

Marcin Piotr Nowak<sup>1</sup>, Tomasz Pawełczyk<sup>1,2</sup>

## Skale oceny ryzyka samobójstwa dorosłych w praktyce psychologa klinicznego i psychiatry: przegląd dostępnych narzędzi

Adult suicidal risk scales in the practice of the clinical psychologist and psychiatrist:  
review of available tools

<sup>1</sup> Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, Polska

<sup>2</sup> Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych, I Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Marcin Piotr Nowak, Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel.: +48 697 705 605, e-mail: mpnmpn@wp.pl

### Streszczenie

W kontekście znacznej liczby samobójstw, niewielkiej zgłaszalności zagrożonych nimi osób i dużych trudności, jakich nastręcza ocena ryzyka samobójczego, znaczenia nabierają narzędzia oceny – zarówno te stworzone w innym celu, ale uwzględniające ocenę ryzyka samobójczego (narzędzia oceny ogólnego stanu psychicznego, nastroju, beznadziejności, bólu psychicznego, *resilience*), jak i te stworzone w celu oceny ryzyka samobójczego. Drugą grupę narzędzi można dodatkowo podzielić według wieku docelowej populacji (dorośli *vs* dzieci/młodzież) i w zależności od osoby dokonującej oceny (profesjonalista *vs* samoocena). W pracy przedstawiono skale przeznaczone dla dorosłych. Narzędzia oceny dokonywanej przez profesjonalistę obejmują Skalę Intencji Samobójczych, Skalę Intencji Samobójczych Pierce'a, Skalę Tendencji Samobójczych, Skalę SAD PERSONS, Skalę Oceny Nasilenia Myśli i Tendencji Samobójczych w Schizofrenii, Ocenę Pielęgniarską Ryzyka Popelnienia Samobójstwa, Narzędzie do Oceny Ryzyka Samobójstwa, Suicide Attempt Self-Injury Interview oraz Immediate Action Protocol. Samoocenę dorosłych umożliwiają zaś Skala Samobójczych Ideacji Becka, Skala Harkavy Asnis do badania ryzyka samobójstwa, Adult Suicidal Ideation Questionnaire, Positive and Negative Suicide Ideation Inventory, Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised, Risk Assessment Suicidality Scale i Cultural Assessment of Risk for Suicide. Duża liczba istniejących narzędzi kontrastuje z małą liczbą skal przetłumaczonych na język polski, a w przypadku tych ostatnich często brakuje wiarygodnych badań na polskiej populacji, co wskazuje na konieczność dalszych badań.

**Słowa kluczowe:** samobójstwo, narzędzia oceny ryzyka samobójstwa, profilaktyka samobójstw

### Abstract

In the context of the increasing prevalence of suicides, low notifiability of people at risk and considerable difficulties in suicidal risk assessment, the significance of relevant tools is growing. The tools facilitating the evaluation of suicidal risk assessment can be divided in two groups – tools created for other purposes, but accounting for suicidal risk estimation (designed for general mental health assessment, assessment of mood, hopelessness, psychic pain and resilience) and tools specifically created for the evaluation of suicidal risk. The latter can be divided according to the age of the examined patient (adult *vs* child/adolescent) or according to the person filling out the scale (tools filled out by a professional *vs* self-esteem tools). This paper presents tools for the assessment of adult patients. The tools filled out by the mental health practitioner include Suicide Intent Scale, Pierce Suicide Intent Scale, Scale for Suicidal Ideation, SAD PERSONS Scale, InterSePT Scale for Suicidal Thinking, Nurses' Global Assessment of Suicide Risk, Tool for Assessment of Suicide Risk, Suicide Attempt Self-Injury Interview and Immediate Action Protocol. Self-esteem tools for adult patients include Beck Scale for Suicidal Ideation, Harkavy Asnis Suicide Survey, Adult Suicidal Ideation Questionnaire, Positive and Negative Suicide Ideation Inventory, Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised, Risk Assessment Suicidality Scale and Cultural Assessment of Risk for Suicide. The large number of existing tools contrasts with the small number of scales translated into Polish. Even where Polish versions are available, adequate validation in the Polish population is lacking, indicating an urgent need for further research.

