

Az öngyilkossági veszély felmérése a Rövid Szuicid Kérdőív segítségével – előzetes eredmények

RIHMER ZOLTÁN^{1,2}, DÖME PÉTER^{1,2}, GONDA XÉNIA^{1,2}, RIHMER ANNAMÁRIA³ ÉS BÉLTECZKI ZSUZSANNA⁴

¹ Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

² Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

³ Semmelweis Egyetem, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Pszichiátriai szakrendelés, Budapest

⁴ Sántha Kálmán Szakkórház, I. sz. Pszichiátriai osztály, Nagykálló

A szerzők egy mindössze 6 tételt tartalmazó, a vizsgáló által kitöltendő, a szuicid rizikó felmérését szolgáló kérdőív klinikai használhatóságát mérték fel osztályra felvételre kerülő szuicidális és nem szuicidális pszichiátriai betegeknél valamint egészséges kontrolloknál. Az eredmények szerint a kérdőív pszichiátriai betegeknél magas szenzitivitással és specifitással detektálja a kifejezett öngyilkossági veszélyt, ezért a klinikai gyakorlatban jól használhatónak tűnik.

(Neuropsychopharmacol Hung 2018; 20(1): 14–17)

Kulcsszavak: öngyilkosság, öngyilkossági kísérlet, öngyilkossági rizikó faktorok, hierarchikus osztályozás, szenzitivitás, specifitás

BEVEZETÉS

Előző vizsgálatunkban egy általunk kidolgozott az öngyilkossági rizikó felmérését célzó, 12 tételt tartalmazó kérdőív klinikai használhatóságát elemeztük szuicidális és nem szuicidális pszichiátriai osztályra felvett betegek valamint egészséges kontrollok mintáin (Rihmer és mtsai, 2017a).

Ezen vizsgálatban a kérdőív használatával a szuicidális pszichiátriai betegek és az egészséges kontrollok jól elkülöníthetők voltak egymástól. Nyilvánvaló ugyanakkor, hogy a klinikai gyakorlatban elsősorban arra van szükségünk, hogy a pszichiátriai betegeken belül tudjuk elkülöníteni a szuicidális és nem szuicidális pácienseket. Említett előző vizsgálatunkban a kifejezett szuicid veszély kategóriájába a szuicidális és nem szuicidális pszichiátriai betegek 91 illetve 81 százaléka esett, tehát ez a két populáció ezen 12 tételes kérdőív alkalmazása során nem tér el eléggé egymástól, pedig a klinikai gyakorlatban elsősorban e két csoport elkülönítése lenne a cél. Az eredmények alapján a 12 tételt tartalmazó változat helyett (Rihmer és mtsai, 2002; 2015, 2017) egy rövidebb, és várhatóan szenzitívebb, összesen 6 tételt tartalmazó kérdőívet szerkesztettünk (Rihmer és mtsai, 2017, 1. ábra). Jelen vizsgálatunkban ennek a rövidített, a szuicid rizikó felmérését célzó kérdőív-

nek a klinikai használhatóságát elemeztünk osztályra felvett pszichiátriai betegek és egészséges kontrollok mintáin.

ANYAG ÉS MÓDSZER

Vizsgálatunkba a nagykállói Sántha Kálmán Pszichiátriai Szakkórházban 2016. november 1. és 2017. március 31. között felvételre került 151 beteget továbbá 70 egészséges kontrollt vontunk be. Nem kerültek be a vizsgálatba a demencia, az akut alkohol intoxikáció, krónikus alkoholizmus vagy delirium tremens miatt felvételre került betegek. A jelenleg feldolgozott anyag magában foglalja a megelőző vizsgálatunkban (Rihmer és mtsai, 2017) elemzett 68 szuicidális, 62 nem szuicidális beteget és az 50 egészséges kontrollt. A vizsgált személyeket a szuicid magatartás tekintetében három csoportra osztottuk.

