorongásos betegség is fennáll, de majdnem mindig csak mint komorbid állapot, és a szorongásos zavar, mint egyetlen diagnózis, öngyilkosok között ritka (3, 9, 22,

26–28). A szorongással kísért reménytelenség érzése különösen alarmírozó suicid rizikófaktor (22, 29). Az agitált (pszichomotoros nyugtalansággal jellemzett) depressziós epizód szintén markánsan növeli a suicid kockázatot (19, 28, 30–32). Pánikbetegknél, illetve egyéb szorongásos zavarokban, mint például poszttraumás stresszbetegség, a suicid rizikó akkor kifejezetten magas, ha a hosszú távú lefolyás során komorbid major depresszió is kialakul (1, 7, 14, 29, 33).

A major depressziós betegeknek az esetek több mint 50%-ában van aktuálisan jelen komorbid szorongásos betegség, és ez, valamint a komorbid addiktív betegség, súlyos testi betegség, valamint az akut alkoholos állapot – akár nem alkoholistáknál is – szintén fontos suicid rizikófaktoroknak tekintendők (1, 3, 6, 8, 14–16, 34, 35). A depresszióval gyakran szövődő szorongásos állapotok, illetve insomnia hamar és eredményesen csökkenthetők anxiolyticumok (elsősorban nagypotenciálú benzodiazepinek) adásával, ezért ezen készítményeknek fontos szerepük van az akut suicid veszély elhárításában (29). Mivel a depressziós betegségek sikeres akut és hosszú távú kezelése lényegesen (több mint 80%-kal) csökkenti a befejezett öngyilkosság és a további suicid kísérletek esélyét (36), a megfelelő terápia és gondozás hiánya szintén suicid rizikófaktornak tekinthető.

A depressziós, illetve szorongásos betegség megelőző lefolyásával kapcsolatos öngyilkossági rizikófaktorok

Ezen tényezők közül a legfontosabb a megelőző suicid kísérlet, különösen, ha a beteg violens (drasztikus, például akasztás, magasból való leugrás, lőfegyver stb.) (3, 4, 9). Egyéb történetileg feltárható rizikófaktorok: korai betegségkezdés (9, 15, 20), rapid ciklusú lefolyás, dominánsan depressziós vagy kevert epizódok, szorongásos tünetek (3, 19, 34, 36), valamint a nemrég történt kórházi elbocsátás (14, 27, 37) szintén komoly alarmírozó jelek.

Személyiségvonásokkal összefüggő öngyilkossági rizikófaktorok

Néhány személyiségjegy – például az agresszív, impulzív személyiségvonások, illetve a pesszimizmus – lényegesen növeli a suicid rizikót, ha az illetőnél a későbbiekben major affektív epizód alakul ki (14, 27, 39). A depressziós betegeknek

észlelhető markáns cyclothym, depresszív, szorongásos és irritábilis affektív temperamentum szintén fokozza a suicid magatartás esélyét mind gyermekkori (40), mind felnőttkori major depresszióban (10, 25, 41).

Az egyéni és családi kórelőzménnyel összefüggő öngyilkossági rizikófaktorok

Az egyéni anamnézisben feltárható suicid rizikófaktorok közül a kora gyermekkori negatív élet események (szülő halála, izoláció, fizikai vagy szexuális abúzus) (3, 12, 34, 39), a tartósan fennálló stresszorok (munkanélküliség, izoláció), valamint az akut pszichoszociális stresszorok (veszteségek, gyász, súlyos anyagi problémák) (3, 9, 14, 16, 34) a legfontosabbak depressziós betegeknek, különösen akkor, ha egyéb öngyilkossági rizikófaktorok is detektálhatók.

Az első- vagy másodfokú rokonok között történt befejezett öngyilkosság szintén fontos suicid rizikófaktor (3, 9, 14, 34). A suicid magatartás családi halmozódása részben független a depressziótól, illetve egyéb pszichiátriai betegségtől és valószínűleg az agresszív, impulzív személyiségvonások is meghatározó szerepet játszanak (14, 42). A tárgyalt suicid rizikófaktorok közül gyakran egynél több is jelen van, és minél több rizikófaktor áll fenn, annál nagyobb az öngyilkossági veszély. A depressziós és szorongásos betegeknek klinikailag feltárható suicid rizikófaktorok az 1. táblázatban láthatók.

