

Polska adaptacja i walidacja wersji przesiewowej *Skali Oceny Ryzyka Samobójstwa* z *Uniwersytetu Columbia (C-SSRS)*

Adaptation and validation of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) – screen version

Łukasz Mokros¹, Aleksandra Rawska-Kabacińska², Piotr Świtaj^{2,3},
Łukasz Wieczorek⁴, Anna Jabłońska², Marta Anczewska²

¹ II Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

² I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

³ Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

⁴ Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary

Aim. To perform an adaptation and psychometric validation of the Polish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) screen version in a clinical sample of patients admitted to the psychiatric hospital.

Methods. This was a single-center, observational and cross-sectional study. A total of 318 consecutive patients completed a set of questionnaires upon their admission to acute psychiatric units. The set comprised C-SSRS screener and the reference measures: the Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ-R), the Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS), the Center of Epidemiological Studies Depression Scale – Revised (CESD-R), the Scale of Psychache, the Purpose in Life scale (PIL), and alcohol misuse screen test (CAGE).

Results. Cronbach's α of the C-SSRS was 0.89. Two latent components were identified in the factor analysis: (1) suicidal thoughts, intentions and plans, and (2) history of suicidal attempts. There were differences in the mean scores of all the utilized questionnaires (SBQ-R, the Psychache scale, CAGE, SIDAS, PIL and CESD-R) between the C-SSRS risk groups ($p = 0.01$). The C-SSRS risk group was associated with the category of the primary psychiatric diagnosis ($p < 0.001$).

Conclusions. The Polish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale screener is a questionnaire with good psychometric features to assess the suicidal risk among psychiatric in-patients. It can be used for the purposes of a routine assessment of suicidal risk among hospitalized patients.

Słowa kluczowe: badania przesiewowe, zdrowie psychiczne, psychometria

Key words: screening, mental health, psychometry

Wstęp

Każdego roku w wyniku samobójstwa umiera około 793 tysięcy osób, przy czym wskaźnik samobójstw wśród mężczyzn jest ponad dwukrotnie wyższy wśród kobiet. Do ponad połowy (58%) wszystkich zgonów samobójczych dochodzi przed 50. rokiem życia. Zachowania samobójcze stanowią zatem istotne wyzwanie zarówno w sektorze zdrowia publicznego, jak i w dyscyplinach medycznych [1].

Do grupy wysokiego ryzyka samobójstwa dokonanego oraz prób samobójczych należą osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych [2, 3]. Wśród osób, które popełniły samobójstwo, najczęściej diagnozowano zaburzenia nastroju (30,2%), następnie zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (17,6%), schizofrenię (14,1%) oraz zaburzenia osobowości (13,0%) [4]. W krajach rozwiniętych wiodącym predyktorem prób samobójczych były zaburzenia nastroju, podczas gdy w krajach rozwijających się – kontrola impulsów, używanie substancji psychoaktywnych i zaburzenia stresowe pourazowe [5].

W wielu wypadkach, aby nie doszło do samobójstwa, konieczne jest przyjęcie pacjenta do stacjonarnego (ostrego) oddziału psychiatrycznego. Zakłada się, że hospitalizacja psychiatryczna pomoże także zapobiec samobójstwu lub próbie samobójczej po wypisie ze szpitala [6, 7]. Jednakże praktyka kliniczna i badania wskazują, że pacjenci popełniają samobójstwo podczas hospitalizacji [8–13], wysokie ryzyko samobójstwa stwierdza się też w pierwszym tygodniu po wypisie, po czym utrzymuje się ono przez trzy miesiące [10, 12, 13]. Co ważne, wskaźniki samobójstw w pierwszym tygodniu po przyjęciu i po wypisie ze szpitala są podobne i stanowią odpowiednio 6% i 13% wszystkich samobójstw u mężczyzn i kobiet [13].

Ocena ryzyka samobójstwa jako fenomenu klinicznego i społecznego stanowi duże wyzwanie ze względu na jego heterogenny i wielowymiarowy charakter [11, 14]. W tym kontekście zastosowanie narzędzi oceny ryzyka jako uzupełnienia badania podmiotowego i przedmiotowego może pomóc klinicyście w podjęciu działań zapobiegawczych, jak również w doborze właściwego leczenia [15].

W ostatnich latach jednym z najczęściej stosowanych narzędzi oceny ryzyka samobójstwa jest *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS) – Skala oceny ryzyka samobójstwa z Uniwersytetu Columbia. Stwierdzono, że skala ma dobre właściwości psychometryczne i trafność międzykulturową [16–22]. Stworzono również skróconą wersję C-SSRS, służącą do przesiewowej oceny w stanach nagłych, której wartość predykcyjna została potwierdzona [23–26].

Celem niniejszego badania było przeprowadzenie polskiej adaptacji i psychometrycznej walidacji wersji przesiewowej C-SSRS [27] wśród pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego.

Material i metody

Badanie przeprowadzono wśród pacjentów przyjętych kolejno do dwóch stacjonarnych (ostrych) oddziałów psychiatrycznych I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w okresie od 1 września 2020 do 15 września 2021 roku, czyli w podczas pandemii COVID-19. Dane zostały zebrane przez dwóch psychiatrów oraz pracownika naukowego z doświadczeniem w prowadzeniu badań jakościowych. Respondentów rekrutowano w ciągu pierwszych siedmiu dni hospitalizacji.