**Keywords:** suicide, suicidal risk assessment tools, suicide prevention

## WSTĘP

Samobójstwo stanowi istotny problem w praktyce lekarskiej. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) (World Health Organization, 2003, s. 4) dotyczy rocznie prawie miliona osób, a zachowania samobójcze występować mogą nawet u 450 mln. W Polsce – wedle danych Komendy Głównej Policji – w 2017 roku odnotowano 5276 samobójstw (Komenda Główna Policji, 2018). Podane liczby wskazują na konieczność wdrożenia działań zmierzających do redukcji rozmiarów zjawiska i do objęcia opieką osób zagrożonych samobójstwem. Wymagałoby to jednak określenia ryzyka samobójczego, co wiąże się z pewnymi problemami. Z uwagi na niewielką zgłaszalność osób z ryzykiem samobójczym do psychiatry i zarazem niepraktyczność dokonywania podobnych ocen w innych instytucjach, przykładowo w szkole (Hallfors *et al.*, 2006), ocenić ryzyko powinien być w stanie również lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Tymczasem ocena ryzyka samobójczego jest trudna, używane terminy – niejednoznaczne, a wśród ekspertów istnieją duże rozbieżności co do tego, czy dane zdanie można *ex post* uznać za próbę samobójczą (Wagner *et al.*, 2002). Trudno niekiedy ocenić letalność próby, ale jeszcze większe trudności sprawia ocena intencji samobójczych (Mieczkowski *et al.*, 1993). Niektórzy autorzy zwracają nawet uwagę na niemożność dokonania adekwatnej oceny ryzyka samobójczego przez osoby niedoświadczone albo lękowe (Cutcliffe i Barker, 2004). W związku z powyższym bardziej od subiektywnej oceny lekarza przydatne mogą się okazać narzędzia oceniające ryzyko samobójcze. Istnieją również narzędzia umożliwiające dokonanie oceny innemu personelowi medycznemu, choćby pielęgniarce (Cutcliffe i Barker, 2004). Wśród narzędzi związanych z oceną ryzyka samobójczego wyróżnić można skale stworzone przede wszystkim w celu oceny tego ryzyka oraz skale ogólniejsze, w których ocena ryzyka „S” pojawia się jako jeden z wielu badanych aspektów stanu psychicznego pacjenta. Poza szpitalem psychiatrycznym znacznie częściej spotyka się narzędzia drugiego rodzaju, niektóre są nawet dostępne w internecie, omawia się je na studiach medycznych. O narzędziach służących stricte do oceny ryzyka samobójczego słyży się rzadziej. Zalecany do egzaminu specjalizacyjnego w Polsce trzytomowy podręcznik psychiatrii pod redakcją Rybakowskiego, Pużyńskiego i Wciórki wśród opisywanych szczegółowo 25 wystandaryzowanych narzędzi oceny stanu psychicznego nie charakteryzuje ani jednej skali oceny ryzyka samobójczego (Wciórka i Pużyński, 2010), a podręcznik dla studentów medycyny pod redakcją Jaremy i Rabe-Jabłońskiej opisuje tylko skalę SAD PERSONS (Gmitrowicz, 2011). Poniżej przedstawione zostaną narzędzia diagnostyczne stworzone w celu oceny ryzyka „S” u dorosłych. Dotychczas w polskim piśmiennictwie nie było pracy tak szeroko opisywanej dostępne narzędzia. Autorzy nie uwzględniają skal służących do oceny populacji dziecięcej i młodzieżowej – są one tak liczne, że należałoby im poświęcić osobny artykuł.

## SKALE UWZGLĘDNIAJĄCE OCENĘ RYZYKA SAMOBÓJSTWA

### Narzędzia oceny stanu psychicznego

Często do oceny ryzyka samobójczego używa się narzędzia ogólniejszego, służącego ocenie stanu psychicznego bądź innego konstruktów wiążącego się z ryzykiem samobójczym. Spośród narzędzi oceny psychopatologii ogólnej poleca się przykładowo podskalę C z Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), dotyczącą faz rozwoju procesu samobójczego i dzielącą badanych na trzy grupy ryzyka (Młodożeniec i Jarema, 2010). Ocena ryzyka samobójczego wchodzi też w skład Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20), narzędzia stworzonego przez WHO w 1994 roku z myślą o ocenie głównych zaburzeń stanu psychicznego przez niespecjalistów, w tym pielęgniarki, zawierającego pytanie o myśli samobójcze w ostatnich czterech tygodniach. Zmodyfikowana wersja SQR-SIB (Self-Reporting Questionnaire-Suicidal Ideation and Behavior) bierze pod uwagę również zachowania samobójcze (Bell *et al.*, 2015), lecz walidacja narzędzia dokonana w Afryce uniemożliwia wnioskowanie o trafności i rzetelności kwestionariusza w populacji europejskiej. Pojedyncze pytania związane z zachowaniami samobójczymi znajdują się także w Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

Praca zespołu Millnera (2015) podważa jednak zasadność oceny ryzyka samobójczego za pomocą pojedynczych pytań, na które osoba badana może udzielić odpowiedzi twierdzącej albo przeczącej, oraz wskazuje na znaczący odsetek fałszywych wyników (zarówno fałszywie dodatnich, jak i fałszywie ujemnych) uzyskiwanych w ten sposób.

### Narzędzia służące do oceny nasilenia objawów depresyjnych lub poczucia beznadziejności

Pytania uwzględniające obecność ryzyka samobójczego pojawiają się w skalach oceny nasilenia objawów depresyjnych. Należy tutaj wspomnieć o powszechnie znanym Inwentarzu Depresji Becka (Beck Depression Inventory, BDI; zwłaszcza pytanie 9. dotyczy ryzyka samobójczego), zastosowanie znajduje też Skala Beznadziejności Becka (Beck Hopelessness Scale, BHS) – skala samooceny złożona z 20 pytań prawda–fałsz dotyczących wizji przyszłości. Wynik BHS koreluje z wynikami uzyskiwanymi za pomocą narzędzi służących stricte do oceny ryzyka samobójczego: Suicide Intent Scale (SIS) i Scale for Suicide Ideation (SSI). Używana bywa w tym celu również Skala Depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS), której pytanie 3. dotyczy myśli i prób „S” (Młodożeniec i Jarema, 2010).

Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) (Kroenke *et al.*, 2001), liczący 9 pytań na temat ostatnich 14 dni, zawiera jedno (9.) pytanie o obecność myśli, zgodnie z którymi lepiej byłoby nie żyć

bądź które dotyczą wyrządzenia sobie krzywdy. Podobnie w Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) uwzględniono pojedyncze pytanie (nr 10) odnoszące się do myśli samobójczych w ostatnim tygodniu. W obu skalach odpowiedzi umieszcza się na czterostopniowej skali – w zależności od częstości objawów. W przypadku obu narzędzi (PHQ-9, EPDS) twierdząca odpowiedź na wymienione pytania koreluje z nasileniem objawów depresyjnych ocenianych za pomocą pozostałych pytań, obserwowana bywa także u osób bez innych objawów depresyjnych. Zaburzenie depresyjne nie występuje u około połowy osób pozytywnie odpowiadających na pytania związane z ryzykiem „S” (Zhong *et al.*, 2015). Obie skale są dostępne bezpłatnie w internecie.

