

## Az öngyilkossági veszély felmérése a rizikófaktorok hierarchikus osztályozása alapján

RIHMER ZOLTÁN<sup>1,2</sup>, DÖME PÉTER<sup>1,2</sup>, GONDA XÉNIA<sup>1,2</sup> ÉS BÉLTECZKI ZSUZSANNA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

<sup>2</sup> Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

<sup>3</sup> Sántha Kálmán Szakkórház, I. sz. Pszichiátriai osztály, Nagykovács

Az öngyilkossági rizikófaktorok hierarchikus rendbe állíthatók és egy így szerkesztett kérdőív segítséget nyújthat a klinikai gyakorlatban a szuicid rizikó felmérésére. A szerzők a maguk által kidolgozott kérdőív klinikai használhatóságát elemzik szuicidális és nem szuicidális pszichiátriai betegek, valamint egészséges controlok mintáin. Az eredmények alapján a 12 tételt tartalmazó változat helyett egy rövidebb és várhatóan szenzitívebb, összesen 6 tételt tartalmazó kérdőívre tesznek javaslatot.

(*Neuropsychopharmacol Hung 2017; 19(3): 131–136*)

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

Az öngyilkosság rendkívül komplex, multikauzális jelenség, és bár az elmúlt fél évszázadban jelentős haladás történt a szuicid rizikófaktorok és protektív tényezők feltárása terén, a pontos előrejelzés ma sem könnyű. Kétségtelen, hogy bár az öngyilkosságot illetve a szuicid kísérletet elkövetők kb. 90%-a aktuálisan (többnyire nem kezelt) pszichiátriai betegségben szenved, a pszichiátriai betegek döntő többsége sohasem követ el öngyilkosságot. Ebből következik, hogy az önpusztító magatartásban a pszichiátriai betegségen kívül egyéb, pszichológiai, szociális, demográfiai és kulturális tényezők is szerepet játszanak. A rizikófaktorok ismerete segíti a klinikusokat a közvetlen vagy hosszútávú szuicid rizikó feltárásában (Mann et al, 2005; Hawton és van Heeringen, 2009; Rihmer, 1996; Rihmer et al, 2002; 2015; 2017, Blazsek és Wernigg, 2015). A klinikai vizsgálat során azonosítható öngyilkossági rizikófaktorok segítségével nemcsak az aktuális, hanem a hosszabb távon megjelenő rizikó is megbecsülhető (potenciális szuicid veszély), ha természetesen nem is 100%-os pontossággal. Ezen klinikailag feltárható szuicid rizikófaktorok mellett régi törekvés, hogy célzottan, az öngyilkos magatartás felderítését illetve intenzitását is mérő kérdőíveket illetve skálákat dolgozzanak ki, mint pl. a Beck-féle Reménytelenség Skála, a Columbia Suicide Severity Rating Scale, a Risk Assessment Suicidality Scale, a Suicide Ideation Scale, a Suicide Probability Scale,

The Suicide Crisis Inventory stb. (Perczel et al, 2007; Posner et al, 2011; Fountoulakis et al, 2012; Ghaemi et al, 2015, Rihmer és Torzsa, 2016; Galynker et al, 2017). Ezek a – vagy a páciens vagy a vizsgáló által kitöltendő – becslőskálák természetesen nem helyettesítik a komplex megközelítést nyújtó személyes klinikai vizsgálatot, de a mindennapi gyakorlatban hasznos kiegészítő információkkal szolgálhatnak és a klinikai kutatásokban nélkülözhetetlenek.

