

Az Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változatának hazai adaptációja

(rövidített cím: Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív adaptáció)

Dr. Reinhardt Melinda^{1,2*}, Girasek Hunor^{3,1,4}, Soós Alexandra⁵, Dr. Horváth Zsolt¹, Prof. Dr.

Gazdag Gábor^{4,6}

¹ ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Budapest

² Zuglói Egészségügyi Szolgálat, Gyermek-, és Serdülőpszichiátria, Budapest

³ ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest

⁴ Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest

⁵ Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Központi Rehabilitációs Osztály, Budapest

⁶ Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

*Levelező szerző: Dr. Reinhardt Melinda, ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, 1064, Budapest, Izabella u. 46. Telefon: +36-1461-4500/5670; Fax: +36-1461-2695

E-mail: reinhardt.melinda@ppk.elte.hu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7010-5623>

Kulcsszavak: szuicid kockázatbecslés, Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változata, kérdőív-adaptáció, pszichometria, pszichiátriai betegek

A kézirat benyújtásának dátuma: 2025. június 10.

ORCID:

Reinhardt Melinda: <https://orcid.org/0000-0001-7010-5623>

Girasek Hunor: <https://orcid.org/0000-0002-8140-2065>

Soós Alexandra: <https://orcid.org/0009-0003-0163-3977>

Horváth Zsolt: <https://orcid.org/0000-0001-9088-8186>

Gazdag Gábor: <https://orcid.org/0000-0002-6914-8041>

Az Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változatának hazai adaptációja

ABSZTRAKT

Háttér és cél: A jelenbeli szuicid viselkedés egyik markáns rizikófaktora a korábbi szuicid szándék és kísérlet. A pszichiátriai gyakorlatban azonban nemzetközi szintén is kevés olyan önbevalláson alapuló öngyilkossági kockázatbecslő mérőeszköz létezik, amely a múltra vonatkozó szuicid spektrumot több aspektusból is átfogná és a veszélyeztetettség szempontjából határértéket azonosítana. Célunk ezért az Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változatának (Suicide Behaviors Questionnaire Revised) bevezetése volt a magyar tesztkészletbe.

Módszerek: Vizsgálatunkban 229 felnőtt pszichiátriai beteg ($\bar{x}_{kor}=41,64$ év; $s=14,41$; 56,3% nő) vett részt, akik az Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változata mellett a 6-tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőívet, a Beck-féle Reménytelenség Skálát és a Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 klinikai személyiségkérdőívet töltötték ki.

Eredmények: Kiváló illeszkedési mutatókkal magyar mintán is megerősítettük a validált kérdőív egyfaktoros szerkezetét. Reliabilitása megfelelő, konstruktumvaliditása optimális: közepesen erős és erős összefüggéseket mutat más, szuicid magatartást mérő eszközökkel, a reménytelenséggel és a személyiségkérdőív klinikai skáláival. A szuicid rizikót jelző cut-off érték 7 pontban volt meghatározható: az ezt elérő vagy meghaladó páciensek 9-szer nagyobb eséllyel mutattak kifejezett öngyilkossági veszélyt. A rizikóbecslő alapján szűrt magas kockázati csoportba való bekerülés esélyét a reménytelenség 13,5%-kal, míg a korábbi szuicid kísérlet ötszörösére emelte meg.

Következtetés: Az önbevalláson alapuló Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív megbízható, valid, a szuicid magatartást több aspektusból felmérő, a szuicid rizikó szűrésére is hatékonyan alkalmazható eszköz.

Kulcsszavak: szuicid kockázatbecslés, Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változata, kérdőív-adaptáció, pszichometria, pszichiátriai betegek

Hungarian adaptation of the Suicide Behaviors Questionnaire Revised

ABSTRACT

Background and aims: Previous suicidal intent and attempt(s) are strong risk factors for current suicidal behaviour. In psychiatric practice, however, there are few self-report-based suicide risk assessment measures that can cover the past suicidal spectrum from multiple aspects and identify a cut-off point for suicidal risk. Our aim was therefore to introduce the Suicide Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R) into the Hungarian test battery.

Methods: In our cross-sectional questionnaire study, 229 hospitalized adult psychiatric patients (mean age=41.64ys; SD=14.41; 56.3% female) participated. Beside the SBQ-R, the Rihmer's Brief Suicide Questionnaire, 6-item version, the Beck Hopelessness Scale and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) clinical personality questionnaire were completed.

Results: We confirmed the single-factor structure of the SBQ-R with excellent model fit indices in a Hungarian sample. The reliability of the questionnaire is adequate and its construct validity is optimal: it shows moderate to strong correlations with other measures of the suicide spectrum, with hopelessness and with the clinical scales of the MMPI-2. The cut-off point for suicidal risk was set at 7 points, broadly in line with international studies: patients at or above this value are 9 times more likely to have an expressed suicide risk. Hopelessness increases by 13,5% the possibility of the high-risk group membership based on the SBQ-R, while previous suicidal act(s) increase this odds five times higher.

Conclusion: The self-report-based SBQ-R is a reliable, valid, multi-faceted assessment of suicidal behaviour and an effective tool for screening suicidal risk.

Keywords: suicide risk assessment, Suicide Behaviors Questionnaire Revised, measurement adaptation, psychometric, psychiatric inpatients

Az élettörténetben előforduló öngyilkossági szándék és kísérlet a későbbi szuicid viselkedés^{1,2}, kiemelten az öngyilkossági halálozás³ bizonyítottan legmeghatározóbb rizikófaktorai. Emellett bizonyos pszichiátriai betegségek is az öngyilkossági halálozás jelentősen megnövekedett – egy kurrens meta-analízis alapján 4-13-szoros – kockázatával járnak együtt³. A pszichiátriai gyakorlatban azonban nemzetközi szinten is kevés olyan gyorsan felvehető, könnyen érthető, önbevalláson alapuló kérdőív van, amely a múltra vonatkozó szuicid adatokat átfogná.

Az öngyilkos magatartás spektruma (gondolatok, terv, szándék, kísérlet, befejezett öngyilkosság) jelentős pszichoszociális következményekkel és így egészségügyi költségekkel jár, ezért különösen fontos az e tekintetben veszélyeztetettek azonosítása. A szuicid rizikóbecslés többféle módon történhet: a kórelőzmény alapján becsülheti a kezelőorvos, de a páciens kikérdezésével és papír-ceruza teszt kitöltéséből is információt kaphatunk, valamint projektív pszichológiai eljárások (pl. Rorschach-teszt) is utalhatnak arra. A projektív tesztek felvétele és kiértékelése azonban időigényes. A két előbbi módszer (objektív és szubjektív rizikóbecslés) együttes alkalmazása hatékony segítség lehet az öngyilkossági veszély meghatározásában. Fontos kiemelni, hogy az öngyilkossági veszély megállapítása sokkal összetettebb⁴, a teszthasználton túlmutató folyamat (pl. szuicidológiai konzílium), a fókuszált szűrőeszközök azonban hasznos kiegészítői ennek a munkának. Másrészt az öngyilkossági kockázat becslésében elengedhetetlen az öngyilkossági viselkedésformák árnyalt felmérése, így az olyan konstitutív faktorok értékelése, mint az öngyilkossági gondolatok, tervek és kísérletek, illetve ezek környezet felé történő kommunikációja^{5,6}. Magyarországon a klinikailag feltárható szuicid rizikófaktorokat az öngyilkos magatartás felismeréséről és ellátásáról szóló – Rihmer-féle – irányelv⁷ ismerteti részletesen.

Bár a magyar kutatók közreműködésével kifejlesztett önkitöltő Risk Assessment Suicidality Scale⁸ magyar változata egy vizsgálatban – hosszútávon követett bipoláris betegeknél – jól

jelezte a szuicid intenció alakulását⁹, a kérdőív hazai validálása és bevezetése egyelőre nem történt meg. Hasonlóképpen, az ASQ (Ask Suicide-Screening Questionnaire) és a BSSA (Brief Suicide Safety Assessment) szuicid szűrőkérdőívek magyar változatát már közzétették a hazai szakirodalomban¹⁰, validációs adatokat azonban még nem publikáltak. Egy friss hazai tanulmány¹¹ a szuicid krízis szindrómán alapuló rövid szuicidrizikó-becslő kérdőív, az Akut Szuicid Rizikó Teszt adaptációját végezte el. A preszuicidális szindróma (csapdába esettség, kontrollálhatatlan negatív gondolatok) felmérésével az akut szuicid rizikó becslésében különösen fontos mérőeszközzről van szó, ugyanis abban az esetben is alkalmazható a szuicid veszély felismerésére, ha a páciens nem jelez közvetlen öngyilkossági szándékot.