### Skale oceniające nasilenie bólu psychicznego

W przewidywaniu myśli i zachowań samobójczych istotną rolę odgrywa też pojęcie bólu psychicznego, opisywanego jako uczucie udręki, niekiedy nie do zniesienia, połączone z uczuciem niekorzystnych zmian w sobie i przykrymi emocjami (Chodkiewicz *et al.*, 2017). Ból psychiczny oceniają: Skala Bólu Psychicznego Shneidmana (Psychological Pain Assessment Scale, PPAS), Skala Bólu Psychicznego Orbacha i Mikulincera (Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale, OMMP), Skala Oszacowania Bólu Psychicznego Mee i Bunneya (Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale, MBPPAS) czy Trójczynnikowa Skala Bólu Psychicznego (Three-Dimensional Psychological Pain Scale, TPPPS). W Polsce szczególnie godna polecenia wydaje się Skala Bólu Psychicznego Holdena i wsp. (złożona z 13 pytań, na które badany odpowiada, zaznaczając odpowiedź na pięciostopniowej skali Likerta), gdyż jako jedyna ma polską adaptację, opracowaną przez zespół Chodkiewicza w 2016 roku.

### Resilience

W ocenie ryzyka samobójczego, zwłaszcza w populacji młodzieży, istotną rolę może odgrywać także ocena konstruktów zwanego *resilience*, różnie określanego w języku polskim, a oznaczającego sprawność funkcjonowania w wieku rozwojowym i wczesnej dorosłości, przystosowywanie się mimo oddziaływania negatywnych czynników zewnętrznych (Borucka i Ostaszewski, 2008). Pomimo istnienia różnych modeli *resilience* udało się opracować narzędzia pomiaru tego konstruktów. Przykład stanowi Suicide Resilience Inventory-25 (SRI-25), opracowana przez zespół Osmana w 2004 roku, oceniająca trzy wymiary badanego konstruktów – czynniki ochronne wewnętrzne i zewnętrzne oraz czynniki emocjonalnie stabilizujące – w skali od 1 do 6. Narzędzie cechuje się dobrą rzetelnością i trafnością diagnostyczną (Fang *et al.*, 2015).

Zdolności adaptacyjne ocenia również Reasons for Living Inventory for Young Adults, 32-pytaniowe narzędzie samooceny.

## SKALE OCENY RYZYKA SAMOBÓJSTWA

Poniżej zamieszczono przegląd narzędzi stworzonych w celu oceny ryzyka samobójczego u osób dorosłych. Opiswane narzędzia podzielono ze względu na osobę oceniającą (profesjonalista bądź pacjent). Skale umożliwiające zarówno dokonanie oceny przez profesjonalistę, jak i samoocenę umieszczono w grupie narzędzi do samooceny.

### Ocena dokonywana przez profesjonalistę

**Skala Intencji Samobójczych – Suicide Intent Scale**  
Suicide Intent Scale (SIS), po polsku znana jako Skala Intencji Samobójczych (Młodożeniec i Jarema, 2010), należy do wielu narzędzi psychometrycznych stworzonych przez Becka i jego współpracowników. Opisana została w 1974 roku w książce *The Prediction of Suicide* (Beck *et al.*, 1974). Służy ocenie intencji samobójczych u osób po próbie „S”. Składa się z dwóch sekcji, które zawierają w sumie 15 pytań: 8 dotyczy obiektywnych okoliczności przeszłej próby, w tym jej sygnalizowania i szansy na uzyskanie pomocy, a pozostałe – subiektywnej oceny pacjenta, w tym samooceny, poglądu na letalność próby i stosunku do śmierci. Odpowiedzi przyjmują wartość 0–2. Wielokrotnie przeprowadzano analizę czynnikową SIS i wskazywano na różną liczbę czynników, poczynając od dwóch: intencji i planowania (Mieczkowski *et al.*, 1993).

### Skala Intencji Samobójczych Pierce’a – Pierce Suicide Intent Scale

Pierce Suicide Intent Scale (PSIS) została stworzona przez Pierce’a w 1977 roku w celu oceny ryzyka u pacjentów z samouszkodzeniami (Pierce używa określenia Intent Scale, jego nazwisko do nazwy skali włączyli późniejsi autorzy). Składa się z 12 pytań (częściowo identycznych jak w Beck Scale of Suicidal Intent), które dotyczą okoliczności samouszkodzeń, objawów ostrzegawczych, zagrożenia postrzeżanego przez pacjenta i zagrożenia medycznego. Za odpowiedzi przyznaje się od 0 do 2, a w jednym pytaniu – do 3 punktów, w sumie maksymalnie 25. Pierce szacuje czas potrzebny na zebranie pełnego wywiadu na pół godziny. Pacjent może wykonywać badanie samodzielnie. Zgodność wewnętrzna skali wynosi 0,81. Narzędzie nadaje się jedynie do oceny osób dokonujących samouszkodzeń (Pierce, 1977; Wu *et al.*, 2014).

### Skala Tendencji Samobójczych – Scale for Suicide Ideation

Brak narzędzia umożliwiającego identyfikację osób obarczonych najwyższym ryzykiem samobójstwa dostrzegli Beck i wsp. (1979). Opracowali oni Scale for Suicide Ideation (SSI), czyli Skalę Tendencji Samobójczych (w piśmiennictwie można też spotkać nazwę Skala Samobójczych Ideacji) (Młodożeniec i Jarema, 2010). Analiza wstępnie wybranych pytań doprowadziła do wy-szczególnienia 19 punktów. Obejmują one życzenie śmierci

będz dalszego życia, chęć odebrania go sobie, istnienie powodów, dla których warto żyć dalej, oraz czynników ochronnych, czas trwania i częstość występowania tendencji samobójczych, kontrolowanie ich przez pacjenta, a także rozważane przez niego metody wraz z ich dostępnością, przewidywania badanego co do możliwości podjęcia próby wraz z poczynionymi już przygotowaniem, w końcu zaś – szczerłość badanego. Kwestionariusz ma charakter częściowo ustrukturyzowany, wypełnia go lekarz. Badający koduje odpowiedzi jako 0, 1 albo 2. Tak opracowaną skalę przebadano na populacji 90 Amerykanów obu płci hospitalizowanych psychiatrycznie (ponad połowa z diagnozą zaburzeń depresyjnych, 1/5 – schizofrenii). Wykazano, że skala koreluje z oceną kliniczną ryzyka samobójczego i beznadziejnością, natomiast korelacja z BDI była niska (0,41) (Beck *et al.*, 1979). Istnieją badania podważające trafność prognostyczną SSI (Posner *et al.*, 2011).