Zastosowano następujące kryteria włączenia: wiek co najmniej 18 lat, podpisana świadoma zgoda na udział w badaniu, rozpoznanie zaburzenia psychicznego zgodnie z dziesiątą edycją Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10).

Do kryteriów wyłączenia zaliczono: brak zgody na udział w badaniu, wypis (np. na żądanie lub z powodu zaostrzenia stanu somatycznego) przed badaniem przez badacza, pobudzenie stwarzające zagrożenie dla badacza, izolacja z powodu infekcji SARS-CoV-2, otępienie, niepełnosprawność intelektualna, zespół amnestyczny lub inne zaburzenie neurodegeneracyjne lub neurorozwojowe utrudniające rozumienie kwestionariuszy, zaburzenia świadomości, poważne trudności w nawiązaniu logicznego kontaktu z pacjentem z powodu nasilonych objawów psychopatologicznych lub braku znajomości języka polskiego.

W czasie badania do obu oddziałów przyjęto 742 pacjentów. Z udziału w nim wykluczono 424 osoby (188 pacjentów na podstawie przyjętych kryteriów; 138 spośród tych, którzy uczestniczyli już w badaniu; 98 – którzy odmówili w nim udziału, nie podając przyczyny). Ostatecznie do próby badawczej włączono 318 pacjentów.

Badanie zrealizowano dwuetapowo. W fazie pilotażowej przeprowadzono dziesięć wywiadów poznawczych w celu weryfikacji zrozumiałości i logiki walidowanej skali C-SSRS. Poza wyodrębnieniem wersji żeńskiej i męskiej oraz stosowaniem form grzecznościowych „Pani”, „Pan” nie dokonano w polskim tekście żadnych zmian. Następnie przeprowadzono badanie walidacyjne.

Narzędzia badawcze

Skala oceny ryzyka samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS) składa się z 6 pytań dotyczących kolejnych stadiów zachowań samobójczych, tj. chęci śmierci, myśli samobójczych, rozważań nad metodą, intencji, planu, wszelkich przygotowań lub próby. Pytania 1, 2 i 6 są zadawane zawsze, natomiast 3, 4 i 5 tylko wtedy, gdy odpowiedź na 2 pytanie (o występowaniu myśli samobójczych w ciągu ostatniego miesiąca) jest pozytywna. Pozycje od 1 do 5 dotyczą ostatniego miesiąca, a pozycja 6 dotyczy ostatnich trzech miesięcy. Wynik skali C-SSRS jest oceniany na podstawie wzorca odpowiedzi w następujący sposób:

- wysokie ryzyko samobójstwa (kolor czerwony) – pozycje 4, 5 lub 6a zaznaczono jako „tak”,
- ryzyko średnie (kolor pomarańczowy) – pozycje 3 lub 6 zaznaczono jako „tak”, przy pozycjach 4, 5 i 6a zaznaczono „nie”,

- niskie ryzyko (kolor żółty) – pozycje 1 i 2 zaznaczono jako „tak”, a pozostałe pozycje jako „nie”,
- brak ryzyka – wszystkie pozycje zaznaczone jako „nie”.

Do walidacji C-SSRS zastosowano kwestionariusze samoopisowe, które są uznanymi narzędziami psychometrycznymi i oferują zadowalającą trafność i rzetelność dla celów naukowych i praktyki klinicznej. Wybrane kwestionariusze należą do dwóch kategorii:

- (1) narzędzia referencyjne, tj. *Zrewidowany kwestionariusz zachowań samobójczych*, *Skala atrybucji myśli samobójczych*;
- (2) narzędzia, których wyniki są skorelowane z ryzykiem samobójstwa: *Skala bólu psychicznego*, *Skala poczucia sensu życia*, *Zrewidowana skala depresji Centrum Badań Epidemiologicznych*, kwestionariusz CAGE.

Całościową ocenę funkcjonowania pacjenta (GAF) przeprowadził badacz jako element ogólnej oceny badanej grupy.

Zrewidowany kwestionariusz zachowań samobójczych (SBQ-R) został opracowany przez Osmana i wsp. [28], a autorami jego polskiej adaptacji są Chodkiewicz i Gruszczyńska [29]. Składa się z czterech pozycji oceniających poprzednie zachowania samobójcze, w tym zarówno myśli, jak i próby oraz zgłaszane prawdopodobieństwo zachowań samobójczych w przyszłości. Wynik numeryczny mieści się w przedziale od 3 do 18 punktów, przy czym 9 to punkt odcięcia dla grupy wysokiego ryzyka samobójczego w populacji polskiej. Współczynnik α Cronbacha wynosi 0,82 [29].

Skala atrybucji myśli samobójczych (SIDAS) ocenia nasilenie myśli i tendencji samobójczych oraz zdolność do ich kontrolowania. Została opracowana przez van Spijkera i wsp. [30], składa się z 5 pytań ocenianych w skali od 0 do 10. Im wyższy wynik całkowity, tym większe nasilenie myśli samobójczych. Współczynnik α Cronbacha wynosi 0,91. Polskojęzyczna wersja została opracowana zgodnie ze standardową procedurą (tłumaczenie zwrotne, panel ekspertów) w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Skala bólu psychicznego (SP) Holdena i wsp. [31] w polskiej adaptacji Chodkiewicza i wsp. [32] składa się z 13 pozycji dotyczących różnych aspektów bólu psychicznego. Możliwy do uzyskania wynik to 13 do 65 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie bólu psychicznego. Współczynnik α Cronbacha dla polskiej wersji wynosi od 0,90 do 0,96, w zależności od badanej grupy.