A háziorvosi gyakorlat számára pedig kidolgozásra került a négy tételes Beck Reménytelenség és a 9 tételes Beck Depresszió önkitöltő kérdőíveket is magában foglaló, többlépcsős komplex szűrőmódszer. Ez a szűrőszisztéma azonban nem célzottan a szuicid magatartás, hanem az öngyilkosságra kifejezetten veszélyes súlyos major depresszió felmérésére szolgál¹². Ennek alapján tudomásunk szerint célzott, rövid, a páciens által könnyen érthető és kitölthető, a szakember által pedig gyorsan kiértékelhető, ugyanakkor összetett, a múltbeli és a lehetséges jövőbeli öngyilkossági magatartásra rákérdező, cut-off ponttal is rendelkező szuicid-rizikóbecslő skála érvényességét hazánkban még nem tesztelték. Ezért validációs tanulmányunk célja az önbevalláson alapuló Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változatának (Suicide Behaviors Questionnaire Revised; SBQ-R¹³) magyar tesztállományba való bevezetése. Az SBQ-R pszichometriai mutatóit (faktorszerkezetét, szenzitivitását, specificitását, reliabilitását és validitását), ezzel klinikai alkalmazhatóságát pszichiátriai fekvőbetegek körében teszteltük.

A négy tételes SBQ-R világszerte széles körben használt szuicid szűrőeszköz nem csak klinikai⁸, hanem populációalapú kutatásokban is¹⁵. A kérdőívet számos nyelvre lefordították és számos országban adaptálták, így például lengyel¹⁶, német¹⁷, portugál¹⁸, spanyol¹⁹, iráni²⁰,

ghánai²¹ vagy nigériai²² változata is készült. Másrészt különböző specifikus populációkban is validálták (pl. fogyatékossgal élők körében²³). Az eredeti angol nyelvű változatot Augustine Osman és munkatársai dolgozták ki Linehan 34 tételes Öngyilkossági Viselkedés Kérdőívére (Suicidal Behaviors Questionnaire, SBQ²⁴) alapozva. A jelentős tételredukció és pszichometria megújítás mellett a szuicid rizikó cut-off pontját is bemérték mind felnőtt pszichiátriai fekvőbetegeken (8 vagy annál több pont), mind felnőtt nemklinikai mintában (7 vagy annál több pont). Az önbevalláson alapuló becslőskála nem csak az öngyilkossági kockázat mértékét határozza meg, hanem egyes tételeinek elemzése alkalmat ad specifikus rizikómagatartások azonosítására is.

Módszer

Vizsgálati személyek és eljárás

Keresztmetszeti kérdőíves kutatásunkba 2024 júliusa és 2025 áprilisa között felnőtt pszichiátriai betegeket vontunk be informált írásos beleegyezésüket követően, akik a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztályán álltak kezelés alatt a tesztfelvétel idején. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt. Nem együttműködő, demenciával, valamint határövezeti vagy az alatti intellektussal bíró betegek nem kerülhettek be a kutatásba. A vizsgálatra etikai engedélyt az Egészségügyi Tudományos Tanács – Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (ETT-TUKEB) adott ki 2024. július 3-án BM/17751-1/2024 számmal. A vizsgálatvezetők a kutatást a Helsinki Nyilatkozat²⁴ etikai alapelveivel összhangban folytatták le.

Mérőeszközök

A tesztanyag része volt bekerüléskor a felvevő orvos által rögzített 6-tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív, amit később a beteg által kitöltött SBQ-R kérdőív, a Beck-féle

Reménység Skála és a Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) egészített ki. Lekérdeztük továbbá az öngyilkossági kísérletek számát is az élettartamra vonatkozóan.

A Rihmer és munkatársai által kidolgozott 6 tételes *Rövid Szuicid Kérdőív*²⁶ a vizsgáló orvos tölti ki a beteg kórelőzménye és kikérdezése alapján. Segítségével három – alapvetően objektív – szempont szerint becsülhető a szuicid rizikó: A (1) pszichiátriai kockázati tényezők (pl. pszichiátriai betegség, szuicid kórtörténet), a (2) pszichoszociális rizikófaktorok (pl. akut stresszor jelenléte) és a (3) demográfiai kockázatok (pl. férfi nem, idősor) áttekintésével a szuicid veszély súlyosságára gyorsan és kiemelkedő szenzitivitással képes reflektálni a pszichiáter. A kérdőív specificitása is kiváló, hatékonyan elkülöníti a szuicídium szempontjából veszélyeztetetteket azoktól, akiknél nincs jelen ilyen rizikó. Kiemelendő az is, hogy a mérőeszköz nemcsak a jelen szuicid rizikót képes detektálni, hanem prediktív jelentőséggel is bír. A kérdőív eredménye 0 és 28 pont között mozoghat, 8 ponttól valószínű, 16 ponttól kifejezett a szuicid rizikó²⁶.

A jelen tanulmányban bevezetésre kerülő *Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változata* (Suicide Behaviors Questionnaire Revised; SBQ-R¹³) egy 4 tételes mérőeszköz, mely az öngyilkossággal kapcsolatos viselkedések önbeszámoló alapján megjelenő különböző súlyossági övezeteit azonosítja. Különösen olyan páciensektől szerezhető e tekintetben szenzitív információ, akiknek nehézségeik vannak abban, hogy egy interjúhelyzetben feltárják múltbeli szuicid viselkedésüket. Teszt-reteszt reliabilitása hat hetes intervallumban kiváló (0,88)¹⁹. Az SBQ-R (a magyar változat megtalálható a Függelékben) első tétele a múltbeli szuicid ideációt és terveket méri fel. Második tétele a jelenbeli (az elmúlt egy év során megjelenő) szuicid ideáció gyakoriságára kérdez rá, míg harmadik tétele az élettartamra vetített öngyilkossági szándék vagy terv külvilág felé való közlését ragadja meg. Végül a negyedik tétel a jövőbeli öngyilkossági viselkedés valószínűségének páciens általi becslését tartalmazza.

Mindegyik kérdés esetén egy válasz jelölhető be. A kérdőív minimum 3, maximum 28 pont szerezhető (a pontozás menetét ld. a Függelékben). Mind az eredeti vizsgálatban¹³, mind az egyes nemzeti változatokban az SBQ-R megfelelő (0,70 fölötti Cronbach-alfa) belső konzisztenciával bírt és valid mérőeszköznek bizonyult: erősen korrelált a depresszív tüneteket mérő skálákkal és más, öngyilkosságra vonatkozó mérőeszközökkel. Mind a teljes pontszám, mind az egyes tételek pontszáma képes volt elkülöníteni azokat, akik élettörténetében szerepelt szuicid magatartás, azoktól, akiknél ilyen nem volt explorálható¹⁸. Vizsgálatunkban az SBQ-R reliabilitása szintén megfelelő (Cronbach-alfa = 0,79) volt. A kérdőív magyar változatát (*Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változata*) módszertanilag szabályos fordítási folyamattal²⁷ készítettük el: első lépésként két, mind a kutatásban, mind a gyakorlatban jártas pszichológus egymástól függetlenül magyarra fordította a kérdőívet, majd közösen elkészítették a magyar változatot, amit egy szakfordítással is foglalkozó pszichológus visszafordított angol nyelvre. Az eredeti és a visszafordított angol verziót egy negyedik, az előző személyektől független, szaknyelvi szövegek gondozásában gyakorlott pszichológus vetette össze. Az itt felmerülő kérdéseket az eredeti kérdőívet magyar nyelvre fordító pszichológusok áttekintették és ennek nyomán alakították ki a végső, a Függelékben is megtalálható magyar változatot, melynek pszichometriai mutatóit jelen tanulmányban közöljük. A tanulmányban validált SBQ-R mérőeszköz szabadon felhasználható, Augustine Osman és munkatársai 2001-es tanulmányában¹³, a függelék részben az angol nyelvű eredeti változat teljes egészében megtalálható.

A *Beck-féle Reménytelenség Skála*²⁸ az öngyilkossági veszélyeztetettség egyik fontos mérőeszköze. A reménytelenség olyan negatív érzelmi állapot és a jövőre vonatkozó negatív elvárás, amely során a személy úgy érzi, problémái megoldhatatlanok. A skála segítségével a reménytelenség affektív, kognitív és motivációs komponenseit is külön-külön összegezhethetjük. A kérdőív 20 tételét igaz-hamis válaszadás mentén kell megítélnie a kitöltőnek az elmúlt egy

hétre vonatkozóan. A kérdőív kiváló reliabilitással (Cronbach-alfa = 0,93) és validitási mutatókkal rendelkezik²⁸. A magyar változat²⁹ belső megbízhatósága vizsgálatunkban is kiváló (Cronbach-alfa = 0,92) volt.

