


Az akut szuicid veszély értékelése

A komplex rizikóbecslés lehetőségei a klinikai gyakorlatban

Osváth Péter dr.¹ ■ Molnár Csilla dr.¹ ■ Lovig Csenge dr.¹ 
 Major Fanni Napsugár² ■ Venczák Szonja² ■ Fekete Sándor dr.¹
 Tényi Tamás dr.¹ ■ Cohen Lisa dr.³
 Galynker Igor dr.³ ■ Vörös Viktor dr.¹

¹Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ,
 Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pécs

³Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Mount Sinai Suicide Prevention Research Laboratory,
 New York, NY, USA

Bevezetés: A szuicid viselkedés megelőzése szempontjából kiemelt jelentőséggel bír az akut szuicid veszély felismerése. Ugyanakkor kevés olyan adattal rendelkezünk, amelynek segítségével megbízhatóan felismerhető lenne a preszuicidális lelkiállapot.

Célkitűzés: A Galynker és munkacsoportja által kidolgozott szuicid krízis szindróma alapján kifejlesztett szűrőteszt és kérdőív magyar adaptálása.

Módszer: Az általános pszichiátriai vizsgálat mellett a szuicid krízis szindróma szűrésére alkalmas rövid Akut Szuicid Rizikó Teszt és a Rihmer-féle rizikóbecslő Rövid Szuicid Kérdőív felvételére került sor konzekutív módon minden olyan pácienssel, aki a vizsgálati időszakban klinikánk ambuláns vagy osztályos ellátásában részesült. A rövid szűrőteszt pozitivitása esetén a szuicid krízis szindróma tüneteit felmérő részletes skála is kitöltésre került.

Eredmények: 99 páciens 150 kérdőívének kitöltésére került sor, egyharmaduk (n = 35) ambuláns, kétharmaduk (n = 64) osztályos ellátásban részesült. A klinikai diagnózisok között a leggyakoribbak a depressziós (44,7%), az alkalmazkodási (34%), a pszichotikus (33,3%) és a szerhasználati (33,3%) zavarok voltak, és nagy volt a komorbiditás aránya. Az ambuláns ellátásban részesülők felében (n = 19; 54,3%), míg az osztályos felvételre kerülők háromnegyedében (n = 49; 76,6%) igazoltak a szűrőteszt szuicid rizikót. Az osztályos kezelést követően ez az arány egyharmadra csökkent (n = 17; 33,3%). A szuicid krízis szindróma teljes diagnosztikai kritériumai azoknál teljesültek a leggyakrabban, akiknél az Akut Szuicid Rizikó Teszt pozitív volt, akár önmagában (74,2%), akár a Rövid Szuicid Kérdőívvel együtt (87,1%). E két kérdőív együttes pozitivitása esetén fordult elő a leggyakrabban súlyos szuicid krízis szindróma (29%).

Megbeszélés: A szuicid krízis szindrómán alapuló rövid szűrőteszt jelentős arányban azonosítja az aktuális szuicid rizikót. A szuicid krízis szindróma koncepció és a módszer előnye, hogy akkor is lehetővé teszi az öngyilkossági veszély felismerését, amikor direkt szuicid szándékok nem kerülnek felszínre. Az akut szűrőteszt értékét tovább növeli az elsősorban az élettartamra vonatkozó szuicid rizikót felmérő Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív.

Következtetés: Ezeknek a teszteknek az együttes alkalmazása támogatja az akut pszichiátriai osztályos felvételt megalapozó klinikai döntéshozatalt, és megelőzi a páciensek kezelésének korai lezárását, így szűrő módszerünk fontos szuicidprevenációs jelentőséggel bír.

Orv Hetil. 2025; 166(4): 146–153.

Kulcsszavak: szuicid krízis szindróma, Akut Szuicid Rizikó Teszt, Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív, szuicid rizikó, szuicid rizikó becslése, szuicid prevenció, szuicid viselkedés, szuicid intenciók

Assessment of acute suicide risk

Opportunities for comprehensive risk evaluation in clinical practice

Introduction: The identification of acute suicide risk is of paramount importance for the prevention of suicidal behavior. However, we currently lack sufficient data to reliably detect pre-suicidal mental states.

Objective: Hungarian adaptation of the screening test and questionnaire developed by Galynker and colleagues based on the concept of the suicide crisis syndrome.

Method: Acute Suicidal Risk Test, based on the suicide crisis syndrome, and Rihmer's Short Suicide Scale were administered consecutively to all patients treated at our outpatient and inpatient clinic during the study period. In cases where the screening tests were positive, a more detailed questionnaire assessing the symptoms of suicide crisis syndrome was completed.

Results: 99 patients completed a total of 150 questionnaires, with one-third ($n = 35$) being outpatients and two-thirds ($n = 64$) inpatients. The most frequent clinical diagnoses were depressive (44.7%), adjustment (34%), psychotic (33.3%), and substance use disorders (33.3%), with a high rate of comorbidities. The screening tests indicated suicide risk in 54.3% ($n = 19$) of outpatients and in 76.6% ($n = 49$) of inpatients. After inpatient treatment, this proportion significantly decreased ($n = 17$, 33.3%). The full diagnostic criteria for suicide crisis syndrome were the most frequently met in patients with a positive Acute Suicidal Risk Test, either alone (74.2%) or in combination with the Short Suicide Scale (87.1%). The presence of both positive Acute Suicidal Risk Test and Short Suicide Scale was associated with severe Suicide Crisis Syndrome symptoms (29%).