Skala poczucia sensu życia (PIL) została opracowana przez Crumbaugh i Maholicka [33]. Polska adaptacja Życińskiej i Januszka [34] składa się z 6 pozycji oryginalnej skali. Pytania dotyczą aspektów egzystencjalnych: celu, sensu i afirmacji życia. Możliwy do uzyskania wynik to 7 do 42 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie sensu życia. Współczynnik α Cronbacha polskiej wersji wynosi 0,85.

Zrewidowana skala depresji Centrum Badań Epidemiologicznych (CESD-R) ocenia nasilenie objawów depresyjnych na podstawie kryteriów dużej depresji z 5. edycji Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5). Została opracowana przez Eatona i wsp. [35], a do warunków polskich zaadaptowali ją Świtaj i wsp. [36]. Kwestionariusz składa się z 20 pytań z odpowiedziami na 4-stopniowej skali Likerta, które dotyczą częstości występowania objawów depre-

syjnych w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie objawów depresyjnych. Współczynnik α Cronbacha dla polskiej wersji wynosi 0,93.

Kwestionariusz CAGE jest narzędziem przesiewowym dla zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Został opracowany przez Mayfielda i wsp. [37], polskiej walidacji dokonali Morawski i Świątkiewicz [38]. Nazwa CAGE jest akronimem czterech pozycji skali (myśli o ograniczeniu picia – *Cutting down on drinking*, irytowanie się z powodu komentarzy innych osób na temat picia – *being Annoyed with others' comments about drinking*, poczucie winy rano po wypiciu – *feeling Guilty in the morning after drinking*, picie po przebudzeniu, czyli po otwarciu oczu – *drinking after waking up, i.e. as an Eye-opener*). Wynik mieści się w zakresie od 0 do 4 punktów, przy czym wartość 2 oznacza granicę uzasadniającą dalszą diagnozę w kierunku uzależnienia od alkoholu. W prezentowanym badaniu współczynnik α Cronbacha wynosi 0,82.

Całościowa ocena funkcjonowania (GAF) jest miarą zaczerpniętą z czwartego wydania Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [39], która służy do oceny funkcjonowania pacjenta na podstawie obecności oraz nasilenia objawów psychopatologicznych. Wynik mieści się w przedziale od 1 do 100 punktów. Badacz ocenia funkcjonowanie w momencie badania oraz to najlepsze w ciągu ostatniego roku.

W kwestionariuszu socjodemograficzno-klinicznym zbierano następujące informacje: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, współzamieszkiwanie, sytuacja mieszkaniowa, aktywność zawodowa, ocena sytuacji finansowej, ocena sytuacji zdrowotnej, rok zachorowania/zauważenie pierwszych objawów, rok rozpoczęcia leczenia psychiatrycznego, liczba stacjonarnych hospitalizacji psychiatrycznych (bez uwzględniania aktualnej).

W zestawie kwestionariuszy przekazywanym pacjentowi pominięto tytuły narzędzi, aby uniknąć sugerowania wyboru odpowiedzi.

Analiza statystyczna

Analizę statystyczną wykonano w programie SPSS Statistics, wersja 23 (IBM, Stany Zjednoczone). Każdą zmienną jakościową scharakteryzowano za pomocą częstości występowania w badanej grupie – w postaci wartości bezwzględnej (liczba obserwacji, N) i względnej (procent, %). Rozkład zmiennych ciągłych zweryfikowano z użyciem testu W Shapiro-Wilka oraz poprzez analizę histogramów, skośności i kurtoz. Liczba osób biorących udział w badaniu była wystarczająca, zważywszy na niewielką liczbę pozycji na przesiewowej wersji skali C-SRSS [40]. Wskaźnik Kaisera-Meyera-Olkina i test Bartletta posłużyły do oceny, czy dane były dopasowane do wykrycia struktury. Eksploracyjna analiza czynnikowa, z analizą składowych głównych jako metodą ekstrakcji, została wykonana w dwóch krokach: w wariancie niezrotowanej macierzy (aby wyznaczyć liczbę składowych zgodnie z zasadą Kaisera) oraz w wariancie zrotowanej macierzy. Zastosowano rotację nieortogonalną Oblimin, ponieważ założono, że czynniki mogą być ze sobą skorelowane. Założono $N = 250$ jako maksymalną liczbę iteracji dla każdego modelu potrzebną do osiągnięcia zbieżności. Wskaźniki wspólnej wariancji o wartości minimum 0,5 zostały uznane za istotną zależność. Spójność

wewnętrzna skali została oceniona za pomocą współczynnika α Cronbacha dla całej skali, współczynnika α Cronbacha po usunięciu pozycji oraz za pomocą oceny mocy dyskryminacyjnej (tj. korelacji każdej pozycji z wynikiem całkowitym).

Jednorodność wariancji między grupami oceniono z użyciem testu Levene'a. Porównania międzygrupowe przeprowadzono z wykorzystaniem testu χ^2 (dla zmiennych jakościowych, z racji oczekiwanej liczebności minimum 5 w każdej z komórek tabeli kontyngencji 2 x 2, z zastosowaniem poprawki Bonferonniego), analizy wariancji (dla zmiennych ciągłych o rozkładzie zbliżonym do normalnego; z zastosowaniem testu Welcha w razie niespełnienia warunku o jednorodności wariancji między grupami).

