

Tytus Koweszko, Jacek Gierus, Anna Mosiołek, Agata Szulc
Klinika Psychiatryczna, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Uwarunkowania zachowań samobójczych u pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie. Portret psychologiczny kobiety- i mężczyzny-samobójcy

Streszczenie

Wstęp: Celem niniejszej pracy jest określenie uwarunkowań psychologicznych i klinicznych zachowań samobójczych u pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie.

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło 154 pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie, którzy zostali przebadani skalami ACL, BPRS, WHOQOL-BREF, C-SSRS oraz kwestionariuszem demograficzno-opisowym. Wyniki skal poddano analizie przy użyciu korelacji rho Spearmana oraz testu U Manna-Whitneya. Analiza korelacji została przeprowadzona w odniesieniu do liczby wcześniejszych prób samobójczych, a testu U Manna-Whitneya użyto w celu określenia różnic międzygrupowych w zależności od obecności lub braku zachowań samobójczych w ciągu życia oraz niskiego/wysokiego ryzyka samobójczego określonego na podstawie oceny ryzyka C-SSRS. Autorzy przeprowadzili analizy statystyczne, dokonując podziału ze względu na płeć osób badanych.

Wyniki: Wyniki pozwoliły na wyodrębnienie zmiennych psychologicznych oraz cech klinicznych, które mogą predysponować do zachowań samobójczych. Dodatkowo wynik badania ujawnił czynniki ryzyka i ochronne odmienne dla każdej z płci.

Wnioski: Uzyskane dane umożliwiły stworzenie profilu potencjalnego samobójcy-kobiety and samobójcy-mężczyzny. Profil psychologiczny potencjalnego samobójcy może stanowić użyteczne narzędzie wspomagające personel medyczny w zapobieganiu zachowaniom samobójczym u pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie. Odmienne profile u mężczyzn i kobiet ukazuje, jak ważnym czynnikiem determinującym specyfikę zagrożenia samobójczego jest płeć pacjenta.

Psychiatria 2018; 15, 1: 29–34

Słowa kluczowe: samobójstwo, płeć, psychiatria, czynniki ryzyka

Wstęp

Dostatecznie szybkie zidentyfikowanie zagrożenia samobójczego jest trudnym zadaniem i stanowi poważne wyzwanie dla personelu medycznego. Zapobieganie aktom skierowanym przeciwko własnemu życiu i zdrowiu wśród pacjentów hospitalizowanych wymaga złożonej analizy, która bez względu na swą dokładność, może okazać się niewystarczająca. Dostępne narzędzia oceny, takie jak *The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk* (NGASR) [1], SAD PERSONS [2], dostarczają co prawda wielu informacji na podstawie czynników ryzyka i ochronnych, jednak ich faktyczna wartość prognostyczna często okazuje się niewystarczająca. Skala *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS) [3] mimo najwyższej skuteczności

w przewidywaniu zachowań samobójczych wymaga od personelu przeprowadzenia wywiadu, co w sytuacji częstych zmian personelu, niewystarczającego przepływu informacji i ograniczeń wynikających z niewłaściwej komunikacji między członkami zespołu medycznego, z łatwością może doprowadzić do sytuacji, w której kluczowe szczegóły zostają pominięte [4].

Powszechnie stosowane metody traktują pacjenta-samobójcę w sposób uniwersalny. W niedużym stopniu bierze się pod uwagę płeć leczonej osoby. A to właśnie ten aspekt wydaje się determinować w znacznym stopniu ryzyko samobójcze i specyfikę podejmowanych działań [5]. Na świecie 2–3-krotnie więcej mężczyzn odbiera sobie życie w wyniku samobójstwa, przy czym to kobiety częściej podejmują bezskuteczne próby. W literaturze zjawisko to określa się paradoksem płci [6–9]. Z powodu różnic w występowaniu i postaci zachowań samobójczych w zależności od płci nie jest możliwe stworzenie uniwersalnego profilu samobójcy bez uwzględnienia tak istotnej zmiennej. Profil psychologiczny pozwalający

Adres do korespondencji:

Tytus J. Koweszko
Clinic of Psychiatry
Faculty of Health Sciences
Medical University of Warsaw, Poland
e-mail: koweszko@gmail.com

bazować na informacjach, które personel medyczny może uzyskać wyłącznie na podstawie kontaktu z pacjentem, może się przyczynić do lepszego identyfikowania zagrożenia.