### Skala SAD PERSONS

Narzędzie to stworzył Patterson w 1983 roku. Łatwa do zapamiętania nazwa (ang. „smutne osoby”) stanowi akronim od pierwszych liter angielskich nazw oceniających czynników ryzyka samobójczego (*sex* – płeć męska, *age* – wiek młodzieńczy/podeszły, *depression* – depresja, *previous attempts* – próby w przeszłości, *ethanol abuse* – problem alkoholowy, *rational thinking loss* – utrata racjonalnego myślenia, np. w przebiegu psychozy, *social support lacking* – brak wsparcia społecznego, *organized plan* – plan samobójczy, *no spouse or not living in relation* – brak partnera, *sickness* – choroba somatyczna). Ryzyko określa się w zależności od liczby spełnianych kryteriów jako niskie, średnie, wysokie albo bardzo wysokie (Gmitrowicz, 2011). Używana jest również zmodyfikowana forma narzędzia, w której w ostatnim punkcie pojawia się wyrażona intencja samobójcza (*stated intent*) i która przypisuje czterem czynnikom ryzyka dwa razy większe wagi. Od wyniku 6 pkt zaleca się opiekę psychiatryczną w szpitalu. Ujemna wartość predykcyjna wynosi wtedy 100%, czułość zawiera się w przedziale 94–100%, a swoistość to 60–71%. Czułość wzrasta przy przyjęciu niższego punktu odcięcia: 5 pkt (Chandramouleeswaran *et al.*, 2015; Wu *et al.*, 2014).

### Skala Oceny Nasilenia Myśli i Tendencji Samobójczych w Schizofrenii – InterSePT Scale for Suicidal Thinking

InterSePT Scale for Suicidal Thinking (ISST) to narzędzie opracowane w 2003 roku przez zespół Lindenmayera w celu oceny ideacji suicydalnych u chorych na schizofrenię bądź zaburzenie schizoafektywne. Początkowo używano ISST do oceny zmian nasilenia myśli „S” w trakcie leczenia klozapiną i olanzapiną, później – także w innych celach. Narzędzie obejmuje 12 pytań z odpowiedzią na skali 0–2, oprócz wspomnianych myśli dotyczą one zachowań samobójczych. Wykonanie badania zajmuje klinicyście od 20 minut do pół godziny (Hammoudeh *et al.*, 2016). Wersję zmodyfikowaną, dostosowaną do amerykańskich kategorii badawczych

C-CASA (Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment, algorytm do oceny samobójstwa z 2010 roku, rekomendowany przez Agencję Żywności i Leków – Food and Drug Administration, FDA), określa się mianem InterSePT plus (Sheehan *et al.*, 2014).

### Ocena Pielęgniarska Ryzyka Popęśnienia Samobójstwa – Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk

Narzędzie Nurses’ Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) zostało stworzone w Wielkiej Brytanii przez Cutcliffe’a i Barkera (2004), by umożliwić dokonywanie oceny ryzyka samobójczego zgodnie z zasadami medycyny opartej na faktach przez personel pielęgniarski, który ma do czynienia z pacjentem, jeszcze zanim zbada go lekarz. Za główny cel twórcy postawili sobie prostotę skali. W efekcie powstało narzędzie dostosowane do potrzeb niespecjalisty, złożone z 15 pytań. Dotyczą one beznadziejności, stresujących wydarzeń życiowych (w tym utraty małżonka), psychiatrycznego wywiadu rodzinnego, objawów depresyjnych i psychotycznych (w tym urojeń prześladowczych), gróźb i planów suicydalnych oraz prób samobójczych w przeszłości, deprivacji socjoekonomicznej i wycofania społecznego, nadużywania alkoholu oraz śmiertelnej choroby somatycznej. W zależności od sumy przyznanych punktów (1 albo 3 za występujący czynnik ryzyka – w zależności od siły korelacji z samobójstwem dokonanym) ryzyko ocenia się jako niskie, umiarkowane, wysokie lub bardzo wysokie. Narzędzie zostało zbadane w kilku krajach (Wielka Brytania, Kanada, Japonia, Irlandia, Nowa Zelandia), nie przeprowadzono jednak badań na większą skalę.

### Narzędzie do Oceny Ryzyka Samobójstwa – Tool for Assessment of Suicide Risk

Narzędzie do Oceny Ryzyka Samobójstwa (Tool for Assessment of Suicide Risk, TASR) opracowali Kutcher i Chehil w 2005 roku. Składa się ono z trzech sekcji po dziewięć pytań, na które pacjent udziela lekarzowi odpowiedzi „tak” albo „nie”. Pierwsza sekcja obejmuje indywidualny profil ryzyka (wiek i płeć, stan zdrowia, wsparcie społeczne i nadużycia), kolejna – objawy z grupy ryzyka (objawy depresyjne, psychotyczne, lękowe oraz impulsywność), ostatnia – czynniki ryzyka z wywiadu (używanie substancji psychoaktywnych, myśli, zamiary, plany i przeszłe próby „S”; zachęcające do nich imperatywy, nierozwiązywalne problemy i dostęp do środków umożliwiających realizację planu). W zmodyfikowanej wersji z 2011 roku (TASRm, *modified version*) zmieniono charakter części pytań i dodano trzy pytania o czynniki ochronne. Autorzy zwracają uwagę, że narzędzie nie może służyć do przewidywania, czy dana osoba popełni samobójstwo – służy raczej do zebrania wszystkich informacji niezbędnych do oceny ryzyka, które określa się jako niskie, średnie albo wysokie (Chehil i Kutcher, 2007, 2012). Dostępna jest polska wersja narzędzia.