Discussion: The short screening test, based on the suicide crisis syndrome, identified acute suicidal risk in a significant proportion of patients. One of the key advantages of the suicide crisis syndrome concept and method is its ability to detect suicide risk even in the absence of overt suicidal intents. The value of the acute screening test is further enhanced by Rihmer's Short Suicide Scale, which primarily assesses lifetime suicidal risk.

Conclusion: The combined use of these tests supports clinical decision-making for acute psychiatric admissions and helps prevent the premature discharge of patients, underscoring the relevance of this screening method in suicide prevention.

Keywords: suicide crisis syndrome, Acute Suicidal Risk Test, Rihmer's Short Suicide Scale, suicide risk, suicide risk assessment, suicide prevention, suicidal behavior, suicide ideations

Osváth P, Molnár Cs, Lovig Cs, Major FN, Venczák Sz, Fekete S, Tényi T, Cohen L, Galykner I, Vörös V. [Assessment of acute suicide risk. Opportunities for comprehensive risk evaluation in clinical practice]. *Orv Hetil.* 2025; 166(4): 146–153.

(Beérkezett: 2024. október 16.; elfogadva: 2024. október 29.)

Rövidítések

A-SCS-C = (Abbreviated Suicide Crisis Syndrome Checklist) Rövidített Szuicid Krízis Szindróma Tünetbecslő Skála; ASzRT = Akut Szuicid Rizikó Teszt; C-SSRS = (Columbia-Suicide Severity Rating Scale) Columbia szuicid súlyosságot mérő skála; MARIS = (Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide) a fenyegető öngyilkossági kockázat moduláris felmérése; NCM = (Narrative Crisis Model) Narratív Krízis Modell; PTE = Pécsi Tudományegyetem; RSzK = Rövid Szuicid Kérdőív; SCI = (Suicide Crisis Inventory) Szuicid Krízis Kérdőív; SCI-SF = (Suicide Crisis Inventory, Short Form) a Szuicid Krízis Kérdőív rövidített verziója; SCS-C = (Suicide Crisis Syndrome Checklist) Szuicid Krízis Szindróma Tünetbecslő Skála; SPSS = (Statistical Package for Social Sciences) statisztikai programcsomag társadalomtudományokhoz

A szuicid viselkedés megelőzése szempontjából kiemelt jelentőséggel bír az akut öngyilkossági veszély felismerése, ezért napjainkban a szuicidológiai kutatások egyik legfontosabb célja a szuicid cselekményhez vezető lélektani folyamat jellemzőinek pontosabb felderítése. Az intenzív kutatási erőfeszítések ellenére ma még kevés olyan adattal rendelkezünk, amelynek segítségével pontosan és megbízhatóan értékelhető lenne a preszuicidális lelkiállapot [1–3]. A pszichiátriai ellátásban részesülők különösen nagy arányban számolnak be öngyilkossági gondolatokról, ezért fontos kérdés, hogyan lehet kiszűrni azokat,

akikben a szuicid cselekmény elkövetésének közvetlen veszélye áll fenn [4]. A szuicid rizikó becslésének fontos szempontja a szenzitivitás (milyen hatékonyan jelzi az aktuális öngyilkossági kockázat meglétét) mellett a specificitás is, vagyis hogy el tudja-e különíteni az öngyilkossági veszélyt jelentő lelkiállapotot más pszichopatológiai eltérésektől, például a depressziótól [5].

Az elmúlt évtizedekben széles körben elterjedtek a különböző rizikóbecslő skálák, melyek segítségével megbízhatóan mérhető fel az általános szuicid sérülékenység [6]. Ezek többnyire a relatíve könnyebben mérhető, statikus, állapotjellegű jellemzőket célozzák meg, így elsősorban az élettartamra vonatkozó szuicid rizikó mértékét mutatják. Mivel az aktuális lélektani folyamatok vonatkozásában alig szolgáltatnak megbízható információkat, a közvetlen szuicid veszélyt illetően korlátozott prediktív értékkel bírnak, és nem segítenek annak megítélésében, hogy mikor fog bekövetkezni az öngyilkossági cselekmény [2, 7]. A rizikóbecslés másik központi eleme a szuicid gondolatok és szándékok felderítése. Sokszor azonban ezek sem nyújtanak segítséget a szuicid cselekmény előrejelzésében, mivel változékonyak, és akkor is jelen lehetnek, amikor nincs közvetlen szuicid veszély [8]. Másrészt gyakori tapasztalat, hogy az öngyilkosság elkövetése előtti időszakban nem jelentkeznek szuicid gondolatok [9], vagy ha igen, akkor a páciens – kü-

lönböző okokból – nem számol be ezekről kezelőorvosának [10].