Cel

Badacze postawili sobie za cel wyodrębnienie psychologicznych czynników ryzyka wystąpienia zachowań samobójczych oraz stworzenie portretu psychologicznego potencjalnego samobójcy w zależności od płci pacjenta.

Materiał i metody

Grupy badane

W badaniu wzięło udział 154 pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie w Klinice Psychiatrycznej Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kobiety stanowiły 45% badanych ($n = 69$), a mężczyźni 55% ($n = 85$). Średnia wieku w grupie kobiet wynosiła $m = 35,8$ roku, a w grupie mężczyzn $M = 36,5$. Pacjenci różnili się pod względem wykształcenia, rozpoznania psychiatrycznego, a także występowania zachowań samobójczych w przeszłości. Badacze dokonali podziału badanych na podstawie obecności lub braku zachowań samobójczych w ciągu całego życia oraz dzieląc ich na grupy małego i dużego ryzyka samobójczego. W grupie dużego ryzyka znalazły się osoby, które w ciągu ostatnich trzech miesięcy przejawiały jakiegokolwiek zachowania samobójcze, oraz te, które na przestrzeni ostatniego miesiąca miały myśli samobójcze. W tabeli 1 przedstawiono dokładne liczebności grup.

Metody diagnostyczne

Do oceny cech osobowościowych badacze wykorzystali skalę *Adjective Check List* (ACL). Narzędzie zostało pierwotnie stworzone przez Harrisona G. Gougha. W niniejszym badaniu zastosowano standardową wersję, w której zadaniem badanego jest wybranie spośród 300 przymiotników tych, jakie, jego zdaniem, dobrze go opisują. Lista Przymiotnikowa pozwala na obliczenie

wyników w 37 skalach, wśród których znajdują się skale potrzeb, skale tematyczne, skale analizy transakcyjnej oraz skale twórczości i inteligencji, a także skale kontrolne. Zarówno zgodność wewnętrzną skal, jak i stabilność jest wysoka w przypadku większości skal. Korelacje skal ACL z innymi miarami osobowości (*Eysenck Personality Questionnaire-Revised* [EPQ-R], *IVE, State-Trait Anxiety Inventory* [STAI], *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* [MMPI-2], *Kwestionariusz Pomiaru Depresji* [KPD]), a także porównanie wyników uzyskiwanych przez osoby pochodzące z różnych grup klinicznych i zawodowych oraz różniących się czynnikami demograficznymi pozwoliły na potwierdzenie znaczenia diagnostycznego większości skal. Normy tenowe zostały opracowane oddzielnie dla kobiet i mężczyzn (w wieku 15–69 lat). *Adjective Check List* stosuje się zarówno w indywidualnej diagnozie osobowości, między innymi do celów klinicznych, jak i w badaniach naukowych [10, 11].

World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) jest narzędziem stworzonym w ramach *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) project, którego celem było opracowanie międzynarodowej uniwersalnej kulturowo metody do oceny poczucia jakości życia. Jest przeznaczone do oceny jakości życia. Zostało skonstruowane na podstawie WHOQOL-100. Metoda składa się z 26 pozycji i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: zdrowia fizycznego, zdrowia psychologicznego, relacji społecznych oraz środowiska. Skala zawiera również pozycje, które są analizowane oddzielnie: pytanie 1 (dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia) i pytanie 2 (dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia). Punktacją dziedzin odzwierciedla indywidualną percepcję jakości życia w zakresie tych dziedzin. Punktacją dziedzin ma kierunek pozytywny co oznacza, że im większa liczba punktów tym lepsza jakość życia [12]. Krótka Skala Oceny Psychiatrycznej (BPRS, *Brief Psychiatric Rating Scale*) jest narzędziem stworzonym do oceny psychiatrycznej objawów klinicznych. Badacze posłużyli