1) Szuicidális betegek (N=75, 18 férfi és 57 nő), akiknél a jelen osztályos felvételkor szuicid kísérlet vagy a felvételt indokoló szuicid szándék volt észlelhető vagy anamnézisükben legalább egy dokumentált öngyilkossági kísérlet szerepelt. Átlagos életkoruk 53 év volt (24-74 év) és közülük 41 (55%) számolt be legalább egy szuicid kísérletről. Közülük 51 betegnél (68%) unipoláris illetve bipoláris I vagy II betegség kapcsán kialakult major depressziós epizód, 9 beteg-

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

Öngyilkossági gondolat/szándék/terv vagy 3 hónapon belül elkövetett szuicid kísérlet explorálható? Ha „igen”, kifejezett, közvetlen szuicid veszély áll fenn, további kitöltés nem szükséges. Ha „nem”, folytassa az 1. ponttól.

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 afelett: kifejezett szuicid veszély.

2. táblázat A vizsgált három csoport adatai a Rövid Szuicid Kérdőív (Rihmer és mtsai, 2017) alapján

	Szuicidális pszichiátriai betegek N=75	Nem szuicidális pszichiátriai betegek N=76	Kontrollok N=70
Nők (%)	57 (76)	56 (74)	37 (53)
Átlag életkor, év (tól-ig)	53,1 (24-74)	54,2 (21-75)	48,8 (23-76)
Unipoláris major depresszió N	27	36	–
Bipoláris I depresszió N	4	6	–
Bipoláris II depresszió N	20	12	–
Szkizoaffektív zavar N	9	6	–
Szkizofrénia N	10	12	–
Alkohol-dependencia N	2	4	–
Személyiségzavar N	3	0	–
Rövid Szuicid Kérdőív			
Elsődleges (pszichiátriai) rizikófaktorok, átlag pontszám (tól-ig)	17,13 (12-22)	7,56 (6-12)	2,61 (0-10)
Másodlagos (pszichoszociális) rizikófaktorok, átlag pontszám (tól-ig)	3,74 (0-4)	1,81 (0-4)	2,68 (0-4)
Harmadlagos (demográfiai) rizikófaktorok, átlag pontszám (tól-ig)	1,09 (0-1)	1,16 (0-2)	1,08 (0-2)
Átlag összpontszám (tól-ig)	21,94 (16-28)	10,52 (6-16)	6,37 (0-14)

3. táblázat A Rövid Szuicid Kérdőív összpontszámának megoszlása a három csoportban

Összpontszám	Szuicidális pszichiátriai betegek N=75	Nem szuicidális pszichiátriai betegek N=76	Kontroll-csoport N=70
6 vagy kevesebb pont (enyhe vagy hiányzó szuicid veszély)	0 (0%)	16 (21%) (16 nő, 0 férfi)	44 (63%) (24 nő, 20 férfi)
8-14 pont (valószínű szuicid veszély)	0 (0%)	58 (76%) (40 nő, 18 férfi)	26 (37%) (13 nő, 13 férfi)
16 vagy több pont (kifejezett szuicid veszély)	75 (100%) (57 nő, 18 férfi)	2 (3%) (0 nő, 2 férfi)	0 (0%)

4. táblázat Öngyilkossági rizikó gyors felmérése major depressziós epizód során

Öngyilkossági gondolat/szándék/terv vagy 3 hónapon belül elkövetett szuicid kísérlet explorálható?
Ha „igen”, kifejezett, közvetlen szuicid veszély áll fenn, további kitöltés nem szükséges. Ha „nem”, folytassa.