W wypadku zależności istotnych statystycznie w testach globalnych analizy wariancji przeprowadzono testy *post-hoc*: Tukeya oraz Dunnetta T3, odpowiednio dla testu F i testu Welcha.

Siłę efektu oceniano na dwa sposoby: za pomocą testu η^2 w analizie wariancji i za pomocą λ w teście χ^2 . Powyższe wskaźniki mogą być interpretowane zgodnie z punktami odcięcia zaproponowanymi przez Cohena dla niskiej (0,1), umiarkowanej (0,3) i wysokiej (0,5) siły efektu. Przeprowadzono analizy z wykorzystaniem metod samowspornych (Bootstrap) z próbkowaniem ustawionym na $N = 1000$ w celu poprawy mocy wyników oraz skorygowania o ewentualny rozkład zmiennych odmienny od normalnego. Przedziały ufności obliczono z wykorzystaniem skorygowanej metody percentylowej. Istotność statystyczną wyników zdefiniowano jako prawdopodobieństwo w teście mniejsze niż 0,05 ($p < 0,05$) lub przedział ufności niezawierający 0.

Kwestie etyczne

Badanie zostało zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Uchwała nr 22/2020). Każdy respondent otrzymał szczegółowe informacje na jego temat. Udział był dobrowolny, respondenci nie otrzymywali gratyfikacji. Na etapie rekrutacji zostali poinformowani o prawie do odmowy udziału w badaniu, a także rezygnacji z niego na każdym etapie oraz o tym, że ich decyzja nie będzie miała wpływu na dalsze leczenie. Kwestionariusze zostały zakodowane w sposób uniemożliwiający identyfikację badanych. Respondentów zapewniono, że wszystkie materiały badawcze będą przechowywane w miejscu niedostępnym dla osób trzecich; badaczy poinformowano, że zebrane dane mają charakter poufny. Wszyscy respondenci podpisali formularz świadomej zgody.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Grupa badana składała się w 53% z kobiet ($N = 169$), a średni wiek badanych wynosił $39,7 \pm 16,8$ lat. Badani leczyli się psychiatrycznie średnio od $9,3 \pm 11,1$ lat, a liczba hospitalizacji wynosiła 4 ± 7 . Najczęstszymi rozpoznaniem podstawowymi przy przyjęciu były zaburzenia nastroju (28%; $N = 88$) oraz zaburzenia psychotyczne i im pokrewne (29%; $N = 91$). Szczegółową charakterystykę badanej próby zawarto w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego

Wiek, M \pm SD (Min.-Max.)	39,69 \pm 16,84 (18–87)
Płeć, N (%)	
Męska	149 (47%)
Żeńska	169 (53%)
Poziom wykształcenia, N (%)	
Bez wykształcenia	2 (1%)
Podstawowe	35 (11%)
Zawodowe	65 (20%)
Średnie	113 (36%)
Wyższe	103 (32%)
Stan cywilny, N (%)	
Kawaler/panna	173 (54%)
W związku małżeńskim	68 (21%)
W związku nieformalnym	24 (8%)
Po rozwodzie	32 (10%)
Wdowiec/wdowa	19 (6%)
Miejsce zamieszkania, N (%)	
Wieś	22 (7%)
Miasto poniżej 50 tys. mieszkańców	23 (7%)
Miasto 50–100 tys. mieszkańców	14 (4%)
Miasto 100–500 tys. mieszkańców	9 (3%)
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	249 (78%)
Warunki mieszkaniowe, N (%)	
Mieszka sam/sama	100 (31%)
Z rodzicami	95 (30%)
Z dziećmi	3 (1%)
Z partnerem/partnerką	38 (12%)
Z partnerem/partnerką i dziećmi	43 (14%)
Z przyjaciółmi	23 (7%)
Inne	15 (5%)
Zatrudnienie, N (%)	
Pełny etat	109 (34%)
Student	47 (15%)
Renta	62 (20%)
Emerytura	38 (12%)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Bezrobotny/bezrobotna	62 (20%)
Inne	35 (11%)
Samoocena sytuacji finansowej, N (%)	
Bardzo zła	41 (13%)
Zła	49 (15%)
Ani zła, ani dobra	100 (31%)
Dobra	94 (30%)
Bardzo dobra	34 (11%)
Samoocena stanu zdrowia, N (%)	
Bardzo złe	28 (9%)
Złe	102 (32%)
Ani złe, ani dobre	97 (31%)
Dobre	65 (20%)
Bardzo dobre	24 (8%)
Lata leczenia psychiatrycznego, M ± SD (Min.-Max.)	9,25 ± 11,11 (0–53)
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych, M ± SD (Min.-Max.)	4,32 ± 7,78 (0–64)
GAF – obecnie, M ± SD (Min.-Max.)	35,42 ± 11,76 (11–71)
SBQ-R – wynik całkowity, M ± SD (Min.-Max.)	9,93 ± 5,31 (3–20)
Skala bólu psychicznego – wynik całkowity, M ± SD (Min.-Max.)	32,05 ± 13,6 (12–65)
PIL – wynik całkowity, M ± SD (Min.-Max.)	26,15 ± 10,41 (0–42)
CESD-R – wynik całkowity, M ± SD (Min.-Max.)	39,24 ± 21,52 (0–80)
SIDAS – wynik całkowity, M ± SD (Min.-Max.)	12,45 ± 12,46 (0–40)
CAGE – wynik całkowity, M ± SD (Min.-Max.)	1,25 ± 1,48 (0–4)
Podstawowe rozpoznanie przy przyjęciu, N (%)	
F00–09. Organiczne zaburzenia psychiczne, w tym zespoły objawowe	26 (8%)
F10–19. Zaburzenia psychiczne związane z używaniem substancji	48 (15%)
F20–29. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe	91 (29%)
F30–39. Zaburzenia nastroju	88 (28%)
F40–49. Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	40 (13%)
F60–69. Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych	20 (6%)
F70–79. Niepełnosprawność intelektualna	3 (1%)
F80–89. Zaburzenia neurorozwojowe	2 (1%)

N – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; GAF – ogólna ocena funkcjonowania, SBQ-R – Zrewidowany kwestionariusz zachowań samobójczych; PIL – Skala poczucia sensu życia; CESD-R – Zrewidowana skala depresji Centrum Badań Epidemiologicznych; SIDAS – Skala atrybucji myśli samobójczych; CAGE – Przesiewowa skala dla zaburzeń związanych z używaniem alkoholu

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Uwaga. Niektóre wartości procentowe nie sumują się do 100% – oznacza to brak danych, który jednak w każdym przypadku nie przekraczał $N = 2$ obserwacji.

Analiza czynnikowa i spójność wewnętrzna skali C-SSRS

Wykorzystane dane były odpowiednie do wykrywania struktury, na co wskazywał wynik zarówno wskaźnika Kaisera-Meyera-Olkina (0,847), jak i testu sferyczności Bartletta ($\chi^2 = 1494,964$; $df = 21$; $p < 0,001$).

Wstępna analiza czynnikowa w nierotowanej macierzy ujawniła dwie latentne składowe, które wspólnie wyjaśniały 76% wariancji zmiennych (tab. 2).

Tabela 2. Wartości własne i procentowe wyjaśnianej wariancji w wykrytych składowych latentnych (opisane w tekście), uzyskane w analizie czynnikowej pozycji polskiej wersji przesiewowej Skali oceny ryzyka samobójstwa z Uniwersytetu Columbia w badanej grupie pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego

Składowa	Wstępne wartości własne			Sumy kwadratów ładunków czynnikowych		
	Wartość całkowita	% wariancji	Wartość kumulatywna (%)	Wartość całkowita	% wariancji	Wartość kumulatywna (%)
1	4,281	61,163	61,163	4,281	61,163	61,163
2	1,016	14,509	75,672	1,016	14,509	75,672
3	0,597	8,530	84,202			
4	0,447	6,382	90,584			
5	0,332	4,738	95,321			
6	0,243	3,471	98,792			
7	0,085	1,208	100,000			

Rotacja metodą Oblimin uzyskała zbieżność w pięciu iteracjach, co pozwoliło na potwierdzenie struktury czynnikowej. Można zauważyć różnice w wartościach półstandaryzowanych współczynników między macierzą składowych a macierzą modelową (tab. 3). Opierając się na macierzy modelowej, można wyróżnić dwie składowe: (1) myśli, fantazje i zamiary samobójcze (pozycje C-SSRS od 1 do 5) i (2) próby samobójcze w przeszłości (pozycje 6 i 6a). Wykrytą strukturę czynnikową przedstawiono schematycznie na rysunku.

Dwa wyróżnione czynniki latentne korelowały ze sobą ($r = 0,460$), zgodnie ze wstępnym założeniem.

Tabela 3. Ładunki czynnikowe wyłonionych latentnych składowych w analizie czynnikowej polskiej wersji przesiewowej Skali oceny ryzyka samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (C-SSRS) w badanej grupie pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego

Wstępna, nierotowana macierz składowych	Składowa	
	1	2
C-SSRS 1. Pragnienie śmierci	0,732	-0,381
C-SSRS 2. Myśli o zabiciu się	0,884	-0,304

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

C-SSRS 3. Myśli o sposobach zabicia się	0,902	-0,266
C-SSRS 4. Myśli i działanie zgodnie z tendencjami	0,866	-0,005
C-SSRS 5. Myśli o szczegółach zabicia się	0,815	0,105
C-SSRS 6. Próba samobójcza albo przygotowania do próby kiedykolwiek	0,626	0,506
C-SSRS 6a. Próba samobójcza albo przygotowania do próby w ostatnich 3 miesiącach	0,587	0,664
Rotowana macierz struktury	1	2
C-SSRS 1. Pragnienie śmierci	0,814	0,254
C-SSRS 2. Myśli o zabiciu się	0,935	0,416
C-SSRS 3. Myśli o sposobach zabicia się	0,940	0,456
C-SSRS 4. Myśli i działanie zgodnie z tendencjami	0,825	0,613
C-SSRS 5. Myśli o szczegółach zabicia się	0,742	0,654
C-SSRS 6. Próba samobójcza albo przygotowania do próby kiedykolwiek	0,439	0,801
C-SSRS 6a. Próba samobójcza albo przygotowania do próby w ostatnich 3 miesiącach	0,353	0,884
Rotowana macierz modelu	1	2
C-SSRS 1. Pragnienie śmierci	0,884	-0,152
C-SSRS 2. Myśli o zabiciu się	0,942	-0,017
C-SSRS 3. Myśli o sposobach zabicia się	0,927	0,029
C-SSRS 4. Myśli i działanie zgodnie z tendencjami	0,689	0,296
C-SSRS 5. Myśli o szczegółach zabicia się	0,559	0,397
C-SSRS 6. Próba samobójcza albo przygotowania do próby kiedykolwiek	0,089	0,760
C-SSRS 6a. Próba samobójcza albo przygotowania do próby w ostatnich 3 miesiącach	-0,068	0,916