Tabela 1. Liczebność grup badanych z uwzględnieniem podziału na zachowania samobójcze w przeszłości oraz małe/duże ryzyko

		Razem (n = 154)		Mężczyźni (n = 85)		Kobiety (n = 69)
		N	%	N	%	N
Zachowania samobójcze w przeszłości	Brak	53	34	30	35	23
	Obecnie	101	66	55	65	46
Ryzyko samobójstwa	Małe	69	45	41	48	28
	Duże	85	55	44	52	41

się pełną wersją w poprawionej wersji oryginalnej Overalla i Gorhama zawierającą 18 objawów ocenianych za pomocą siedmiostopniowej skali (0–7). Ocenę poprzedza wywiad, który pozwala ukierunkować przebieg badania stanowiącego podstawę oceny. Metoda cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Dzięki swojej prostocie oraz łatwości zastosowania BPRS jest jedną z najpowszechniej stosowanych skal klinicznych do oceny nasilenia, profilu oraz dynamiki zaburzeń psychotycznych i schizofrenicznych [13].

Do oceny ryzyka samobójstwa wykorzystano wersję do oceny ryzyka Skali Oceny Skłonności Samobójczych Opracowanej na Uniwersytecie Columbia (C-SSRS *Suicide Risk Assessment Version* [Excerpt]). Metoda została stworzona przy Uniwersytecie Columbia przez zespół Kelly Posner i jest jednym z najpopularniejszych narzędzi diagnostycznych do oceny zagrożenia samobójczego. Narzędzie pozwala na ocenę ryzyka na podstawie analizy myśli i zachowań zagrażających obecnie oraz w przeszłości. Pozycje testu dotyczą trzech obszarów: zachowań samobójczych, myśli samobójczych oraz intensywności myśli samobójczych. Użycie skali pozwoliło na zidentyfikowanie w grupie badanej pacjentów z niskim i wysokim ryzykiem samobójstwa. Metoda charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi [14–16]. Kwestionariusz demograficzno-opisowy pozwolił na uzyskanie danych na temat wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, liczby dzieci, miejsca zamieszkania, liczby hospitalizacji psychiatrycznych oraz liczby prób samobójczych w przeszłości.

Zastosowane metody statystyczne

W związku z brakiem rozkładu normalnego w badanych próbach oraz obecności skal rangowych zdecydowano

się na zastosowanie nieparametrycznego współczynnika korelacji rho Spearmana (analizy zw. z liczbą samobójstw). Do oceny różnic międzygrupowych pod względem dużego/małego ryzyka oraz obecności/braku zachowań samobójczych w ciągu całego życia, a wynikami testów ACL, BPRS oraz WHOQOL-BREF użyty został konsewentnie test U Manna-Whitneya. Ta semi-parametryczna metoda statystyczna służy do sprawdzenia czy wartości próbek pobranych z dwóch niezależnych populacji są jednakowo duże. Do analiz statystycznych użyto oprogramowania Statsoft STATISTICA 13.1.

Wyniki

Korelacje liczby prób samobójczych ze wynikami ACL37, BPRS i WHOQOL-BREF

Analiza korelacji została przeprowadzona po dokonaniu podziału na płeć, osobno dla kobiet i mężczyzn. W wyniku analizy korelacji przeprowadzonej w obu grupach wyodrębniono zmienne związane z ryzykiem samobójstwa określonym na podstawie liczby prób samobójczych w przeszłości. Z uwagi na dużą ilość danych zdecydowano się na zaprezentowanie jedynie istotnych statystycznie korelacji i różnic międzygrupowych. Rezultaty zostały przedstawione w tabeli 2.

