

Tytus Koweszko<sup>1</sup>, Jacek Gierus<sup>1</sup>, Maksym Kosiński<sup>2</sup>, Anna Mosiołek<sup>1</sup>, Agata Szulc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

# Epidemiologia zachowań samobójczych pacjentów Kliniki Psychiatrycznej Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (kwiecień 2016–marzec 2017 roku)

*Epidemiology of suicidal thoughts and behaviours in patients of the Clinic of Psychiatry at the Faculty of Health Sciences of Medical University of Warsaw (April 2016–March 2017)*

## Abstract

**Introduction:** The purpose of the article is to present the epidemiology of suicidal thoughts and behaviours in patients admitted to the Clinic of Psychiatry at the Faculty of Health Sciences of Medical University of Warsaw.

**Material and methods:** The study included 452 patients hospitalized between April 2016 and March 2017. The authors investigated the epidemiology of suicide risk in terms of individual demographics, psychiatric diagnosis, psychopathology and substance abuse.

**Results:** The patients diagnosed with mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (ICD-10 F10-F19) represent 30% of the whole analysed psychiatric population and 66% of them had suicide inclinations before or during hospital admission.

**Conclusion:** Disorders associated with substance abuse are a major problem for clinicians in the context of suicide prevention.

**Psychiatry 2017; 14, 3: 168–174**

**Key words:** *suicide, epidemiology, psychiatry, substance abuse, alcohol*

## Wstęp

Każdego roku w Unii Europejskiej dochodzi do ponad 55 000 samobójstw [1]. Według statystyk Komendy Głównej Policji w roku 2016 w Polsce doszło do 5405 zamachów samobójczych zakończonych zgonem, spośród których w 819 za

przyczynę ich popełnienia uznano chorobę psychiczną [2]. Osoby, u których zdiagnozowano zaburzenia psychiczne, są w grupie podwyższonego ryzyka zarówno podjęcia próby samobójczej, jak i faktycznego odebrania sobie życia [3]. Do zaburzeń psychicznych szczególnie predysponujących do zachowań suicydalnych zalicza się zaburzenia psychotyczne, afektywne, lękowe i osobowości, a także nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu [4, 5].

## Adres do korespondencji:

Tytus Koweszko  
Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauki o Zdrowiu  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
e-mail: koweszko@gmail.com

W zależności od nasilenia pragnienia śmierci, a co za tym idzie faktycznego zagrożenia życia, zachowania samobójcze można rozumieć jako spektrum aktywności obejmujące myśli, tendencje oraz próby samobójcze. Myśli samobójcze mogą obejmować fantazje, wyobrażenia, rozważania, głosy lub wszelkie inne wytwory poznawcze zgłaszane przez jednostkę dotyczące intencjonalnego zakończenia życia. Zgodnie z wynikami badania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), przeprowadzonego w 21 krajach, powszechne występowanie myśli samobójczych w ciągu roku wynosi 2% [6]. Myśli samobójcze stanowią swoiste kontinuum w zależności od swojej intensywności. Ich najłagodniejszą postacią jest pragnienie śmierci. Za najpoważniejszą należy uznać myśli z konkretnym planem i zamiarem odebrania sobie życia. Występowanie myśli samobójczych stanowi poważne zagrożenie wystąpienia dalszych zachowań samobójczych [7, 8].

Myśli samobójcze opierają się na procesach poznawczych. Tendencje uwzględniają również aspekt behawioralny. Obejmują one zachowania przygotowawcze do samobójstwa, takie jak gromadzenie leków, pisanie listu pożegnalnego, oddawanie cennych przedmiotów. Za tendencje samobójcze można też uznać zachowania samookaleczające o nieznanym, choć nieewidentnym intencji śmierci oraz takie, których celem jest uzyskanie pomocy, ukaranie siebie, radzenie sobie z emocjami [9].

Najpoważniejszym zachowaniem samobójczym, wiążącym się z najwyższym ryzykiem zgonu jest próba samobójcza. Jest to celowe działanie podjęte, aby pozabawić się życia. Nawet 39% osób, które trafiły na ostry dyżur po podjętej próbie samobójczej podejmie kolejną. Osoby, które wielokrotnie próbowały odebrać sobie życie są ponad dwukrotnie większe ryzyko zgonu niż u tych po jednej próbie [10].