Öngyilkosság szempontjából protektív tényezők

A nagyszámú suicid rizikófaktoral szemben viszonylag kevés olyan tényezőt ismerünk, amelyek a suicid magatartás szempontjából protektív hatásúak. A jó családi és szociális támogatás, a terhesség és post partum időszak, a nagy gyermekszám, az aktív (nem formális) vallásosság, valamint a halálos suicid módszerek visszaszorítása, illetve elérhetőségük korlátozása (a kevésbé toxikus pszichotrop szerektől egészen a vasúttárolásokon, hidakon stb. a megfelelő védőkorlát kialakításáig), és a szigorúbb fegyvertartási, alkohol- és drogstratégia bizonyítottan protektív hatású (4, 11, 43–45). Ami a depresszió egyes specifikus tüneteit jelenti, a hypersomnia és fokozott étvágy szintén protektív hatású (26), akárcsak a hyperthym temperamentum (10, 25, 41). Az affektív betegek megfelelő akut és hosszú távú (gyógyszeres és pszichoterápiás) keze-

1. táblázat. Klinikailag feltárható suicid rizikófaktorok depresszióban és szorongásos betegeknél

1. A depressziós vagy szorongásos epizód során észlelhető suicid rizikófaktorok
a) Súlyos major depressziós epizód, súlyos akut szorongásos állapot
– Megelőző öngyilkossági kísérlet, öngyilkossági gondolatok, szándék, terv
– Megelőző mánia vagy hipománia (bipoláris I, illetve II diagnózis)
– Reménytelenség, önvádolás, pesszimizmus, életuntagság, végrendelkezés stb.
– Agitáció, depressziós kevert állapot, heves szorongásos tünetek, insomniá, étvágy- és testsúlycsökkenés
– Komorbid Axis I (addiktív, szorongásos) betegség, akut alkoholhatás
– Komorbid (krónikus) testi betegségek
– Hiányzó orvosi, szociális, illetve családi támogatás
– A kezelés megkezdésének első napjai/hetei (különösen, ha a megfelelő felügyelet hiányzik)
b) Kevert affektív epizód (mániás és depressziós tünetek egy időben)
2. A depressziós és szorongásos betegség megelőző lefolyásával kapcsolatos rizikófaktorok
– Megelőző suicid kísérlet (főleg, ha violens)
– Korai (20 év alatti) betegségkezdés, bipoláris betegségben dominálónan depressziós lefolyás
– Depresszió, illetve bipoláris betegség esetén rapid ciklusú lefolyás
– Komorbid alkoholabúzus, alkoholdependencia
3. Személyiségjegyekkel összefüggő suicid rizikófaktorok
– Agresszív, impulzív, pesszimista személyiségvonások
– Cyclothym, depressziós, szorongásos és irritábilis temperamentum
4. Az egyéni élettörténettel és a családi anamnézissel összefüggő suicid rizikófaktorok
– Korai negatív életesemények (szülő halála, válása, fizikai vagy szexuális abúzus)
– Aktuálisan fennálló negatív élethelyzet vagy élethelyzetek (munkanélküliség, anyagi nehézségek, özvegy, elvált, szociális izoláció, súlyos, krónikus testi betegség)
– Akut pszichoszociális stresszorok (akut veszteségek, gyász, anyagi katasztrófa)
– Öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet az 1. és/vagy 2. fokú rokonoknál

lése, a betegek folyamatos gondozása és akut suicid krízis esetén a megfelelő krízisintervenció szintén protektív hatású (9, 23, 29, 36).

A suicidális betegek ellátásának főbb szempontjai

Bár az öngyilkos magatartás a populációban – szerencsére – ritka, ennél sokkal gyakoribb a pszichiátriai betegek között, akik közül sokan fel is keresik az egészségügyi ellátás különböző szintjeit az öngyilkos esemény előtti hetekben vagy hónapokban. Az öngyilkosságban meghaltak 70-75%-a keresi fel a háziorvosi szolgálatot a halálát megelőző évben, míg az utolsó négy hét során ez az arány 40-45%, de az orvoshoz fordulás fő oka legtöbbször valamilyen testi betegség vagy panasz (9, 46, 47). Ugyanakkor a betegek kevesebb mint fele jelzi suicid szándékát környezeté felé, azt is gyakran csak indirekt utalások formájában (48), ezért a rejtett suicid intenciók kérdőívek segítségével történő feltárása is segít-

seget nyújthat. Fontos annak hangsúlyozása, hogy a speciális, az aktuális öngyilkossági készítés feltárására szolgáló kérdőívek megbízhatósága távolról sem 100%-os és nem helyettesítik a legjobb eredményt adó kompetens klinikai interjút (49, 50). Ezen tények az egészségügyi dolgozók fontos szerepét jelzik az – akár rejtett – öngyilkossági rizikó feltárásában és a veszélyeztetettek ellátásában. Mivel a képzett egészségügyi személyzet csak azokon tud segíteni, akik segítséget kérnek, a depresszióval és az öngyilkosság megelőzhetőségével kapcsolatos lakossági felvilágosítás (írott és elektronikus sajtó) szintén nagyon fontos. Nem elegendő tudni, hogyan kell gyógyítani a depressziót vagy a szorongásos betegséget, azt is meg kell szervezni, hogy a beteg eljusson az orvoshoz és kapja meg a megfelelő kezelést. Az öngyilkossági rizikófaktorok ismerete (1. táblázat), valamint a háziorvosok számára kidolgozott depresszió és suicid veszély felismerési algoritmus (51) segít a veszélyeztetettek kiszűrésében és a megfelelő terápiás stratégia kidolgozásában, sokszor még az első