Porównania międzygrupowe testem U Manna-Whitneya zagrożenia samobójczego w grupie kobiet i mężczyzn

W wyniku analizy danych stwierdzono istotne różnice międzygrupowe w zależności od niskiego lub wysokiego poziomu ryzyka, a także obecności lub braku zachowań samobójczych w ciągu całego życia. Analizy testem U Manna-Whitneya zostały przeprowadzone osobno w grupie kobiet i mężczyzn. Różnice międzygrupowe

Tabela 2. Analiza korelacji rho-Spearmana ($p < 0,05$) w grupie kobiet i mężczyzn

Narzędzie pomiaru	Zmienna	Kobiety (n = 69)	Mężczyźni (n = 85)
		rho-Spearmana ($p < 0,05$)	
Kwestionariusz ogólny	Wiek	-0,32	0,24
	Liczba dzieci	-	0,36
	Liczba hospitalizacji	0,23	0,34
BPRS	Troska o ciało	-0,33	-0,30
	Niezwykłe treści	-	-0,23
ACL	Ord — potrzeba porządku	-0,25	-
	Exh — potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego	-	0,24
	Def — potrzeba podporządkowania	-	-0,22
	S-Cn — samokontrola	-	-0,22
WHOQOL-BREF	Zdrowie psychiczne	-0,24	-

Objaśnienia skrótów w tekście

Tabela 3. Analiza różnic międzygrupowych testem U Manna-Whitneya osobno dla każdej płci wraz z przedstawieniem średnich wyników dla każdej z płci oraz poziomu istotności

Narzędzie pomiaru	Zmienna	Test U Manna-Whitneya		
		Kobiety (n = 69)	Mężczyźni (n = 85)	
BPRS	Troska o ciało	M = p < 0,01*, p < 0,05**	p < 0,001*, **	
	Niezwykłe treści	p < 0,01*, **	p < 0,05*, **	
ACL	Fav — liczba wybranych przymiotników pozytywnych	—	p < 0,05**	
	Com — typowość	—	p < 0,05**	
	Exh — potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego	—	p < 0,05*	
	S-Cn — samokontrola	—	p < 0,05*	
	Iss — Ja idealne	—	p < 0,05**	
	Cps — osobowość twórcza	—	p < 0,05**	
	Mls — przywództwo	—	p < 0,05**	
	A-4 — niska oryginalność, wysoka inteligencja	—	p < 0,05**	
	WHOQOL-	Zdrowie somatyczne	—	p < 0,05*
	-BREF	Zdrowie psychologiczne	—	p < 0,05**

*różnice międzygrupowe ze względu na obecność/brak zachowań samobójczych w ciągu życia; ** różnice międzygrupowe ze względu na małe/duże ryzyko samobójcze; objaśnienia skrótów w tekście

wśród kobiet wystąpiły jedynie w przypadku wyników BPRS. W przypadku ACL i WHOQOL-BREF różnice okazały się nieistotne statystycznie. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Omówienie

Akt samobójczy jest złożonym działaniem, na które składa się wiele różnorodnych zmiennych [17]. Wyniki dotychczasowych badań pozwoliły na wyodrębnienie wielu psychologicznych czynników ryzyka, takich jak impulsywność, ból psychiczny, depresja [18], stresogenne wydarzenia życiowe, poczucie beznadziejności, niewłaściwe strategie radzenia sobie [19], perfekcjonizm czy narcyzm [20]. Z tego powodu uzyskane wyniki mogą jedynie wskazywać na pewne tendencje ujawniane przez osoby z grupy wysokiego ryzyka i nie mogą stanowić twardych dowodów na to, że dojdzie do faktycznej próby odebrania sobie życia. Niemniej jednak, choć nie każdy samobójca będzie pasował do profilu, to zidentyfikowanie u pacjenta cech uwzględnionych w proponowanych profilach powinno stanowić sygnał ostrzegawczy dla personelu medycznego i skłonić do zwiększenia nadzoru. Dodatkowo, autorzy niniejszej pracy dokonali podziału potencjalnych samobójców ze względu na płeć. Według licznych badań z różnych rejonów globu, to właśnie płeć odgrywa istotną rolę w kontekście ryzyka samobójczego [21–27]. Opierając się na uzyskanych wynikach badacze

stworzyli dwa oddzielne profile potencjalnego samobójcy odpowiednio dla każdej z płci.

