

CHAPITRE 16

Comment réduire le risque suicidaire ?

L. Amat, C. Lemey, M. Walter

1 Introduction

Le taux de suicide aboutit en population générale en 2012, tous âges et sexes confondus, était estimé autour de 1,4 % dans le monde selon l'OMS (2012) et autour de 1,6 % en France selon le dernier rapport de 2018 de l'Observatoire national du suicide (ONS 2018). Concernant la schizophrénie, selon les dernières estimations, environ 5 % (Palmer et al. 2005) des patients meurent par suicide, constituant la première cause de mortalité prématurée dans cette population. Ce risque est majoré lors de la phase précoce des troubles, particulièrement lors du PEP, mais également chez les patients considérés à risque de transition psychotique, les études retrouvant une prévalence comparable, voire supérieure, d'idées et de comportements suicidaires.

2 Patients présentant un PEP

Les épisodes aigus constituent des phases où le risque suicidaire est particulièrement élevé, non seulement au cours de la prise en charge de ces patients mais également à la sortie des hospitalisations, avec une période de vulnérabilité qui serait maximale dans les premières semaines après le retour au domicile, et plus globalement dans l'année qui suit (Gavaudan et al. 2006). Le risque de suicide aboutit serait alors pratiquement doublé, avec un taux de tentatives de suicide de près de 10 %. Notons que la plupart des travaux concernent des populations de patients pour lesquels un diagnostic de schizophrénie sera posé par la suite, mais qu'un PEP peut évoluer secondairement vers un trouble bipolaire ou demeurer isolé, sans évolution vers un trouble schizophrénique.

2.1 Facteurs de risque suicidaire

Les facteurs de risque de tentative de suicide chez les sujets présentant un PEP sont regroupés dans le tableau 16.01. Ils se fondent avec ceux repérés en population générale et dans la schizophrénie au sein des différents travaux sur le sujet (Nordentoft et al. 2015 ; Ventriglio et al. 2016).

Les antécédents personnels de tentatives de suicide apparaissent comme le principal facteur de risque suicidaire avec les troubles dépressifs. Ces derniers concerneraient 17 à 83 % de cette population avec une prévalence majorée dans l'année suivant l'épisode psychotique (Coentre et al. 2017).

Concernant des points discutés tels que la qualité de l'*insight*, de plus en plus d'études se penchent sur le sujet. Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus quant à sa définition, variable au travers des différents champs théoriques psychiatriques. D'un point de vue clinique, l'*insight* correspond à la conscience de l'état morbide de son fonctionnement psychique, à l'aptitude à repérer les phénomènes mentaux dits anormaux et à reconnaître la nécessité d'une prise en charge thérapeutique. Un défaut d'*insight* est ainsi considéré comme une inadéquation entre le jugement que porte le sujet sur ses troubles et celui porté par le praticien. Il semblerait que selon la qualité de cet *insight*, le risque suicidaire soit plus ou moins élevé. La variabilité des résultats pourrait être en lien avec le moment d'évaluation de l'*insight* et du risque suicidaire associé. Un *insight* de qualité pourrait constituer un facteur de risque suicidaire initial (le sujet percevant les perturbations de son état, pouvant en appréhender les conséquences) mais devenir protecteur dans le cadre de la mise en place d'une prise en charge (Barrett et al. 2015).

TABLEAU 16.01. Facteurs de risque suicidaire chez les patients présentant un PEP.

Sociodémographiques	Anamnestiques	Sémiologiques	Psychologiques	Thérapeutiques
<ul style="list-style-type: none"> - Sexe masculin - Jeune âge - Ethnie caucasienne - Isolement socioaffectif : <ul style="list-style-type: none"> - célibat, - absence d'emploi, - nulliparité chez les femmes - Stigmatisation^a 	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels de conduites suicidaires - Antécédents familiaux de conduites suicidaires - Début insidieux - Évolution chronique - Retard à la prise en charge (ou plus longue durée de psychose non traitée) - Deuil récent (dans les 6 mois). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression - Conduites addictives - Symptômes positifs^a - Syndrome extrapyramidal - Fonctionnement global altéré 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de désespoir - Impulsivité - <i>Insight</i> de qualité et cognition préservée^a 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge hospitalière - Compliance^a - Neuroleptiques classiques (de première génération)^a

^a Existence de travaux contradictoires ou discutés dans la littérature.

