

A jövőbeli öngyilkossági veszély felmérése 6-tételes Rövid Szuicid Kérdőívvel pszichiátriai osztályról elbocsájtott betegeinknél: 91-95 hónapos követés

RIHMER ZOLTÁN¹, BÉLTECZKI ZSUZSANNA²

¹ Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

² Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Nagykállói Sántha Kálmán Tagkórház

A szerzők az általuk készített 6 tételes Rövid Szuicid Kérdőív klinikai prediktív értékét elemzik 151 pszichiátriai osztályra felvett beteg elbocsájtása utáni 91-95 hónapos követése során. Ezen idő alatt 3 beteg (2%) halt meg öngyilkosság miatt és 15 páciens (10%) követett el szuicid kísérletet. Az eredmények szerint a kérdőíven a maximálisan elérhető 28 pontból 22 vagy több nemcsak a jelen, hanem a jövőbeli szuicid rizikót is érzékenyen jelzi.

(*Neuropsychopharmacol Hung* 2026; 28(1): 11–16)

Kulcsszavak: öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet, pszichiátriai betegek, kérdőív, előrejelzés

BEVEZETÉS

Az öngyilkossági veszély felmérése nehéz feladat, de pszichiátriai betegek között a jól ismert klinikailag feltárható szuicid rizikófaktorok ismeretében az öngyilkossági rizikó nagy valószínűséggel megállapítható (Rihmer, 2007; Rihmer és mtsai, 2017a). A különböző, a vizsgáló által kitöltendő vagy önkitöltő szuicid skálák klinikai használhatósága sajnos messze van az ideálistól, de jó kiegészítői lehetnek a kompetens, minden részletre kiterjedő klinikai vizsgálatnak (Mann és mtsai, 2005; Posner és mtsai, 2011; Haw és mtsai, 2013; Galynker és mtsai, 2017; Rihmer és mtsai, 2017a.).

Előzőleg kidolgoztunk egy, a vizsgáló által kitöltendő 6-tételes, „igen” vagy „nem” válaszokat tartalmazó, az öngyilkossági rizikófaktorok hierarchikus osztályozásán alapuló Rövid Szuicid Kérdőívet, amely érzékenyen jelzi a múltbeli és jelenlegi szuicid veszélyt akutan, pszichiátriai osztályra felvett betegeknél

(Rihmer és mtsai 2017b; 2018a, 1. táblázat). A kérdőív 6 tétele közül csak kettő kérdez rá közvetlenül a szuicid magatartásra (megelőző öngyilkossági kísérlet, illetve öngyilkosság az 1. és/vagy 2. fokú rokonoknál), a másik négy kérdés pszichiátriai betegségekre, valamint az öngyilkos magatartás pszichoszociális és demográfiai rizikótényezőire vonatkozik. Nem tartalmaz kérdést, ami az esetlegesen fennálló jelen szuicid szándékra utal, mivel ezt a klinikai interjú során minden esetben, kérdőív használata nélkül kell tisztázni és ilyen szándék fennállása esetén kérdőívre már nincsen szükség. Az általunk kidolgozott kérdőív tehát nem elsősorban a jelenleg fennálló öngyilkossági veszély, hanem egy általános, bizonyos körülmények között manifesztálódó szuicid hajlam detektálására szolgál, vagyis a potenciálisan szuicid személyek azonosítására. Jelen vizsgálatunk ezen kérdőív klinikai használhatóságát, ill. prediktív értékét elemzi a kórházból elbocsájtott pszichiátriai betegek 91-95 hónapos utánkövetése során.

1. táblázat Az öngyilkossági kockázat felmérése, Rövid Szuicid Kérdőív (RSzK) segítségével (Rihmer és mtsai, 2017b, 2018a)

1. Elsődleges (pszichiátriai) kockázati tényezők:		
A. Jelenlegi vagy korábbi pszichiátriai betegség (major depresszió, bipoláris betegség, szerhasználat, szkizofrénia)	Igen 6	Nem 0
B. Jelenleg fennálló Agitáció/Insomnia/Reménytelenség	Igen 6	Nem 0
C. Korábbi öngyilkossági kísérlet	Igen 6	Nem 0
D. Öngyilkosság a családi előzményben (1 vagy 2. fokú rokonok)	Igen 4	Nem 0
2. Másodlagos (pszichoszociális) kockázati tényezők:		
A. Akut stresszor/Impulzivitás/Agresszivitás	Igen 4	Nem 0
3. Harmadlagos (demográfiai) kockázati tényezők:		
A. Férfi/Idős kor	Igen 2	Nem 0
1 + 2 + 3 összesen:	_____	_____