Ci sami autorzy stworzyli Suicide Risk Assessment Guide (SRAG) (Chehil i Kutcher, 2007). Narzędzie to obejmuje ocenę ideacji, intencji, planów „S”, przeszłych zachowań samobójczych i innych czynników ryzyka, w tym obecności objawów depresyjnych, lękowych, psychotycznych i używania substancji, czynników rodzinnych, społecznych i personalnych. Odrębnie ocenia się profil ryzyka samobójczego, profil objawów i profil ryzyka z wywiadu. Anglojęzyczne wersje obu narzędzi są dostępne bezpłatnie w internecie.

### Suicide Attempt Self-Injury Interview

Narzędzie Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII), zwane inaczej Parasuicide History Interview, zostało stworzone przez zespół Linehan z powodu braku narzędzia pozwalającego na wyczerpujący opis czynników ryzyka. Powstało dzięki badaniom na kilku kohortach pacjentów amerykańskich (hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych po próbie „S”,  $n = 75$ , i na oddziałach ratunkowych,  $n = 75$ , oraz trzech grup kobiet z osobowością typu borderline z poprzednio prowadzonych przez zespół badań klinicznych,  $n = 27$ , 117, 27). Uwzględniono pytania z odpowiedzią „tak”/„nie”, udzielaną na 6-punktowej skali Likerta (w sumie 22), jak również pytania otwarte (dziewięć), poprzedzone sześcioma pytaniami przesiewowymi. SASII pozwala na opis nie tylko prób samobójczych, lecz także zamierzonych samouszkodzeń, uwzględnia niezależnie topografię, kontekst oraz intencję próby samobójczej. Narzędzie obejmuje w sumie sześć skal – oceniających intencje samobójcze, wpływ relacji interpersonalnych, emocje, komunikację zamiarów samobójczych, letalność próby i prawdopodobieństwo udzielenia pomocy. Zaletami SASII są oparcie na wystandaryzowanych definicjach terminów suicydologicznych oraz indywidualna ocena różnych składowych letalności, takich jak letalność samej metody, następstwa somatyczne próby, konieczność leczenia. Zespół Linehan wykazał rzetelność narzędzia stosowanego przez różnych badających i jego trafność. Spójność wewnętrzna okazała się gorsza. SASII wymaga badań na innych populacjach (Linehan *et al.*, 2006).

### Immediate Action Protocol

W praktyce podstawowej opieki zdrowotnej przydatny może okazać się również Immediate Action Protocol (IAP) – protokół określający postępowanie lekarza POZ w przypadku pacjenta samobójczego, przygotowany przez Yawn i wsp. (2009). W protokole wymieniono informacje, które należy zebrać podczas wywiadu, oraz nakreślono dalsze postępowanie.

## Samooceena

### Skala Samobójczych Ideacji Becka – Beck Scale for Suicidal Ideation

Jedno z licznych narzędzi psychometrycznych stworzonych pod kierunkiem Becka, Skala Samobójczych Ideacji Becka (polska nazwa za: Młodożeniec i Jarema, 2010; skrót BSSI),

opracowane zostało w 1988 roku na bazie SSI. Skala obejmuje 19 pytań, ale wypełniana jest w całości tylko w razie pozytywnej odpowiedzi na jedno z pięciu pytań początkowych. Oceniany okres to ostatni tydzień. Badany dokonuje samooceny (jest to główna różnica w stosunku do SSI) w skali 0–2. Uzyskany wynik koreluje z pomiarem depresji, niepokojem, beznadziejnością, próbami „S” w przeszłości, wrogością i ogólnym indeksem nasilenia psychopatologii (Global Severity Index). Analizy czynnikowe wskazują na istnienie trzech ocenianych czynników – są to (1) aktywne i (2) pasywne myśli „S” oraz (3) przygotowania. Wielokrotnie wykazywano rzetelność i trafność skali. Obecnie BSSI należy do najczęściej używanych narzędzi oceny ryzyka samobójczego, poleca się je na oddziałach szpitalnych (w tym do oceny pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi lub psychotycznymi) oraz w opiece ambulatoryjnej, nie tylko psychiatrycznej. Na podstawie BSSI opracowano Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI). Celem było udostępnienie narzędzia osobom niezwiązanym z ochroną zdrowia (Esfahani *et al.*, 2015; Młodożeniec i Jarema, 2010).

### Skala Harkavy Asnis do badania ryzyka samobójstwa – Harkavy Asnis Suicide Survey (HASS)

Narzędzie Harkavy Asnis Suicide Survey (HASS) (Harkavy Friedman i Asnis, 1989), znane również pod nazwą Harkavy-Asnis Suicide Scale (Rajewska-Rager *et al.*, 2015), składa się z trzech części i zostało stworzone w celu gromadzenia informacji o czynnikach ryzyka samobójczego. HASS-Demo obejmuje zamknięte bądź półotwarte pytania dotyczące wywiadu rodzinnego, edukacji, rozumienia pojęcia samobójstwa i obecności samobójstw w otoczeniu pacjenta, jego myśli, planów i prób „S” oraz rozmów na ich temat czy szukania specjalistycznej pomocy. HASS I oraz HASS II zawierają po 21 analogicznych pytań –dotyczących odpowiednio ostatnich 2 tygodni i wcześniejszego życia – o pozytywne wartościowanie bycia martwym, życzenie sobie tego, sny i myśli na temat śmierci, myśli, plany i próby „S”, używanie alkoholu i nikotyny. Ankietę wypełnia pacjent, zaznaczając odpowiedzi na pięciostopniowej skali Likerta.