### **Materiał i metody**

Celem niniejszego badania była analiza epidemiologiczna zachowań samobójczych u pacjentów po raz pierwszy przyjętych do Kliniki Psychiatrycznej Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w okresie od kwietnia 2016 do marca 2017 roku. Analiza objęła 452 pacjentów. W opracowaniu wyników posłużono się wartościami bezwzględными. Ponadto przeprowadzono analizę za pomocą epidemiologicznej metody opisowej. Badanie zostało zgłoszone do Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, która nie wyraziła zastrzeżeń, co do jego przebiegu.

### **Wyniki**

#### **Ogólna struktura grupy badanej**

Charakterystyka demograficzna pacjentów ujętych w badaniu objęła wiek, wykształcenie oraz miejsce za-

mieszkania. Analizie poddane zostały dodatkowo cechy psychopatologiczne, takie jak występowanie objawów psychotycznych oraz depresyjnych. Badacze uwzględnili ponadto obecność zachowań agresywnych występujących bezpośrednio przed hospitalizacją, a także zmieniony stan świadomości związany z użyciem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu. Pacjenci włączeni do analizy różnili się pod względem diagnozy psychiatrycznej. Rozpoznanie jednostek chorobowych opierały się na Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) [11]. Charakterystyka demograficzno-opisowa osób badanych została przedstawiona w tabeli 1.

#### **Częstość występowania zachowań samobójczych**

Spośród wszystkich pacjentów uwzględnionych w analizie u 50%, w okresie bezpośrednio poprzedzającym hospitalizację psychiatryczną, występowały zjawiska związane z samobójstwem w postaci myśli, tendencji lub prób samobójczych ( $n = 226$ ). Na rycinie 1 przedstawiono częstość ich występowania w całej grupie pacjentów ujętych w analizie, w zależności od rozpoznania psychiatrycznego. Wykres nie uwzględnia rozpoznań w grupy F70-F79, ponieważ pacjenci z tą diagnozą, jako jedyni, w ani jednym przypadku nie ujawniali skłonności samobójczych przy przyjęciu.

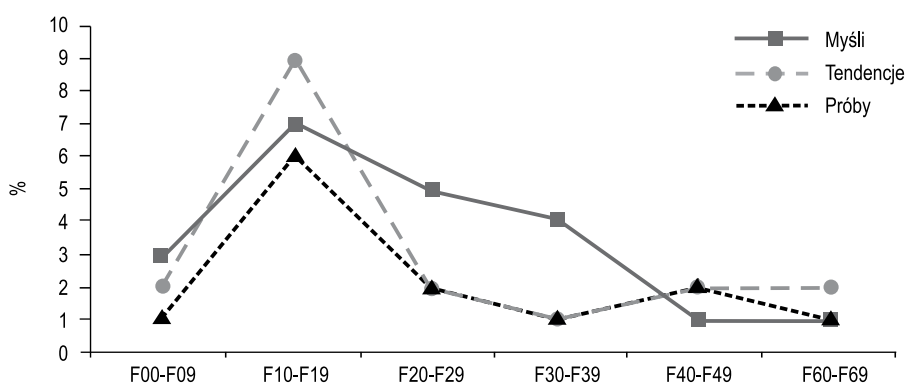
Najlichnieszą grupę przejawiającą inklinacje samobójcze stanowili pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (F10-F19). Stanowili oni 30% wszystkich przyjęć ( $n = 136$ ) do Kliniki w badanym okresie czasu. U 66% z nich potwierdzono występowanie skłonności lub zachowań samobójczych ( $n = 90$ ). W całej grupie objętej analizą ( $n = 452$ ) to pacjenci z diagnozą F10-F19 stanowili 7% wszystkich przypadków zgłaszających myśli samobójcze, 9% ujawniających tendencje suicydalne oraz 6% przyjęć po dokonanej próbie samobójczej.

W kontekście występowania tendencji lub prób samobójczych przed przyjęciem do Kliniki Psychiatrycznej WNoZ żadna z pozostałych grup rozpoznań nie przekroczyła 2% ani 5% w przypadku myśli. Odnosząc się poszczególnych diagnoz, podwyższone ryzyko suicydalne, rozumiane jako występowanie myśli, tendencji lub prób samobójczych bezpośrednio przed przyjęciem, stwierdzono u 47% w diagnozie F00-F09, 30% w F20-F29, 57% w F30-F39, 60% w F40-F49 oraz aż 82% w F60-F69. Na rycinie 1 przedstawiono szczegółowy rozkład częstości występowania myśli, tendencji i prób samobójczych w całej grupie badawczej.