Portret samobójcy-kobiety

Potencjalna kobieta-samobójca to osoba dość ekspresyjna i niezahamowana, ale zarazem mniej zdolna do wytrwałej i równomiernej pracy na rzecz odległych celów. Pragnie natychmiastowej gratyfikacji i woli to, co tu i teraz [11].

Czynnikiem ryzyka samobójczego jest liczba wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych, które zwiększają zagrożenie odebrania sobie życia, oraz niskie poczucie jakości życia pod względem psychologicznym. Wraz z wiekiem ryzyko samobójcze spada. Ochronny wpływ ma również troska o ciało, która może się wiązać z neurotyczną tendencją do somatyzacji.

Portret samobójcy-mężczyzny

Potencjalny samobójca-mężczyzna to osoba, która pragnie zwrócić na siebie uwagę, reaguje zniecierpliwieniem na sprzeciw, nie ma oporów przed stosowaniem przymusu lub manipulacji wobec kogoś, czyją przychylność pragnie sobie zaskarbić. Impulsy wymykają się jego kontroli, a kontakty międzyludzkie cechują się nieustającymi seriami wykroczeń, niepowodzeń i sprzeczek z tymi, którzy odmawiają spełnienia narcystycznych roszczeń. W swoich relacjach z innymi jest ambiwalentny, może wyrażać

sprzeciw w sposób dewiacyjny, jest kłótlivy, nastawiony obronnie i z trudem dostosowuje się do codziennych oczekiwań życia społecznego. Cechuje go zniechęcenie, obawa o przyszłość i łatwość ulegania przytłoczeniu pod wpływem zmian życiowych. Siebie samego może postrzegać jako osobę pozbawioną pożądanych społecznie cech. Ma niskie morale, czuje się przegrany i z trudem formułuje oraz realizuje cele. W określonych okolicznościach może przy tym ujawniać takie cechy, jak życzliwość, skromność i szacunek wobec cudzych potrzeb i pragnień. W kontakcie może się wydawać przytłumiony, mało ekspresyjny, konserwatywny i nieskłonny do podejmowania działania w sytuacjach złożonych i niedookreślonych. Nie jest przekonany co do wartości samodyscypliny, lubi zmianę i różnorodność, lubi też testować granice, aby sprawdzić, czy normy można nagiąć lub złamać. Zbyttno się nie kontroluje, jest dość zmienny i łatwo ulega wpływowi nielogicznych zmartwień. Preferuje brak formalizmu i luz. Może mieć tendencję do rywalizowania i cechować się nieprzejednaniem i impulsywnością, co często może prowadzić do konfliktów z innymi [11].

Dodatkowo wraz ze wzrostem wieku, liczbą posiadanych dzieci oraz liczbą hospitalizacji psychiatrycznych zagrożenie samobójcze rośnie. O zwiększonym ryzyku mogą świadczyć ponadto depresyjny nastrój oraz niskie poczucie jakości życia pod względem psychologicznym i somatycznym.

Za czynniki ochronne można uznać troskę o ciało oraz

obecność niezwykłych i dziwacznych treści.

Podsumowanie

Opisane profile pacjentów obarczonych dużym ryzykiem samobójstwa zostały przedstawione jako forma wsparcia personelu oddziałów psychiatrycznych. Ich znajomość może się okazać szczególnie użyteczna dla mniej doświadczonego personelu medycznego, dysponującego ograniczonymi danymi na temat historii pacjenta, nieposiadającego szerokiej wiedzy na temat przeciwdziałania zachowaniom samobójczym, a w związku z tym narazonego na przeoczenie czynników ryzyka.