Nyilvánvaló ugyanakkor az is, hogy a szuicid magatartással szignifikáns kapcsolatot mutató rizikófaktorok klinikai súlya és előrejelző értéke távolról sem azonos. Míg a befejezett öngyilkosságot elkövetők 60-80%-a férfi, és közel kétharmaduk kezeletlen depresszió során követi el tettét, csupán az a tény, hogy valaki férfi, csak igen kis mértékben fokozza a szuicidium rizikóját, míg a kezeletlen súlyos depresszió viszont közel 100-szorosra növeli azt. Mivel tehát ezen rizikófaktorok előrejelző értéke igen különböző, ezért szükséges, hogy a klinikai gyakorlat megkönnyítése érdekében hierarchikus rendbe állítsuk őket. A klinikailag feltárható szuicid rizikófaktorok hierarchikus módon felépített listája már tankönyvi adat és ismerete elengedhetetlen az öngyilkossági veszély felméréséhez (Rihmer, 1996; 2007; Rihmer et al, 2002; 2015; 2017). Nem tartalmaz pontszámokat és ponthatárokat, a szuicid veszély megállapítását a felsorolt rizikótényezők klinikai konstellációjára

1. táblázat Az öngyilkossági kockázat felmérése (Rihmer et al, 2002; Rihmer, 2007)

1. Elsődleges (pszichiátriai, szomatikus) kockázati tényezők:		
A. Jelenlegi vagy korábbi pszichiátriai betegség (major depresszió, szerhasználat, szkizofrénia)	Igen 6	Nem 0
B. Korábbi öngyilkossági kísérlet	Igen 6	Nem 0
C. Fennálló személyiségzavar és/vagy súlyos szomatikus betegség	Igen 4	Nem 0
D. Öngyilkosság a családi előzményekben (1. vagy 2. fokú rokonok)	Igen 4	Nem 0
	Összesen: .....	
2. Másodlagos (pszichoszociális) kockázati tényezők:		
A. Gyermekkori traumák (szeparáció, szexuális vagy fizikális abúzus, szülő elvesztése)	Igen 2	Nem 0
B. Tartós negatív életesemények (munkanélküliség, izoláció)	Igen 2	Nem 0
C. Akut pszichoszociális stresszorok (vesztések, traumák)	Igen 2	Nem 0
D. Agresszív, impulzív személyiségvonások, erős dohányzás, ciklotím, irritábilis temperamentum	Igen 2	Nem 0
	Összesen: .....	
3. Harmadlagos (demográfiai) kockázati tényezők:		
A. Férfi	Igen 1	Nem 0
B. Kamaszkor (fiú, ) időskor (mindkét nem)	Igen 1	Nem 0
C. Kisebbségi csoportok (öngyilkosok vagy katasztrófák áldozatainak hozzátartozói, szexuális kisebbségek)	Igen 1	Nem 0
D. Sebezhető időszak (tavasz/kora nyár, premenstruum, évfordulók)	Igen 1	Nem 0
	Összesen: .....	
1 + 2 + 3 összesen: .....		
Maximális pontszám 32, minimális 0. Javasolt határértékek: 8 vagy alatta: enyhe vagy hiányzó szuicid veszély, 9–14: közepes szuicid veszély, 15 vagy felett: kifejezett szuicid veszély.		