		ANAMNÉZIS			
		0	alkohol/drog betegség	hipománia vagy mánia	öngyilkossági kísérlet
MAJOR DEPRESSZIÓS EPIZÓD	MDE	1	2	3	4
	Mint fent + akut stresszor	2	3	4	5
	Mint fent + öngyilkosság első vagy másodfokú rokonoknál	3	4	5	6
	Mint fent + agitáció, inszomnia, reménytelenség	4	5	6	7

A szuicid rizikó a pontszámok növekedésével egyre nagyobb. 7 = legnagyobb rizikó, MDE = major depressziós epizód. Amennyiben az anamnesztikus adatok közül több is szerepel, mindig a nagyobb pontszám a mérvadó (pl. MDE + akut stresszor és nincs alkohol/drog betegség, de van hipománia/mánia az anamnézisben öngyilkossági kísérlet nélkül, akkor a pontszám: 4, ha öngyilkossági kísérlet is volt, akkor a pontszám 5, stb.).

nél (12%) szkizoaffektív zavar és 10 betegnél (13%) szkizofrénia volt a vezető diagnózis.

2) Nem szuicidális betegek (N=76, 20 férfi és 56 nő, átlagos életkor 54 év, 21-75 év), akik egyéni anamnézise szuicid kísérlet vonatkozásában negatív volt. Közülük 54 beteg (71%) unipoláris illetve bipoláris I vagy II major depressziós epizódban, 6 beteg (8%) szkizoaffektív betegségben és 12 beteg (16%) szkizofréniában szenvedett.

3) A harmadik csoportot egészséges kontroll személyek (N=70, 33 férfi és 37 nő, átlagos életkor 49 év, 23-76 év), a kórház dolgozói illetve azok rokonai képezték, akiknél az egyéni anamnézisben sem pszichiátriai betegség, sem arra utaló konkrét panaszok, valamint pszichotróp gyógyszerek szedése továbbá szuicid szándék- vagy kísérlet nem szerepelt.

Az öngyilkossági rizikó felmérését az 1. táblázatban látható, a vizsgáló által kitöltendő rövidített, összesen 6 tételt tartalmazó kérdőívvel végeztük (Rihmer és mtsai, 2017). Ez a kérdőív nem elsősorban az akut, aktuálisan fennálló, szuicid kijelentések révén vagy megkezdett öngyilkossági kísérlet kapcsán nyilvánvalóvá vált azonnali szuicid veszély detektálására szolgál, hiszen ilyen esetekben az öngyilkossági szándék nyilvánvaló, kérdőívre nincsen szükség. Kérdőívünk célja a nem közvetlen (nem azonnali), hanem adott esetben rövid vagy hosszútávon (több nap, hét, hónap vagy év elteltével) megjelenő szuicid veszély megállapítása, és ennek a megfelelő betegvezetés mellett az adekvát gyógyszerelésben is szerepe van. Amennyiben közvetlen öngyilkossági szándék, kijelentés, előkészület vagy megkezdett illetve az elmúlt három hónap során végrehajtott szuicid

kísérlet történt, a mindennapi gyakorlatban a kérdőív kitöltésére értelemszerűen nincsen szükség, ugyanakkor a jelen vizsgálatunk során – éppen a szuicid veszély megállapítása érdekében – az ilyen betegeknek is kitöltöttük a kérdőívet. Az 1. táblázatban szereplő adatok beszerzéséhez a klinikai rutin vizsgálat során amúgyis szükséges kérdéseken túl egy extra kérdést sem tettünk fel, és az ilyen módon összegyűjtött információkhoz a vizsgálatot végző szerzőn (B. Zs.) kívül más nem férhet hozzá.

A vizsgálatot az intézményi Etikai Bizottság engedélyezte, a betegek szóbeli felvilágosítást követően beleegyező nyilatkozatot írtak alá.