**Tabela 1.** Charakterystyka demograficzno-opisowa grupy pacjentów uwzględnionych w analizie epidemiologicznej  
**Table 1.** Demographic-descriptive characteristics in the group of subjects included in the epidemiological analysis

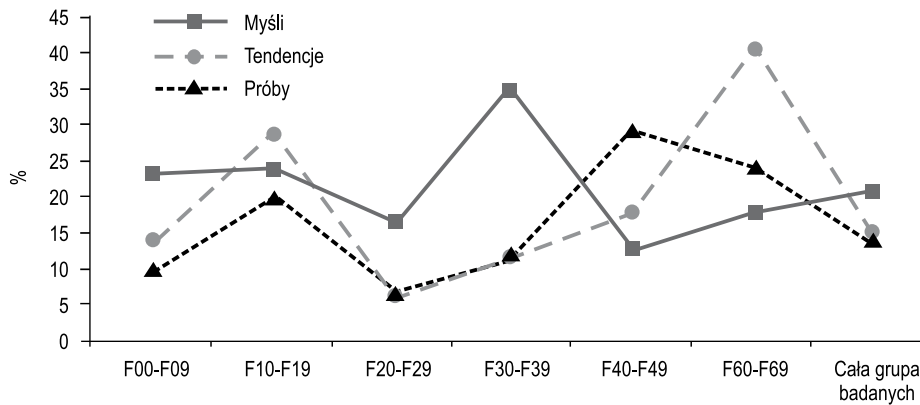
Wiek		Cała grupa (n = 452) M = 42,5		Kobiety (n = 181) M = 42,6		Mężczyźni (n = 271) M = 43,9	
		n	%	n	%	n	%
		Wykształcenie	Podstawowe	78	17	28	16
	Zawodowe	109	24	40	22	69	26
	Średnie	134	30	53	29	81	30
	Wyższe	58	13	34	19	24	9
	Brak danych	73	16	26	14	47	17
Miejsce zamieszkania	Wieś	154	34	62	34	92	34
	Miasto	274	61	113	63	161	59
	Instytucja	6	1	2	1	4	2
	Brak danych	18	4	4	2	14	5
Rozpoznanie ICD-10	F00-F09	52	12	20	11	32	12
	F10-F19	136	30	32	18	104	38
	F20-F29	144	32	60	33	84	31
	F30-F39	54	12	36	20	18	7
	F40-F49	39	8	21	12	18	6
	F60-F69	17	4	11	6	6	2
	F70-F79	10	2	1	1	9	4
Psychoza	Nie	216	48	94	52	122	45
	Tak	236	52	87	48	149	55
Objawy depresyjne	Nie	317	70	116	64	201	74
	Tak	135	30	65	36	70	26
Agresja	Nie	342	76	148	82	194	72
	Tak	110	24	33	18	77	28
Pod wpływem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu	Nie	364	81	160	88	204	75
	Tak	88	19	21	12	67	25

ICD-10 — International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems



**Rycina 1.** Częstość występowania myśli, tendencji i prób samobójczych w całej grupie pacjentów ujętych w analizie epidemiologicznej z uwzględnieniem poszczególnych grup rozpoznań *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

**Figure 1.** Frequency of suicidal thoughts, tendencies and attempts in the group of all subjects included in the epidemiological analysis in terms of ICD-10 diagnoses



**Rycina 2.** Częstość występowania myśli, tendencji i prób samobójczych w poszczególnych grupach rozpoznawczych *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

**Figure 2.** Frequency of suicidal thoughts, tendencies and attempts separately for each group of subjects in terms of ICD-10 diagnoses

### Różnice wewnątrzgrupowe zależne od diagnozy

Częstość występowania poszczególnych zachowań samobójczych różniła się wewnątrz każdej z grup wyodrębnionych na podstawie diagnozy psychiatrycznej. Myśli samobójcze były najczęstsze w grupie pacjentów z zaburzeniami nastroju (F30-F39), gdzie stwierdzono je u 35% pacjentów. Zaburzenia osobowości i zachowania (F60-F69) okazały się szczególnie predysponowane do występowania tendencji samobójczych. W tej grupie badanych aż 41% pacjentów ujawniało je przy przyjęciu do szpitala. Najwyższy wewnątrzgrupowy udział prób samobójczych stwierdzono u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F49), gdzie zostały odnotowane u 30% pacjentów (ryc. 2).

