

Światowe inicjatywy w zakresie profilaktyki samobójstw

Worldwide initiatives in suicide prevention

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Correspondence to: Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, I Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel./faks: 42 675 77 16, e-mail: agnieszka.gmitrowicz@umed.lodz.pl

Praca finansowana z działalności statutowej UM w Łodzi 503/1-155-01/503-01

Streszczenie

Samobójstwo należy do najczęstszych przyczyn zgonów młodych ludzi na całym świecie, stąd niezwykle istotne jest tworzenie skutecznych programów zapobiegawczych. W niniejszym artykule przedstawione zostały informacje na temat czynników ryzyka samobójstwa, stosowanych technik terapeutycznych oraz prowadzonych programów prewencji samobójstw i ich skuteczności. Poza piśmiennictwem w opracowaniu wykorzystano materiały przedstawione podczas pięciodniowego szkolenia *Scientifically evaluated interventions in suicide prevention*, zorganizowanego przez Karolinska Institutet w maju 2012 roku w Sztokholmie. Wyniki badań wskazują na istotną rolę nasilonych stanów afektywnych w powstawaniu kryzysu samobójczego oraz ich wczesnego rozpoznawania w celu zapobiegania próbom samobójczym. Omówiono również specyfikę pracy z pacjentami samobójczymi z zaburzeniami osobowości. Przedstawiono wyniki badań skuteczności programów prewencji samobójstw opartych na ograniczeniu dostępu do metod. Zwrócono uwagę na korzystną i niekorzystną rolę mediów, w tym elektronicznych, podkreślając ich szczególnie wpływ na młodego odbiorcę. Ponadto porównano dwa badania europejskie: Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) oraz Multicentre Study of Self-Harm in England (MSSHE), opisujące częstość i sposób dokonywania zamierzonych samouszkodzeń wśród młodych pacjentów hospitalizowanych i w populacji ogólnej. Poddano także ocenie różne sposoby zapewnienia opieki osobom dokonującym celowych samouszkodzeń. Ustalono, że odmienne postawy personelu medycznego wobec tych osób zależą od różnych czynników psychospołecznych. Przedstawiono też wyniki prac oceniających skuteczność różnych metod terapeutycznych, takich jak terapia behawioralno-poznawcza, wsparcie psychologiczne, karty kryzysowe (*emergency card*) i farmakoterapia lekami z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty serotoniny.

Słowa kluczowe: samobójstwo, czynniki ryzyka, zapobieganie, zamierzone samouszkodzenia, młodzież

Summary

Suicide belongs to the most prevalent causes of young people's deaths all over the world, therefore effective preventive programmes are extremely important. This article presents information about suicide risk factors, applied therapeutic techniques and conducted suicide prevention programmes and their efficacy. Apart from literature, the study used materials presented during the five-days' training course on *Scientifically evaluated interventions in suicide prevention*, organized by Karolinska Institutet in May 2012 in Stockholm. The results of the studies show a significant role of enhanced affective states in the development of suicide crisis and their early diagnosis aimed at prevention of suicide attempts. In addition the specificity of work with suicidal patients with personality disorders was discussed. The results of studies on the effectiveness of suicide prevention programmes based on limited access to methods were presented. Attention was paid to advantageous and disadvantageous role of the media, including electronic media, emphasizing their special impact on young people. Furthermore, two European studies were compared: Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) and Multicentre Study of Self-Harm in England (MSSHE), describing the incidence and method of deliberate self-harm among young hospitalized patients and in general population. Various methods of providing the care for deliberately self-harming patients were evaluated. It was found out that different attitudes of medical staff towards such patients depend on various psychosocial factors. Besides, the results of the research evaluating the efficacy of various therapeutic methods, such as behavioural-cognitive therapy, psychological support, emergency cards and pharmacotherapy with selective serotonin reuptake inhibitors were presented.

Key words: suicide, risk factors, prevention, deliberate self-harm, adolescents

WSTĘP

Zapobieganie samobójstwom ma najwyższą rangę i jest realizowane poprzez opracowywanie i wdrażanie narodowych programów prewencji oraz różnych międzynarodowych inicjatyw. Rocznie w wyniku samobójstw ginie na świecie ponad milion osób, w tym ponad 160 000 w Europie⁽¹⁾. Przyjmuje się, że liczba prób samobójczych jest co najmniej dziesięć razy większa od liczby samobójstw (wśród nieletnich znacznie większa niż u dorosłych). W latach 2003–2008 przeciętny współczynnik samobójstw dla badanych blisko 100 krajów świata wynosił 14 na 100 000 osób, w tym 23 dla mężczyzn i 6,5 dla kobiet⁽¹⁾. W Polsce z powodu samobójstw umiera ponad 6000 obywateli rocznie (w tym prawie 5% stanowią nieletni). Poza tragedią ludzką samobójstwa generują koszty społeczne i ekonomiczne, które są trudne do oszacowania (porównuje się je z kosztami wojen)^(2,3).