Maximális pontszám 28, minimális 0. Javasolt határértékek: 6 vagy alatta: enyhe vagy hiányzó szuicid veszély, 8-14: valószínű szuicid veszély, 16 vagy felett: kifejezett szuicid veszély

2. táblázat A befejezett öngyilkosok, az öngyilkossági kísérletet elkövetettek demográfiai és klinikai adatai

	Nem	Átlagéletkor, év (től-ig)	Diagnózis	Módszer	Átlag RSzK pontszám belépéskor (től-ig)
Öngyilkosok (n=3)	1 N 2 F	32 (24-46)	2 szkizoaff. 1 BD II	3 NV	26,0 (24-28)
Öngyilkossági kísérletezők (n=15)	13 N 2 F	50,4 (39-65)	4 szkizoaff. 3 MDD 2 BD I 2 BD II 3 szkizo. 1 bord.sz.z.	4 V 11 NV	20,0 (16-24)

RSzK = Rövid Szuicid Kérdőív, MDD = major depresszív zavar, BD = bipoláris zavar, szkizoaff. = szkizoaffektív zavar, szkizo = szkizofrénia, bord.sz.z = borderline személyiségzavar. NV = nem violens, V = violens

BETEGEK ÉS MÓDSZER

Területi ellátást nyújtó aktív pszichiátriai osztályunkra felvett 151 pácienszt vizsgáltunk meg a 6-tételes Szuicid Kérdőívvel, 2016.11.01 – 2017.03.31 között. 75 beteg szuicid kísérlet vagy közvetlen szuicid szándék miatt került felvételre, míg 76 esetben a felvételnél öngyilkos magatartás nem volt észlelhető. A kérdőív ismertetése és a beteganyag részletes leírása előző közleményeinkben megtalálható (Rihmer és mtsai 2017b, 2018a, 1. táblázat). A betegeknek a kórházból való elbocsájtása után a jelen követés 2025.07.31-ig tartott, ezen időszak során a befejezett szuicidiumok, és az orvosi ellátást igénylő szuicid kísérletek, valamint a nem öngyilkossági eredetű halálozás adatai kerültek rögzítésre. A helyi Etikai Bizottság engedélye birtokában valamennyi betegünkönél az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben követtük az ellátásokat (sürgősségi, traumatológiai stb. megjelenések) illetve a betegek további sorsát.

EREDMÉNYEK

A 91-95 hónapos (7,6-7,9 éves) követés során 151 betegből 3 beteg (2%) követett el befejezett öngyilkosságot. Egy 48 éves férfi (bipoláris II és alkohol abúzus), egy 57 éves nő (szkizoaffektív zavar), és egy 52 éves férfi (szkizoaffektív zavar és alkohol abúzus). Átlagos életkoruk 52 év volt (48-57 év). Mindhárman nem-violens módszer által (gyógyszer-túladagolás) haltak meg, mindhárman a kezdetben 75 szuicidális beteg közé tartoztak, és mindhármuknak korábban is volt már öngyilkossági kísérlete. A Rövid Szuicid Kérdőíven kezdetben elért pontszámaik 28, 26, illetve 24 voltak, tehát mind a hárman nemcsak a 16 és 28 pontszám közötti súlyosabb szuicid veszélyt jelző tartományba, hanem annak a három legmagasabb pontszámát érték el. Az irodalmi adatokkal megegyezően (Chung és mtsai, 2017) az öngyilkosságot a kórházból való

3. táblázat A 151 beteg a Rövid Szuicid Kérdőívön felvételkor elért pontszámainak megoszlása

	Belépéskor szuicidális betegek, N = 75			Belépéskor nem szuicidális betegek, N = 76
	Öngyilkos magat. (bef. és kísérl.) felvételkor és a követés során is (N=18)	Öngyilk. kísérl. csak felvételkor vagy előtte (N=16)	Csak szuicid gondolat/szándék miatti felvétel (N=41)	
Pontszám	n	n	n	n
28	1	1	0	0
26	1	2	0	0
24	3	5	0	0
22	7	7	2	4
20	0	0	4	4
18	1	1	11	16
16	5	0	11	18
14	0	0	1	7
12	0	0	12	24
10	0	0	0	0
8	0	0	0	0
6	0	0	0	0
4	0	0	0	0
2	0	0	0	0
0	0	0	0	0

elbocsájtás után rövid idővel, vagyis 3, 6, illetve 4 héttel (átlagosan 4,3 héttel) követték el.