### Rodzaje prób samobójczych

Spośród wszystkich pacjentów ujętych w analizie 14% (n = 64) zostało przyjętych z powodu podjętej próby samobójczej w okresie bezpośrednio poprzedzającym przyjęcie do szpitala. W całej grupie badanych 5% próbowało odebrać sobie życie poprzez zranienie się ostrym narzędziem (n = 21), 4% przez samozatrucie lekami (n = 20), 4% przez powieszenie (n = 16), a mniej niż 1% skacząc z wysokości (n = 1). Uwzględniając różnice między płciami, kobiety najczęściej, bo w 7% przypadków próbowały odebrać sobie życie przez samozatrucie lekami (n = 12). Przez zranienie się ostrym narzędziem próbę samobójczą podjęło 3% (n = 6), 2% przez powieszenie (n = 4) i 2% przez skok pod pojazd (n = 4). W grupie mężczyzn najczęstszą metodą samobójczą było zranienie się ostrym narzędziem, którego dokonało 6% badanych (n = 15). Próbę powieszenia

podjęło 4% mężczyzn (n = 12), a 3% — samozatrucie lekami (n = 8). Mniej niż jeden procent mężczyzn próbował odebrać sobie życie przez skok pod pojazd (n = 2) lub skok z wysokości (n = 1).

### Płeć

Płeć nie stanowiła istotnego kryterium częstości występowania myśli ani prób samobójczych, które w obu grupach stanowiły przyczynę hospitalizacji odpowiednio u 21% w przypadku myśli i 14% w przypadku prób. Tendencje samobójcze występowały częściej u mężczyzn, bo u 17% przypadków, podczas gdy u kobiet stwierdzono ich obecność u 11%.

### Substancje psychoaktywne

U pacjentów, u których przy przyjęciu do szpitala stwierdzono obecność substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, 18% miało myśli samobójcze, 30% ujawniało tendencje, a 27% zostało przyjętych po podjętej próbie samobójczej. Analogicznie w grupie pacjentów, których stan świadomości nie był zmieniony przez użycie substancji psychoaktywnych, myśli samobójcze stwierdzono u 22% osób badanych, a tendencje i próby samobójcze po równo u 11%.

### Zachowania agresywne

Pacjenci, którzy przejawiali zachowania agresywne względem otoczenia w okresie poprzedzającym przyjęcie do Kliniki Psychiatrycznej WNoZ, ujawniali myśli samobójcze na szpitalnej izbie przyjęć w 12% przypadków, tendencje w 11%, a próby samobójcze zdecydowały o przyjęciu u 5% z nich. Brak tego rodzaju zachowań wiązał się 24% częstością występowania myśli samobójczych, 16% tendencji i 17% prób.

### Psychopatologia

U pacjentów ujawniających objawy psychotyczne przy przyjęciu, myśli samobójcze występowały u 19% osób badanych, tendencje u 12%, a 5% przyjęto po dokonanej próbie samobójczej. Pacjenci bez cech psychozy potwierdzali myśli suicydalne w 24% przypadków, tendencje w 18%, a próby samobójcze stanowiły podstawę przyjęcia u 24%. Objawy depresyjne obserwowano w grupie pacjentów, którzy potwierdzali myśli samobójcze w 37% przypadków, tendencje suicydalne w 16%. Próby samobójcze w tej grupie odnotowano u 19% pacjentów. U badanych bez cech depresji myśli samobójcze stwierdzono u 15%, tendencje u 14%, a niedawną próbę u 12%.

### Dyskusja

Samobójstwo stanowi poważny problem w obszarze zdrowia publicznego i ma globalny charakter [12]. Z uwagi na silny związek zachowań samobójczych i objawów psychiatrycznych personel szpitali psychiatrycznych jest szczególnie narażony na kontakt z pacjentami podejmującymi działania skierowane przeciwko własnemu zdrowiu i życiu. Znajomość czynników ryzyka, specyficznych dla danego społeczeństwa [13], pozwalających na dostatecznie szybką interwencję, a także wprowadzanie odpowiednich procedur zabezpieczających, jest istotnym sposobem przeciwdziałaniu zagrożeniu.