Zachowania samobójcze są na świecie uznawane za jeden z najważniejszych problemów społecznych i zdrowotnych. Potwierdzeniem znaczenia tego problemu może być ustanowienie w 1999 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wielkiego międzynarodowego programu SUPRE – *suicide prevention*, który nazwano Światową Inicjatywą dla Zapobiegania Samobójstwom (WHO Worldwide Initiative for the Prevention of Suicide). W 2000 roku rozpoczęto wielośrodkowe badania na pięciu kontynentach (SUPRE-MISS) ukierunkowane na: charakterystykę społeczno-kulturową poszczególnych regionów, identyfikację zachowań samobójczych (ZS), ewaluację strategii terapeutycznych w przypadku nagłych interwencji po próbie samobójczej (PS). Doświadczenia wielu krajów wysoko rozwiniętych (USA, Szwecja, Finlandia, Norwegia, Dania, Wielka Brytania) dowodzą, że wczesne wykrywanie, efektywne leczenie i zapobieganie chorobowym zaburzeniom nastroju może wydatnie przyczynić się do istotnego zmniejszenia współczynników samobójstw w populacji ogólnej⁽⁴⁾.

W strategii WHO „Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” sformułowano cel zmniejszenia „co najmniej o jedną trzecią współczynników samobójstw, przede wszystkim w krajach i grupach o wysokich współczynnikach”. Cel ten w wielu rozwiniętych krajach świata realizowany jest w formie krajowych programów zapobiegania samobójstwom. Pierwsze takie programy wdrożono jeszcze przed 2000 rokiem w Finlandii (1986), w USA, a w ostatnich latach w Anglii (2002), Irlandii (2005) i Szkocji (2008).

W Polsce program zapobiegania samobójstwom jest w fazie wstępnych opracowań od 2011 roku, czyli od czasu ustanowienia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (grudzień 2010), a jego wprowadzenie w życie planuje się do 2015 roku.

W latach 2000–2010 w Polsce odnotowano wzrost liczby i współczynnika samobójstw (z wyjątkiem lat 2006–2008) o 7,5%, a w 2009 roku – aż o 14%. W Polsce samobójstwo

jest przyczyną prawie co piątego zgonu w grupie wiekowej 15–19 lat (18,2%), z kolei w populacji ogólnej stanowi 1,7% przyczyn zgonów (dane Głównego Urzędu Statystycznego, 2012). W 2010 roku zarejestrowano w populacji ogólnej łącznie 6342 samobójstwa (wskaźnik płci ♀ : ♂ = 1/6), w tym 16 przypadków samobójstw w grupie wiekowej 10–14 lat (10 ♂) i 196 (174 ♂) w grupie 15–19 lat. Samobójstwo zajmuje siódmą pozycję na liście przyczyn zgonów w Polsce, a wśród dzieci i młodzieży w wieku 7–19 lat lokuje się na drugiej pozycji.

Wszystkie narodowe programy zapobiegania samobójstwom realizują zadania: 1) **na poziomie opieki zdrowotnej** (w tym kształcenie personelu medycznego w zakresie diagnozowania zaburzeń psychicznych, szczególnie zaburzeń depresyjnych, specjalnej opieki nad osobami zagrożonymi samobójstwem – chorymi psychicznie, osobami po próbach samobójczych, osobami przeżywającymi silne kryzysy psychiczne); 2) **na poziomie zdrowia publicznego** (w tym powszechna edukacja w zakresie rozpoznawania zagrożenia samobójstwem, zapobiegania samobójstwom i zaburzeniom psychicznym oraz psychospołecznym czynników chroniących przed próbami samobójczymi).

Poza realizacją zadań prewencyjnych istotne są programy monitorujące i oceniające działania zapobiegające samobójstwom. Zajmują się tym wyspecjalizowane ośrodki badawcze, przewidziane w krajowych programach zapobiegania samobójstwom^(2,4).