EREDMÉNYEK, MEGBESZÉLÉS

A három vizsgált csoport demográfiai és klinikai adatait a 2. táblázatban tüntettük fel, míg a Rövid Szuicid Kérdőív összpontszámainak megoszlását a 3. táblázat mutatja. Látható, hogy mind a 75 szuicidális pszichiátriai beteg a 16 vagy magasabb összpontszámmal járó kifejezett szuicid veszély kategóriába esik, míg a 76 nem szuicidális pszichiátriai beteg közül csak 2 (3%) és a 70 egészséges kontrollból pedig egy személy sem (0%) tartozik ebbe a kategóriába. A Rövid Szuicid Kérdőíven elért 16 vagy ennél magasabb összpontszám tehát 100 százalékos szenzitivitással méri a kifejezett szuicid veszélyt, míg a nem szuicidális pszichiátriai betegekkel és egészséges kontrollokkal szembeni specifitása 97 illetve 100 százalék. A 6 kérdést tartalmazó, a vizsgáló által kitöltendő kérdőív tehát igen nagy érzékenységgel és specifitással detektálja a szuicidalitást a legsúlyosabb, vagyis pszichiátriai

osztályra felvételre került betegekénél. Mindenképpen érdemes lenne a kérdőív használhatóságát ambuláns pszichiátriai populációban is felbecsülni.

A szuicidális pszichiátriai betegek 68, a nemszuicidális páciensek 71 százalékánál állott fenn a kórházi felvételkor aktuálisan (unipoláris major depresszió vagy bipoláris I illetve II zavar kapcsán fellépő) major depressziós epizód. Mivel a klinikai gyakorlatban major depresszió esetén merül fel leggyakrabban az öngyilkossági veszély, a jól ismert klinikai szempontokat figyelembe véve (Mann és mtsai, 2005; Perczel-Forintos és mtsai, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009; Rihmer és mtsai, 2015, 2017b), egy még rövidebb – major depressziós epizód fennállta esetén használható – tájékoztató jellegű rizikó-becslő eszközt állítottunk össze (4. táblázat), amelynek klinikai validálását a későbbiekben tervezzük.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Rihmer Zoltán
1125 Budapest, Kútvolgyi út 4.
E-mail: rihmer.z@kronet.hu

IRODALOM

1. Hawton K, van Heeringen K. 2009. Suicide. *Lancet*. 373:1372-1381.
2. Mann J. J., Apter A., Bartolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A., Hegerl U., Lönnqvist J. J., Malone K., Marusic A., Mehlum I., Patton G., Phillips M., Rutz W., Rihmer Z., Schmiedtke A., Schaffer D., Silverman M., Takahashi Y., Varnik A., Wasserman D., Yip P., Hendin H. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 2005, 294: 2064-2074.
3. Perczel Forintos D., Rózsa S., Kopp M. A Beck-féle Reménytelenség Skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív felmérés tükrében. *Psychiat Hung* 2007; 22: 379-389.
4. Rihmer Z, Belső N, Kiss K.: Strategies for suicide prevention. *Curr. Opin. Psychiat*. 2002; 15: 83-87.
5. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr. Opin. Psychiat* 2007, 20: 17-22.
6. Rihmer Z, Fekete S, Gonda X. Öngyilkosság. In.: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*, 5. átdolgozott, bővített kiadás (Szerk.: Füredi J. és Németh A), Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2015, pp. 729-739.
7. Rihmer Z, Döme P, Gonda X, Bélteczki Zs. Az öngyilkossági veszély felmérése a rizikófaktorok hierarchikus osztályozása alapján. *Neuropsychiatr Hung*, 2017a; 19: 131-136
8. Rihmer Z, Németh A, Kurimay T, Perczel-Forintos D, Purebl Gy, Döme P. A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. *Psychiat Hung*, 2017b; 32: 178-224.

Assessing suicide risk using the Brief Suicide Questionnaire – preliminary results

The authors tested the clinical applicability of a self-developed, 6-item, clinician-rated questionnaire evaluating suicide risk in suicidal and non-suicidal psychiatric inpatients and healthy controls. Results have shown that the questionnaires able to detect marked suicide risk in psychiatric inpatients with a high sensitivity and specificity which indicates its usefulness and good applicability in clinical practice.

Keywords: suicide, suicide attempt, suicide risk factors, hierarchical classification, sensitivity, specificity