öngyilkos cselekmény előtt. A major depresszióra kifejezetten veszélyeztetettek közel 50%-os szenzitivitással azonosíthatók a házi-orvosi gyakorlatban a családi anamnézis adatai alapján is: azoknál, akiknél az első- vagy másodfokú rokonok között befejezett öngyilkosság fordult elő, a betegek 50%-a major depresszióban szenved (52). Ezt az anamnesztikus adatot fontos lenne rögzíteni a törzskartonban. Az akut öngyilkossági veszélyt mutató beteg azonnali pszichiátriai hospitalizációt igényel, míg a suicid gondolatokkal/szándékkal küszködők feltétlenül pszichiátriai (ambuláns vagy osztályos) kezelésbe irányítandók (51). A megfelelő akut és hosszú távú farmakoterápia (unipoláris depresszió esetén antidepresszívumok, szorongásos betegségekben, illetve depresszió és komorbid szorongás esetén nagypotenciálú benzodiazepinek + anti-

depresszívumok, esetleg lítium) több mint 80%-kal csökkenti a suicid magatartást. Insomnia esetén – ami igen gyakori depresszióban és szorongásos kórképekben – nagy figyelmet kell szentelni az alvás rendezésére; ilyenkor a napközben alkalmazott nagypotenciálú benzodiazepinek (például alprazolam) este adott nagyobb adagjával könnyen elérhetjük a kívánt hatást. Depresszió és szorongás igen gyakran társul krónikus testi betegségekhez, de ha a pszichiátriai komponens kezeletlen marad, a testi betegségek sem reagálnak kellően a nekik megfelelő terápiára. A gyógyszeres kezeléssel együtt alkalmazott pszichoszociális intervenciók tovább fokozzák a hatást (29, 36, 53, 54). A suicidális betegek felismerésében és ellátásában a pszichiáterek és házi-orvosok, illetve egyéb szakterület orvosainak együttműködése elengedhetetlen.

Irodalom

1. Szádóczy E, Vitrai J, Rihmer Z, et al. Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *Eur Psychiatry* 2000;15:610-7.
2. Rihmer Z, Angst J. Mood disorders – Epidemiology. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition, (Eds.: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p. 1645-53.
3. Hawton K, Sutton L, Haw C, et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005;66:693-704.
4. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar disorders and recurrent depression. New York: Oxford University Press; 2007.
5. Rihmer Z, Gonda X, Eöry A, et al. A depresszió szűrése az alapellátásban Magyarországon és ennek jelentősége az öngyilkosság megelőzésében. *Népegészségügy* 2011;89:355-62.
6. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, et al. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: Propensity score matching in two epidemiological samples. *Depression and Anxiety* 2013;30:947-54.
7. Sareen J, Houlihan T, Cox BJ, et al. Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the national comorbidity survey. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:450-4.
8. Balázs J, Lecrubier Y, Csizsér N, et al. Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: Importance of the first episode and of bipolar II diagnosis. *J Affect Disord* 2003;76:113-9.
9. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:17-22.
10. Rihmer A, Rózsa S, Rihmer Z, et al. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord* 2009;116:18-22.
11. Blazsek P, Wernigg R. Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2015.
12. Mann JJ, Currier D. Relationships of genetics and early-life experience to the neurobiology of suicidal behavior. In: The International Handbook of Suicide Prevention (Eds: O'Connor R, Pirakis J). Chichester: John Wiley and Sons; 2016. p. 150-69.
13. Van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry* 2014;1:63-72.
14. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016;387:1227-39.
15. Simon GE, Hunkeler E, Fireman B, et al. Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipol Disord* 2007;9:526-30.
16. Dejong TM, Overholser JC, Stockmeier CA. Apples to oranges? A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord* 2010;124:90-7.
17. Rihmer Z, Pompili M. Mood disorders: Suicidal behavior. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th edition (Eds.: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p. 1667-75.
18. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *Brit J Psychiatry* 1997;170:205-28.
19. Valtonen HM, Suominen K, Haukka J, et al. Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and bipolar II disorders. *Bipol Disord* 2008;10:588-96.
20. Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. Suicidal status during antidepressant treatment in 789 Sardinian patients with major affective disorder. *Acta Psychiat Scand* 2008;118:106-15.
21. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiat* 1999;56:617-26.
22. Sokero P, Eerola M, Rytsala H, et al. Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness. *J Affect Disord* 2006;95:95-102.
23. Tondo L, Lepri B, Baldessarini R. Suicidal risk among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiat Scand* 2007;116:419-28.
24. Balázs J, Benazzi F, Rihmer Z, et al. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implications for suicide prevention. *J Affect Disord* 2006;91:133-8.
25. Innamorati M, Rihmer Z, Akiskal H, et al. Cyclothymic temperament rather than polarity is associated with hopelessness and suicidality in hospitalized patients with mood disorders. *J Affect Disord* 2015;170:161-5.
26. McGirr A, Renaud J, Seguin M, et al. An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: A psychological autopsy study. *J Affect Disord* 2007;97:203-9.