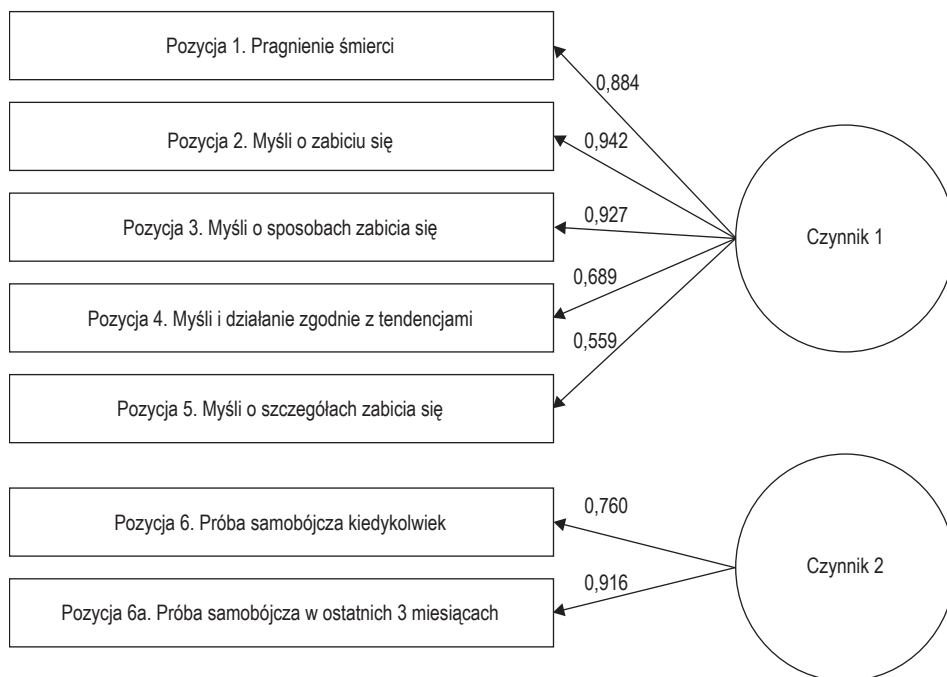
Stwierdzono wysoką spójność wewnętrzną polskiej wersji C-SSRS – współczynnik α Cronbacha wynosił 0,891. Moc dyskryminacyjna, a także współczynniki α Cronbacha po usunięciu pozycji również osiągnęły zadowalające wartości, które wskazywały na to, że żadna z pozycji skali nie jest zbędna w sensie statystycznym (tab. 4).

Tabela 4. Wskaźniki spójności wewnętrznej polskiej wersji przesiewowej Skali Oceny Ryzyka Samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (C-SSRS) w badanej grupie pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego

	Skorygowana korelacja pozycja–wynik całkowity	Kwadrat korelacji wielokrotnej	α Cronbacha po usunięciu pozycji
C-SSRS 1.	0,628	0,496	0,882
C-SSRS 2.	0,813	0,842	0,858
C-SSRS 3.	0,835	0,857	0,855

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

C-SSRS 4.	0,791	0,686	0,862
C-SSRS 5.	0,726	0,599	0,870
C-SSRS 6.	0,527	0,353	0,894
C-SSRS 6a.	0,494	0,360	0,895



Rysunek. Graficzne podsumowanie ładunków czynnikowych składowych latentnych w analizie polskiej wersji przesiewowej Skali oceny ryzyka samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (C-SSRS) w badanej grupie pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego. Przedstawiono ładunki czynnikowe odpowiadające macierzy modelu

Ocena trafności narzędzia

Stwierdzono istotne statystycznie różnice w średnich wynikach wszystkich wykorzystanych kwestionariuszy (tzn. SBQ-R, SIDAS, *Skali bólu psychicznego*, CAGE, PIL oraz CESD-R) między grupami ryzyka wyznaczonymi na podstawie C-SSRS. Oznacza to, że stwierdzono różnicę w nasileniu myśli samobójczych (SBQ-R i SIDAS), objawów depresyjnych (CESD-R), nadużywania alkoholu (CAGE), bólu psychicznego oraz poczucia sensu życia. W analizie *post-hoc* potwierdzono szczegółowo istotne statystycznie różnice między grupą braku ryzyka a grupą wysokiego ryzyka samobójstwa. Dodatkowo grupa wysokiego ryzyka uzyskiwała istotnie wyższe wyniki niż grupa niskiego i umiarkowanego ryzyka na skalach SBQ-R, SIDAS, PIL i bólu psychicznego. Wynik

CESD-R różnicował także grupę wysokiego i niskiego ryzyka. Najsilniejszy efekt obserwowano dla SBQ-R i SIDAS. Szczegółowe wyniki porównań międzygrupowych zamieszczono w tabeli 5.