A fentieket figyelembe véve a preszucidális lelkiállapot pontosabb felmérésére irányuló kutatások alapján dolgozták ki az öngyilkosságot megelőző lelkiállapotot leíró szuicidspecifikus szindrómákat [2, 3, 11]. Ez az új megközelítés a szuicid veszély kialakulásának gyors dinamikájára és komplex tünettanára fókuszál, és így esélyt nyújthat az akut szuicid rizikó megbízható értékelésére [3, 11]. Legnagyobb előnye, hogy lehetővé teszi a preszucidális tünetek sajátosságainak részletes felmérését, és ennek alapján pontosabban tervezhetők meg a hatékony prevenció és terápiás intervenciók. Az újonnan leírt szuicidspecifikus tünetcsoportok az *akut szuicid affektív zavar* és a *szuicid krízis szindróma* [2, 3]. Ez utóbbi olyan, affektív és kognitív diszregulációval járó preszucidális lelkiállapotot ír le, amely a reális vagy képzelt fenyegetésre adott kognitív és érzelmi reakciókat foglalja magában [3, 7, 12–15]. A klasszikus caplani kríziskonceptióhoz hasonlóan ez a megközelítés is hangsúlyozza, hogy a tünetek váratlanul jelentkeznek (mint például a munkahely vagy fontos személyek elvesztése, szerelmi kapcsolatok megszakadása stb.), amikor az egyén sem elviselni nem tudja a körülményeket, sem elmenekülni nem tud a helyzetből, így reménytelennek, csapdába esettnek érzi magát. A szuicid krízis szindróma kulcstünetei közé tartozik az a tartós vagy visszatérő érzés, hogy az egyén az elviselhetetlen helyzet csapdájába esett, amellyel sem megbirkózni, sem abból kilépni nem képes, és a halál látszik az egyetlen kiútnak, hogy megszabaduljon a gyötrelmekről. Ennek következtében a krízisben lévő gondolkodását elárasztják a halállal és az öngyilkossággal kapcsolatos elképzelések. További fontos jellemzői a társuló affektív tünetek (depresszió, kétségbeesés, pánikszzerű szorongás, lelki fájdalom, akutan kialakuló örömtelenség), a kognitív folyamatok feletti kontroll elvesztése (ruminatio, kognitív rigiditás és beszűkülés, a negatív gondolatok elnyomására tett kísérletek) és a problémamegoldó kapacitás beszűkülése, valamint a fokozott 'arousal'-hoz társuló változások (agitáció, hipervigilancia, irritabilitás, insomnia). Ez a koncepció is hangsúlyozza, hogy a tünetek gyorsan alakulnak ki, és tartósan fennállnak vagy visszatérően jelentkeznek. Egy további fontos jellemzője, hogy a szuicid gondolatok, szándékok jelenléte nem feltétlenül szükséges a szuicid krízis szindróma diagnosztizálásához. Ez azért is jelentős, mert a szakirodalom és a klinikai gyakorlat is alátámasztja, hogy az orvos-beteg interakció során az öngyilkossági gondolatok különböző okokból gyakran nem kerülnek felszínre (vagy mert valóban nincsenek, vagy mert vannak, de azt a páciens tudattalanul vagy tudatosan nem tárja fel). A fentiek mellett gyakran társul azonban szociális izoláció a szuicid krízis állapotához, mely tovább növeli a szuicid cselekmény rizikóját. E tünetek koherenciáját és prediktív validitását számos vizsgálat igazolta [16].

A kutatásokból az is kiderült, hogy a két, szuicidspecifikus szindróma az akut szuicid rizikóval járó lélektani állapot más-más tüneteit, illetve a szuicid folyamat különböző fázisait írja le. A szuicid krízis szindróma egy olyan korábbi szakaszt ír le, amelyben a krónikusan fennálló szuicid rizikófaktorok akut öngyilkossági veszélyeztetettségbe fordulnak át, azonban direkt szuicid intenciók még nem szükségszerűen jelennek meg [17]; az akut szuicid affektív zavar tünete pedig egy még későbbi fázisban jelentkeznek, amelynél a direkt öngyilkossági gondolatok már a szuicid veszély súlyosbodására és időbeli közvetlenségére utalhatnak [18].

A szuicid krízis szindróma tüneteinek felderítésére többféle kérdőívet (SCI, SCI-2, SCI-SF, SCS-C, A-SCS-C) dolgoztak ki [7, 19–25], amelyek a szindróma legfontosabb tüneteire vonatkozó kérdéseket (csapdábaesettség, pánikdisszociáció, ruminatív gondolkodás, érzelmi fájdalom és halálfélelem) tartalmazzák. Ezek belső koherenciáját, validitását és prediktív jelentőségét számos vizsgálat igazolta, és az is kiderült, hogy a csapdábaesettség érzésének alskálája a legfontosabb [7, 16, 17, 19].