Az osztályra felvett 151 beteg közül hárman haltak meg öngyilkosságban az átlagosan 7,75 év (91-95 hónap) követés során. Ez 256/100.000 fő/év szuicid rátát jelent, és ez a szám a szuicid kísérlet vagy szuicid szándék miatt felvett 76 beteg esetében 513. Mindkettő jóval alacsonyabb, mint azt az 1967 és 2014 között publikált 100 közlemény (összesen 17.857 öngyilkosság) meta-analízise mutatja: pszichiátriai osztályokról elbocsájtott betegek öngyilkossági rátája az 5-10 éves követés során 366, míg az öngyilkossági kísérlet vagy szándék miatt hospitalizált betegek esetében ez 2078 (Chung és mtsai, 2017). Az anyagunkban észlelt jóval alacsonyabb szuicid ráták (összes beteg: 256 vs. 366, illetve szuicidalitás miatt felvettek: 513 vs. 2078) egyik oka valószínűleg az, hogy a mi vizsgálatunkban szereplő betegek döntő többsége (akárcsak a többiek is) a kórházból való elbocsájtás után, a volt osztályos kezelőorvosuk által rendszeres utógondozásban részesült, míg az említett meta-analízisben feldolgozott legtöbb közlemény hosszútávú

kezelésben nem részerült betegekről szól. (Chung és mtsai, 2017). Betegeink között az esetek döntő többségében (110 betegnél) a diagnózis major depressziós zavar (első epizód vagy visszatérő), bipoláris I, bipoláris II, illetve szkizoaffektív zavar volt (Rihmer és mtsai, 2018a), és a követési idő alatt a betegek háromnegyed része többnyire rendszeresen (ritkábban időnként) megjelent az ambuláns kontrollokon. A követés során a szuicid magatartás és természetes halálozás adatait keresve a klinikai kontrollokon meg nem jelent betegek közül csak egyet nem tudtunk elérni.

Az osztályról való elbocsájtás után a követés végéig a 151 betegből 15-en (10%) kíséreltek meg öngyilkosságot (11 nem violens, 4 violens). Átlag életkoruk 50,4 év volt (39-65 év). Diagnózisaik: 4 szkizoaffektív zavar, 3 major depressziós zavar (rekurrens), 2 bipoláris zavar I, 2 bipoláris zavar II, 3 szkizofrénia, 1 borderline személyiségzavar. Egy kivételével mindannyiuknak volt már szuicid kísérletük (ők kezdetben ezért a szuicidális csoportba tartoztak), és a 6 tételű Rövid Szuicid Kérdőívön kezdetben elért átlag pontszámuk 20,0 volt

(16-24 pont), tehát mindannyian a 16 és 28 pontszám közötti legsúlyosabb szuicid veszélyt jelző tartományba tartoztak (2. táblázat). A kísérletet az utolsó pszichiátriai észlelés (kórházi elbocsátás vagy utolsó ambuláns kontroll) után átlagosan 6 héttel következett be (1-24 hét).

A szuicid kísérlet miatt felvett és a követés során is öngyilkossági kísérletet (vagy a 3 befejezett öngyilkosságot) elkövetők (n=18) felvételkor átlagosan 21,0 pontot értek el (16-28-ig), míg a szuicid kísérlet miatt hospitalizált, de a követés során nem szuicidális betegek (n=16) felvételkor elért átlag össz-pontszáma 23,25 volt (18-28-ig). A szuicid intenció miatt felvett, de sem azelőtt, sem a követés-kor szuicid kísérletet el nem követő betegek (n=41) felvételkor elért átlag össz-pontszáma 16,0 volt (12-22-ig), (3. táblázat).