### Adult Suicidal Ideation Questionnaire

Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ) został opracowany przez Reynoldsa w 1991 roku na bazie Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ), przeznaczonego dla młodzieży, w stosunku do którego zmniejszono liczbę pytań o pięć (usunięto pytania na temat chorobowych ideacji, pozostawienia oświadczenia woli, samouszkodzeń i prawa do zabicia się). W efekcie ASIQ obejmuje 25 pytań, które dotyczą samobójstwa jako kary, poczucia wartości i sposobu rozwiązywania problemów, a także myśli, że śmierć nie obchodzi bliskich. Odpowiedzi odnoszą się do ostatniego miesiąca. Badający dokonuje samooceny w siedmiostopniowej skali. Badania przeprowadzone wśród studentów wykazały, że wynik koreluje z nasileniem objawów depresyjnych (mierzonych za pomocą BDI), beznadziejnością (BHS),

niepokojem (Beck Anxiety Inventory, BAI; związek jest nieznaczny), samooceną (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES) i próbami „S” w przeszłości. Analiza czynnikowa wskazała na trzy lub cztery czynniki – związane z myślami i planami suicydalnymi, spodziewaną reakcją otoczenia, ujawnianiem intencji „S” (czynnik ten można pominąć) oraz przemyśleniami na temat sposobów jej realizacji (Reynolds, 1991).

### Positive and Negative Suicide Ideation Inventory

Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI) to narzędzie stworzone przez zespół Osmana w 1998 roku w celu oceny myśli związanych z samobójstwem, będących czynnikami ryzyka „S” (osiem pytań odnośnie do chęci zabicia się, samotności, przytłaczających problemów, bezradności, życzenia śmierci przez osoby pozostające w relacji) oraz czynników ochronnych (sześć pytań na temat planów na przyszłość, radzenia sobie, nadziei, kontroli, zadowolenia, poczucia wartości życia) w populacji dorosłych i młodzieży (przynajmniej 14-letniej). Oceny dokonuje osoba badana, biorąc pod uwagę ostatnie dwa tygodnie i zaznaczając odpowiedzi na pięciostopniowej skali Likerta. Wykazano dobrą spójność obu części – pozytywnej i negatywnej; w osobnych badaniach potwierdzono dwuczynnikowy charakter narzędzia, sprawdzającego się w ocenie ideacji samobójczych w populacji klinicznej i nieklinicznej, także w populacjach różnych narodowości. Część negatywna rozróżnia osoby po próbie „S” i bez próby w wywiadzie. Doceniana jest też trafność kryterialna narzędzia (Osman *et al.*, 1998; Sinniah *et al.*, 2015).

### Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised

Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) opracowany został przez zespół Osmana (2001), z powodu niedostatecznej – zdaniem autorów – uwagi, jaką poświęcano w ocenie ryzyka „S” wcześniejszym myślom i zachowaniom samobójczym. To krótkie, proste w użyciu narzędzie samooceny stworzone na bazie Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) autorstwa Linehan z 1981 roku. SBQ zawierał 34 pytania, ale później sporządzono też wersję 14-pytaniową i kilka wersji czteropytaniowych, dostosowując je do różnych badanych populacji; niekiedy nawet stosuje się pojedyncze pytania z SBQ. Narzędzia te nie były walidowane przy wprowadzaniu. Zwalidowana przez Osmana i wsp. wersja SBQ-R również zawiera cztery pytania – dotyczące występowania myśli i planów samobójczych w ciągu życia, myśli „S” w ostatnim roku, zgłaszania ich oraz subiektywnej oceny ryzyka „S”. Badany udziela odpowiedzi w 5–7-stopniowej skali. Wynik koreluje z wiekiem i z rasą kaukaską. Najwyższą czułość (87%) i swoistość (93%) skala osiąga w grupie pacjentów szpitalnych przy przyjęciu punktu odcięcia 8 pkt, natomiast w pozostałej populacji zaleca się przyjąć wartość 7 pkt (odpowiednio 83% i 96%).

### Risk Assessment Suicidality Scale

Risk Assessment Suicidality Scale (RASS) opracował zespół Fountoulakisa (2012). Skala zawiera 12 pytań, na które

odpowiada sam pacjent. Dotyczą one: lęku przed śmiercią, preferowania śmierci i wartościowania życia, zadowolenia z niego i zmęczenia nim, poglądów na temat krzywdzenia siebie, myśli i planów samobójczych, przeszłych epizodów samouszkodzeń i prób „S”. Łatwość użycia narzędzia była jednym z głównych celów przyświecających autorom (obok wszechstronności), dlatego RASS polecana jest w podstawowej opiece zdrowotnej. Skalę zbadano na 734 osobach narodowości greckiej w wieku 26–67 lat, reprezentujących populację miejską (było to zarazem pierwsze takie badanie epidemiologii omawianych zjawisk w Grecji). Analiza czynnikowa wskazała na trzy lub cztery czynniki tłumaczące około 60% zmienności, które posłużyły do wyodrębnienia podskal (Intencji, Życia, Historii). Wynik koreluje z wynikiem badania Inwentarzem Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory, STAI-S, STAI-T) oraz bezradnością. Wykazano rzetelność i trafność RASS, jednak z powodu braku replikacji w populacji klinicznej wyniki muszą zostać jeszcze powtórzone.