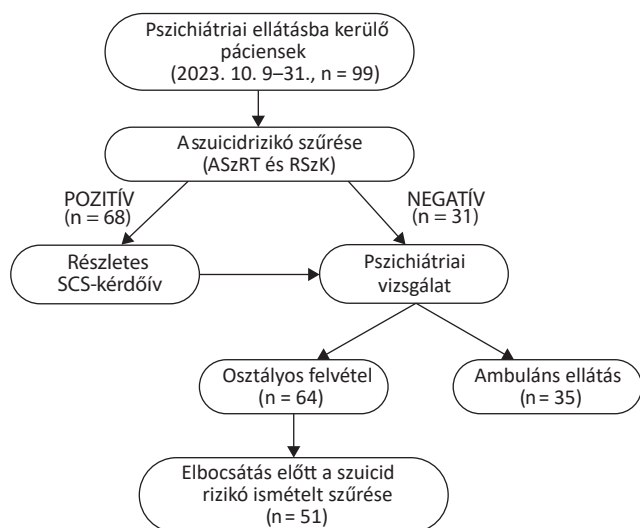
Galynker és mtsai a szuicid krízis szindróma elméleti koncepciója és a Narratív Krízis Modell (Narrative Crisis Model – NCM) alapján egy komplex diagnosztikus módszert is kidolgoztak (Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide – MARIS), mely alkalmas a fenyegető szuicid veszély szerteágazó tünettanának felmérésére még akkor is, ha a direkt öndesztuktív készletés nem kerül felszínre [17, 26].

A szuicid krízis szindróma tünete alapján kidolgozott rövid szűrőteszt a sürgősségi ellátásban is megbízhatóbb segítséget nyújt az akut szuicid rizikó gyors és pontos felmérésében és az adekvát ellátási forma kiválasztásában, mint a szuicid gondolatok felderítése önmagában [27, 28]. E szűrőmódszer alkalmazásával növelhető volt a szuicid rizikóval bíró páciensek kezelésének hatékonysága, és csökkent a pszichés tünettan romlása miatti visszaesések száma [14].

A korábbi vizsgálatok alapján terveztük meg kutatásunkat, melyben a *Galynker és munkacsoportja* által alkalmazott, szuicid rizikót szűrő teszt magyar adaptálását és klinikai alkalmazhatóságának vizsgálatát végeztük el. Közleményünkben a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján akut pszichiátriai ellátásban részesülő páciensek komplex szűrővizsgálatával kapcsolatos előzetes tapasztalatainkról számolunk be.

Módszer

Az adatgyűjtés konzektív módon az összes olyan pácienssel megtörtént, aki 2023. október 9–31. között a PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján ambuláns vagy osztályos ellátásban részesült (*1. ábra*). A szűrő kérdőívet minden, azonnali segítséget kérő páciens esetében alkalmaztuk, kivéve azokat, akik együttműködése tudat-



1. ábra

A vizsgálat módszertana, folyamata

ASzRT = Akut Szuicid Rizikó Teszt; RSzK = Rövid Szuicid Kérdőív; SCS = Szuicid Krízis Szindróma

zavar, súlyos viselkedészavar (pszichotikus, agresszív, agitált állapot) vagy súlyos dementia miatt korlátozott volt. Az osztályra felvett páciensek esetében az elbocsátáskor is felvételre kerültek a kérdőívek.

A kutatásunkban alkalmazott módszerünket a *Galynker és munkacsoportja* által a sürgősségi ellátásban alkal-

mazott szűrőteszt alapján dolgoztuk ki [28]. E szerint az aktuális krízistünetek felmérése a rövid Akut Szuicid Rizikó Tesztet (ASzRT) [28] alkalmaztuk. Emellett a Rihmer-féle rizikóbecslő Rövid Szuicid Kérdőívet (RSzK) [29] is felvettük a legfontosabb általános öngyilkossági rizikótényezők felderítésére (1. és 2. táblázat). Az ASzRT öt kérdése közül az első kettő (A-SCS-C) kérdez rá az akut szuicid krízis fő tüneteire (csapdábaesettség és az elárasztó, kontrollálhatatlan negatív gondolatok), míg a másik három a széles körben használt Columbia-Suicide Severity Rating Scale-ból (C-SSRS) [30] származik, és az indirekt szuicid intenciókra, a direkt öngyilkossági gondolatokra és előkészületekre irányulnak (1. táblázat). A Rihmer-féle RSzK tételei között súlyozva szerepelnek a legfontosabb általános szuicid rizikófaktorokra vonatkozó kérdések, mint például a korábbi vagy jelenlegi mentális zavar (6 pont), a korábbi öngyilkossági kísérlet (6 pont), szuicidium a családban (4 pont) és az aktuális tünetek (agitáció, insomnia, reménytelenség) (6 pont), valamint az akut stresszorok vagy agresszivitás, impulzivitás (4 pont). Az időskor, valamint a férfinem mint harmadlagos rizikófaktorok (2 pont) szintén szerepelnek a kérdőívben (2. táblázat).

Azokban az esetekben, amelyeknél e szűrőtesztet (ASzRT, RSzK) közül bármelyik szuicid rizikót jelzett, a szuicid krízis szindróma tüneteit (csapdábaesettség érzése, affektív zavarok, kognitív kontroll elvesztése, foko-

1. táblázat | Az Akut Szuicid Rizikó Teszt öt szűrőkérdése

Szuicid krízis szindróma		
1.1. Csapdába esettnek, reménytelennek érzi a helyzetét, melyből nincs kiút?	Igen	Nem
1.2. Elárasztják a negatív gondolatok, melyeket nem tud kontrollálni?	Igen	Nem
Öngyilkossági gondolatok és viselkedés		
1.3. Kívánta, hogy bárcsak meghalna, vagy hogy elaludjon és ne ébredjen fel?	Igen	Nem
1.4. Volt olyan gondolata, hogy megölje magát?	Igen	Nem
1.5. Tett bármi olyat vagy tett előkészületet arra, hogy véget vessen az életének?	Igen	Nem