Concernant les symptômes positifs, la plupart des travaux concernent des populations de patients pour lesquels un diagnostic de schizophrénie a été posé par la suite et ne retrouvent pas toujours les symptômes positifs comme significativement associés à une majoration du risque suicidaire ; cependant, leurs méthodologies diffèrent (Pompili et al. 2011). Dernièrement, une étude (Bornheimer 2018) menée sur une population de patients présentant un PEP retrouvait les symptômes positifs comme reliés à une majoration des idées suicidaires, mais davantage de travaux semblent nécessaires.

Par la suite, une fois débutée la prise en charge du PEP, d'autres éléments constitueront des facteurs de risque de suicide comme la répétition des hospitalisations, d'autant que celles-ci sont brèves ou sous la contrainte.

2.2 Pistes de prise en charge

Le suicide étant une complication majeure d'épisodes psychotiques, sa prévention doit faire partie intégrante de la prise en charge des patients.

Le thérapeute devra d'emblée rechercher les facteurs de risque suicidaire présents ou les situations pouvant favoriser leur développement ; explorer cliniquement et de façon explicite le risque suicidaire lui-même régulièrement au cours des entretiens. Il pourra s'aider d'échelles dans cette évaluation s'il le souhaite (par exemple les items concernant le suicide dans la BPRS). Certains des facteurs de risque suicidaire ne sont pas modifiables (genre, âge, etc.), d'autres en revanche doivent faire l'objet d'une prise en charge s'ils sont repérés, comme des conduites addictives ou encore des effets indésirables thérapeutiques, mais surtout des troubles dépressifs. Il faudra également veiller à limiter dans la mesure du possible l'accès aux moyens létaux.

L'édition 2016 des recommandations australiennes pour la prise en charge des psychoses précoces (regroupant des patients à risque de transition psychotique et ceux présentant un PEP) (Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis 2016) repère certaines phases au cours desquelles le risque suicidaire est plus important et où les soignants devraient se montrer particulièrement attentifs à son évaluation : la période de transition vers une psychose constituée, la phase initiale de récupération après un épisode psychotique, les rechutes précoces, lors de fluctuations rapides de l'état psychique, avant toute permission ou à la sortie du service lors d'une hospitalisation, à la suite du moindre passage à l'acte autoagressif et dans les suites d'une perte, d'un deuil.

Lors du suivi ultérieur, il conviendra de rester attentif à tout événement potentiellement déstabilisant survenant au sein de la vie du patient ou de sa prise en charge, et pouvant influencer le risque suicidaire (perte d'un proche, déménagement, changement de psychiatre référent, etc.). Dans ce domaine, la place des aidants (familiaux, soignants) est primordiale. Des travaux suggèrent de transmettre une information spécifique autour du risque suicidaire aux familles des patients traversant un épisode psychotique (Fedyszyn et al. 2014), les proches pouvant constituer une sentinelle en dehors des périodes de consultations ou d'hospitalisation. Ces recommandations découlent du constat que la plupart

des gestes suicidaires surviennent au domicile familial et que, dans près d'un tiers des cas, un proche découvre le suicidant durant ou peu après son passage à l'acte et déclenche les secours.

L'intérêt de la délivrance systématique de « cartes de crise » aux patients est également évoqué. Ces dernières comportent les coordonnées et horaires des personnes ou centres ressource adaptés sollicitables en contexte de crise suicidaire. Dans ces situations de détresse émotionnelle, les capacités de jugement et de prise de décision rationnelle sont altérées et peuvent mener à une difficulté d'envisager d'autres recours que le suicide. Les cartes pourraient faciliter la recherche d'aide dans ces moments et éviter un passage à l'acte impulsif. Dans cette continuité, des études suggèrent même la préparation d'un « plan de crise » en cas d'apparition ou majoration d'idées suicidaires, où serait inscrite la démarche à suivre pour tenter d'apaiser la situation (par exemple, essayer de me distraire en allant marcher, écouter de la musique, me dire que cela est déjà arrivé et ne vas pas durer, retranscrire mes pensées par écrit, prendre un traitement si besoin, appeler le service, etc.) (Nordentoft et al. 2015).