A *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2³⁰) személyiség- és pszichopatológia leltár a klinikai diagnosztikai gyakorlat egyik leggyakrabban használt, empirikusan valid mérőeszköze³¹. A széles spektrumú, 567 tételes mérőeszköz önkitöltő, igaz-hamis válaszformátumban méri fel a személyiség és a pszichológiai/pszichiátriai zavarok mintázatait³². Számos validitás, klinikai, tartalmi és személyiség-pszichopatológia skálája segítségével rendkívül informatív képet nyújt a pszichés működésmódokról³³. Jelen dolgozat szempontjából 10 ún. klinikai skáláját (Hipocondriázis, Depresszió, Hisztéria, Pszichopátia, Férfiasság-Nőiesség, Paranoia, Pszichaszténia, Szkizofrénia, Hipománia, Szociális introverzió) és három szuicid-skáláját (DEP4, HP, SPS) vettük figyelembe. A DEP4 a Depresszió tartalmi skála tartalmi komponens skálája, s kifejezetten az öngyilkossági gondolatokra kérdez rá. A 11 tételes HP-skála (Hopelessness) a reménytelenségre, azaz a jövő negatív szemléletére fókuszál³⁴, míg az SPS skála (Suicidal Potential Scale; Szuicid Potenciál Skála) az MMPI-2 hat, legdirektebben az öngyilkossággal kapcsolatos tételeit összegzi (gondolatoktól a kísérletig)³⁵. A HP-skála a bevezető tanulmányában (Cronbach-alfa = 0,86³⁴) és a jelen tanulmányban is jó (Cronbach-alfa = 0,86) megbízhatósággal bírt. Az SPS-skála reliabilitásra vonatkozó adatát az eredeti tanulmányban³⁵ nem szerepeltetik, a jelen vizsgálatban megbízhatónak bizonyult (Cronbach-alfa = 0,81).

Statisztikai elemzés

A minta demográfiai adatainak (gyakoriság, átlag, szórás) megadása mellett a kutatásban validált kérdőív (SBQ-R) leíró eredményeit átlagértékekkel mutatjuk be. A demográfiai adatokat folytonos változók esetében kétmintás t-próbával, diszkrét eloszlású változók esetében

pedig χ^2 -négyzet próbával hasonlítottuk össze a nők és a férfiak csoportjai között. Míg az SBQ-R leíró statisztikai adatait kétmintás t-próbával és egyszempontos varianciaanalízissel (ANOVA), Tukey-féle páronkénti utóelemzéssel hasonlítottuk össze bizonyos szempontok szerint (sziucid kísérlet volt-e a kórelőzményben, sziucidium szerepelt-e a családi anamnézisben, diagnosztikai kategóriák). Az összefüggések erősségét kétmintás t-próba esetén a mintaméretek egyezése, illetve eltérése szerint Cohen-d vagy Hedges'g³⁶, ANOVA esetében η^2 ³⁷, χ^2 -négyzet próbánál pedig ϕ hatásméret mutatóval teszteltük. A kérdőívek belső konzisztenciáját a Cronbach-alfa mutatóval adtuk meg. A kérdőív magyar változatának egyfaktoros struktúráját megerősítő faktorelemzéssel (Confirmatory Factor Analysis, CFA) teszteltük. A tesztelt modellek illeszkedését a CFI (összehasonlító illeszkedési mutató, Comparative Fit Index), a TLI (Tucker-Lewis illeszkedési mutató) és az RMSEA (a megközelítés hibáját a modell komplexitását figyelembe vevő módon mérő index, Root Mean Square Error of Approximation) mutatókkal ellenőriztük. A CFI és a TLI mutatók esetében a 0,95 vagy az afölötti értékeket, az RMSEA esetében pedig a 0,05 vagy az annál kisebb értéket tekintettük megfelelőnek. A konstruktumvaliditás esetében a kérdőív konvergens validitását Pearson-féle korrelációs elemzéssel és χ^2 -négyzet próbával teszteltük, elvárva, hogy az SBQ-R közepesen erős vagy erős összefüggést mutasson az MMPI-2 klinikai skáláival és az öngyilkosságot felmérő más mérőeszközökkel. Végül a kérdőív szűrőképességét vizsgáltuk: a ROC-görbe (Receiver Operating Characteristic Analyses) elemzése alapján meghatároztuk a cut-off értéket a teljes kérdőív esetében. A ROC-elemzésnél az AUC (Area Under the ROC Curve) érték minél inkább közelít az 1-hez, annál inkább közelítik az eredmények az ideális klasszifikációt. Bináris logisztikus regressziós elemzéssel pedig azt teszteltük, hogy milyen tényezők befolyásolják az SBQ-R alapján magas sziucid kockázati csoportba való kerülés esélyét. Ebben a többváltozós elemzésben kontroll alá vontuk az életkor és a nem hatását, valamint azt, hogy hospitalizálását követően hányadik napon töltötte ki a személy az SBQ-R

kérdőívet.

A szignifikanciaszintet általánosságban 95%-os megbízhatósági szinten határoztuk meg. Elemzéseinkhez az SPSS 30.0 és az Mplus 8.0³⁸ statisztikai programcsomagokat alkalmaztuk.

Eredmények

A vizsgálatba bevont 229 páciens alapvető demográfiai jellemzőit az 1. táblázat foglalja össze. A nők és a férfiak az életkori átlag tekintetében nem különböztek egymástól, ugyanakkor szignifikánsan több nőbeteg bírt felső- és középfokú végzettséggel, mint férfibeteg. A jelenlegi aktivitást tekintve több nő volt háztartásbeli és nyugdíjas, mint férfi, míg több férfi volt munkanélküli, mint nő. Mintánkban továbbá több férfi jelezte azt, hogy egyedülálló, a nők közül pedig többen éltek házastársi kapcsolatban, mint a férfiak. Érdekes ugyanakkor megjegyezni, hogy a hatásméretetek mindegyik esetben alacsonynak bizonyultak.

A betegek pszichiáter szakorvosok által adott fődiagnózisai variábilisak voltak, ezért BNO-10 kódjaikat főcsoportok szerinti³⁹ nagyobb kategóriákba soroltuk. Elemzéseinkben így az alábbi öt nagy diagnosztikai kategóriával dolgoztunk (1. táblázat): (1) Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19); (2) Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid rendellenességek (F20-F29); (3) Hangulatzavarok (affektív rendellenességek; F30-F39); (4) Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek (F40-F48); (5) A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai (F60-F69). A három leggyakoribb fődiagnózis az Alkalmazkodási zavarok (F43.20; N = 70; 30,6%), a Súlyos depressziós epizód pszichotikus tünetek nélkül (F32.20; N = 28; 12,2%) és a Rekurrens depresszió, jelenleg súlyos depressziós epizód, pszichotikus tünetek nélkül (F33.20; N = 21; 9,2%) volt. 130 beteg (56,8%) komorbid diagnózissal rendelkezett, melyek szintén a felsorolt öt átfogó diagnosztikai kategóriába sorolhatók, illetve egy főnél (0,4%) Asperger-szindróma szerepelt társult diagnózisként. A leggyakrabban megjelenő Alkalmazkodási zavarok fődiagnózis mellett 40%-ban (N=28) nem

szerepelt komorbid diagnózis, 47,1%-ban (N=33) Pszichoaktív szer használati zavar, 7,1%-ban (N=5) személyiségzavar diagnózis, 5,8%-ban (N=4) pedig vagy szkizofrénia, vagy hangulatzavar, vagy szorongásos zavar szerepelt. Nemi különbség egyedül a komorbid diagnózisok fennállásában mutatkozott: több férfi rendelkezett egynél több diagnózissal, mint nő. A kórelőzményben 124 beteg (54,4%) esetében nem szerepelt korábbi szuicid kísérlet, 63 betegnél (27,6%) 1 korábbi kísérlet, míg 41 főnél (18,0%) 2-10 korábbi kísérlet volt a kórtörténetben (1. táblázat).

Az Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változatának (SBQ-R) leíró jellemzői

Az SBQ-R összpontszáma a mintában 3 és 18 pont között változott, átlagértéke 8,67, szórása 3,88 volt. Az átlagértékben nemi különbség nem mutatkozott ($t = 0,008$; $p = 0,994$; Hedges' $g = 0,001$), a nők átlagértéke 8,66 pont (szórás = 3,89), a férfiak átlagértéke szintén 8,66 pont (szórás = 3,91) volt.

Azok, akiknek a kórelőzményében szerepelt öngyilkossági kísérlet ($N = 104$), szignifikánsan magasabb SBQ-R pontszámot értek el ($\bar{a} = 10,43$; szórás = 3,77), mint azok, akiknél ilyen nem volt dokumentálva ($N = 124$; $\bar{a} = 7,18$; szórás = 3,37). A hatásméret jelentősnek mondható: $t = 6,916$; $p < 0,001$; Cohen- $d = 0,920$. Hasonlóképpen, akiknek a familiáris anamnézisében azonosítható volt szuicidium ($N = 35$), közepes hatásmérettel (Hedges' $g = 0,497$) magasabb SBQ-R összpontszámot adtak ($\bar{a} = 10,34$; szórás = 4,21), mint azok, akiknek a családjában nem fordult elő öngyilkosság ($N = 184$; $\bar{a} = 8,42$; szórás = 3,77; $t = 2,706$; $p < 0,007$).