2. táblázat | A Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív egyes tételei és értékelésük

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/Időskor	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 a felett: kifejezett szuicid veszély

3. táblázat | A vizsgált minta (n = 99) fő demográfiai adatai, valamint az ellátási forma és a pszichiátriai diagnózisok megoszlása

Változók	Férfi (n = 43) (%)	Nő (n = 56) (%)	Sum (n = 99) (%)
Életkor (év)	39,3	44	42
Ellátási forma			
Ambuláns ellátás	20 (30,8)	15 (17,6)	35 (23,3)
Osztályos felvétel	23 (35,4)	41 (48,2)	64 (42,7)
Osztályról elbocsátott	22 (33,8)	29 (34,1)	51 (34)
Diagnózisok (BNO-10) – a páciensek százalékában			
Organikus zavar	1 (2,3)	7 (12,5)	8 (8,1)
Addiktológiai zavar	22 (51,2)	6 (10,7)	28 (28,3)
Pszichotikus zavar	11 (25,6)	10 (17,9)	21 (21,2)
Hangulatzavar	6 (13,9)	26 (46,4)	32 (32,3)
Szorongásos zavar	3 (6,9)	11 (19,6)	14 (14,1)
Alkalmazkodási zavar	23 (53,5)	17 (30,4)	40 (40,4)
Személyiségzavar	5 (11,6)	9 (16,1)	14 (14,1)
Komorbid diagnózist is kapott	21 (48,8)	28 (50)	49 (49,5)

BNO-10 = a betegségek nemzetközi osztályozására szolgáló kódrendszer 10. revíziója

zott készenléti állapot, szociális visszahúzódás) tartalma-zó részletesebb tünetbecslő kérdőívet (Suicide Crisis Syndrome – Checklist [SCS-C]) vettük fel félig struktúrált interjú formájában [17, 24] (1. ábra). Ennek eredménye alapján megállapítható, hogy 1) a szuicid krízis szindróma nem áll fenn; 2) fennáll a szuicid krízis szindróma; 3) súlyos szuicid krízis szindróma áll fenn.

Az adatok statisztikai elemzése az SPSS 26. programcsomaggal (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) történt deskriptív módszerek alkalmazásával. Vizsgálatunk a helyi Etikai Bizottság engedélyével zajlott (N.8579-PTE/2020).

Eredmények

Vizsgálatunk 2023. október 9–31. közötti időszakában 99 páciens 150 kérdőívének kitöltésére került sor. A páciensek egyharmada (n = 35) ambuláns kezelésben, kétharmaduk (n = 64) osztályos ellátásban részesült. Az osztályra felvett 64 beteg közül 51 esetében a teszteket az osztályos kezelés lezárásakor is felvettük (1. ábra).

4. táblázat | A különböző szuicid szűrőtesztek, rizikóbecslő skálák és a pszichiátriai ellátás kapcsolata

A rizikóbecslés eredménye	Ambuláns ellátás n = 35 (%)	Osztályos felvétel n = 64 (%)	Haza- bocsátás n = 51 (%)
Szűrés negatív	16 (45,7)	15 (23,4)	34 (66,7)
Szűrés pozitív (ASzRT: A-SCS-C és/vagy C-SSRS)	9 (25,7)	17 (26,6)	6 (11,8)
RSzK pozitív	6 (17,1)	9 (14,1)	7 (13,7)
Szűrés + RSzK pozitív	4 (11,4)	23 (35,9)	4 (7,8)

A-SCS-C = Rövidített Szuicid Krízis Szindróma Tünetbecslő Skála; ASzRT = Akut Szuicid Rizikó Teszt; C-SSRS = Columbia szuicid súlyosság mérő skála; RSzK = Rövid Szuicid Kérdőív

A vezető klinikai diagnózisok között a leggyakoribbak a depressziós (44,7%), az alkalmazkodási (34%) és a pszichotikus (33,3%) zavarok, valamint a függőségek (33,3%) voltak. Nagy volt a komorbiditás aránya, a páciensek közel fele több pszichiátriai diagnózist is kapott (3. táblázat).

Az ambuláns ellátásban részesülők több mint felében (n = 19; 54,3%), míg az osztályos felvételre kerülők háromnegyedében (n = 49; 76,6%) jeleztek a szűrőtesztek (ASzRT, RSzK) szuicid rizikót. Az osztályos kezelést követően annak az 51 páciensnek az esetében, akiknél az emisszió során is felvételre kerültek a tesztek, ez az arány már csupán egyharmad volt (n = 17; 33,3%). A felvételre kerülő páciensek negyedénél (n = 17) csak az ASzRT, 14%-uknál (n = 9) csak az általános rizikót felmérő kérdőív (RSzK) jelzett pozitívítást, míg együttes pozitívításuk több mint egyharmaduknál (n = 23) igazolódott (4. táblázat). Ezek alapján önmagában sem az ASzRT, sem az RSzK nem határozta meg az osztályos felvételt, együttes pozitívításuk esetén azonban a pszichiátriai hospitalizáció volt a leggyakoribb ellátási forma (4. táblázat).