W przeprowadzonej analizie grupą o najwyższym odsetku prób samobójczych okazali się pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną. Ta grupa zaburzeń jest silnie związana z zagrożeniem samobójczym [14, 15], choć dla części specjalistów może wydawać się zaskakujące, dlaczego osoba odczuwająca silny lęk nie boi się odebrać sobie życia [16]. Uzyskane wnioski mogą sugerować, że w związku z faktem, że zaburzenia nerwicowe są zazwyczaj leczone w warunkach ambulatoryjnych, pacjenci, którzy trafiają do szpitala, są w poważnym kryzysie i dlatego zagrożenie samobójcze wzrasta.

Wyniki dotyczące różnic międzypłciowych ujawniły odmienne wybory metod samobójczych w zależności od płci. Uzyskane wnioski potwierdzają dotychczasowe badania wskazujące na preferowanie przez kobiety mniej brutalnych metod, takich jak samozatrucie. W przeciwieństwie do mężczyzn, których częstsze powodzenie w próbach odebrania sobie życia wiąże się z wyborem form bardziej destrukcyjnych i śmiertelnych, na przykład zranienie ostrym narzędziem lub powieszenia [17, 18]. Różnice wyboru metody mogą tłumaczyć większą liczbę dokonanych samobójstw wśród mężczyzn i większą liczbę prób samobójczych kobiet, które nie są zakończone zgonem. W literaturze fenomen ten jest określanym jako paradoks płci [19].

Agresja skierowana przeciwko sobie stanowi integralny element zachowań samobójczych, będąc konsekwencją przeżywanego frustracji. Zgodnie z koncepcją Henry'ego i Short [za: 20], kiedy zewnętrzne ograniczenia są słabe, a wewnętrzna kontrola silna, wówczas w sytuacjach doświadczania frustracji, jednostki może dochodzić do powstania impulsów agresywnych, które są kierowane do wewnątrz. W sytuacji odwrotnej, gdy zewnętrzna kontrola jest silna, a superego nie jest nazbyt surowe, może ujawniać się skłonność do obwiniania innych w reakcji na frustrację, co może z kolei powodować zachowania agresywne wobec otoczenia, bez elementu autoagresji [20]. Przedstawiona koncepcja może tłumaczyć, obserwowane w omawianej analizie epidemiologicznej, mniejsze skłonności autoagresywne u pacjentów lokujących agresję na zewnątrz niż u tych bez tego rodzaju zachowań. Jednostki pozbawione wewnętrznych ograniczeń mogą w sytuacjach przeżywania frustracji rozładowywać napięcie poprzez wyładowywanie agresji na bliskich, jeszcze przed przewiezieniem do szpitala lub na personelu medycznym, już w trakcie procedury przyjęcia. Objawy psychotyczne stanowią czynnik ryzyka samobójczej śmierci. Osoby chorujące na schizofrenię umierają młodziej niż zdrowe. Niemal 40% z tych zgonów można wiązać z samobójstwem lub inną przyczyną nienaturalnej śmierci. Dla chorych na schizofrenię ryzyko samobójstwa określa się na poziomie 4,9%. Trafna identyfikacja predyktorów samobójstwa w warunkach klinicznych, u osoby doświadczającej psychozy, jest zadaniem niezwykle trudnym i obciążonym ryzykiem błędnej oceny [21]. Niniejsza analiza ujawniła, że u pacjentów z diagnozą F20-F29, jest najniższy wśród wszystkich rozpoznań psychiatrycznych odsetek pacjentów, którzy ujawniali skłonności samobójcze. Wynosił on 30%. Uzyskane wyniki potwierdzają możliwą trudność związaną z prawidłową identyfikacją ryzyka samobójczego u pacjentów psychotycznych.