Teszteltük azt is, hogy az egyes nagyobb kórforma-kategóriák tekintetében mutatkozik-e eltérés a SBQ-R összpontszámában. A személyiségzavarral diagnosztizált páciensek minden más diagnosztikai kategóriához képest szignifikánsan magasabb SBQ-R összpontszámmal bírtak, valamint a hangulatzavarokban szenvedők szignifikánsan magasabb értéket értek el az

SBQ-R skálán a neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform zavarokban szenvedőkhöz képest ($F(4) = 10,672$; $p < 0,001$; $\eta = 0,160$; 2. táblázat). A hatásméret jelentősnek bizonyult.

Az SBQ-R megerősítő faktorelemzése

A megerősítő faktorelemzés (Confirmatory Factor Analysis, CFA) kiváló illeszkedési mutatókkal megerősítette a kérdőív egyfaktoros szerkezetét (3. táblázat). A standardizált faktortöltések mind a négy tétel esetében jelentősek (0,30 felettiek), azaz megbízhatóan töltődnek az egy – az öngyilkossági rizikót sűrítő – faktorra. A legerőteljesebben a 2. tétel töltődik a főfaktorra (0,921), majd a 4. tétel (0,708) és az 1. tétel (0,675), végül a 3. tétel (0,523).

A vizsgált változók kapcsolata – Az SBQ-R konvergens validitása

Az elvártaknak megfelelően közepes és magas együttjárások mutatkoztak az SBQ-R összpontszáma és a szuicid-vonatkozású skálák (4. táblázat), valamint az MMPI-2 klinikai skálái között (5. táblázat). Szintén az elvártak szerint alakult a 6-tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív és az SBQ-R összpontszáma közötti kapcsolat. A Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív kifejezett öngyilkossági veszélyt jelző csoportja erős hatásméret mellett szignifikánsan ($F(2)=46,987$; $p<0,001$; $\eta = 0,294$) a legmagasabb SBQ-R pontértékkel ($\bar{x}=10,15$; $s=3,73$) jellemezhető az enyhe rizikójú ($\bar{x}=4,78$; $s=1,46$) és a közepes rizikójú csoporthoz ($\bar{x}=6,91$; $s=2,65$) képest.

Az SBQ-R cut-off pontjának meghatározása ROC-görbe alapján

Elemzésünkben a beteg kórelőzményére és kikérdezésére építve a vizsgáló által az osztályra történt bekerüléskor kitöltött 6-tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőívet²⁶ vettük alapul az SBQ-R ROC-görbéjének kritériumaként. A ROC-görbe alatti terület (Area Under the ROC-Curve; AUC) értéke mivel meghaladja az elvárt 0,8-as szintet, megerősíti, hogy az SBQ-R

kérdőív összpontszáma önmagában érvényes alapja a szuicid rizikóövezeti osztályozásnak⁴⁰, azaz az öngyilkossági veszély súlyosságára – a páciens szubjektív beszámolója alapján – képes szenzitíven reflektálni. A diagnosztikai pontossági paraméterek (a szenzitivitás viszonylag magas: 0,797) alapján az SBQ-R leginkább megfelelő határértéke 7 pontra tehető, azaz már 7 ponttól kezdődően nagyobb valószínűséggel pozitív a szuicidrizikó-jelzés. A kérdőív pozitív prediktív értéke (0,825) magasnak mondható, ami azt jelzi, hogy a 7 vagy a fölötti pontot elérők legtöbbje esetében valóban fennáll a szuicid veszélyeztetettség. Az osztályozás általános pontossága az SBQ-R esetében 76%, ami kielégítő eredmény. Az SBQ-R-en klinikai mintában elért 7 pont alatti értéknél alacsonynak becsülhető a szuicid rizikó, 7 vagy afeletti pontérték esetén magasnak. Aki az SBQ-R-en eléri a 7 pontot, közel 9-szer nagyobb eséllyel mutat kifejezett öngyilkossági veszélyt, mint aki 7 pont alatti összpontszámot ad ($OR = 8,81$; $CI [4,75-16,36]$; $z = 6,89$; $p < 0,0001$). Ugyanakkor a kérdőív specifitás-értéke (0,69) azt jelzi, hogy 69%-ban képes helyesen felismerni a nem veszélyeztetetteket, azaz kb. 31%-ban azokat is a szuicid rizikó csoportba sorolja, akik valójában nem veszélyeztetettek. Egy szűrőteszt – különösen az öngyilkossági rizikóbecslés – esetében azonban fontosabb a magas szenzitivitás-érték, ezért nem állapítottunk meg magasabb határértéket, mint 7 pont. A statisztikai eredményeket a 7. táblázat foglalja össze.

Végül a ROC-görbe alapján meghatározott 7 pontos szuicid rizikó határérték alapján képzett csoportok – magas vs. alacsony szuicid rizikócsoport – leíró és kapcsolati statisztikáit mutatjuk be klinikai mintánkon. 143 fő (68,5%) a magas, míg 86 fő (31,5%) az alacsony-közepes szuicidrizikó-csoportba sorolható önbevallásuk alapján. Ebben nemi különbség nem detektálható ($\chi^2(1) = 0,183$; $p = 0,669$; $\phi = 0,028$): 79 nő (61,2%) és 64 férfi (64,0%) tartozik a magas szuicid veszélyeztetettséggel bíró csoportba, míg 50 nő (38,8%) és 36 férfi (36,0%) az alacsony-közepes rizikójúba.

A bekerüléskor a kórelőzmény alapján meghatározott szuicid rizikó (a 6-tételes Rihmer-

féle Rövid Szuicid Kérdőív alapján) és az önbevalláson alapuló SBQ-R kapcsolatában közel 80%-os átfedés látszik, azaz, aki bekerüléskor a Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív alapján a magas kockázati csoportba került, később szubjektív megítélése alapján is kifejezett öngyilkossági veszélyt jelzett ($N = 118$), illetve aki bekerüléskor a Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív szerint enyhe vagy közepes rizikócsoportba került, később, önbevallás alapján is az alacsony szuicid rizikóövezetben volt ($N=56$). Ugyanakkor 25 főnél az osztályra való felvételnél a Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív enyhe veszélyövezetet feltételezett, önbevallásuk alapján azonban a magas rizikóövezetbe kerültek („fals pozitív” esetek, 10,9%). S vannak olyanok is ($N = 30$), akiket bekerülésükkor magas kockázati övezetbe soroltak be, azonban később, önbevallás alapján már az alacsony szuicid rizikóövezetbe kerültek („fals negatív” esetek, 13,1%; 8. táblázat).

Bináris logisztikus regressziós elemzéssel azt is kimutattuk, hogy az életkor, a nem és annak kontrollálása mellett, hogy a bekerülést követő hányadik napon töltötte ki a személy az SBQ-R kérdőívet, az SBQ-R magas kockázati csoportjába való bekerülés esélyét a reménytelenség 13,5%-kal, a pszichopátiás személyiségvonások pedig 4,8%-kal növelik meg, míg a múltbeli öngyilkossági kísérlet ötszörösére emeli. Ugyanakkor a hisztionikus tünetek 6,1%-kal csökkentik ezt az esélyt ($\chi^2(13) = 117,780$; $p < 0,001$; Nagelkerke $R^2 = 0,549$). A modellben más típusú tünetek nincsenek hatással a magas szuicid kockázati csoportba való kerülésre (9. táblázat).

Megbeszélés

Az öngyilkossági kockázat, illetve e rizikó súlyosságának megítélése – különösen klinikai környezetben – több szempont figyelembevételét (pl. familiáris, múltbeli és jelenlegi rizikófaktorok) és több szintről érkező információt (pl. objektív adatok a kórelőzményből, szubjektív megélés, önkitöltő kérdőívek, projektív tesztek) igényel⁷. Ebben a folyamatban egy

fontos forrás, amely hatékonyan kiegészítheti a vonatkozó egyéb adatokat, a páciens szubjektív megélését tükröző szuicid veszélyállapotot felmérő skála eredménye. Másrészt a szuicid prevencióban különösen lényeges szempont a gyorsan felvehető, megbízhatóan jelző szűrőteszt rendelkezésre állása⁴¹. Kutatásunkban a fenti szempontokat figyelembe véve az Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változatának (SBQ-R) pszichometriai mutatóit teszteltük. A rövid, négy tételes önbevalláson alapuló szuicid rizikó szűrőteszt az öngyilkossággal kapcsolatos múltbeli (élettartamra és az elmúlt egy évre vonatkoztatott) gondolatokat, tervet, viselkedést (kísérlet) és a jövőbeli lehetséges szuicid rizikót összegzi. A kérdőív előnye, hogy ezekre a szempontokra egyaránt képes reflektálni, ami azért is különösen fontos, mert az előbbieket lényeges szerepet játszhatnak utóbbi megjelenésében⁴².