PRZYKŁAD EUROPEJSKIEGO PROGRAMU SZKOLENIA W ZAKRESIE PREWENCJI SAMOBÓJSTW

Instytut Karolinska w Sztokholmie organizuje wiele szkoleń w zakresie suicydologii, w tym kursy z zakresu prewencji samobójstw. Pracuje tam światowej sławy suicydolog prof. Danuta Wasserman, dyrektor National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP). W ramach NASP są konsultowane europejskie programy zapobiegania samobójstwom i zaburzeniom psychicznym. Danuta Wasserman jest autorką obszernej monografii, w której zaprezentowane zostały światowe i regionalne strategie zapobiegania samobójstwom⁽⁴⁾. W celu lepszego poznania zasad współczesnych szkoleń o tematyce suicydologicznej warto zapoznać się szczegółowo z wybranym kursem w zakresie prewencji samobójstw, organizowanym przez Instytut Karolinska.

Prezentowane szkolenie odbyło się w maju 2012 roku w Sztokholmie. Przez 5 dni jego uczestnicy brali udział w wykładach i warsztatach, podczas których była też możliwość zaprezentowania własnych doświadczeń i projektów w zakresie prewencji samobójstw.

Głównymi prowadzącymi byli prof. Keith Hawton z Wielkiej Brytanii i dr Mark Goldblatt z USA. Uczestnicy z Polski przedstawili program prewencji samobójstw realizowany na Podhalu (Iwona Koszewska) oraz projekt oceny czynników ryzyka wielokrotnych prób samobójczych wśród

młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie (Paweł Kropiwnicki)⁽⁵⁾.

Mark Goldblatt wygłosił wykład na temat oceny skuteczności interwencji w prewencji samobójstw.

W ramach prezentacji porównano dane empiryczne z badań z praktyką kliniczną.

Dokonano przeglądu publikacji z trzech angielskich czasopism pod kątem ich zawartości: „Crisis: the Journal of Crisis Intervention”, „Archives of Suicide Research” i „Suicide and Life-Threatening Behavior”. Większość artykułów była poświęcona epidemiologii (37,7–40,1%), kolejne poruszane tematy to prewencja samobójstw (5,8–15,3%), około 1/10 stanowiły prace badawcze (8,3–10,6%), najmniej ukazało się prac klinicznych (2,8–8,2%).

Choroba psychiczna według piśmiennictwa jest uznanym, jednak bardzo niespecyficznym czynnikiem ryzyka samobójczego⁽⁶⁾. Konieczna jest dokładna ocena ryzyka w trakcie klinicznej oceny stanu psychicznego pacjenta w celu rozpoznania kryzysu samobójczego i zdarzeń poprzedzających (precypitujących)⁽⁷⁾.

Wskazano na pewne zachowania, które mogą sugerować zbliżający się kryzys samobójczy, tj. deklaracje i próby samobójcze, nasilenie aktów zamierzonych samouszkodzeń i używania substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu), „załamanie” funkcjonowania (zerwanie związku, utrata pracy, zakończenie terapii). Podkreślono rolę nasilonych stanów afektywnych, w tym uczucie desperacji, braku nadziei, samotności, nienawiści do samego siebie, porzucenia, lęku, wściekłości, winy i poniżenia⁽⁸⁾. Niezwykle rzadko osoby w kryzysie samobójczym nie dają żadnych sygnałów zagrożenia.

Następnie przedstawiono problemy występujące w psychoterapii pacjentów z tendencjami samobójczymi. Porównano podejście różnych szkół psychoterapeutycznych do pracy z pacjentem samobójczym^(9–11). Stwierdzono, że żadna z prezentowanych metod nie jest mniej lub bardziej skuteczna od innych, jednak różnią się one pod względem liczby terapeutów zaangażowanych w proces, stopnia współpracy terapeuty z lekarzem, podejścia do samego zjawiska samobójstwa, roli relacji terapeutycznej, stopnia wsparcia udzielanego przez terapeuta. Kryteria te mogą być pomocne w doborze konkretnej techniki dla danego pacjenta w zależności od jego zasobów i oczekiwań. Osobny wykład poświęcono pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości oraz specyficznym trudnościom związanym z psychoterapią tych osób. Dotyczyły one długotrwałego przebiegu zaburzeń i utrwalonych schematów poznawczych, które wymagają ciągłej korekty. Omówiono także zjawisko przeniesienia i przeciwprzeniesienia oraz jego rolę w pracy z pacjentem samobójczym.