Tabela 5. Porównanie wyników wybranych kwestionariuszy między grupami ryzyka samobójstwa na podstawie polskiej wersji przesiewowej Skali oceny ryzyka samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (C-SSRS) w badanej grupie pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego. Przedstawiono jako średnie (M) z 95% skorygowanymi i przyspieszonymi przedziałami ufności (BCa 95% CI)

	Brak ryzyka (N = 88)	Niskie ryzyko (N = 37)	Średnie ryzyko (N = 66)	Wysokie ryzyko (N = 122)			
	M (BCa 95% CI)	M (BCa 95% CI)	M (BCa 95% CI)	M (BCa 95% CI)	F	p	η^2
SBQ-R	4,57 (4,15–5,05)	7,22 (6,25–8,17) ^a	10,68 (9,68–11,67) ^{a,b}	14,22 (13,53–14,94) ^{a,b,c}	185,652*	<0,001	0,578
Skala bólu psychicznego	21,49 (19,7–23,27)	30,3 (26,14–34,6) ^a	32,52 (29,34–35,75) ^a	39,95 (37,99–42) ^{a,b,c}	58,512*	<0,001	0,304
PIL	32,77 (30,78–34,5)	25,43 (22,18–28,66)	26,7 (24,35–28,98)	21,3 (19,46–22,96) ^{a,b,c}	25,778	<0,001	0,200
CESD-R	23,69 (20,17–27,16)	33,32 (27,52–39,04) ^a	42,58 (38,03–47,17) ^{a,b}	50,43 (47,59–53,36) ^{a,b}	37,545	<0,001	0,267
CAGE	0,99 (0,71–1,28)	0,86 (0,51–1,27)	1,23 (0,83–1,58)	1,57 (1,31–1,86) ^a	130,776*	0,01	0,036
SIDAS	0,98 (0,38–1,8)	6,65 (4,13–9,43) ^a	9,64 (7,45–11,95) ^a	24,02 (22,37–25,5) ^{a,b,c}	109,619*	<0,001	0,613

N – liczba obserwacji; F – test F Snedecora; p – prawdopodobieństwo w teście; η^2 – siła efektu; SBQ-R – Zrewidowany kwestionariusz zachowań samobójczych; PIL – Skala poczucia sensu życia; CESD-R – Zrewidowana skala depresji Centrum Badań Epidemiologicznych; SIDAS – Skala atrybucji myśli samobójczych; CAGE – przesiewowa skala dla zaburzeń związanych z używaniem alkoholu

* Użyto testu Welcha z testem post-hoc T3 Dunnetta (zamiast testu F z testem post-hoc Tukeya) ze względu na brak spełnienia warunku o jednorodności wariancji między grupami

^a p < 0,05 vs. grupa braku ryzyka w teście post-hoc

^b p < 0,05 vs. grupa niskiego ryzyka w teście post-hoc

^c p < 0,05 vs. grupa średniego ryzyka w teście post-hoc

Stwierdzono także istotny statystycznie związek między grupą a kategorią podstawowego rozpoznania psychiatrycznego (wskaźnik prawdopodobieństwa $\chi^2 = 71,222$; $df = 15$; $p < 0,001$). W grupie braku ryzyka, 50% pacjentów miało ponadto rozpoznanie z kategorii F20–29. Grupa wysokiego ryzyka składała się przeważnie z pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nastroju (26%; $N = 32$), zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (21%; $N = 26$) oraz zaburzeń związanych z używaniem substancji (21%; $N = 25$), co przedstawiono szczegółowo w tabeli 6.

Tabela 6. Porównanie liczebności i częstości rozpoznań psychiatrycznych z poszczególnych kategorii między grupami ryzyka samobójstwa na podstawie polskiej wersji przesiewowej Skali oceny ryzyka samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (C-SSRS) w badanej grupie pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego

	Brak ryzyka (N = 88)		Niskie ryzyko (N = 37)		Średnie ryzyko (N = 66)		Wysokie ryzyko (N = 122)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ICD-10:								
F00–09	12	13,6	5	13,5	3	4,5	6	4,9
F10–19	9 ^b	10,2	5	13,5	9	13,6	25 ^a	20,5
F20–29	45	51,1	13	35,1	15	22,7	18	14,8
F30–39	19 ^b	21,6	9	24,3	28	42,4	32	26,2
F40–49	2 ^{a,b}	2,3	3	8,1	9	13,6	26 ^{a,b,c}	21,3
F60–69	1 ^{a,b}	1,1	2	5,4	2	3,0	15 ^{a,b,c}	12,3

N – liczba obserwacji; ICD-10 – 10. Edycja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych; F00–09 – Organiczne zaburzenia psychiczne, w tym zespoły objawowe; F10–19 – Zaburzenia psychiczne związane z używaniem substancji; F20–29 – Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe; F30–39 – Zaburzenia nastroju; F40–49 – Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną; F60–69 – Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych; F70–79 – Niepełnosprawność intelektualna; F80–89 – Zaburzenia neurorozwojowe

^a $p < 0,05$ vs. F00–09 w teście post-hoc

^b $p < 0,05$ vs. F20–29 w teście post-hoc

^c $p < 0,05$ vs. F30–39 w teście post-hoc

Dyskusja

Niniejsza praca to pierwsza opublikowana walidacja polskiej wersji przesiewowej *Skali oceny ryzyka samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (C-SSRS)*. Dotychczas wielokrotnie wskazywano, że kwestionariusz ten stanowi rzetelne, łatwe i szybkie w użyciu narzędzie do oceny ryzyka suicydalnego [23–26]. Przedstawione w niniejszej pracy wyniki analizy czynnikowej oraz związek grup ryzyka C-SSRS z wartościami wskaźników referencyjnych stanowią potwierdzenie trafności polskiej wersji skali.