A korábbi kutatási adatokkal^{16,18,19} összhangban eredményeink a skála egyfaktoros szerkezetét erősítették meg. Itt érdemes kiemelni, hogy – bár mind a négy tétel biztosan töltődik az öngyilkossági veszély főfaktorra – a harmadik tétel, mely a környezet felé kommunikált szuicid veszélyre kérdez rá, a többi tételhez képest gyengébb faktortöltéssel bír. Ez az eredmény hasonló a lengyel adaptáció adataihoz¹⁶. Ennek a hátterében az a jelenség is állhat, hogy szuicid krízis esetén a környezet felé irányuló segítségkérés gyakran indirekt, rejtett – még verbális szinten is⁴³.

Pszichiátriai fekvőbeteg mintánkban az SBQ-R átlagpontszáma korábban öngyilkossági kísérleten átesett (több mint 10 pont) és nem átesett betegek (7 pont körül) esetében hasonlóképpen alakult, mint az SBQ-R-t bevezető Osman és munkatársai vizsgálatában¹³, ahol a szuicid kórelőzménnyel bíró pszichiátriai fekvőbetegek 11 pont körüli átlagértéket, míg az azzal nem rendelkezők több mint 5 pontos átlagot jeleztek.

Megerősítettük továbbá a szuicid rizikófaktorként azonosított tényezők (pl. öngyilkossági kísérlet a családban és/vagy a kórelőzményben) markáns összefüggését a magasabb SBQ-R skálaértékekkel. Szintén a szakirodalmi előzményekre rímelő eredmény, hogy

személyiségzavar esetén magasabb a szuicid skála értéke más kórformákkal összehasonlítva. Egy kurrens szisztematikus irodalmi áttekintés alapján ennek hátterében részben a pszichoszociális funkcionálás (pl. az interperszonális problémamegoldás) gyengesége, részben pedig az állhat, hogy a borderline személyiségzavar különösen magas szuicid kockázattal társul, illetve a szuicidális önsértés a borderline személyiségzavar tüneteként is szerepel⁴⁴, valamint személyiségzavarokhoz gyakran társul komorbid pszichiátriai zavar, különösen hangulatzavarok⁴⁶. Mintánkban a hangulatzavarok jelenléte – a szorongásos zavarokhoz viszonyítva – szintén emelkedett szuicid-skála pontszámokkal kapcsolódott (vö.²⁶).

A magyar SBQ-R konvergens validitási eredményei kiválóak, különösen az MMPI-2 pszichopatológiai és személyiségkérdőív szuicid skáláival mutatott szoros együttjárást. Érdeemes kitérni az SBQ-R és a 6-tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív²⁶ közötti összefüggésekre. A korreláció a két eszköz között közepes erősségű, ugyanakkor egyedül a Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív kifejezett öngyilkossági veszély övezetében emelkedik az SBQ-R átlaga a megállapított 7-es cut-off szuicid rizikó érték fölé, az enyhe és a közepes övezetekben nem. Másrészt az SBQ-R és a Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív övezetei nem fednek teljesen át, bár a magas-kifejezett veszélyövezetek metszete közelíti a 80%-ot. Vannak azonban olyan esetek (a teljes minta 13%-a), amikor a Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív kifejezett rizikót jelez, míg az SBQ-R alacsony, s megjelennek olyan példák is (a teljes minta közel 11%-a), amikor a Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőíven enyhe veszélyövezetbe sorolt páciens az SBQ-R-en magas rizikóról számol be. Ennek értelmezéséhez fontos figyelembe venni a két rizikóbecslő eltérő jellegét: a Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív – mely mind az akut, mind a hosszútávú szuicidrizikó-becslést célozza – az osztályos felvételkor a vizsgáló orvos által a kórelőzmény objektív adatai alapján került kitöltésre, míg az SBQ-R a beteg önbevallása alapján a megkezdett osztályos ellátás során. Így kezelés hatására a páciens állapotának javulásával az öngyilkossági rizikó súlyossága csökkenhet a bekerüléskori

állapothoz képest. Különösen az olyan módosítható pszichológiai kockázati tényezők, mint a reménytelenség vagy a depresszív hangulat csökkenése segíthet a szuicid rizikó enyhülésében. Ugyanakkor egyes esetekben számolnunk kell a disszimuláció lehetőségével is: egyes páciensek tudatosan kedvezőbb képet mutathatnak az önbevalláson alapuló szűrőeszközön, például azért, hogy az osztályról hamarabb kikerüljenek. Másrészt lehetséges, hogy a beteg valamilyen ok miatt szubjektíven súlyosabbnak tünteti fel állapotát annál, mint azt az objektív rizikóbecslés jelzi. Ennek alapján érdemes a pszichiáter által a Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőívvel becsült és a páciens által jelzett – például az SBQ-R-rel felmért – szuicid rizikót összevetni, s az esetleges eltéréseket, azok hátterét elemezni. A két típusú információforrásra együttesen támaszkodva a klinikus komplexebb képet kaphat az öngyilkossági rizikó felmérésében és alakulásában. Fontos kiemelni, hogy a Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív nem pusztán a jelenleg fennálló öngyilkossági rizikót érzékeli, hanem számos szuicid kockázati faktor számbavételével prediktív erővel bír a potenciális szuicid páciensek tekintetében²⁶. Ezt árnyalhatja a páciens által kitöltött SBQ-R, mely a múltbeli és a jövőbeli lehetséges szuicid magatartásra egyaránt rákérdez.

Ennél a pontnál elengedhetetlen visszatérnünk az elméleti bevezetőben bemutatott, nemrégiben magyarra adaptált rövid Akut Szuicid Rizikó Tesztre, ugyanis amennyiben a beteg által kitöltött rövid Akut Szuicid Rizikó Teszt és az orvos által kitöltött 6-tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív egyaránt öngyilkossági rizikót jelzett, a súlyos szuicid krízis szindróma tünettana a legnagyobb valószínűséggel fordult elő. Ennek alapján a szerzők hasonlóképpen kiemelik a két típusú (beteg által és orvos által becsült szuicid rizikó) mérőeszköz együttes alkalmazásának fontosságát¹¹. Ehhez hozzátehetjük – mivel mindhárom skála igen gyorsan felvehető – hogy érdemes lehet az átfogó öngyilkossági veszély felmérés érdekében a preszuicidális szindróma állapotára érzékeny rövid Akut Szuicid Rizikó Teszt, a múltbeli és a potenciális öngyilkossági magatartást feltáró SBQ-R, valamint az objektív rizikófaktorok

szakember általi számbavételével operáló szuicidrizikó-becslő Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív együttes alkalmazása.

Végül az SBQ-R mint szűrőeszköz azon képességét teszteltük, hogy elkülöníti-e az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetetteket a nem veszélyeztetettektől. A szenzitivitás-specifititás legkedvezőbb arányát figyelembe véve klinikai mintánkban 7 pontos határértéket állapítottunk meg. Ez közel áll az eredeti kérdőív klinikai mintán meghatározott 8 pontos cut-off értékéhez, s egybeesik az amerikai vizsgálat nemklinikai populációban detektált 7 pontos cut-off értékével¹³. Érdeemes megemlíteni, hogy vizsgálatunkban a szuicid rizikócsoportha való bekerülés és az azt prediktáló tényezők esetében nemi hatás nem mutatkozott. Kiemelendő, hogy nemtől és kortól függetlenül a 7 pontos határérték alapján meghatározott magas szuicid rizikójú csoportba való bekerülés esélyét a reménytelenség nagymértékben megnöveli. Mindez megerősíti a korábbi szakirodalmi kutatási eredményeket: a depresszív tünetek, illetve a depresszív kognitív triász részeként a jövőre vonatkozó negatív elvárások, érzések erősödése, a jövőorientáció, a célok eliminációja az öngyilkossági spektrum (gondolat, vágy, cselekedet) markáns meghatározója⁴⁶. Fontos kiemelni, hogy a reménytelenség megjelenése akadályozza a segítséghez fordulást²⁹, ezért mielőbbi felismerése és csökkentése a szuicid veszélyeztetettség csökkentésének is fontos része. Az SBQ-R és a Beck-féle Reménytelenség Skála²⁸ közötti közepesen erős – jelentős együttjárás mindezt megerősíti. Fontos megjegyezni, hogy a reménytelenség, mint a szuicid viselkedés „szükséges” feltétele, több vezető, öngyilkosságot magyarázó elméletben is központi tényező, így Thomas Joiner interperszonális elméletében (Interpersonal-Psychological Theory of Suicide⁴⁷) vagy az öngyilkosság reménytelenség elméletében (Hopelessness Theory of Suicide⁴⁸).