### Cultural Assessment of Risk for Suicide

Zespół Chu (2013) zwrócił uwagę na nieuwzględnianie w dotychczasowych narzędziach zróżnicowania kulturowego, odgrywającego ważną rolę w kulturowej teorii i kulturowym modelu samobójstwa, które skupiają się na odmienności ryzyka w różnych grupach społecznych lub mniejszościach – wyodrębnianych ze względu na narodowość, wiek, płeć, orientację seksualną. Przykładowo w USA biali mężczyźni częściej popełniają samobójstwa, przedstawiciele mniejszości etnicznych rzadziej ujawniają myśli „S” niezapytani wprost, a przedstawiciele mniejszości seksualnych mogą być bardziej wrażliwi na odrzucenie przez środowisko. W takich grupach zazwyczaj zakładano trafność czy rzetelność narzędzia przebadanego na ogólnej populacji, bez wykonywania odrębnych badań. Odpowiedzią Chu i wsp. (2013) na wspomniane wyżej trudności jest Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS). Narzędzie bada cztery kategorie czynników, które wpływają na 95% ryzyka „S” we wspomnianych grupach: sankcje kulturowe, sposoby wyrażania samobójczości (*idioms of distress*), stres mniejszościowy, konflikty społeczne. Początkowo sformułowano 52 pytania z odpowiedzią na sześciostopniowej skali Likerta, z których ostatecznie zachowano 39. CARS walidowano na grupie 950 Amerykanów różniących się grupą etniczną, płcią i orientacją seksualną, w wieku przynajmniej 18 lat. Analiza czynnikowa wskazała osiem czynników: konflikt rodzinny, wsparcie społeczne, stres mniejszościowy związany z seksualnością, stres akulturacyjny, niespecyficzny stres mniejszościowy, emocjonalne/somatyczne sposoby wyrażania samobójczości, zachowania samobójcze oraz sankcje kulturowe. Narzędzie cechuje się świetną spójnością wewnętrzną i dobrą trafnością zbieżną, koreluje z BDI, SIS i BHS oraz różnicuje osoby po próbie samobójczej i bez próby w wywiadzie. Trzeba jednak pamiętać, że oceniano wyłącznie populację niekliniczną, dosyć młodą, obejmującą tylko największe grupy mniejszościowe.

## PODSUMOWANIE

W niniejszej pracy opisano pokrótce kilkanaście narzędzi mogących służyć ocenie ryzyka samobójczego. W literaturze przedstawiono ich oczywiście więcej. Do niescharakteryzowanych powyżej, mało dostępnych bądź rzadko używanych narzędzi należą Israeli Index Suicide Potential, Schizophrenia Suicide Risk Scale, Sheehan Suicidality Track Scale (Sheehan-STS) włącznie z Clinically Meaningful Change Measure Version, Suicide Probability Scale (SPS), Sheehan Disability Scale (SDS), Suicidality Modifiers Scale (SMS), Suicide Plan Tracking Scale (SPTS). Duża liczba istniejących narzędzi kontrastuje z małą liczbą tych przetłumaczonych na język polski i mających zwalidowaną polską wersję. W Polsce większość skal pozostaje słabo znana, brakuje również powszechnie stosowanych zaleceń odnośnie do korzystania z nich. Wskazane wydaje się podjęcie badań umożliwiających szersze wprowadzenie skal oceny ryzyka samobójczego w psychiatrii, POZ i innych dziedzinach medycyny w Polsce. Kluczowe informacje na temat omawianych narzędzi zebrano w tab. 1 i 2.

### Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Przeznaczenie narzędzi	Nazwy narzędzi
Ogólna ocena stanu psychicznego	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)
	Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)
	Self-Reporting Questionnaire-Suicidal Ideation and Behavior (SRQ SIB)
	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)
Ocena nastroju	Youth Life Status Questionnaire (YLSQ)
	Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory, BDI)
	Skala Beznadziejności Becka (Beck Hopelessness Scale, BHS)
	Skala Depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D)
	Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	
Ocena nasilenia bólu psychicznego	Skala Bólu Psychicznego Shneidmana (Psychological Pain Assessment Scale, PPAS)
	Skala Bólu Psychicznego Orbacha i Mikulincera (Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale, OMMP)
	Skala Oszacowania Bólu Psychicznego Mee i Bunneya (Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale, MBPPAS)
	Trójczynnikowa Skala Bólu Psychicznego (Three-Dimensional Psychological Pain Scale, TPPPS)
	Skala Bólu Psychicznego Holdena
Ocena <i>resilience</i> i chęci życia	Suicide Resilience Inventory-25 (SRI-25)
	Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents (BRFL-A)
	Reasons for Living Inventory for Young Adults (RFL-YA)

Tab. 1. Podsumowanie opisanych narzędzi – narzędzia uwzględniające ocenę ryzyka samobójczego

Nazwa narzędzia	Postać	Uwagi, badana populacja	Osoba oceniająca
Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ)	25 pytań, samoocena	-	Samoocena
Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI)	19 pytań	-	Samoocena
Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS)	39 pytań	950 osób dorosłych	Samoocena
Harkavy Ansn Suicide Survey (HASS)	Trzy części: 10 pytań ustrukturyzowanych w pełni bądź częściowo, 21 pytań w pięciostopniowej skali Likerta, obejmujących 2 tygodnie i wcześniejsze życie	Analiza czynnikowa HASS I – 661	Samoocena
Immediate Action Protocol (IAP)	Protokół dla lekarza POZ	-	Lekarz POZ
InterSePT Scale for Suicidal Thinking (ISST)	12 pytań, odpowiedzi 0–2	$n = 1002$ , populacja z diagnozą F20 lub F25	Klinicysta
Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)	15 pytań	-	Pielęgniarka
Pierce Suicide Intent Scale (PSIS)	12 pytań, częściowo ustrukturyzowany wywiad	$n = 500$	Lekarz
Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI)	14 pytań	Dorośli i młodzież od 14 lat, $n = 450$ , 286	Samoocena
Risk Assessment Suicidality Scale (RASS)	12 pytań, samoocena	734 Greków, 25–67 lat	Samoocena
SAD PERSONS Scale (SPS)	Ocena obecności 10 czynników ryzyka	-	Profesjonalista
Scale for Suicide Ideation (SSI)	Częściowo ustrukturyzowany wywiad, 19 pytań, oceny 0–2	90 Amerykanów obu płci, ponad połowa z diagnozą zaburzeń depresyjnych, 1/5 – schizofrenii	Klinicysta na podstawie częściowo ustrukturyzowanego wywiadu
Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII)	6 pytań przesiewowych, pytania z odpowiedziami „tak”/„nie”, udzielanymi na sześciopunktowej skali Likerta (w sumie 22), pytania otwarte (9)	Amerykanie, pięć kohort, $n: 75, 75, 27, 117, 75$ , wiek 18–45 lat	Klinicysta
Suicide Intent Scale (SIS)	15 pytań ocenianych w skali 0–2 (istnieje wersja 18-pytaniowa)	-	Profesjonalista
Tool for Assessment of Suicide Risk (TASR)	Trzy sekcje po 9 pytań, odpowiedzi „tak”/„nie”	Dorośli, młodzież	Lekarz