Keith Hawton przedstawił wyniki badań poświęconych skuteczności programów prewencji samobójstw opartych na ograniczeniu dostępu do metod (środków) – broni palnej, zastąpienie gazu ziemnego gazem tzw. miejskim, wycofanie z rynku toksycznych leków, np. Co-proxamol (Paracetamol+Dextropropoxyfen), ograniczenie dostępu do

pestycydów w krajach Azji Południowo-Wschodniej, zabezpieczenia na mostach. Wszystkie te metody przyniosły rzeczywisty spadek liczby samobójczych zgonów, zwłaszcza tych będących efektem działań impulsywnych^(12–19).

Istotne było podkreślenie roli sposobu przedstawiania samobójczych zgonów przez środki masowego przekazu (gazety, internet) w prewencji samobójstw.

Ponadto zostały opisane sposoby postępowania z pacjentami dokonującymi zamierzonych samouszkodzeń (ZSU), co jest szczególnie istotnym problemem wśród młodzieży⁽²⁰⁾. Sugerowano konieczność stworzenia odpowiednich jednostek opieki dla tych pacjentów na oddziałach ogólnych (pediatrycznych i internistycznych lub chirurgicznych), prowadzenie regularnych szkoleń dla personelu tych oddziałów oraz konieczność oceny psychologicznej takich pacjentów, celem zapewnienia odpowiedniej opieki po wypisie. Opieka ta powinna obejmować nie tylko działania lekarskie (psychiatryczne) i psychoterapeutyczne, lecz także interwencje socjalne.

Prezentowano wyniki badań prowadzonych wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziałach ogólnych z powodu zamierzonych samouszkodzeń oraz wśród personelu tych oddziałów⁽²¹⁾. Wynikało z nich, że większość pacjentów, szczególnie dorosłych, doświadczyło negatywnych postaw ze strony personelu. Mniej takich postaw odnotowano wobec pacjentów chorych psychicznie, dzieci i kobiet oraz osób podejmujących bardziej zagrażające życiu działania. Postawy takie były rzadsze także wśród personelu, który przebył odpowiednie szkolenia.

Zaprezentowano także wyniki badań potwierdzające wysoką skuteczność krótkoterminowej psychoterapii dla pacjentów dokonujących ZSU, nastawionej na rozwiązywanie problemów⁽²²⁾.

Kolejny wykład na temat zamierzonych samouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży dotyczył wyników dwóch wielośrodkowych badań: Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) oraz Multicentre Study of Self-Harm in England (MSSHE). Pierwsze z nich przeprowadzono w populacji młodzieży uczącej się w wieku 15–16 lat, drugie – wśród młodych pacjentów zaopatrywanych w oddziałach ogólnych i izbach przyjęć z powodu ZSU.

Badanie CASE prowadzone było między innymi w Anglii, Irlandii, Belgii, Holandii, Norwegii i Austrii. W sumie ponad 30 000 uczniów samodzielnie wypełniło anonimowe kwestionariusze zawierające pytania dotyczące zamierzonych samouszkodzeń. W tej populacji ZSU w ostatnim roku potwierdziło 2,6% chłopców (najwięcej z Belgii – nieco ponad 4%, najmniej z Australii, Węgier i Holandii – poniżej 2%) i 8,9% dziewcząt (najwięcej z Australii – prawie 12%, najmniej z Węgier i Holandii – około 6%). Najczęściej stosowaną metodą ZSU było cięcie skóry (55,4%), następnie intoksykacja (21,7%). Hospitalizacji poddano 12,6% spośród nich, w tej grupie niemal czterokrotną przewagę stanowiły osoby po intoksykacji.

Badanie MSSHE przeprowadzono wśród 5205 młodych (10–18 lat) pacjentów ośrodków pediatrycznych w Anglii