Limitációk

Mivel speciális – pszichiátriai fekvőbeteg – mintában teszteltük a bevezetésre kerülő SBQ-R kérdőívet, így viszonylag alacsony elemszámmal tudtunk dolgozni. Módszertani szempontból ez különösen akkor jelentett problémát, amikor egyes alcsoportokat (pl. férfiak, bizonyos diagnosztikai kategóriával bírók, a 6-tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív alapján az enyhe veszélyövezetbe tartozók) csak kevés vizsgálati személy reprezentált. Ezeket az eredményeket így csak ennek figyelembevételével – óvatossággal – értelmezhetjük. Bár számos változót felmértünk vizsgálatunkban, olyan – az öngyilkos viselkedés szempontjából fontos – tényezők feltárása, mint a korábbi szuicid kísérletek módja és más súlyossági mutatója nem történt meg. Nem vettük továbbá figyelembe az osztályos kezelés szerepét/hatását sem. A vizsgálat további alapvető korlátja annak keresztmetszeti elrendezése. Leghatékonyabban egy szűrőeszköz szenzitivitását longitudinális elrendezésben, a veszélyeztetett és nem veszélyeztetett csoportok esetleges szuicid viselkedését nyomon követve tudnánk vizsgálni. Végül érdemes a skálával kapcsolatos leggyakoribb kritikákat is felvetni: az egyik kritikai pont, hogy két tétel (1. és 3.) esetében is két különböző válaszlehetőség ugyanannyi pontot ér. A másik kritika – amely máskor a teszt előnyeként szerepel – az idői szempont: mind retrospektív, mind prospektív módon rákérdez a szuicid viselkedésre¹⁷.

Következtetések

Eredményeink alapján az Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változata (SBQ-R) pszichometriailag jól működő, a szuicid rizikó szűrésére alkalmas mérőeszköz, amely klinikai környezetben vagy a háziorvosi praxisban a beteg önbevallására alapozva képes a kórelőzmény, illetve az objektív 6-tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív²⁶ nyomán meghatározott öngyilkossági veszélyeztetettség szintjét többletinformációval árnyalni.

IRODALOM

1. *Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK.* Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* 2017;143(2):187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
2. *Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S.* Risk factors for suicide in adults: Systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid-Based Ment Health* 2022;25(4): 148-155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>
3. *Favril L, Yu R, Geddes JR, Fazel S.* Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: An umbrella review. *Lancet Public Health* 2023;8(11): e868–e877. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00207-4)
4. *Szabó J, Vörös V, Molnár Cs, Fekete S, Tényi T, Osváth P.* Az öngyilkossági rizikó becslése a klinikai gyakorlatban. *Orv Hetil* 2022;163(22):863-870. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32464>
5. *Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner Jr TE.* Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav* 2007a;37(3):248-263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>
6. *Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner Jr TE.* Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2007b;37(3):264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
7. *Rihmer Z, Németh A, Kurimay T, Perczel-Forintos D, Purebl Gy, Döme P.* A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. *Psychiat Hung*, 2017; 32:4-44.
8. *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.
9. *Rihmer Z, Gonda X, Kálmán J.* Bipoláris betegek lamotrigin kezelése - Relapszus ráta és szuicid magatartás 6 hónapos kezelés során. *Neuropsychopharmacol Hung*, 2015; 27:7-13.
10. *Bérdi M, Gonda X.* Az öngyilkossági kockázat szűrése az alapellátásban. *Magyar Családorvosok Lapja* 2025; 1:16-18.
11. *Osváth P, Molnár Cs, Lovig Cs, Major FN, Venczák Sz, Fekete S, Tényi T, Cohen L, Galyanker I, Vörös V.* Az akut szuicid veszély értékelése. A komplex rizikóbecslés lehetőségei a klinikai gyakorlatban. *Orv Hetil.* 2025;166(4):146–153.
12. *Rihmer Z, Torzsa P.* A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 2016; 21:584-589.
13. *Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX.* The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment* 2001;8(4): 443-54. <http://doi.org/10.1177/107319110100800409>
14. *Rueda-Jaimes GE, Castro-Rueda VA, Rangel-Martínez-Villalba AM, Corzo-Casasadiago JD, Moreno-Quijano C, Camacho PA.* Validity of the Suicidal Behavior Questionnaire-Revised in patients with short-term suicide risk. *Eur Psychiatry* 2017;31(4):145-150. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.09.002>
15. *Farabaugh A, Nyer M, Holt D, Baer L, Petrie S, DiPierro M, Nierenberg A, Pedrelli P, Cusin C, Fava M, Mischoulon D.* Screening for suicide risk in the college

- population. *J Ration-Emot Cogn-Behav Ther* 2015;33(1): 78-94. <https://doi.org/10.1007/s10942-014-0203-6>
16. Chodkiewicz J, Gruszczyńska E. The Polish adaptation of the Suicide Behaviors Questionnaire-Revised by A. Osman et al. *Psychiatr Pol* 2020;54(1):101-111. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/93492>
 17. Glaesmer H, Kapusta ND, Teismann T, Wagner B, Hallensleben N, Spangenberg L, Forkmann T. Psychometrische Eigenschaften der deutschen Version des Suicide Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R) [Psychometric Properties of the German Version of the Suicide Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R)]. *Psychother Psych Med* 2018;68(8):346-352. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118335>
 18. Campos RC, Holden RR. Portuguese version of the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised: Validation data and the establishment of a cut-score for screening purposes. *Eur J Psychol Assess* 2019;35(2):190-195. <http://doi.org/10.1027/1015-5759/a000385>
 19. Gómez-Romero MJ, Tomás-Sábado J, Montes-Hidalgo J, Brando-Garrido C, Limonero JT. The suicidal behaviors questionnaire-revised. Spanish form. *Death Stud* 2019;45(8):623–629. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1671544>
 20. Amini-Tehrani M, Nasiri M, Jalali T, Sadeghi R, Ghotbi A, Zamanian H. Validation and psychometric properties of Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) in Iran. *Asian J Psychiat* 2020;47:101856. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101856>
 21. Adjorlolo S, Anum A, Amin JM. Validation of the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised in adolescents in Ghana. *J Ment Health* 2020;31(3):302-308. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1739239>
 22. Aloba O, Ojeleye O, Aloba T. The psychometric characteristics of the 4-item Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) as a screening tool in a non-clinical sample of Nigerian university students. *Asian J Psych* 2017;26:46-51. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.017>
 23. Lund EM, Nadorff MR, Galbraith K, Thomas KB. Comparing the internal consistency, overall scores, and response patterns on the Suicidal Behavior Questionnaire–Revised in people with and without disabilities. *Rehabil Couns Bull* 2019;62(2):108–120. <https://doi.org/10.1177/0034355217728926>
 24. Linehan MM, Nielsen SL. Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *J Consult Clin Psych* 1981;49(5):773-775. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.5.773>
 25. World Health Organization (WHO). Declaration of Helsinki. *Bull World Health Organ* 2001;79(4):373-374. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566407/pdf/11357217.pdf>
 26. Rihmer Z, Döme P, Gonda X, Rihmer A, Bélteczki Zs. Az öngyilkossági veszély felmérése a Rövid Szuicid Kérdőív segítségével – előzetes eredmények. *Neuropsychopharmacol Hung* 2018;20(1):14-17.
 27. Behling O, Law K. *Translating Questionnaires and Other Research Instruments*. SAGE Publications, Inc.; 2000. <https://doi.org/10.4135/9781412986373>
 28. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hoplenness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:861-865.
 29. Perczel-Forintos D, Sallai S, Rózsa S. A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatr Hung* 2001;16(6): 632-643.
 30. Butcher JN, Graham JR, Ben-Porath YS, Tellegen A, Dahlstrom WG, Kaemmer B. *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2). Manual for administration, scoring, and interpretation. Revised edition*. OS Hungary Tesztfelkészítő Kft. ford. Budapest: OS Hungary Tesztfelkészítő Kft.; 2001/2009.