27. *Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, et al.* Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Amer J Psychiatry* 2004;161:1433-41.
28. *Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, et al.* Agitated „unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: Implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord* 2005;85:245-58.
29. *Fawcett J.* The anxiety disorders, anxiety symptoms and suicide. In: *Wasserman D.* Suicide: an unnecessary death. London: *Martin Dunitz*; 2001. p. 59-63.
30. *Benazzi F.* Mood patterns and classification in bipolar disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:1-8.
31. *Goldberg J, Perlis RH, Bowden CL, et al.* Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: Findings from the STEP-BD. *Amer J Psychiatry* 2009;166:173-81.
32. *Azorin J-M, Kaladjian A, Adida M, et al.* Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: Findings from a French National Cohort. *Compr Psychiatry* 2009;50:115-20.
33. *Rihmer Z, Belső N, Barsi J.* Suicid magatartás ambulánsan kezelt pániakbetegeknél. *Psychiat Hung* 1994;9:549-53.
34. *Leverich GS, Altshuler L, Frye MA, et al.* Factors associated with suicide attempts in 684 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry* 2003;64:506-15.
35. *Sher L, Oquendo MA, Richardson-Vejlgaard R, et al.* Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *J Psychiat Res* 2009;43:901-5.
36. *Rihmer Z, Gonda X.* Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 2013;37:2398-403.
37. *Valenstein M, Kim HM, Ganoczy D, et al.* Higher-risk for suicide among VA patients receiving depression treatment: Prioritizing suicide prevention efforts. *J Affect Disord* 2009;112:50-8.
38. *Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, et al.* Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episode. *Bipol Disord* 2007;9:206-12.
39. *Sarchiapone M, Jaussent I, Roy A, et al.* Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior – via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *Eur Psychiatry* 2009;24:57-62.
40. *Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, et al.* Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2005;85:181-9.
41. *Pompili M, Rihmer Z, Akiskal HS, et al.* Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology* 2008;41:313-21.
42. *Kim CD, Seguin M, Therrien N, et al.* Familial aggregation of suicidal behavior: A family study of male suicide completers from the general population. *Amer J Psychiatry* 2005;162:1017-9.
43. *Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, et al.* Lower risk of suicide during pregnancy. *Amer J Psychiatry* 1997;154:122-3.
44. *Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, et al.* Religious affiliation and suicide attempt. *Amer J Psychiatry* 2004;161:2303-8.
45. *Driver K, Abed R.* Does having offspring reduce the risk of suicide in women? *Int J Psychiat Clin Pract* 2004;8:25-9.
46. *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;159:909-16.
47. *Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, et al.* Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med* 2014;29:870-7.
48. *Pompili M, Murri MB, Patti S, et al.* The communication of suicidal ideation: A meta-analysis. *Psychol Med* 2016;46:2239-53.
49. *Large M, Kaneson M, Myles N, et al.* Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients? Heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS One* 2016;11(6):e0156322.
50. *Quinlivan L, Cooper J, Meehan D, et al.* Predictive accuracy of risk scales following self-harm: Multicentre, prospective cohort study. *Brit J Psychiat* 2017;210:429-36.
51. *Rihmer Z, Torzsa P.* A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 2016;21:584-9.
52. *Torzsa P, Rihmer Z, Gonda X, et al.* Family history of suicide: A clinical marker for major depression in primary care practice? *J Affect Disord* 2009;117:202-4.
53. *Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, et al.* Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in Five countries. *Bull World Health Organization* 2008;86:703-9.
54. *Rihmer Z, Döme P, Gonda X.* Antidepressant response and subthreshold bipolarity in “unipolar” major depressive disorder – Implications for practice and drug research. *Int J Psychopharmacology* 2013;33:449-52.