A szuicid rizikó becslése és a szuicid krízis szindróma tünetei közötti összefüggések vizsgálatakor arra a kérdésre kerestük a választ, hogy az egyes rövid szűrőtesztek (ASzRT, RSzK) pozitívítása hogyan függ össze a részletes Szuicid Krízis Szindróma Tünetbecslő Skála (SCS-C) eredményeivel, vagyis hogy milyen az egyes szűrőtesztek prediktív értéke a szuicid krízis szindróma teljes tüneti spektrumára vonatkozóan.

A részletes SCS-C teszt pozitívítása azoknál volt a leggyakoribb, akiknél a 2 + 3 kérdéses, akut lelkiállapotot vizsgáló szűrőteszt (ASzRT = A-SCS-C + C-SSRS) is pozitív volt, akár önmagában (81,8%), akár az RSzK-val együtt (87,1%). Az ASzRT és az RSzK együttes pozitívítása esetében fordult elő a leggyakrabban a súlyos szuicid krízis szindróma tünettana (29%). Az ASzRT két részének külön elemzése során az is kiderült, hogy azok esetében volt a leggyakoribb a szuicid krízis szindróma tüneteinek előfordulása (92,3%), akiknél az A-SCS-C két szűrőkérdése (csapdábaesettség és negatív gondolatok) jelezte a

5. táblázat | A különböző szűrőteszt, rizikóbecslő skálák összefüggése a szuicid krízis szindrómával

A szuicid rizikót becslő tesztek	Szuicid krízis szindróma nem áll fenn n (%)	Szuicid krízis szindróma fennáll n (%)	Súlyos szuicid krízis szindróma áll fenn n (%)
A-SCS-C pozitív (n = 13)	1 (7,7)	11 (84,6)	1 (7,7)
C-SSRS pozitív (n = 7)	5 (71,4)	2 (28,6)	0
A-SCS-C + C-SSRS pozitív (n = 11)	2 (18,2)	7 (63,6)	2 (18,2)
RSzK pozitív (n = 15)	12 (81,2)	1 (6,2)	2 (12,5)
A-SCS-C + C-SSRS + RSzK pozitív (n = 31)	4 (12,9)	18 (58,1)	9 (29)

A-SCS-C = Rövidített Szuicid Krízis Szindróma Tünetbecslő Skála; C-SSRS = Columbia szuicid súlyosságot mérő skála; RSzK = Rövid Szuicid Kérdőív

szuicid rizikót, míg ez az arány a C-SSRS 3 kérdésénél csak 28,6% volt. Az RSzK önmagában alig függött össze a szuicid krízis szindróma tüneteivel (18,7%) (5. táblázat).

A 2 kérdéses szűrőteszt (A-SCS-C) esetén a fals pozitív esetek aránya a részletes SCS-C tesztre vonatkozóan 12,7% (7/55), a fals negatív esetek aránya 22,7% (5/22) volt, ezek alapján a 2 kérdéses szűrőteszt szenzitivitása a szuicid krízis szindróma klinikai állapotára vonatkozóan 90,1, specificitása pedig 70,1.

Megbeszélés

A korábbi nemzetközi összehasonlító elemzés eredményeihez hasonlóan [22] hazai vizsgálatunkban is igazoltuk a szuicid rizikót szűrő teszt klinikai alkalmazhatóságát. A szuicid krízis szindróma két alaptünetére vonatkozó kérdés jelentős arányban azonosította az aktuális szuicid rizikót, míg a direkt szuicid gondolatok megjelenése – bár a mindennapi gyakorlatban segítséget nyújt a szuicid rizikó felismerésében – kevésbé utalt az akut szuicid krízis fennállására [27]. Eredményeink megerősítették szűrőmódszerünk egyik legnagyobb előnyét, hogy akkor is lehetővé teszi az esetleges öngyilkossági veszély felismerését, amikor a páciens nem számol be direkt szuicid intenciokról [31–34]. Ez jelentős előrelépést jelenthet a szuicidprevenációs programok elméleti kidolgozásában és a klinikai gyakorlat során is [31, 32, 35, 36].

A szuicid krízis két kulcstünetét tartalmazó szűrőteszt nagy szenzitivitással és valamivel kisebb specificitással függött össze a szuicid krízis szindróma teljes tüneti spektrumával. Ezen eredményünk arra utal, hogy a két szűrőkérdés alapján nagy biztonsággal azonosítható az akut öngyilkossági veszélyt jelentő preszuicidális lelkiállapot. A szűrőteszt specificitását és diagnosztikus értékét tovább növelte az elsősorban az élettartamra vonatkozó szuicid rizikót felmérő RSzK. Ezek a tesztek az akut ellátás során, a rutin pszichiátriai vizsgálat hatékony kiegészítőjeként jelentős segítséget nyújtanak az akut pszichiátriai osztályos felvételt megalapozó klinikai döntéshozatalban, illetve alkalmazásukkal elkerülhető a páciensek osztályos kezelésének korai lezárása a szuicid veszély megszűnését megelőzően [32].