31. *Segal DL, Coolidge FL.* Objective assessment of personality and psychopathology: An overview. In: *Hilsenroth MJ, Segal DL.* (eds.). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment. Volume 2 Personality Assessment.* John Wiles & Sons; 2004. p. 3-13.
32. *Weiner IB, Greene RL.* *Handbook of Personality Assessment.* John Wiley & Sons; 2017.
33. *Girasek H, Soós A, Janicsák H, Dudás D, Reinhardt M.* Változások és újítások a Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) pszichodiagnosztikai tesztben. *Magy Pszichol Szle* 2023;78(1):135-156.
<https://doi.org/10.1556/0016.2023.00028>
34. *Nichols DS, Innamorati M, Erbutto D, Ryan TA, Pompili M.* An MMPI-2 hopelessness scale: Construction, initial validation and implication for suicide risk. *J Affect Disord Rep* 2021;3:100057. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100057>
35. *Glassmire DM, Stolberg RA, Greene RL, Bongar B.* The utility of MMPI-2 suicide items for assessing suicidal potential: Development of a Suicidal Potential Scale. *Assessment* 2001;8(3):281-290. <https://doi.org/10.1177/107319110100800304>
36. *Cohen J.* *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* New York, NY: Routledge Academic; 1998.
37. *Cohen J.* A power primer. *Psychol Bull* 1992;112:155-159.
<https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
38. *Muthén LK, Muthén BO.* *Mplus User's Guide.* (Eighth Edition). Muthén & Muthén; 2017-2022.
39. *World Health Organization (WHO).* *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.); 2016.
<https://icd.who.int/browse10/2016/en>
40. *Nahm FS.* Receiver operating characteristic curve: Overview and practical use for clinicians. *Korean J Anesthesiol* 2022;75(1):25-36. <https://doi.org/10.4097/kja.21209>
41. *Perczel-Forintos D, Rózsa S, Kopp M.* A Beck-féle Reménytelenség Skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív felmérés tükrében. *Psychiatr Hung* 2007;22:379-389.
42. *Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR.* Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(3):371-377.
<http://doi.org/10.1037//0022-006X.68.3.371>
43. *Farberow NL, Shneidman ES.* *The cry for help.* McGraw-Hill; 1961.
44. *McClelland H, Cleare S, O'Connor RC.* Suicide risk in personality disorders: A systematic review. *Curr Psychiatry Rep* 2023;25:405-417.
<https://doi.org/10.1007/s11920-023-01440-w>
45. *Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R.* Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nord J Psychiatry* 2005;59(5):319-324.
<https://doi.org/10.1080/08039480500320025>
46. *Steeg S, Haigh M, Webb RT, Kapur N, Awenat Y, Gooding P, Pratt D, Cooper J.* The exacerbating influence of hopelessness on other known risk factors for repeat self-harm and suicide. *J Affect Disord* 2016;190:522-528.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.050>
47. *Joiner T.* *Why People Die by Suicide.* Harvard University Press; 2007.
48. *Abramson LY, Alloy LB, Hogan ME, Whitehouse WG, Gibb BE, Hankin BL.* The Hopelessness Theory of Suicidality. In: *Joiner T, Rudd MD.* (eds.). *Suicide Science;* 2000. p. 17-32. Boston, MA: Springer.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH az FK 138604 számmal elnyert pályázat, a Magyar Tudományos Akadémia pedig a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj (BO/00960/23/) keretében támogatja.

Horváth Zsolt a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) (pályázat azonosító: STARTING 150862), valamint a Kulturális és Innovációs Minisztérium EKÖP-24 kódszámú Egyetemi Kiválósági Ösztöndíj Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásában részesült.

1. táblázat: A vizsgált minta demográfiai és betegdemográfiai adatai

	<i>Teljes minta</i> <i>N=229</i>	<i>Nők</i> <i>N=129</i>	<i>Férfiak</i> <i>N=100</i>	<i>A két nem összehasonlítása (statisztika próba értéke)</i>
<i>Életkor (M (s))</i>	41,64 év (14,41)	41,83 év (15,67)	41,40 év (12,67)	t=-0,229; p=0,819; hatásméret (Hedges' g)=-0,030
<i>Iskolai végzettség*</i>				
felsőfokú	21,5% (N = 49)	25,0% (N = 32)	17,0% (N = 17)	$\chi^2(3)=16,039$; p<0,001; φ=0,265
érettségi	41,7% (N = 95)	49,2% (N = 63)	32,0% (N = 32)	
szakmunkás	21,0% (N = 48)	13,3% (N = 17)	31,0% (N = 31)	
általános iskola	15,8% (N = 36)	12,5% (N = 16)	20,0% (N = 20)	
<i>Aktivitás</i>				
tanuló	4,8% (N = 11)	5,4% (N = 7)	4,0% (N = 4)	$\chi^2(5)=22,298$; p<0,001; φ=0,312
aktív dolgozó	52,4% (N = 120)	52,7% (N = 68)	52,0% (N = 52)	
háztartásbeli, GYES, GYED	5,2% (N = 12)	8,5% (N = 11)	1,0% (N = 1)	
munkanélküli	23,6% (N = 54)	14,7% (N = 19)	35,0% (N = 35)	
(rokkant)nyugdíjas	14,0% (N = 32)	18,6% (N = 24)	8,0% (N = 8)	
<i>Családi állapot</i>				
egyedülálló	34,9% (N = 80)	27,1% (N = 35)	45,0% (N = 45)	$\chi^2(4)=10,913$; p=0,028; φ=0,218
kapcsolatban él	19,7% (N = 45)	19,4% (N = 25)	20,0% (N = 20)	
házastársi kapcs.	28,4% (N = 65)	35,7% (N = 46)	19,0% (N = 19)	
elvált	12,2% (N = 28)	12,4% (N = 16)	12,0% (N = 12)	
özvegy	4,8% (N = 11)	5,4% (N = 7)	4,0% (N = 4)	
<i>Diagnosztikai kategória**</i>				
F10-F19	3,1% (N = 7)	2,3% (N = 3)	4,0% (N = 4)	$\chi^2(4)=5,308$; p=0,257; φ=0,152
F20-F29	11,8% (N = 27)	11,6% (N = 15)	12,0% (N = 12)	
F30-F39	36,2% (N = 83)	40,3% (N = 52)	31,0% (N = 31)	
F40-F48	37,1% (N = 85)	31,8% (N = 41)	44,0% (N = 44)	
F60-F69	11,8% (N = 27)	14,0% (N = 18)	9,0% (N = 9)	
<i>Komorbid diagnózis van-e</i>	56,8% (N = 130)	48,8% (N = 63)	67,0% (N = 67)	$\chi^2(1)=7,572$; p=0,006; φ=0,182
<i>Szucid kísérlet a kórelőzményben ***</i>	45,6% (N = 104)	48,8% (N = 63)	41,4% (N = 41)	$\chi^2(1)=1,244$; p=0,265; φ=0,074

Megjegyzés: *1 fő nem adta meg az iskolai végzettségét. ** F10-F19: Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok; F20-F29: Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid rendellenességek; F30-F39: Hangulatzavarok (affektív rendellenességek); F40-F48: Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek; F60-F69: A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai. ***1 fő adata hiányzik.

2. táblázat: Diagnosztikai kategóriacsoportok összehasonlítása az SBQ-R átlagpontszám alapján

Változó	F10- F19 (N=7) M (SD)	F20- F29 (N=27) M (SD)	F30- F39 (N=83) M (SD)	F40- F48 (N=85) M (SD)	F60- F69 (N=27) M (SD)	Statisztikai próba értéke (p); hatásméret mutató	Csoportok közötti különbségek*
SBQ-R összpontszám	8,14 (2,48)	7,67 (3,08)	9,34 (3,68)	7,28 (3,69)	12,11 (3,63)	F(4) = 10,672 (p < 0,001); $\eta = 0,160$	F60-69 > F10-19 = F20-29 = F30-39 > F40-48

Megjegyzés: F10-F19: Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok; F20-F29: Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid rendellenességek; F30-F39: Hangulatzavarok (affektív rendellenességek); F40-F48: Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek; F60-F69: A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai. *A jelzett csoportok közötti különbségek minimum $p < 0,05$ szinten szignifikánsak, kivétel az F60-69 és F10-19 kategóriák közötti különbség, mely 0,7-es tendenciaszinten szignifikáns. η =hatásméret mutató.

3. táblázat: A megerősítő faktorelemzés illeszkedési mutatói

	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA [90%CI]	SRMR
Egyfaktoros CFA	1,545 (p=0,462)	2	1,000	1,005	0,0001 [0,0001-0,121]	0,013

Megjegyzés: N=127. χ^2 = Kí-négyzet teszt; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation. SRMR = Standardized Root Mean Square Residual.

4. táblázat: A SBQ-R és más szuicid-vonatkozású skálák korrelációs táblázata

	Rövid Szuicid Kérdőív r; p	MMPI-2 DEP4 r; p	MMPI-2 HP r; p	MMPI-2 SPS r; p	RS össz r; p	RS affektív r; p	RS motivá- ciós r; p	RS kognitív r; p
SBQ-R	0,547; <0,001	0,768; <0,001	0,663; <0,001	0,777; <0,001	0,646; <0,001	0,620; <0,001	0,526; <0,001	0,648; <0,001
Rövid Szuicid Kérdőív		0,417; <0,001	0,420; <0,001	0,476; <0,001	0,447; <0,001	0,389; <0,001	0,372; <0,001	0,477; <0,001
MMPI-2 DEP4			0,814; <0,001	0,898; <0,001	0,631; <0,001	0,569; <0,001	0,536; <0,001	0,639; <0,001
MMPI-2 HP				0,715; <0,001	0,682; <0,001	0,606; <0,001	0,603; <0,001	0,671; <0,001
MMPI-2 SPS					0,606; <0,001	0,562; <0,001	0,495; <0,001	0,622; <0,001
RS össz						0,898; <0,001	0,926; <0,001	0,923; <0,001
RS affektív							0,728; <0,001	0,772; <0,001
RS motivá- ciós								0,777; <0,001

Megjegyzés: N = 127. Rövid Szuicid Kérdőív: 6 tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív. MMPI-2 DEP4: az MMPI-2 Depresszió tartalmi skála 4. tartalmi komponens skálája. MMPI-2 HP: az MMPI-2 Reménytelenség skálája. MMPI-2 SPS: az MMPI-2 Szuicid Potenciál Skálája. RS: Beck-féle Reménytelenség Skála.