Il semble important de ne pas négliger l'intérêt des facteurs de protection (individuels, familiaux et environnementaux) dont la recherche et la valorisation pourrait constituer une piste de prévention jusqu'à ce jour peu explorée en tant qu'objet central dans la littérature (cf. chapitre 1).

Nous mentionnerons également le développement, ces dernières années, de systèmes de prévention faisant de plus en plus appel aux nouvelles technologies chez des personnes ayant effectué des passages à l'acte autoagressifs (recontact téléphonique par appels ou messages texte SMS par exemple). Ces dernières offrent des premiers résultats encourageants en population générale mais n'ont pas été étudiés spécifiquement chez les patients présentant un PEP (Berrouiguet et al. 2014).

Pharmacologie

Les neuroleptiques atypiques sont actuellement le traitement utilisé en première intention dans les PEP, leur effet sur le risque suicidaire demeure cependant difficile à démontrer en tant que tel. Ils sont mieux tolérés que les molécules plus anciennes, permettraient également une meilleure compliance ultérieure et, par leur action thérapeutique, influeraient sur certains autres facteurs de risque suicidaire (par exemple en permettant l'abrasion de symptômes positifs). À ce jour, aucun traitement pharmacologique n'est spécifiquement recommandé dans le cadre de la prévention suicidaire lors d'un PEP.

À noter que les recommandations australiennes sus-citées suggèrent la prescription privilégiée de clozapine dans une visée de prévention suicidaire ; néanmoins, les études ont été pour la plupart menées chez des patients souffrant de schizophrénie avérée, avec des résultats parfois contradictoires, la clozapine demeurant par ailleurs un traitement de seconde intention aux vues de ses effets secondaires potentiellement graves.

Rejoignant les stratégies préventives en cas de prescription médicamenteuse, le praticien devra se montrer attentif au mode de délivrance. Le risque de gestes

autoagressifs consistant en une ingestion médicamenteuse volontaire n'étant pas négligeable, il faudra s'assurer que le patient dispose de la quantité de médicaments évaluée comme la plus appropriée, faisant éventuellement appel à une délivrance contrôlée (par exemple via un passage infirmier au domicile).

Interventions psychothérapeutiques et psychosociales

Peu de travaux s'intéressent spécifiquement à la question de l'impact de telles thérapeutiques sur le risque suicidaire lors d'un PEP. D'une manière générale, cette période des troubles, teintée d'instabilité, apparaît peu propice à la proposition initiale d'autres thérapeutiques que les thérapies de soutien, dans une relation empathique qui offrirait aux patients la possibilité de discuter le plus librement possible de leurs difficultés.

L'intérêt de l'apprentissage de techniques de gestion du stress, d'appréhension des relations interpersonnelles et de résolution de problèmes est questionné à la lueur de l'efficacité pouvant être retrouvée en population générale (ONS 2018). Les situations de crise suicidaire pouvant découler d'une accumulation de difficultés, de conflits, ruptures, etc., auxquelles le patient ne saura faire face.

Citons le protocole de thérapie cognitive et comportementale LifeSPAN (Power et al. 2003), constitué d'une dizaine de sessions orientées vers la prévention suicidaire chez des personnes ayant connu un PEP : les résultats retrouvent une diminution significative du sentiment de désespoir et des idées suicidaires à dix semaines et six mois, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des patients, mais néanmoins pas des passages à l'acte autoagressifs vis-à-vis du groupe contrôle.

Davantage de travaux sont évidemment nécessaires dans le futur pour préciser les contours des thérapeutiques à proposer spécifiquement dans le cadre de la prévention suicidaire dans ces populations.