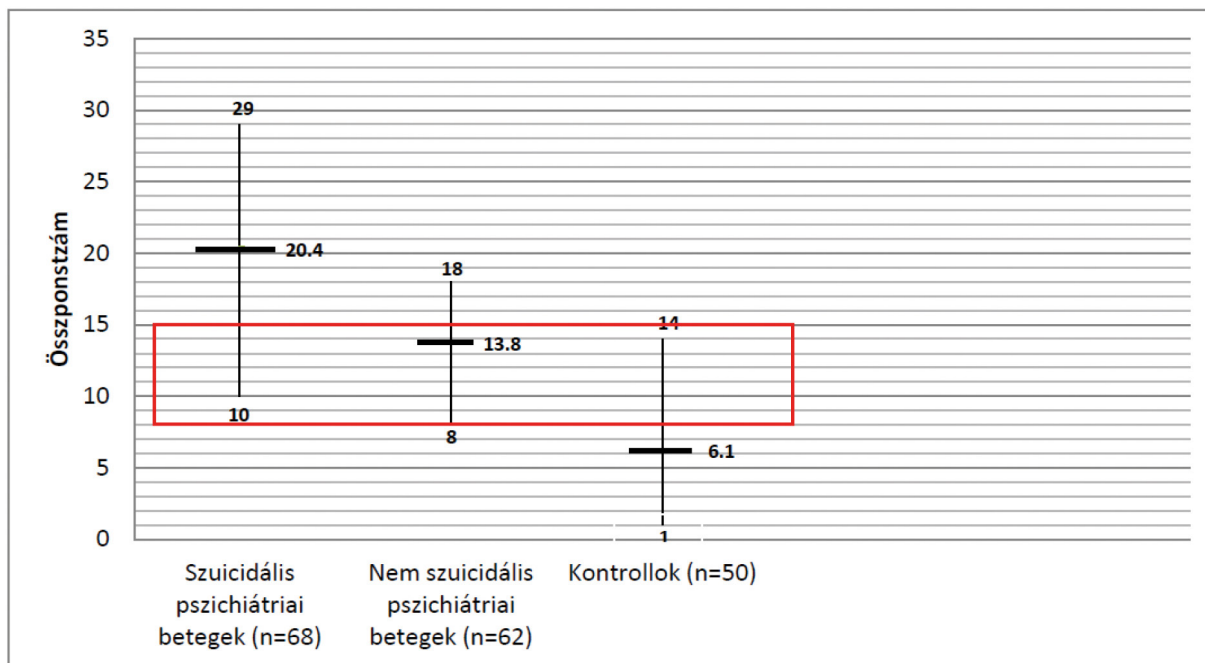
kell alapozni. Jelen retrospektív vizsgálatunkban az általunk kidolgozott, hierarchikusan felépített szuicid rizikó lista kérdőív formájában történő, pontszámokkal kvantifikált változatának (1. táblázat) klinikai használhatóságát elemeztük szuicidális és nem szuicidális pszichiátriai betegek és egészséges kontrollok mintáin. Mivel a jelzett eszközzel ez az első vizsgálat, a határértékeket (8 pont vagy alatt, 9–14 pont, és 15 pont vagy felette, lásd 1. táblázat) önkényesen, a klinikai tapasztalat alapján határoztuk meg annak tudatában, hogy egy tájékoztató vizsgálat után a kérdések és a ponthatárok változtatására lehet szükség.

## ANYAG ÉS MÓDSZER

Vizsgálatunkba a nagykállói Sántha Kálmán Pszichiátriai Szakkórházban 2016. november 1. és 2017. január 31. között felvételre került 130 beteget és 50 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 betegeket a szuicid magatartás tekintetében két csoportra osztottuk.

1. Szuicidális betegek (N=68, 16 férfi, 52 nő), akiknél a jelen felvételnél szuicid kísérlet vagy a felvételt indokoló szuicid szándék volt észlelhető, vagy anamnézisében legalább egy dokumentált öngyilkossági kísérlet szerepelt. Átlagos életkoruk 56 év volt (25–74 év), és közülük 38 (56%) számolt be legalább egy szuicid kísérletről. Közülük 40 betegnél (59%) unipoláris illetve bipoláris I vagy II major depressziós epizód, 11 betegnél (16%) szkizoaffektív zavar és 7 betegnél (10%) szkizofrénia volt a vezető diagnózis.
2. Nem szuicidális betegek (N=62, 20 férfi és 42 nő, átlagos életkor 51 év, 23–69 év), akik egyéni anamnézise szuicid kísérlet vonatkozásában negatív volt. Közülük 38 beteg (61%) unipoláris illetve bipoláris I vagy II major depressziós epizódban, 4 beteg (6%) szkizoaffektív betegségben és 10 beteg (16%) szkizofréniaiban szenvedett.
3. Harmadik csoportként egészséges kontrollokat vizsgáltunk. Az 50 fős kontroll csoportot (24 férfi és 26 nő, átlagos életkor 46 év, 23–72 év) a kórház dolgozói, illetve azok rokonai képezték, akiknél az egyéni anamnézisben sem pszichiátriai betegség, sem arra utaló konkrét panaszok, valamint