Véleményünk szerint ez az egyszerű és a mindennapi gyakorlatban is könnyen alkalmazható szűrőmódszer fontos szuicidprevenációs jelentőséggel bír, mivel jelentős segítséget nyújt a páciens aktuális lélektani állapotának pontos felmérésében, azokban az esetekben is, amikor direkt öngyilkossági gondolat vagy szándék nem kerül felszínre. Alkalmazása csökkenti az akut öngyilkossági veszély alulbecslésének lehetőségét, így a szuicid krízisben lévők gyors és hatékony kezelésben részesülhetnek. Megbízható támpontokat nyújt a klinikai döntéshozatali folyamatban az olyan, a klinikai gyakorlatban gyakran előforduló esetekben is, amelyeknél a szuicid gondolatok említése nem feltétlenül jár együtt szuicid krízisállapottal (mint például egyes személyiségzavarok, elhúzódozó vagy krónikusan fennálló szuicid gondolatok, illetve másodlagos vagy harmadlagos betegségelölyök), így elkerülhetővé válnak a szükségtelen pszichiátriai felvételek [14, 31].

Következtetés

A részletezett szűrőteszt alkalmazása elsősorban a sürgősségi betegellátó osztályokon, valamint az akut pszichiátriai ellátásban nyújthatnak segítséget, ugyanakkor az utánkövetésben vagy a krónikus pszichiátriai ellátásban, valamint egyéb szakterületeken is jól alkalmazhatók. Tekintettel arra, hogy egyszerűen és gyorsan felvehető, önkitöltő szűrőkérdéseket is tartalmazó, könnyen értékelhető kérdőívekről van szó, reményeink szerint használatuk hazánkban is elterjed és hozzájárul a hatékony szuicidprevenációs gyakorlathoz. Klinikai jelentőségükön túl ezek a tesztek az egészségügyi dokumentáció részeként hasznos támpontként szolgálhatnak etikai, biztosítási vagy jogi kérdések esetén. Az ígéretes előzetes eredmények alapján nagyobb mintán, hosszabb időszaktól felölölő követéses vizsgálatot tervezünk a szuicid rizikót becslő skála klinikai alkalmazhatóságának és prediktív validitásának pontosabb értékelésére.

Anyagi támogatás: T. T. az FIKP-IV. és a TINL projektek támogatásával dolgozik. A többi szerző a jelen közlemény megalkotásához anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: O. P.: A vonatkozó szakirodalom áttekintése, az eredmények értékelése, a kézirat és az ábrák elkészítése. V. V.: A kézirat szövegének elkészítése, áttekintése és véleményezése, a szakmai tartalom ellenőrzése. M. Cs., M. F. N., V. Sz.: Adatgyűjtés. L. Cs.: A kézirat és az ábra szerkesztése. M. Cs., L. Cs., F. S., T. T., C. L., G. I., M. F. N., V. Sz.: A kézirat szövegének áttekintése. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Bérdi M. One goal, two approaches: the theoretical and practical dilemmas of suicide risk screening. [Egy cél, két megközelítés: a szuicid rizikósűrés elméleti és gyakorlati dilemmái.] *Psychiatr Hung.* 2021; 36: 518–535. [Hungarian]
- [2] Szabó J, Vörös V, Molnár C, et al. Suicide risk management in clinical practice. Current challenges and future perspectives. [Az öngyilkossági rizikó becslése a klinikai gyakorlatban. A jelen kihívásai és a jövő perspektívái.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 863–870. [Hungarian]
- [3] Vörös V, Tényi T, Nagy A, et al. Crisis concept re-loaded? – The recently described suicide-specific syndromes may help to better understand suicidal behavior and assess imminent suicide risk more effectively. *Front Psychiatry* 2021; 12: 598923.
- [4] Mann JJ, Rizk MM. A brain-centric model of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2020; 177: 902–916.
- [5] Ryan EP, Oquendo MA. Suicide risk assessment and prevention: challenges and opportunities. *Focus Am Psychiatr Publ.* 2020; 18: 88–99.
- [6] Rihmer Z, Döme P, Gonda X, et al. Assessing suicide risk based on a hierarchical classification of risk factors. [Az öngyilkossági veszély felmérése a rizikófaktorok hierarchikus osztályozása alapján.] *Neuropsychopharmacol Hung.* 2017; 19: 131–136. [Hungarian]
- [7] Galynker I, Yaseen ZS, Cohen A, et al. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state. The suicide crisis inventory. *Depress Anxiety* 2017; 34: 147–158.
- [8] Berman AL. Risk factors proximate to suicide and suicide risk assessment in the context of denied suicide ideation. *Suicide Life Threat Behav.* 2018; 48: 340–352.
- [9] Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, et al. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 19–24.
- [10] Høyen KS, Solem S, Cohen LJ, et al. Non-disclosure of suicidal ideation in psychiatric inpatients: rates and correlates. *Death Stud.* 2022; 46: 1823–1831.
- [11] Osváth P. Recent approaches in suicide research. The psychology and neurobiology of the pre-suicidal state. [A szuicídium kutatás új megközelítései. A pre-szuicidális állapot pszichológiája és neurológiája.] *Psychiatr Hung.* 2023; 38: 17–27. [Hungarian]
- [12] Rogers ML, Joiner TE. Exploring the temporal dynamics of the interpersonal theory of suicide constructs. A dynamic systems modeling approach. *J Consult Clin Psychol.* 2019; 87: 56–66.
- [13] Schuck A, Calati R, Barzilay S, et al. Suicide crisis syndrome: a review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav Sci Law.* 2019; 37: 223–239.
- [14] Cohen LJ, Imbastro B, Peterkin D, et al. A suicide-specific diagnosis. The case for. *Crisis* 2023; 44: 175–182.
- [15] Melzer L, Forkmann T, Teismann T. Suicide crisis syndrome: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav.* 2024; 54: 556–574.
- [16] Yaseen Z, Hawes M, Barzilay S, et al. Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome: an acute presuicidal state. *Suicide Life Threat Behav.* 2019; 49: 1124–1135.
- [17] Galynker I, Bloch-Elkouby S, Cohen LJ. Suicide crisis syndrome: a specific diagnosis to aid suicide prevention. *World Psychiatry* 2024; 23: 362–363.
- [18] Rogers ML, Jeon ME, Zheng S, et al. Two sides of the same coin? Empirical examination of two proposed characterizations of acute suicidal crises: Suicide crisis syndrome and acute suicidal affective disturbance. *J Psychiatr Res.* 2023; 162: 123–131.
- [19] Bloch-Elkouby S, Gorman B, Schuck A, et al. The suicide crisis syndrome: a network analysis. *J Couns Psychol.* 2020; 67: 595–607.
- [20] Li S, Yaseen ZS, Kim HJ, et al. Entrapment as a mediator of suicide crises. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 4.
- [21] Bloch-Elkouby S, Barzilay S, Gorman BS, et al. The revised suicide crisis inventory (SCI-2): validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *J Affect Disord.* 2021; 295: 1280–1291.
- [22] Rogers ML, McMullen L, Liang Y, et al. Cross-national presence and sociodemographic correlates of the suicide crisis syndrome. *J Affect Disord.* 2023; 329: 1–8.
- [23] De Luca GP, Parghi N, El Hayek R, et al. Machine learning approach for the development of a crucial tool in suicide prevention: the suicide crisis inventory-2 (SCI-2) short form. *PLoS ONE* 2024; 19: e0299048.
- [24] Calati R, Nemeroff CB, Lopez-Castroman J, et al. Candidate biomarkers of suicide crisis syndrome: what to test next? A concept paper. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2020; 23: 192–205.
- [25] Bafna A, Rogers ML, Galynker II. Predictive validity and symptom configuration of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome: a replication study. *J Psychiatr Res.* 2022; 156: 228–235.
- [26] Hawes M, Yaseen Z, Briggs J, et al. The modular assessment of risk for imminent suicide (MARIS): a proof of concept for a multi-informant tool for evaluation of short-term suicide risk. *Compr Psychiatry* 2017; 72: 88–96.
- [27] Rogers ML, Bafna A, Galynker I. Comparative clinical utility of screening for suicide crisis syndrome versus suicidal ideation in relation to suicidal ideation and attempts at one-month follow-up. *Suicide Life Threat Behav.* 2022; 52: 866–875.
- [28] Karsen E, Cohen LJ, White B, et al. Impact of the abbreviated suicide crisis syndrome checklist on clinical decision making in the emergency department. *J Clin Psychiatry* 2023; 84: 46878.
- [29] Rihmer Z, Döme P, Gonda X, et al. Assessing suicide risk using the Brief Suicide Questionnaire – preliminary results. [Az öngyilkossági veszély felmérése a Rövid Szuicid Kérdőív segítségével – előzetes eredmények.] *Neuropsychopharmacol Hung.* 2018; 20: 14–17. [Hungarian]