Préalablement au contact avec les structures de soins pour un PEP, la stratégie de prévention suicidaire comprend la diminution de la DPNT. Une plus longue DPNT (cf. chapitre 8) est en effet associée à un risque suicidaire augmenté. Ainsi, près de 14 % des patients développant un PEP effectueraient une tentative de suicide dans l'intervalle avant le début des soins, et jusqu'à 28 % si l'on inclut la période antérieure au déclenchement du trouble. La prévention suicidaire passe par la détection précoce des patients à risque de transition psychotique. De plus en plus de centres spécialisés dédiés se sont développés ces dernières années, accueillant de jeunes patients en demande d'aide. Les patients provenant de ces centres et présentant ultérieurement un épisode psychotique développeraient moins d'idées et de comportements suicidaires que ceux n'ayant pas bénéficié de leur prise en charge préalable (Melle et al. 2006).

3 Patients à risque de transition psychotique

Les premiers travaux abordant le sujet du suicide chez des personnes considérées à risque de transition psychotique remontent au début des années 2000. Ces études demeurent peu nombreuses, hétérogènes et souvent rétrospectives (Taylor et al. 2015). Elles retrouvent de 55 à 90 % (Adlard et al. 1997) d'idées

suicidaires au sein de ces populations et jusqu'à 18 % de passages à l'acte (Taylor et al. 2015).

3.1 Facteurs de risque suicidaire

La plupart rejoignent les facteurs de risques de suicide cités précédemment. Les études retrouvent d'importantes comorbidités anxiodépressives au sein des populations de patients à risque de transition psychotique, pouvant aller jusqu'à plus 70 % dans nos travaux, significativement associés à une majoration du risque suicidaire, ce d'autant plus que troubles anxieux et dépressifs sont associés (Fusar-Poli et al. 2014).

Sont également retrouvés comme facteur de risque suicidaire : la présence d'antécédents familiaux psychiatriques (notamment de troubles de l'humeur), des antécédents personnels de tentative de suicide et un abus de substances. De façon plus récente, des équipes (Pyle et al. 2015 ; Xu et al. 2016) ont également retrouvé chez des patients à risque de transition psychotique un lien significatif entre idéation suicidaire et « stigmatisation intériorisée » ou autostigmatisation, correspondant à la perception et l'intériorisation par le patient des représentations extérieures généralement négatives concernant la maladie mentale, et plus particulièrement la schizophrénie, cette dernière apparaissant comme l'un des troubles psychiatriques les plus stigmatisés.

Par ailleurs, nous avons montré que, quand on analyse les données du questionnaire CAARMS (Krebs et al. 2014) de 49 sujets à risque de transition psychotique, pouvaient être considérés comme significativement plus à risque suicidaire ceux présentant : des idées non bizarres, des comportements bizarres/désorganisés/stigmatisants, une fréquence importante de trouble obsessionnel compulsif, une diminution de la tolérance au stress habituel, en considérant également la dimension de l'*insight* avec la perte du sens de l'identité personnelle ainsi que plus classiquement des troubles d'ordre anxieux ou dépressifs (Amat et al. 2017). Il semblait également exister une graduation dans le risque suicidaire en fonction du statut du patient : ceux à risque de transition psychotique présentant davantage d'idées suicidaires ou tentatives de suicide que ceux non à risque de transition. Ces éléments cliniques devraient alerter le clinicien et susciter la vigilance des professionnels.

3.2 Pistes de prise en charge

Le statut « à risque » de transition psychotique en lui-même doit inciter le thérapeute à une surveillance attentive du risque suicidaire. Les stratégies évoquées précédemment demeurent d'actualité chez les patients à risque de transition psychotique, en se montrant particulièrement attentif à dépister la présence d'éventuels troubles anxieux ou dépressifs. En l'absence de recommandations officielles de prise en charge spécifiques à cette population concernant leurs comorbidités éventuelles, les dernières recommandations officielles ayant cours en population générale s'appliquent.

Pharmacologie

À l'heure actuelle, il n'y a pas de recommandation médicamenteuse spécifique dans la prévention du passage à l'acte suicidaire chez les patients à risque de transition psychotique. Les recommandations demeurent celles appliquées en population générale, et il faut se montrer particulièrement attentif à la prise en charge de troubles dépressifs (il s'agirait alors d'évaluer la pertinence de l'introduction d'un antidépresseur de type inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine).