1. ábra Az átlagpontszámok és a szélsőértékek alakulása a három vizsgált csoportban



A bekeretezett rész a közepes szuicid veszély tartományát jelzi. Felette a kifejezett szuicid veszély, alatta az enyhe vagy hiányzó szuicid veszély zónája van.

pszichotróp gyógyszerek szedése illetve szuicid szándék- vagy kísérlet nem szerepelt. A ciklotím és irritábilis affektív temperamentum-típusok valamint az impulzív, agresszív személyiségvonások hozzávetőleges megállapítása a rájuk vonatkozó, jól ismert kérdésekkel történt.

Az öngyilkossági rizikó felmérését az 1. táblázatban látható, az orvos/vizsgáló által kitöltendő kérdőívvel végeztük (Rihmer et al, 2002; Rihmer, 2007). Ez a kérdőív nem elsősorban az akut, aktuálisan fennálló szuicid veszély detektálására és nem is a disszimulált öngyilkossági szándék feltárására, hanem a nem közvetlen, adott esetben rövid vagy hosszútávú szuicid veszély megállapítására szolgál. 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, de jelen vizsgálatunk során – éppen a szuicid veszély megállapítása érdekében – az ilyen betegeknek is kitöltöttük a kérdőívet. Az 1. táblázatban szereplő adatokhoz a klinikai rutin vizsgálat során amúgy is szükséges kérdéseken túl egy kérdést sem tettünk fel, és az ilyen módon összegyűjtött információkhoz a vizsgálatot végző szerzőn (B. Zs.) kívül más nem férhet hozzá.