(Oxford, Manchester i Derby). W tej grupie pacjentów odsetek ZSU wzrastał gwałtownie wraz z wiekiem, począwszy od 12. roku życia. W przypadku młodszych pacjentów praktycznie zachowania takie nie były notowane. W wynikach tych zwróciła uwagę znaczna przewaga dziewcząt nad chłopcami, wśród 14-latków – niemal sześciokrotna. Najczęstszymi metodami ZSU była intoksykacja lekami (72,9% chłopców i 79,5% dziewcząt), następnie cięcie skóry (odpowiednio 22,7% i 15,3%). Najczęściej stosowaną substancją był paracetamol (58,2% przypadków). Pozostałe substancje to leki przeciwdepresyjne (13,1%), salicylany (6,9%) i benzodiazepiny (2,5%). Najczęstsze problemy wymieniane przez pacjentów jako przyczyny samouszkodzeń to problemy rodzinne (około 50%), problemy w związku partnerskim (około 30%) i w szkole (około 25%). Wśród nastolatków zaopatrywanych w izbach przyjęć w godzinach nocnych ponad połowa (a między godziną 4 a 5 rano niemal wszyscy) dokonali ZSU pod wpływem alkoholu, przy czym odsetek chłopców i dziewcząt dokonujących ZSU w tej grupie był zbliżony, z niewielką przewagą chłopców (38,5% chłopców wobec 32,7% dziewcząt). Najczęściej oferowaną formą pomocy była opieka lekarza ogólnego (43,1%) lub psychiatry w ambulatorium (32,5%), skierowanie do ośrodków niemedycznych (10,4%). Hospitalizacja psychiatryczna dotyczyła jedynie 2,6% pacjentów. W ramach tych badań wyodrębniono następujące czynniki ryzyka dokonywania powtórnych ZSU wśród młodzieży: starszy wiek, wcześniejsze ZSU, leczenie psychiatryczne. W ramach MSSHE przeprowadzono także badanie prospektywne dotyczące dalszych losów osób dokonujących ZSU. Do końca 2010 roku 51 osób – spośród 5133 badanych – zmarło, z czego aż 25 (49%) śmiercią samobójczą, 13 osób (25,5%) zginęło w wypadkach, a kolejne 13 – z innych przyczyn. Szczególnie ważna informacja dotyczyła metody zastosowanej w celu odebrania sobie życia, która była różna od metod dokonywanych wcześniej ZSU. Czynniki ryzyka samobójczego zgonu były: płeć męska, leczenie psychiatryczne, liczba epizodów ZSU oraz cięcie skóry jako ostatnia z zastosowanych metod.

W prezentowanym badaniu Pattona i wsp. z 2007 roku⁽²³⁾ wyodrębniono także inne czynniki ryzyka samobójstwa u młodych osób (15–24 lata). Były to: czynniki genetyczne, zaburzenia psychiczne (zwłaszcza lękowe i depresyjne), niekorzystne wydarzenia w życiu i problemy socjoekonomiczne oraz skłonność do perfekcjonizmu, niski poziom optymizmu życiowego, agresywność i impulsywność, poczucie braku nadziei, samobójstwo lub ZSU wśród bliskich, używanie substancji psychoaktywnych (SPA), w tym także palenie papierosów, oraz dostęp do metod (leków, niebezpiecznych narzędzi, trucizn, broni itp.).

W nieopublikowanej jeszcze metaanalizie wyników 9 badań, przeprowadzonej przez zespół Hawtona⁽²⁴⁾, stwierdzono, że zaburzenie psychiczne z osi I wg DSM-IV rozpoznano aż u 81% młodzieży hospitalizowanej z powodu ZSU. Najczęściej diagnozowano depresję (53%), zaburzenia hiperkinetyczne (ADHD), nadużywanie SPA

i zaburzenia lękowe (po 25%) oraz zaburzenia zachowania (10%).

Zwrócono też uwagę na rolę mediów, w tym Internetu, na zachowania samobójcze wśród młodzieży. Relacjonowanie samobójczych śmierci, zwłaszcza młodych ludzi, w sposób obliczony na wzbudzanie sensacji może zachęcać do naśladownictwa. Znany jest w piśmiennictwie tzw. efekt młodego Wertera – jedno samobójstwo pociąga za sobą kolejne. Przed dokonaniem ZSU wielu młodych ludzi odwiedza strony internetowe poświęcone tej tematyce, zwłaszcza łatwo dostępne fora internetowe. Nietrudno też znaleźć strony z opisami sposobów samouszkodzeń i metod popełnienia samobójstwa.

Ponadto przedstawiono trudności związane z oceną skuteczności programów prewencji samouszkodzeń i samobójstw w tej grupie wiekowej. Niewiele jest dowodów potwierdzających skuteczność programów psychoedukacyjnych prowadzonych w szkołach. Przedstawione badania (przebiegane w latach 1995–2011) nie wykazały przewagi skuteczności takich oddziaływań, jak: pomoc psychologiczna, program kart kryzysowych (*emergency card* – obligujący personel medyczny do objęcia posiadacza tej karty natychmiastowym wsparciem), terapia rodzinna prowadzona w domu pacjenta. Niejednoznaczne były również wyniki badań nad skutecznością terapii grupowej dla osób z wielokrotnymi ZSU. Podobnie nie wykazano większej skuteczności dołączania terapii behawioralno-poznawczej (CBT) do leczenia lekami z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty serotoniny (SSRI), w porównaniu z samą farmakoterapią.