Az összes belépett beteg (n=151) közül 33-an (21,8%) értek el 22 vagy több pontot és a követés során közülük 12-en (36,4%) voltak szuicidálisak (3 befejezett öngyilkosság és 9 kísérlet). A Rövid Szuicid Kérdőívén 22 vagy több pontszámot elérők közül tehát minden harmadik beteg veszélyeztetett öngyilkosságra vagy szuicid kísérletre. A 151 betegből 118-an (78,1%) értek el 20 vagy kevesebb pontot, közülük 6 (5,1%) kísérelt meg öngyilkosságot a követés során. Tehát ha 22 vagy több pontszámánál van a vágópont, akkor efölött 36,4%, ezalatt 5,1% az esélye a jövőbeli szuicid magatartásnak. A követés során öngyilkos magatartást mutató 18 betegből (3 befejezett és 15 kísérlet) 12 esetben (66,6%) volt 22 vagy magasabb a vizsgálat kezdetén detektált össz-pontszám, míg a követés során szuicid magatartást nem tanúsító 133 betegből csak 17 esetben (12,8%).

Ha a befejezett öngyilkosságban meghalt három, és az öngyilkossági kísérletet valaha (a vizsgálatba való belépés előtt, vagy a követés során) elkövetett, összesen 34 beteget nézzük, közülük 27-en (81,8%) értek el kezdetben 22 vagy több pontot a Rövid Szuicid Kérdőívén, míg a 20 vagy kevesebb pontot elérő 118 betegnél ez az arány 5,9% volt (2. táblázat). A kérdőívén elért 22 vagy több pont tehát több mint 80 százalékos valószínűséggel detektálja az élet során valaha elkövetett öngyilkossági kísérletet, vagyis az élettartam szuicid rizikót akár aktuálisan tünetmentes pszichiátriai betegknél is.

A teljes mintában (n=151) összesen 34 betegnél detektáltunk szuicid magatartást: 18 betegnél a követés során (3 befejezett öngyilkosság és 15 kísérlet) és 16 betegnél csak a vizsgálatba való belépés előtt. Az összes szuicid cselekményből a 9 violens mód-

szert használó belépéskor elért átlag össz-pontszáma 23,5 volt, míg a 25 nem violens kísérletezőké 21,2. A különbség nem szignifikáns (Mann-Whitney U teszt, $p=0,111$). A magas pontszám tehát előre jelzi a szuicid rizikót, de annak violens vagy nem violens módját nem.

Természetes halál következtében nyolcan hunytak el (6 nő és 2 férfi, 4 szív-és érrendszeri betegség, 2 tüdődaganat, 1 COVID-19 fertőzés, 1 ismeretlen ok).

MEGBESZÉLÉS

Az öngyilkossági veszély előrejelzése rendkívül komplex feladat és jóval több, mint az aktuálisan fennálló szuicid szándék explorálása. Az akut szuicid intenció feltárása kétségtelenül a legégetőbb feladat, de a tágabb értelemben vett öngyilkosság prevenció vonatkozásában ez nem elégséges, hiszen az szuicid szándék gyakran hirtelen alakul ki, sokszor a pszichiátriai betegség későbbi stádiumában, és olyankor, amikor a beteg aktuálisan nincsen kapcsolatban az egészségügyi ellátással. Bár a kb. tucatnyi szignifikáns öngyilkossági rizikófaktor közül csak kettő (megelőző öngyilkossági kísérlet és a jelen szuicid szándék) kapcsolatos közvetlenül magával a szuicid magatartással, ezeken kívül a számos egyéb, a családi anamnézis (öngyilkos vérrokon) és a klinikai kép specifikus jellemzői (agitált depresszió, reménytelenség, inszomnia stb.) mint klinikailag feltárható szuicid rizikófaktorok segítenek a potenciálisan szuicid betegeknek még az első szuicid szándék megjelenése előtti azonosításában (Mann és mtsai, 2005; Rihmer 2007; Rihmer és mtsai, 2017a; 2018b; Wasserman és mtsai, 2012a; 2012b).