- [30] Posner K, Brent D, Lucas C, et al. Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). New York State Psychiatric Institute, New York, NY, 2020.
- [31] McMullen L, Parghi N, Rogers ML, et al. The role of suicide ideation in assessing near-term suicide risk. A machine learning approach. *Psychiatry Res.* 2021; 304: 114118.
- [32] Ying G, Cohen LJ, Lloveras L, et al. Multi-informant prediction of near-term suicidal behavior independent of suicidal ideation. *Psychiatry Res.* 2020; 291: 113169.
- [33] Osváth P. Recognizing acute suicidal risk in practice: a report on the suicidology training conducted by professor Igor Galynger. [Az akut szuicid veszély felismerése a gyakorlatban. Beszámoló az Igor Galynger professzor által tartott szuicidológiai képzésről.] *Psychiatr Hung.* 2023; 38: [Hungarian]
- [34] Osváth P, Fekete S, Vörös, V. Suicide-specific syndromes and new perspectives at discovering the suicide risk. [Szuicid-specifikus szindrómák és új szempontok az öngyilkossági rizikó felmérésében.] *Psychiatr Hung.* 2020; 35: 126–135. [Hungarian]
- [35] Mészáros M, Osváth P. The archeology of suicide: Werther, Esquirol, Durkheim. [A szuicídium archeológiája: Werther, Esquirol, Durkheim.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 437–439. [Hungarian]
- [36] Bérdi M. “I could never do it.” The ideation-to-action framework of suicide behavior. [„Sosem tudnám megtenni.” Az öngyilkos viselkedés „gondolatból tett” paradigmája.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 1095–1104. [Hungarian]

(Lovig Csenge dr.,
Pécs, Rét u. 2., 7623
e-mail: lovig.csenge@pte.hu)

„*Nihil non aut domat diuturnitas.*”
(Nincs mit az idő múlása nem enyhít vagy el nem mulaszt.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)