Należy podkreślić, że nowo tworzone programy zapobiegania samobójstwom wśród młodych osób powinny obejmować przede wszystkim ograniczenie negatywnego wpływu mediów, w tym elektronicznych, na zachowania samobójcze. Mogłoby temu służyć na przykład ograniczenie dostępu do stron internetowych propagujących samobójstwo poprzez wykluczenie ich z baz danych wyszukiwarek internetowych, które w to miejsce wyświetlałyby linki do stron oferujących pomoc w sytuacjach kryzysowych. Ważne jest też ograniczenie dostępu do metod samobójstwa, co znalazło potwierdzenie w wielu badaniach prowadzonych na całym świecie.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Strona internetowa WHO. Adres: www.who.int/topics/suicide/en.
2. Hawton K. (red.): *Prevention and Treatment of Suicidal Behavior. From Science to Practice*. Oxford University Press, Oxford, New York 2005.
3. Światowa Organizacja Zdrowia: *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu*. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa – Warszawa 2003.
4. Wasserman D., Wasserman C. (red.): *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford University Press, New York 2009.

5. Koszewska I., Boguszewska L.: Diagnoza psychiatryczno-socjologiczna powiatu tatrzańskiego. Uwzględnienie specyfiki regionu przed wdrożeniem programu zapobiegania depresji i samobójstwom. *Suicydologia* 2009–2010; 5–6: 53–63.
6. Maltzberger J.T., Rosenberg M.L.: The interface between empirical suicide research and clinical practice. *Crisis* 1990; 11: 3–10.
7. Hendin H., Maltzberger J.T., Lipschiz A. i wsp.: Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide Life Threat. Behav.* 2001; 31: 115–128.
8. Hendin H., Maltzberger J.T., Haas A.P. i wsp.: Desperation and other affective states in suicidal patients. *Suicide Life Threat. Behav.* 2004; 34: 368–394.
9. Hendin H.: Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 1150–1158.
10. Kaslow N.J., Reviere S.L., Chance S.E. i wsp.: An empirical study of the psychodynamics of suicide. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1998; 46: 777–796.
11. Weinberg I., Ronningstan E., Goldblatt M.J. i wsp.: Strategies in treatment of suicidality: identification of common and treatment-specific interventions in empirically supported treatment manuals. *J. Clin. Psychiatry* 2010; 71: 699–706.
12. Brent D.A., Perper J.A., Allman C.J. i wsp.: The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. *JAMA* 1991; 266: 2989–2995.
13. de Moore G.M., Plew J.D., Bray K.M., Snars J.N.: Survivors of self-inflicted firearm injury. A liaison psychiatry perspective. *Med. J. Aust.* 1994; 160: 421–425.
14. O'Donnell I., Arthur A.J., Farmer R.D.: A follow-up study of attempted railway suicides. *Soc. Sci. Med.* 1994; 38: 437–442.
15. Seiden R.H.: Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge. *Suicide Life Threat. Behav.* 1978; 8: 203–216.
16. Kreitman N.: The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960–71. *Br. J. Prev. Soc. Med.* 1976; 30: 86–93.
17. Hawton K., Bergen H., Simkin S. i wsp.: Six-year follow-up of impact of co-proxamol withdrawal in England and Wales on prescribing and deaths: time-series study. *PLoS Med.* 2012; 9: e1001213.
18. Hawton K., Simkin S., Deeks J. i wsp.: UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *BMJ* 2004; 329: 1076.
19. Gunnell D., Fernando R., Hewagama M. i wsp.: The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *Int. J. Epidemiol.* 2007; 36: 1235–1242.
20. Taylor T.L., Hawton K., Fortune S., Kapur N.: Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br. J. Psychiatry* 2009; 194: 104–110.
21. Saunders K.E., Hawton K., Fortune S., Farrell S.: Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 2012; 139: 205–216.
22. Hawton K., Arensman E., Townsend E. i wsp.: Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998; 317: 441–447.
23. Patton G.C., Hemphill S.A., Beyers J.M. i wsp.: Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2007; 46: 508–514.
24. Hawton K. i wsp.: Psychiatric disorders in children and adolescents presenting to hospital following self-harm: systematic review. 2012, submitted.