5. táblázat: Az SBQ-R és az MMPI-2 klinikai skáláinak együttjárása

	HS r; p	D r; p	Hy r; p	Pd r; p	Mf r; p	Pa r; p	Pt r; p	Sc r; p	Ma r; p	Si r; p
SBQ-R	0,408; <0,001	0,505; <0,001	0,403; <0,001	0,472; <0,001	0,051; = 0,442	0,495; <0,001	0,555; <0,001	0,634; <0,001	0,114; = 0,086	0,422; <0,001

Megjegyzés: N = 127. Hs: Hipochondriázis skála. D: Depresszió skála. Hy: Hisztéria skála. Pd: Pszichopátia skála. Mf: Férfiasság-Nőiesség skála. Pa: Paranoia skála. Pt: Pszichaszténia skála. Sc: Szkizofrénia skála. Ma: Hipománia skála. Si: Szociális introverzió.

6. táblázat: A 6 tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív és az SBQ-R közötti kapcsolat

Változó	RSzK enyhe (N=36) M (SD)	RSzK közepes (N=45) M (SD)	RSzK kifejezett (N=148) M (SD)	Statisztikai próba értéke (p); hatásméret mutató	Csoportok közötti különbségek*
SBQ-R összpontszám	4,78 (1,46)	6,91 (2,65)	10,15 (3,73)	$F(2) = 46,987$ ($p < 0,001$); $\eta = 0,294$	kifejezett > közepes > enyhe

Megjegyzés: RSZK: 6 tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív. *A jelzett csoportok közötti különbségek $p < 0,001$ szinten szignifikánsak, kivéve a közepes és az enyhe csoport esetében, ahol $p = 0,011$. η =hatásméret mutató.

7. táblázat: Az SBQ-R ROC-elemzésének eredményei

	AUC	95% CI	cut-off pont	A cut-off pont statisztikai jellemzői				
				szenzitivitás	specifitás	pontosság	pozitív prediktív érték	negatív prediktív érték
SBQ-R összpontszám	0,817 ($p < 0,0001$)	[0,762– 0,871]	7	0,797	0,691	0,759	0,825	0,651

Megjegyzés: AUC: Area Under the ROC-Curve = a ROC-görbe alatti terület. CI: konfidenciaintervallum.

8. táblázat: A 6 tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív és az SBQ-R övezetek kapcsolata

RSZK	SBQ-R		
	alacsony rizikó (< 7) N (%)	magas rizikó (≥ 7) N (%)	össz N (%)
enyhe és közepes rizikó	56 (65,1%)	25 (17,5%)	81 (35,4%)
kifejezett rizikó	30 (34,9%)	118 (82,5%)	148 (64,6%)
össz	86 (100%)	143 (100%)	229 (100%)

Megjegyzés: RSZK: 6 tételes Rihmer-féle Rövid Szuicid Kérdőív.

9. táblázat: Az SBQ-R magas kockázati csoportjába való bekerülés prediktorai – bináris logisztikus regressziós elemzés

	β	S.E.	Wald-statisztika	df	p	Exp(β)	95% CI
életkor	-0,006	0,014	0,152	1	0,697	0,994	[0,967–1,023]
nem	-0,247	0,391	0,398	1	0,528	0,781	[0,363–1,681]
tesztfelvétel ideje	0,030	0,114	0,068	1	0,795	1,030	[0,823–1,289]
Hs	0,024	0,027	0,782	1	0,376	1,024	[0,971–1,080]
D	0,028	0,029	0,919	1	0,338	1,029	[0,971–1,089]
Hy	-0,063	0,031	4,253	1	0,039	0,939	[0,884–0,997]
Pd	0,047	0,023	4,049	1	0,044	1,048	[1,001–1,097]
Pa	0,024	0,024	0,930	1	0,335	1,024	[0,976–1,074]
Pt	0,015	0,030	0,239	1	0,625	1,015	[0,957–1,076]
Sc	0,027	0,028	0,912	1	0,340	1,027	[0,972–1,085]
Si	-0,009	0,026	0,128	1	0,720	0,991	[0,941–1,043]
reménytelenség	0,127	0,052	5,880	1	0,015	1,135	[1,025–1,258]
öngyilkossági kísérlet a kórelőzményben	1,686	0,403	17,470	1	<0,001	5,398	[2,448–11,902]

Megjegyzés: MMPI-2 Hs: Hipochondriázis skála. D: Depresszió skála. Hy: Hisztéria skála. Pd: Pszichopátia skála. Mf: Férfiasság-Nőiesség skála. Pa: Paranoia skála. Pt: Pszichaszténia skála. Sc: Szkizofrénia skála. Ma: Hipománia skála. Si: Szociális introverzió. CI: konfidenciaintervallum.

Függelék

Öngyilkossági Viselkedés Kérdőív módosított változata (Hungarian Suicide Behaviors Questionnaire Revised; SBQ-R)

Kérjük, jelölje be azt az állítást, ami a leginkább igaz Önre!

1. Gondolt-e valaha arra, hogy megölje magát vagy megkísérelte-e, hogy megölje magát? (Csak egy választ jelöljön be!)

1. Soha.
2. Csak egy rövid, múltó gondolat volt.
- 3a. Legalább egyszer terveztem, hogy megölöm magam, de végül nem kíséreltem meg.
- 3b. Legalább egyszer terveztem, hogy megölöm magam és valóban meg is akartam halni.
- 4a. Már megpróbáltam megölni magam, de nem akartam meghalni.
- 4b. Már megpróbáltam megölni magam és valóban azt reméltem, hogy meghalok.

2. Milyen gyakran gondolt arra az elmúlt egy évben, hogy megöli magát? (Csak egy választ jelöljön be!)

1. Soha.
2. Ritkán (egyszer).
3. Néha (kétszer).
4. Gyakran (3-4-szer).
5. Nagyon gyakran (5-ször vagy annál többször).

3. Mondta-e valaha bárkinek, hogy öngyilkosságot fog elkövetni vagy talán meg fogja tenni? (Csak egy választ jelöljön be!)

1. Nem.
- 2a. Igen, egyszer, de valójában nem akartam meghalni.
- 2b. Igen, egyszer, és valóban meg is akartam halni.
- 3a. Igen, több mint egyszer, de nem akartam megtenni.
- 3b. Igen, több mint egyszer, és valóban meg is akartam tenni.

4. Mennyire valószínű, hogy valaha öngyilkosságot fog megkísérelni? (Csak egy választ jelöljön be!)

0. Soha.
1. Egyáltalán nem látom esélyét.
2. Inkább nem valószínű.
3. Nem valószínű.
4. Valószínű.
5. Inkább valószínű.
6. Nagyon valószínű.

Kiértékelés:

- 1. tétel: öngyilkossági gondolat és/vagy kísérlet az élettartam során**
 1. válasz: nem szuicid csoport **1 pont**
 2. válasz: szuicid gondolatok tekintetében rizikócsoporth **2 pont**
 - 3a vagy 3b válasz: szuicid terv rizikócsoporth **3 pont**
 - 4a vagy 4b válasz: szuicid kísérlet csoport **4 pont**

- 2. tétel: öngyilkossági gondolatok gyakorisága az elmúlt 1 évben**
 1. válasz: Soha **1 pont**
 2. válasz: Ritkán **2 pont**
 3. válasz: Néha **3 pont**
 4. válasz: Gyakran **4 pont**
 5. válasz: Nagyon gyakran **5 pont**

- 3. tétel: öngyilkossági kísérlet veszélye**
 1. válasz **1 pont**
 - 2a vagy 2b válasz **2 pont**
 - 3a vagy 3b válasz **3 pont**

- 4. tétel: a jövőre vonatkozó öngyilkos magatartás önbevalláson alapuló valószínűsége**
 0. válasz: Soha **0 pont**
 1. válasz: Egyáltalán nem látom esélyét **1 pont**
 2. válasz: Inkább nem valószínű. **2 pont**
 3. válasz: Nem valószínű **3 pont**
 4. válasz: Valószínű **4 pont**
 5. válasz: Inkább valószínű **5 pont**
 6. válasz: Nagyon valószínű **6 pont**

Összesen minimum 3, maximum 28 pont szerezhető.

Osman és mtsai. (2001) alapján:

A szuicid rizikó cut-off értéke nemklinikai felnőtt mintában ≥ 7 pont.

A szuicid rizikó cut-off értéke klinikai felnőtt mintában ≥ 8 pont.

Jelen vizsgálat alapján:

A szuicid rizikó cut-off értéke klinikai felnőtt mintában ≥ 7 pont.