Az irodalomban hosszúnak számító 91-95 hónapos (7,6-7,9 éves) követési idő mellett a viszonylag alacsony esetszámok ellenére eredményeink azt mutatják, hogy a 6-tételes Rövid Szuicid Kérdőív nem csak a jelenlegi és múltbeli szuicid veszély detektálására alkalmas, hanem a klinikai interjút kiegészítve a jövőbeli öngyilkossági rizikó előrejelzésében is segíthet, még az aktuálisan öngyilkossági gondolatokkal nem foglalkozó pszichiátriai betegknél is. A kérdőívén elért 22 vagy több pont 36, a 20 vagy kevesebb pont 5 százalékos valószínűséggel jelzi előre a későbbi szuicid magatartást (befejezett öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet) a 91-95 hónapos követés során. Ez a potenciális rizikó csupán az öngyilkos magatartásra való, tartósan fennálló hajlamot (a diatézis-stressz elmélet szerint a diatézist) jelzi, amely akkor fordul át öngyilkos viselkedésbe, ha akutan valamilyen súlyos, pszichológiai/

pszichiátriai krízis, pl. major depressziós epizód (az említett elmélet szerint a stresszor) alakul ki vagy tér vissza (Wasserman és mtsai, 2012a; 2012b; Rihmer és mtsai, 2017a).

Az Aaron Beck által kidolgozott Reménytelenség Skála rövidített, 4 tételes, Perczel-Forintos és munkatársai által adaptált magyar változata magas szenzitivitással detektálja az akut szuicid veszélyt (Perczel-Forintos és mtsai, 2007). A reménytelenség, amely az életuntság és a halálvágy „előszobája,” a major depresszió klasszikus tünete, amely, akárcsak a szuicid szándék, megszűnik (vagy csak pesszimista beállítódásig szelődül) a depresszió javulásával/gyógyulásával párhuzamosan (Rihmer, 2007). Az Osváth és munkatársai által adaptált, öt kérdést tartalmazó, önkitöltő Galyner-féle Rövid Szuicid Rizikó Teszt (Osváth és mtsai, 2025) pszichiátriai betegeknél szintén érzékenyen detektálja a diagnózisoktól független, ún. szuicid krízis szindrómát. Az említett szerzők a mi 6 tételes Rövid Szuicid Kérdőívünkkel való összehasonlításakor az akut öngyilkossági veszélyt illetően érthetően kevés átfedést találtak, mivel a Galyner-féle Rövid Szuicid Rizikó Teszt az akut szuicid rizikót jelzi, míg a mi kérdőívünk elsősorban a hosszútávú, élettartam (prospektív és retrospektív) öngyilkos magatartás, illetve a jövőbeli szuicid veszély feltárására szolgál. Ugyanakkor Osváth és munkatársai megállapítják, hogy a Galyner-féle szűrőteszt specificitását, diagnosztikus értékét illetve szenzitivitását tovább növeli (74%-ról 87%-ra) az elsősorban az élettartamra vonatkozó, szuicid rizikót felmérő általunk kidolgozott Rövid Szuicid Kérdőív (Osváth és mtsai, 2025). A Reinhardt és munkatársai által Magyarországon bevezetett önkitöltő Öngyilkos Viselkedési Kérdőív módosított, magyar változata 4 kérdést tartalmaz (kérdésenként 5-7 lehetséges válasszal) amelyek mindegyike a múltbeli, a jelen és jövőbeli szuicid viselkedést, illetve szándékot célozza. A kérdőív pszichometriailag jól működő, az öngyilkossági rizikó mérésére alkalmas mérőeszköz, és mivel nemcsak az aktuális, hanem élettartam szuicid magatartásra is kérdez, nem meglepő, hogy a legmagasabb öngyilkossági rizikót jelző sávban a mi Rövid Szuicid Kérdőívünkkel 80 százalékos átfedést mutat (Reinhardt és mtsai, 2025; nyomdában).