Ograniczenia

Akt samobójczy jest złożonym działaniem obejmującym wiele czynników ryzyka, przez co nie można stworzyć precyzyjnego profilu samobójcy, zwłaszcza bez podziału na płeć. Istotne dane dla rozumienia procesu samobójstwa mogłoby wnieść zebranie analogicznych danych w grupie osób zagrożonych samobójstwem i poddanie osobnej analizie protokołów tych, które podjęły skuteczną próbę samobójczą. Jest to przedsięwzięcie wymagające wieloletnich analiz i z przyczyn obiektywnych trudne do zorganizowania. Tym samym wnioski w niniejszym badaniu ograniczają się do osób, które podejmują nieskuteczne próby samobójcze.

Piśmiennictwo:

1. Cutcliffe JR, Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004; 11(4): 393–400, doi: [10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x), indexed in Pubmed: [15255912](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15255912/).
2. Saunders K, Brand F, Lascelles K, et al. The sad truth about the SADPERSONS Scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients. *Emerg Med J*. 2014; 31(10): 796–798, doi: [10.1136/emered-2013-202781](https://doi.org/10.1136/emered-2013-202781), indexed in Pubmed: [23896589](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23896589/).
3. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011; 168(12): 1266–1277, doi: [10.1176/appi.ajp.2011.10111704](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704), indexed in Pubmed: [22193671](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22193671/).
4. Bolster C, Holliday C, Oneal G, et al. Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show? *Online J Issues Nurs*. 2015; 20(1): 2, indexed in Pubmed: [26824260](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26824260/).
5. Qin P, Agerbo E, Mortensen PBo, et al. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*. 2000; 177(4): 546–550, indexed in Pubmed: [11104395](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11104395/).
6. Lenz B, Thiem D, Bouna-Pyrrou P, et al. Low digit ratio (2D:4D) in male suicide victims. *J Neural Transm (Vienna)*. 2016; 123(12): 1499–1503, doi: [10.1007/s00702-016-1608-4](https://doi.org/10.1007/s00702-016-1608-4), indexed in Pubmed: [27565149](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27565149/).
7. McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM*. 2015; 108(10): 765–780, doi: [10.1093/qjmed/hcv026](https://doi.org/10.1093/qjmed/hcv026), indexed in Pubmed: [25638789](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25638789/).
8. Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World J Psychiatry*. 2014; 4(4): 120–132, doi: [10.5498/wjp.v4.i4.120](https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i4.120), indexed in Pubmed: [25540727](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25540727/).
9. Fond G, Zendjidian X, Boucekine M, et al. The World Health Organization (WHO) dataset for guiding suicide prevention policies: A 3-decade French national survey. *J Affect Disord*. 2015; 188: 232–238, doi: [10.1016/j.jad.2015.08.048](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.048), indexed in Pubmed: [26368948](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26368948/).
10. Gough H. A creative personality scale for the Adjective Check List. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1979; 37(8): 1398–1405, doi: [10.1037//0022-3514.37.8.1398](https://doi.org/10.1037//0022-3514.37.8.1398).
11. Martowska KA. Lista przymiotnikowa. Harrison G, Gough, Alfred B. Heilbrun, Jr. Warsaw: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. 2012.
12. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, et al. WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004; 13(2): 299–310, doi: [10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00](https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00), indexed in Pubmed: [15085902](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15085902/).
13. Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J. *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*. Tom 1. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
14. Madan A, Frueh BC, Allen JG, et al. Psychometric Reevaluation of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Findings From a Prospective, Inpatient Cohort of Severely Mentally Ill Adults. *J Clin Psychiatry*. 2016; 77(7): e867–e873, doi: [10.4088/JCP.15m10069](https://doi.org/10.4088/JCP.15m10069), indexed in Pubmed: [27464320](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27464320/).
15. Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, et al. Columbia-suicide severity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. *Pediatr Emerg Care*. 2015; 31(2): 88–94, doi: [10.1097/PEC.0000000000000225](https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000225), indexed in Pubmed: [25285389](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25285389/).
16. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011; 168(12): 1266–1277, doi: [10.1176/appi.ajp.2011.10111704](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704), indexed in Pubmed: [22193671](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22193671/).
17. Sadock BJ. Inevitable suicide: a new paradigm in psychiatry. *J Psychiatr Pract*. 2012; 18(3): 221–224, doi: [10.1097/01.pra.0000415080.51368.cf](https://doi.org/10.1097/01.pra.0000415080.51368.cf), indexed in Pubmed: [22617088](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22617088/).
18. Cáceda R, Durand D, Cortes E, et al. Impulsive choice and psychological pain in acutely suicidal depressed patients. *Psychosom Med*.