Interventions psychothérapeutiques et psychosociales

Peu de données existent sur la prévention suicidaire chez les patients à risque de transition psychotique ; la plupart des travaux cherchent à évaluer l'aptitude des psychothérapies (généralement cognitive et comportementale) à diminuer le risque de transition psychotique plutôt que le risque suicidaire. Certains permettent d'observer une diminution des symptômes anxieux ou dépressifs mais sans différences significatives entre les groupes (Marshall et al. 2012 ; Addington et al. 2011). Aucune thérapie n'a jusqu'à présent fait preuve formelle d'une efficacité supérieure en termes d'atténuation des idées ou comportements suicidaires chez ces sujets. Celles ayant cours en population générale peuvent être proposées (thérapies de soutien, cognitive et comportementale, etc.).

Nous citerons une étude (Byrne & Morrison 2014) s'intéressant au vécu subjectif de sujets à risque de transition psychotique concernant leurs suivis (faisant appel en partie à des techniques cognitives et comportementales) : tous mettent en avant le bénéfice central que représente *a chance to talk*, ou une chance de parler, d'échanger, autour de leurs troubles et, pour ceux ayant bénéficié de techniques cognitives et comportementales, une possibilité de *rethinking things*, ou repenser les choses, une source d'apaisement, notamment dans un abord déstigmatisant.

Un travail autour de l'*insight* et de l'autostigmatisation des patients semble constituer une piste à développer dans le cadre de la prévention, ces deux facteurs pouvant favoriser les troubles dépressifs et les pensées suicidaires. Des travaux récents (Corcoran 2016) pointent, dans une visée déstigmatisante, l'intérêt de campagnes publiques d'information et de sensibilisation aux maladies mentales, et développent également un questionnement autour de la dénomination des troubles, certains termes pouvant être jugés plus stigmatisants que d'autres.

L'intérêt de l'apprentissage de techniques de gestion du stress, d'appréhension des relations interpersonnelles et de résolution de problèmes est également questionné.

Au-delà de thérapies spécifiques dédiées à la prise en charge du risque suicidaire, il semble primordial d'apporter aux patients à risque de transition psychotique dans le cadre d'une prévention suicidaire une écoute bienveillante et rassurante, une certaine flexibilité dans leur suivi et une approche déstigmatisante des troubles. La plupart des études incluant des données sur la prise en charge de ces patients retrouvent une diminution du niveau d'idéation suicidaire

après mise en place d'un accompagnement, quel qu'il soit, qu'il paraît donc essentiel de pouvoir proposer (Hutton et al. 2011 ; Preti et al. 2009).

4 Conclusion

Au total, il apparaît essentiel, dans les années à venir, d'approfondir les travaux autour du risque suicidaire dès les premiers symptômes psychotiques, afin de pouvoir proposer des recommandations internationales dédiées permettant la mise en place de stratégies uniformisées au sein des institutions, dans une visée d'une plus grande efficacité dans la prise en charge de la souffrance de ces patients et la prévention du risque suicidaire. Les données actuelles de la littérature (Chan et al. 2018) confortent l'intérêt d'une prise en charge intensive pour réduire ce risque.