Wczesne wykrycie depresji i myśli samobójczych jest kluczowe w procesie przeciwdziałania zachowaniom suicydalnym. Autopsje psychiatryczne dowodzą, że ciężka depresja jest wiodącą przyczyną samobójstw w późniejszym okresie życia, a nieleczona depresja umiarkowana podnosi ryzyko samobójstwa [22]. W niniejszej analizie pacjenci ujawniający zaburzenia nastroju, ponad dwukrotnie częściej zgłaszali myśli samobójcze niż osoby bez depresji. Może to świadczyć o rosnącej gotowości osób cierpiących z powodu depresji do informowania o doświadczanym cierpieniu i poszukiwania pomocy. Jak wynika z niniejszej analizy epidemiologicznej, połowa hospitalizowanych pacjentów ujawniała skłonności samobójcze w chwili przyjęcia do szpitala. Najliczniejszą grupą potencjalnych samobójców były osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spo-

wodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. W literaturze przedmiotu ta diagnoza, obok zaburzeń psychotycznych, afektywnych, lękowych i osobowości, jest uznawane za istotny czynnik ryzyka [23]. W niniejszym badaniu okazała się jednak wyróżniać z uwagi na wysoką powszechność występowania. Niemal co trzeci pacjent miał rozpoznanie F10-F19. Dodatkowo za znaczący należy uznać wniosek, że stan psychiczny niezmienny działaniem substancji psychoaktywnych wiązał się co prawda z występowaniem myśli samobójczych, jednak użycie środków zmieniających świadomość wpływało na występowanie bardziej zagrażających działań samobójczych w postaci tendencji i prób.

W analizie przeprowadzonej na podstawie danych z 191 krajów badacze stwierdzili, że w krajach o wyższym poziomie opieki psychiatrycznej odnotowuje się wyższy wskaźnik samobójstw. Praktyczną implikacją z tych badań jest zwrócenie się ku wdrażaniu długofalowych strategii prozdrowotnych obejmujących całą populację, a nie ograniczanie się do doraźnego reagowania, za jakie można uznać szpitalne leczenie pojedynczych pacjentów [24]. W odniesieniu do wyników przedstawionej w tym artykule analizy epidemiologicznej za obszar zdrowia

publicznego szczególnie wymagający wzmocnienia należy uznać kwestie związane z nadużywaniem i uzależnieniami od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu.

### Wniosek

Pacjenci nadużywający lub uzależnieni od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, to grupa wysokiego ryzyka samobójczego, która stanowi niemal jedną trzecią całej populacji pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie. Występowanie skłonności samobójczych w czyni ją szczególnie predysponowaną do aktów autoagresji i wymaga działań na poziomie nie tylko jednostki, ale także krajowej polityki zdrowia publicznego. Jedynie kompleksowe działanie może przyczynić się do zmniejszenia skali problemu, a tym samym zredukowania liczebności grupy tak silnie zagrożonej samobójstwem. Jest zasadne, aby zbliżająca się reforma psychiatrii powinna uwzględnić ogromne koszty społeczne generowane przez skutki nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych. Wydaje się również, że przekaz medialny zawiera zdecydowanie zbyt mało informacji na temat roli substancji psychoaktywnych w genezie samobójstw.

### Streszczenie

**Wstęp:** Celem niniejszego artykułu jest analiza epidemiologiczna występowania myśli i zachowań samobójczych u pacjentów przyjętych do Kliniki Psychiatrycznej Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

**Materiał i metody:** Badanie objęło 452 pacjentów hospitalizowanych w Klinice w okresie od kwietnia 2016 do marca 2017 roku. W przeprowadzonej analizie autorzy uwzględnili dane socio-demograficzne, diagnozę psychiatryczną, objawy psychopatologiczne oraz używanie substancji psychoaktywnych.

**Wyniki:** Uzyskane wyniki ujawniły, że pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (ICD-10 F10-F19) stanowili 30% całej psychiatrycznej populacji pacjentów poddanych analizie, a u 66% z nich obserwowano zjawiska związane z samobójstwem przed lub w trakcie ich przyjęcia do szpitala.

**Wniosek:** Tym samym zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych należy uznać za główny problem w praktyce klinicznej w kontekście przeciwdziałania samobójstwom.