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

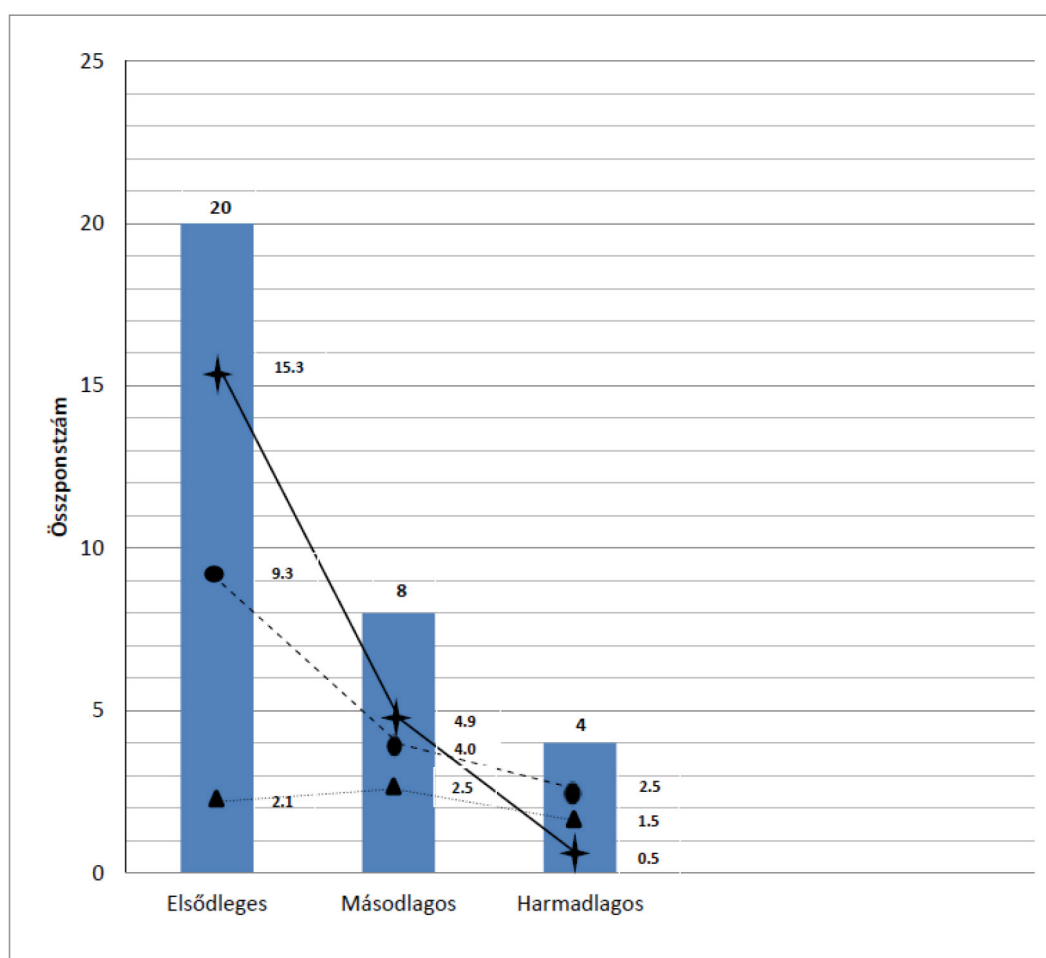
## EREDMÉNYEK, MEGBESZÉLÉS

A viszonylag kis elemszámok miatt jelen előzetes vizsgálatunkban nem végeztünk részletes, a szenzitivitást, a specificitást és a jósló értéket meghatározó számításokat, és a jelen anyag értékeléséhez a leíró jellegű statisztika is elégségesnek látszik. Az 1. ábra az 1. táblázat szerint elért átlagpontszámokat és a hozzájuk tartozó legalacsonyabb és legmagasabb értéket mutatja a szuicidális pszichiátriai betegek, a nem szuicidális pszichiátriai betegek és az egészséges kontrollok csoportjaiban. Látható, hogy bár az átlagpontszámok markánsan – és a klinikai állapotnak megfelelő módon – térnek el egymástól (szuicidális pszichiátriai betegek: 20,4, nem szuicidális pszichiátriai betegek: 13,8 és kontrollok: 6,1) a szélsőértékek által határolt tartományok több-kevesebb átfedést mutatnak, és ez azt jelenti, hogy ezen a ponton alapján nem tudjuk kellő biztonsággal elkülöníteni egymástól a szuicidális és nem szuicidális pszichiátriai betegeket. Ugyanakkor kétségtelen, hogy a nem szuicidális betegeknek a kontrollokhoz képest jóval

**2. táblázat** Az összpontszámok megoszlása a három vizsgált csoportban

Összpontszám	Szuicidális pszichiátriai betegek n=68	Nem szuicidális pszichiátriai betegek n=62	Kontrollok n=50
8 vagy kevesebb pont (enyhe vagy hiányzó szuicid veszély)	0 (0%)	2 (3%)	39 (78%)
9-14 pont (közepes szuicid veszély)	6 (9%)	10 (16%)	11 (22%)
15 vagy több pont (kifejezett szuicid veszély)	62 (91%)	50 (81%)	0 (0%)

**2. ábra** Az elsődleges, másodlagos és harmadlagos rizikófaktorok átlagpontszámának alakulása a három vizsgált csoportban



- ▲ = kontrollok
- = nem szuicidális pszichiátriai betegek
- ✦ = szuicidális pszichiátriai betegek

**3. táblázat** Az öngyilkossági kockázat felmérése. Rövid változat (Rihmer, 2007, módosítva)

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/Inszomnia/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 afelé: kifejezett szuicid veszély		

magasabb pontszáma az ebben a populációban mindig fennálló magasabb szuicid veszélyre utal, hiszen egy részüknél a későbbiek során jóval nagyobb eséllyel jelentkezhet öngyilkossági készlet mint pszichiátriai egészségéses kontrollonál.