Références

- Adlard, S. & Yung, A. (1997). *An analysis of health damaging behaviours in young people at high risk of psychosis*. Fellowship dissertation. Royal College and New Zealand College of Psychiatrists. Melbourne: Australia.
- Addington, J., Epstein, I., Liu, L., French, P., Boydell, K. M., & Zipursky, R. B. (2011). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 125(1), 54–61.
- Amat, L. (2017). *Suicidality and at risk mental state: a cohort study* (Thèse de doctorat en médecine). Université de Brest.
- Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis – Second Edition Updated (2016). <https://www.orygen.org.au/Education-Training/Resources-Training/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis>.
- Barrett, E. A., Mork, E., Færden, A., Nesvåg, R., Agartz, I., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2015). The development of insight and its relationship with suicidality over one year follow-up in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 162(1–3), 97–102.
- Berrouiguet, S., Alavi, Z., Vaiva, G., Courtet, P., Baca-García, E., Vidailhet, P., ..., & Walter, M. (2014). SIAM (suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry*, 14, 294.
- Bornheimer, L. A. (2018). Suicidal ideation in first-episode psychosis (FEP): Examination of symptoms of depression and psychosis among individuals in an early phase of treatment. *Suicide & Life-Threatening Behavior* <https://doi.org/10.1111/sltb.12440>.
- Byrne, R. E., & Morrison, A. P. (2014). Young people at risk of psychosis: their subjective experiences of monitoring and cognitive behaviour therapy in the early detection and intervention evaluation 2 trial. *Psychology and Psychotherapy*, 87(3), 357–371.
- Chan, S. K. W., Chan, S. W. Y., Pang, H. H., Yan, K. K., Hui, C. L. M., Chang, W. C., ..., & Chen, E. Y. H. (2018). Association of an early intervention service for psychosis with suicide rate among patients with first-episode schizophrenia-spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*, 75(5), 458–464.
- Coentre, R., Talina, M. C., Góis, C., & Figueira, M. L. (2017). Depressive symptoms and suicidal behavior after first-episode psychosis: A comprehensive systematic review. *Psychiatry Research*, 253, 240–248.
- Corcoran, C. M. (2016). Ethical and epidemiological dimensions of labeling psychosis risk. *AMA Journal of Ethics*, 18(6), 633–642.
- Fedyszyn, I. E., Robinson, J., Harris, M. G., Paxton, S. J., Francey, S., & Edwards, J. (2014). Suicidal behaviours during treatment for first-episode psychosis: towards a

- comprehensive approach to service-based prevention. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(4), 387–395.
- Fusar-Poli, P., Nelson, B., Valmaggia, L., Yung, A. R., & McGuire, P. K. (2014). Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 120–131.
- Gavaudan, G., Besnier, N., & Lançon, C. (2006). Suicide et schizophrénie : évaluation du risque et prévention. *Annales médicopsychologiques*, 164(2), 165–175.
- Hutton, P., Bowe, S., Parker, S., & Ford, S. (2011). Prevalence of suicide risk factors in people at ultra-high risk of developing psychosis: a service audit. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(4), 375–380.
- Krebs, M. O., Magaud, E., Willard, D., Elkhazen, C., Chauchot, F., Gut, A., ..., & Kazes, M. (2014). Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS. *L'Encéphale*, 40(6), 447–456.
- Marshall, C., Addington, J., Epstein, I., Liu, L., Deighton, S., & Zipursky, R. B. (2012). Treating young individuals at clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(1), 60–68.
- Melle, I., Johannesen, J. O., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Larsen, T. K., ..., & McGlashan, T. (2006). Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 163(5), 800–804.
- Nordentoft, M., Madsen, T., & Fedyszyn, I. (2015). Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(5), 387–392.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2012). Données et statistiques sur le suicide. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/.
- Observatoire national du suicide (ONS) (2018). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247–253.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Lester, D., Shrivastava, A., Girardi, P., & Nordentoft, M. (2011). Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature. *Schizophrenia Research*, 129(1), 1–11.
- Power, P. J. R., Bell, R. J., Mills, R., Herrman-Doig, T., Davern, M., Henry, L., ..., & McGorry, P. D. (2003). Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(4), 414–420.
- Preti, A., Meneghelli, A., Pisano, A., Cocchi, A., & Programma 2000, Team. (2009). Risk of suicide and suicidal ideation in psychosis: results from an Italian multi-modal pilot program on early intervention in psychosis. *Schizophrenia Research*, 113(2–3), 145–150.
- Pyle, M., Stewart, S. L. K., French, P., Byrne, R., Patterson, P., Gumley, A., ..., & Morrison, A. P. (2015). Internalized stigma, emotional dysfunction and unusual experiences in young people at risk of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(2), 133–140.
- Taylor, P. J., Hutton, P., & Wood, L. (2015). Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(5), 911–926.
- Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L., & Bellomo, A. (2016). Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 116.
- Xu, Z., Mayer, B., Müller, M., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., ..., & Rüscher, N. (2016). Stigma and suicidal ideation among young people at risk of psychosis after one year. *Psychiatry Research*, 243, 219–224.