- 2014; 76(6): 445–451, doi: [10.1097/PSY.0000000000000075](https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000075), indexed in Pubmed: [24988311](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24988311/).
19. Kattimani S, Sarkar S, Rajkumar RP, et al. Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. *J Neurosci Rural Pract.* 2015; 6(2): 171–176, doi: [10.4103/0976-3147.153222](https://doi.org/10.4103/0976-3147.153222), indexed in Pubmed: [25883475](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25883475/).
 20. Freudenstein O, Valevski A, Apter A, et al. Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. *Compr Psychiatry.* 2012; 53(6): 746–752, doi: [10.1016/j.comp-psych.2011.08.011](https://doi.org/10.1016/j.comp-psych.2011.08.011), indexed in Pubmed: [22364727](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22364727/).
 21. Sun L, Zhang J. Gender differences among medically serious suicide attempters aged 15–54 years in rural China. *Psychiatry Res.* 2017; 252: 57–62, doi: [10.1016/j.psychres.2017.02.042](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.042), indexed in Pubmed: [28249203](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28249203/).
 22. Kodaka M, Matsumoto T, Yamauchi T, et al. Female suicides: Psychosocial and psychiatric characteristics identified by a psychological autopsy study in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2017; 71(4): 271–279, doi: [10.1111/pcn.12498](https://doi.org/10.1111/pcn.12498), indexed in Pubmed: [28004479](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28004479/).
 23. Karbeyaz K, Toygar M, Çelikel A. Completed suicide among University student in Eskisehir, Turkey. *J Forensic Leg Med.* 2016; 44: 111–115, doi: [10.1016/j.jflm.2016.09.010](https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.09.010), indexed in Pubmed: [27744134](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27744134/).
 24. Halder S, Mahato AK. Socio-demographic and Clinical Characteristics of Patients who Attempt Suicide: A Hospital-based Study from Eastern India. *East Asian Arch Psychiatry.* 2016; 26(3): 98–103, indexed in Pubmed: [27703097](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27703097/).
 25. Paraschakis A, Michopoulos I, Christodoulou C, et al. Psychiatric Medication Intake in Suicide Victims: Gender Disparities and Implications for Suicide Prevention. *J Forensic Sci.* 2016; 61(6): 1660–1663, doi: [10.1111/1556-4029.13195](https://doi.org/10.1111/1556-4029.13195), indexed in Pubmed: [27643812](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27643812/).
 26. Vasiliadis HM, Lamoureux-Lamarche C, Gontijo Guerra S. Gender and age group differences in suicide risk associated with co-morbid physical and psychiatric disorders in older adults. *Int Psychogeriatr.* 2017; 29(2): 249–257, doi: [10.1017/S1041610216001290](https://doi.org/10.1017/S1041610216001290), indexed in Pubmed: [27605541](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27605541/).
 27. Burns RA. Sex and age trends in Australia's suicide rate over the last decade: Something is still seriously wrong with men in middle and late life. *Psychiatry Res.* 2016; 245: 224–229, doi: [10.1016/j.psychres.2016.08.036](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.036), indexed in Pubmed: [27552673](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27552673/).