A 15 pontot vagy annál többet elérők (kifejezett szuicid veszély) aránya a szuicidális pszichiátriai betegeknek 91%, a nem szuicidális pszichiátriai betegeknek 81%, illetve a kontrollonál 0% volt, míg a 8 pontot vagy ennél kevesebbet elérők (enyhe vagy hiányzó szuicid veszély) arányai 0%, 22%, illetve 78 % voltak (2. táblázat). Tehát a pontszámok alapján szuicidális pszichiátriai betegek közül egynél sem volt „enyhe vagy hiányzó szuicid veszély” és a kontrollonál közl egy sem mutatott „kifejezett szuicid veszélyt”. Ezek alapján a szuicidális pszichiátriai betegek és a kontrollonál jól elkülönülnek egymástól, de a klinikai gyakorlatban nem ez a kérdés, hiszen pszichiátriai szempontból egészségéses emberek nem jelennek meg tömegesen rendeléseinken és egyébként is ezen különbség detektálásához nem szükséges kérdőívet alkalmazni. Ugyanakkor, mint a 2. táblázatban látható, a kifejezett szuicid veszélyt jelző 15 vagy afelétti pontszám a szuicidális és nem szuicidális pszichiátriai betegeknek 91 illetve 81%-ban fordul elő, tehát ez a két populáció nem tér el eléggé egymástól, pedig a klinikai gyakorlatban elsősorban e két csoport elkülönítése lenne a cél. A kérdőív eddig megadott ponthatárai tehát revízióra szorulnak, illetve a szuicid rizikófaktorok hierarchikus osztályozásának rendje, amely számos anamnesztikus és aktuális (klinikai, pszichoszociális és demográfiai) adatot tartalmaz, és amely kérdéssor a klinikumban iránymutató (Rihmer, 1996; 2007; Rihmer et al, 2002;

2015; 2017), ebben a formában pontszámokkal megbízható módon nem kvantifikálható.

Mint a 2. ábrán látható, az elsődleges rizikófaktorok alszkaláján elérhető maximálisan 20 pontból a szuicidális pszichiátriai betegek átlag 15,3, a nem szuicidális pszichiátriai betegek átlag 9,3, míg az egészségéses kontrollonál átlag 2,1 pontszámot értek el, míg ugyanezek a számok a másodlagos ill. harmadlagos rizikófaktorok esetén a maximálisan elérhető 8 valamint 4 pontból 4,9, 4,0 és 2,5, illetve 0,5, 2,5 és 1,5 voltak. A három vizsgált csoportot tekintve az átlagpontszámok tehát legjobban az elsődleges rizikófaktorok esetén válnak el egymástól, hiszen pl. a szuicidális pszichiátriai betegek az elsődleges rizikófaktorokat tartalmazó alszkalán több mint hétszer magasabb pontszámot értek el, mint az egészségéses kontrollonál (15,3 vs. 2,1) míg ez a különbség a másodlagos és harmadlagos rizikófaktorok esetén kisebb mint kettő (4,9 vs. 2,5 illetve 0,5 vs. 1,5). A 2. ábrán az is látható, hogy a szuicidális pszichiátriai betegeknek az elsődleges rizikófaktorok átlagpontszáma több mint 30-szor magasabb, mint a harmadlagos rizikófaktorok átlagpontszáma (15,3 vs. 0,5) míg ezek az arányok a nem szuicidális pszichiátriai betegeknek és az egészségéses kontrollonál 3,7 és 1,4.