**Psychiatria 2017; 14, 3: 168–174**

**Słowa kluczowe:** samobójstwo, epidemiologia, psychiatria, nadużywanie substancji psychoaktywnych, alkohol

### Piśmiennictwo:

1. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing. 2016 Paris.
2. Komenda Główna Policji. Statystyki samobójstw. <http://statystyka.policja.pl/download/20/232673/zamachysamobojczezakonczonemzgonemspobpopelnieniapowod20132016.pdf> (5.05.2017).
3. Hawton K, Houston K, Haw C, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(8): 1494–1500, doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1494, indexed in Pubmed: 12900313.
4. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, et al. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 2008; 337: a2205, indexed in Pubmed: 19018040.
5. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, et al. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013; 9: 1725–1736, doi: 10.2147/NDT.S40213, indexed in Pubmed: 24235836.
6. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health

- Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(12): 1617–1628, doi: [10.4088/JCP.08m04967blu](https://doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu), indexed in Pubmed: [20816034](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20816034/).
7. 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/).
  8. Mundt JC, Greist JH, Jefferson JW, et al. Prediction of suicidal behavior in clinical research by lifetime suicidal ideation and behavior ascertained by the electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale. *J Clin Psychiatry*. 2013; 74(9): 887–893, doi: [10.4088/JCP.13m08398](https://doi.org/10.4088/JCP.13m08398), indexed in Pubmed: [24107762](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24107762/).
  9. Davidson CL, Olson-Madden JH, Betz ME, Allen MH. Emergency department identification, assessment, and management of the suicidal patient. In: Koslow SH, Ruiz P, Nemeroff CB. ed. *A Concise Guide to Understanding Suicide*. Cambridge University Press/Lundbeck, Cambridge 2015: 166–177.
  10. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(10): 1599–1609, indexed in Pubmed: [17107253](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17107253/).
  11. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. V rozdział. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków 1998.
  12. The World Health Organization. *The World Health Organization between North and South*. 2017: 1–16, doi: [10.7591/9780801463921-002](https://doi.org/10.7591/9780801463921-002).
  13. Manoranjitham SD, Rajkumar AP, Thangadurai P, et al. Risk factors for suicide in rural south India. *Br J Psychiatry*. 2010; 196(1): 26–30, doi: [10.1192/bjp.bp.108.063347](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.063347), indexed in Pubmed: [20044655](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20044655/).
  14. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Med*. 2007; 37(3): 431–440, doi: [10.1017/S0033291706009147](https://doi.org/10.1017/S0033291706009147), indexed in Pubmed: [17109776](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17109776/).
  15. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, et al. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depress Anxiety*. 2008; 25(6): 477–481, doi: [10.1002/da.20314](https://doi.org/10.1002/da.20314), indexed in Pubmed: [17541978](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17541978/).
  16. Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide: why such controversy? *Depress Anxiety*. 2011; 28(11): 941–945, doi: [10.1002/da.20906](https://doi.org/10.1002/da.20906), indexed in Pubmed: [22076969](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22076969/).
  17. Koweszko T, Gierus J, Mosiotek A, et al. Differences in Assessment of Suicidal Tendencies in Men and Women: A Pilot Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30(1): 77–78, doi: [10.1016/j.apnu.2015.09.004](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.09.004), indexed in Pubmed: [26804505](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26804505/).
  18. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003; 253(1): 1–8, doi: [10.1007/s00406-003-0397-6](https://doi.org/10.1007/s00406-003-0397-6), indexed in Pubmed: [12664306](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12664306/).
  19. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1998; 28(1): 1–23, indexed in Pubmed: [9560163](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9560163/).
  20. Hankoff LD. *Comprehensive Textbook of Suicidology*. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2001; 285(10): 1362–1363, doi: [10.1001/jama.285.10.1362](https://doi.org/10.1001/jama.285.10.1362).
  21. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010; 24(4 Suppl): 81–90, doi: [10.1177/1359786810385490](https://doi.org/10.1177/1359786810385490), indexed in Pubmed: [20923923](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20923923/).
  22. Fujisawa D, Tanaka E, Sakamoto S, et al. The development of a brief screening instrument for depression and suicidal ideation for elderly: the Depression and Suicide Screen. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005; 59(6): 634–638, doi: [10.1111/j.1440-1819.2005.01429.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2005.01429.x), indexed in Pubmed: [16401236](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16401236/).
  23. Batt A, Eudier F, Le Vaou P, et al. Repetition of parasuicide: risk factors in general hospital referred patients. *J Ment Health*. 1998; 7(3): 285–297.
  24. Rajkumar AP, Brinda EM, Duba AS, et al. National suicide rates and mental health system indicators: an ecological study of 191 countries. *Int J Law Psychiatry*. 2013; 36(5-6): 339–342, doi: [10.1016/j.ijlp.2013.06.004](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.004), indexed in Pubmed: [23870280](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23870280/).