Kérdőívünk természetesen nem helyettesíti, csak kiegészíti a részletes, a családi körülményekre is és a pszicho-szociális tényezőkre is kiterjedő pszichiátriai vizsgálatot (Mann és mtsai, 2005; Rihmer és mtsai, 2017a; 2018b), és elsősorban a hosszútávú,

a jövőben esetlegesen bekövetkező szuicid magatartás szűrésére szolgál. Egyéb, az aktuális szuicid szándékot detektáló rövid kérdőívekkel, (pl. a Rövid Szuicid Rizikó Teszt vagy az Öngyilkos Viselkedési Kérdőív) együtt alkalmazva azok klinikai prediktív értékét növeli (Osváth és mtsai, 2025; Reinhardt és mtsai, 2025). Mint láthattuk, kérdőívünkön a 22 vagy több pontot elérteknél tehát jelentős, vagyis 36 százalék a valószínűsége a jövőbeli szuicid magatartásnak (kísérlet és befejezett öngyilkosság) és az ilyen pácienszt potenciálisan szuicidális betegnek (PSzB) kell tekinteni még akkor is, ha aktuálisan nincsen szuicid intenció és az anamnézisben sem szerepel ilyen. A kérdőívünk alapján potenciálisan szuicidális betegnek minősülő pácienseinket tehát ennek tudatában kell kezelni és gondozni, és a hosszútávú szuicid rizikóra a beteg és családtagjainak figyelmét fel kell hívni.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Rihmer Zoltán

Semmelweis Egyetem,

Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

E-mail: rihmer.z@kronet.hu

IRODALOM

1. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, és mtsai. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74: 694-702.
2. Galyner I, Yaseen ZS, Cohen A, és mtsai. (2017). Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patient using assessment of acute suicidal state: The Suicide Crisis Inventory. *Depress. Anxiety*, 34: 147-158.
3. Haw, C, Hawton K, Nedzwedz C, Platt S. (2013). Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms Suicide and Life-Threatening Behavior 43: 97-108.
4. Mann JJ, Apter A, Bartolote J, és mtsai. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294: 2064-2074.
5. Osváth P, Molnár Cs, Lowig Cs, és mtsai. (2025). Az akut szuicid veszély értékelése. a komplex rizikóbecslés lehetőségei a klinikai gyakorlatban. *Orv. Hetil*, 166: 146-153.
6. Perczel-Forintos, D., Rózsa, S., Kopp, M. (2007). A Beck-féle Reménytelenség Skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív felmérés tükrében. *Psychiatr. Hung.* 22:379-389.
7. Posner K., Brown GK, Stanley B, és mtsai. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am. J. Psychiatry*, 168: 1266-1277.
8. Reinhardt M, Girasek H, Soós A. és mtsai (2025). Az Öngyilkos Viselkedési Kérdőív módosított változatának hazai adaptációja. *Ideggyógy. Szemle*, 166: nyomdában.
9. Rihmer Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Curr. Opin. Psychiatr*, 20: 17-22

10. Rihmer Z, Németh A, Kurimay T, és mtsai. (2017a). A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. *Psychiat. Hung.* 32: 4-44.
11. Rihmer Z, Döme P, Gonda X, Bélteczki Zs. (2017b). Az öngyilkossági veszély felmérése a rizikófaktorok hierarchikus osztályozása alapján. *Neuropsychopharmacol. Hung.* 19: 131-136.
12. Rihmer Z, Döme P, Gonda X, és mtsai. (2018a). Az öngyilkossági veszély felmérése a Rövid Szuicid Kérdőív segítségével. Előzetes eredmények. *Neuropsychopharmacol. Hung.* 20: 14-17.
13. Rihmer Z, Gonda X, Döme P, és mtsai. (2018b). Suicide risk in mood disorders. – Can we better prevent suicide than predict? *Psychiat. Hung.* 33: 309-31.
14. Wasserman D, Rihmer Z, Rajescu D, és mtsai, (2012a). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur. Psychiatry.* 27: 129-141.
15. Wasserman D, Rihmer Z, Rajescu D, és mtsai, (2012b). Az Európai Pszichiátriai Szövetség (European Psychiatric Association, EPA) útmutatója az öngyilkosság kezelésére és megelőzésére. *Neuropsychopharmacol. Hung.* 14: 113-135.

Prediction of future suicide risk using the 6-item short suicide questionnaire among formerly discharged psychiatric inpatients: a 91-95 month follow-up

The authors analyse the predictive utility of their self-developed, 6-item Short Suicide Questionnaire among 151 discharged psychiatric inpatients during a 91-95 month follow-up. During this time-frame, 3 patients (2%) died by suicide and 15 (10%) attempted suicide. The results show that reaching 22 points or more from the maximum total score of 28 is a reliable indicator not only the current but also the future suicidal risk.

Keywords: suicide, suicide attempt, psychiatric patients, questionnaire, prediction