Mindezekre való tekintettel a becslésszála újabb, rövidebb és szenzitívebb verziójának kialakítása során a másodlagos és harmadlagos rizikófaktorok alszkalájának tételszámait (adott esetben összevonásokat is alkalmazva) 4-ről 1-re csökkentettük, és az elsődleges rizikótényezők alszkalájából a „személyiségzavar és/vagy súlyos szomatikus betegség” tételt (amelyek értelemszerűen aktuális állapotot tükröztek) töröltük. Utóbbiak helyett a szuicid magatartásra specifikusabb

„agitáció/inszomnia/reménytelenség” tételt vettük fel, mivel a kérdőív jelen változata nem tudja kellően elkülöníteni a szuicidális és nem szuicidális pszichiátriai betegeket (3. táblázat). Elhagytuk továbbá a harmadlagos rizikófaktorok csoportjából az utolsó két tételt (kissebségi csoportok, vulnerábilis időszakok), mivel többek között az utóbbi kérdés validálása csak legalább 12 hónapig tartó adatgyűjtéssel történhet. Jelen vizsgálat további korlátozó tényezője az is, hogy a szuicidális és nem szuicidális betegeket az anamnestikus adatok alapján különítjük el, a kérdőív célja viszont a jövőbeli potenciális öngyilkossági veszély megállapítása eddig szuicid magatartást még sohasem mutató betegeknél. Ugyanakkor viszont ismert, hogy az anamnézisben szereplő vagy jelenleg fennálló szuicid magatartás jelentősen megnöveli a későbbi öngyilkossági rizikót (Rihmer, 2007; Rihmer et al, 2002; 2017, Hawton és van Heeringen, 2009) és az általunk felvetett kérdés retrospektíve csak a már aktuálisan vagy régebben szuicid magatartást mutató betegek bevonásával lehetséges. További retrospektív de elsősorban prospektív vizsgálatok szükségesek annak eldöntésére, hogy a jelen, rövidített kérdőív milyen nagy szenzitivitással, specificitással és előrejelző értékkel bír az öngyilkos magatartást illetően.

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

## IRODALOM

- Blazsek P, Wernigg R 2015. Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Fountoulakis K N, Pantoula E, Siamouli M, Moutou K, Gonda X, Rihmer Z, Iacovides A, Akiskal H S. Development of the risk assessment suicidality scale (RASS): A population-based study. *J Affect Disord*, 2012; 138: 449-457.
- Galynker I, Yaseen ZS, Cohen A, Benhamou O, Hawes BS, Briggs BA. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patient using assessment of acute suicidal state: The Suicide Crisis Inventory. *Depress Anxiety*, 2017; 34: 147-158.
- Ghasemi P, Shaghagi A, Allahverdi pour H. Measurement scales of suicidal ideation and attitudes: A systematic review article. *Health Promot Perspect* 2015; 5: 156-168.
- Hawton K, van Heeringen K. 2009. Suicide. *Lancet*. 373:1372-1381.
- 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.
- 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.
- Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA. 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.
- Rihmer Z. Strategies of suicide prevention, *J. Affect. Disord*. 1996; 39: 83—91,
- Rihmer Z, Belső N, Kiss K. Strategies for suicide prevention. *Curr Opin Psychiat*, 2002; 15: 83-87.
- Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr. Opin. Psychiat* 2007, 20: 17-22.
- 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.
- Rihmer Z, Torzsa P. A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban. *Háziorvos Továbbképző Szemle*. 2016; 21: 584-589.
- Rihmer Z, Németh A, Kurimay T, Perczel-Forintos D, Purebl Gy, Döme P. A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, el-látása és megelőzése. *Psychiat Hung*, 2017; 32: 178-224.

## Assessing suicide risk based on a hierarchical classification of risk factors

Suicide risk factors could be organised into a hierarchical order and a questionnaire constructed based on this hierarchical structure may help clinicians assess suicide risk. The paper presents analysis of the clinical utility of a questionnaire developed by the authors, in samples of suicidal and nonsuicidal psychiatric patients as well as among normal control subjects. Based on their results the authors suggest a shorter and expectedly more sensitive, 6-item version instead of the original 12-item version scale.

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