Tab. 2. Podsumowanie opisanych narzędzi – narzędzia oceny ryzyka samobójczego

## Piśmiennictwo

- Beck AT, Kovacs M, Weissman A: Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 343–352.
- Beck AT, Schuyler D, Herman I: Development of suicidal intent scales. In: Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ (eds.): *The Prediction of Suicide*. The Charles Press Publishers, Bowie 1974: 45–56.
- Bell SA, Lori J, Redman R et al.: Psychometric validation and comparison of the Self-Reporting Questionnaire-20 and Self-Reporting Questionnaire-Suicidal Ideation and Behavior among Congolese refugee women. *J Nurs Meas* 2015; 23: 393–408.
- Borucka A, Ostaszewski K: Konceptcja *resilience*. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Med Wieku Rozwoj* 2008; 12: 587–597.
- Chandramouleeswaran S, Edwin NC, Victor PJ et al.: The emergency physician's assessment of suicide risk in intentional self-poisoning using the modified SAD PERSONS scale versus standard psychiatric evaluation in a general hospital in South India: a cross-sectional study. *Trop Doct* 2015; 45: 21–26.
- Chehil S, Kutcher SP: *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Blackwell Publishing, 2007.
- Chehil S, Kutcher SP: *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. 2<sup>nd</sup> ed., John Wiley & Sons, 2012.
- Chodkiewicz J, Miniszewska J, Strzelczyk D et al.: Polska adaptacja Skali Bólu Psychicznego Ronalda Holdena i współpracowników. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 369–381.
- Chu J, Floyd R, Diep H et al.: A tool for the culturally competent assessment of suicide: the Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) measure. *Psychol Assess* 2013; 25: 424–434.
- 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: 393–400.
- Esfahani M, Hashemi Y, Alavi K: Psychometric assessment of Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI) in general population in Tehran. *Med J Islam Repub Iran* 2015; 29: 268.
- Fang Q, Freedenthal S, Osman A: Validation of the Suicide Resilience Inventory-25 with American and Chinese college students. *Suicide Life Threat Behav* 2015; 45: 51–64.
- Fountoulakis KN, Pantoula E, Siamouli M et al.: Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): a population-based study. *J Affect Disord* 2012; 138: 449–457.
- Gmitrowicz A: Problematyka samobójstw. In: Jarema M, Rabe-Jabłońska J (eds.): *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 212.
- Hallfors D, Brodish PH, Khatapoush S et al.: Feasibility of screening adolescents for suicide risk in "real-world" high school settings. *Am J Public Health* 2006; 96: 282–287.
- Hammoudeh S, Ghuloum S, Mahfoud Z et al.: Reliability, validity and factorial structure of the Arabic version of the international suicide prevention trial (InterSePT) scale for suicidal thinking in schizophrenia patients in Doha, Qatar. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 437.
- Harkavy Friedman JM, Asnis GM: Assessment of suicidal behavior: a new instrument. *Psychiatr Ann* 1989; 19: 382–387.
- Komenda Główna Policji: *Zamachy samobójcze od 2017 roku*. 2018. Available from: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> [cited: 4 June 2018].
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW: The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606–613.
- Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ et al.: Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychol Assess* 2006; 18: 303–312.
- Mieczkowski TA, Sweeney JA, Haas GL et al.: Factor composition of the Suicide Intent Scale. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23: 37–45.
- Millner AJ, Lee MD, Nock MK: Single-item measurement of suicidal behaviors: validity and consequences of misclassification. *PLoS One* 2015; 10: e0141606
- Młodożeniec A, Jarema M: Ryzyko samobójstwa szacowane na podstawie skal oceny stanu psychicznego. *Przegląd ważniejszych narzędzi badawczych. Psychiatria po Dyplomie* 2010; 7: 54–59.
- Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM et al.: The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and non-clinical samples. *Assessment* 2001; 8: 443–454.
- Osman A, Gutierrez PM, Kopper BA et al.: The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: development and validation. *Psychol Rep* 1998; 82: 783–793.
- Pierce DW: Suicidal intent in self-injury. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 377–385.
- 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: 1266–1277; tool available at: <http://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-srs>.
- Rajewska-Rager A, Lepczyńska N, Sibilski P: Czynniki ryzyka samobójstw u dzieci i młodzieży ze spektrum choroby i chorobą afektywną dwubiegunową o wczesnym początku. *Psychiatr Pol* 2015; 49: 477–488.
- Reynolds WM: Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *J Pers Assess* 1991; 56: 289–307.
- Sheehan DV, Alphas LD, Mao L et al.: Comparative validation of the S-STS, the ISST-Plus, and the C-SSRS for assessing the suicidal thinking and behavior FDA 2012 suicidality categories. *Innov Clin Neurosci* 2014; 11: 32–46.
- Sinniah A, Oei TP, Chinna K et al.: Psychometric properties and validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) inventory in an outpatient clinical population in Malaysia. *Front Psychol* 2015; 6: 1934.
- Wagner BM, Wong SA, Jobes DA: Mental health professionals' determinations of adolescent suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32: 284–300.
- Wciórka J, Pużyński S: *Narzędzia oceny stanu psychicznego*. W: Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J (eds.): *Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii*. Elsevier, Wrocław 2010.
- World Health Organization: *Investing in Mental Health*. World Health Organization, Geneva 2003.
- Wu CY, Huang HC, Wu SI et al.: Validation of the Chinese SAD PERSONS Scale to predict repeated self-harm in emergency attendees in Taiwan. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 44.
- Yawn B, Dietrich A, Wollan P et al.: Immediate Action Protocol: a tool to help your practice assess suicidal patients. *Fam Pract Manag* 2009; 16: 17–20.
- Zhong QY, Gelaye B, Rondon MB et al.: Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Arch Womens Ment Health* 2015; 18: 783–792.