Polska wersja przesiewowej skali C-SSRS ma wysoką spójność wewnętrzną, gdyż wskaźnik α Cronbacha osiągnął wartość 0,891. Wykryto dwie składowe kwestionariusza nazwane przez autorów: (1) „myśli, zamiary i plany samobójcze” oraz (2) „wywiad prób samobójczych w przeszłości”. Dla porównania w badaniu dotyczącym libańskiej wersji kwestionariusza przesiewowego wyłoniono zaledwie jeden czynnik C-SSRS, choć należy zauważyć, że grupa badana była próbą niekliniczną, w wąskim zakresie wieku [24]. W niniejszej pracy oba czynniki były ze sobą dość silnie skorelowane, aczkolwiek stanowią one osobne, ale następujące po sobie elementy procesu samobójczego, co opisywano w literaturze przedmiotu [41, 42]. Uważa się, że dodatni wywiad w kierunku podejmowanych prób samobójczych stanowi jeden z najważniejszych czynników ryzyka samobójstwa dokonanego [42, 43]. Można zatem stwierdzić, że

pomimo nakładania się grup ryzyka C-SSRS rozróżnienie między dwoma czynnikami wyłoniłymi w ramach niniejszej analizy stanowi ważny problem kliniczny.

Wynik przesiewowej wersji skali C-SSRS był związany z wynikami referencyjnych skal oceniających zachowania samobójcze. Grupa wysokiego ryzyka suicydalnego według C-SSRS uzyskała ewidentnie najwyższe wyniki w kwestionariuszach SBQ-R i SIDAS, co wskazuje na największe nasilenie myśli samobójczych w tejże grupie. Pomimo że nie opublikowano dotychczas badania, które uwzględniałoby te same wskaźniki co niniejsza praca, rzetelność i trafność skal SBQ-R i SIDAS zostały już niejednokrotnie potwierdzone [29, 30]. Ponadto SBQ-R i C-SSRS wydają się mieć zbliżoną użyteczność kliniczną wśród pacjentów ambulatoriów wojskowych [44].

Stwierdzono również największe nasilenie objawów depresyjnych, tj. wyniki na skali CESD-R, wśród osób z grupy wysokiego ryzyka C-SSRS. Dodatkowo kategoria zaburzeń nastroju jako rozpoznania głównego była często stwierdzana u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka suicydalnego. Wyniki te potwierdzają trafność kwestionariusza C-SSRS, przy założeniu, że depresja stanowi ważny i silny czynnik ryzyka zachowań samobójczych [45]. Jest to również zgodne z dotychczasowymi pracami badawczymi, które wykazują, że zaburzenia afektywne są częstym rozpoznaniem wśród osób podejmujących próbę samobójczą, szczególnie w krajach rozwiniętych [4, 5].

Grupa wysokiego ryzyka C-SSRS osiągała też najwyższe wyniki na *Skali bólu psychicznego*. Zgodnie z modelem Scheidmanna poczucie nieznośności silnego cierpienia mentalnego wyjaśnia zachowania samobójcze. Potwierdzono, że ból psychiczny stanowi predyktor zarówno myśli, jak i prób samobójczych, niezależnie od poczucia braku nadziei i objawów depresyjnych. Można zatem stwierdzić, że obserwowana zależność między bólem psychicznym a grupą wysokiego ryzyka suicydalnego stanowi dalsze potwierdzenie trafności polskiej wersji przesiewowej skali C-SSRS [46, 47].

Podobnie stwierdzono najniższe wyniki na skali *Poczucia sensu życia* w grupie wysokiego ryzyka C-SSRS, co można określić jako spodziewaną zależność w świetle dotychczasowych badań. Niskie poczucie sensu (lub celu) w życiu powiązane z negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia psychicznego, w tym z suicydalnością [48].

W prezentowanym badaniu w grupie wysokiego ryzyka samobójstwa zauważono przeciętnie wyższy wynik w teście CAGE niż w grupie braku ryzyka. Wydaje się to spójne z dotychczasowymi doniesieniami naukowymi. Wykazano bowiem, że całe spektrum zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (szczególnie szkodliwe używanie i uzależnienie) jest związane z ryzykiem suicydalnym, zwłaszcza przy współwystępowaniu depresji [49]. Co ciekawe, ryzyko samobójcze rośnie wraz z liczbą jednostek alkoholu spożywanych tygodniowo [50].

W tym miejscu należy wskazać pewne ograniczenia pracy. Badanie było jednośrodkowe, obserwacyjne, przeprowadzone wśród wysoce swoistej populacji, co może ograniczać generalizację uzyskanych rezultatów. Grupa badana składała się co prawda z osób z rozpoznaniem z całego spektrum zaburzeń psychicznych, lecz jej liczebność ($N = 318$) była stosunkowo niska. Z drugiej strony, respondenci stanowili naturalistyczną próbę kolejnych pacjentów przyjętych w trybie nagłym do szpitala psychiatrycznego. W wypadku takich pacjentów ocenę ryzyka samobójczego uznaje

się za standardową procedurę, a zatem warunki niniejszego badania odzwierciedlają codzienną praktykę kliniczną.

Ze względu na wymienione ograniczenia zastosowano jednak analizę statystyczną wzbogaconą o próbkowanie metodami samowspornymi (Bootstrap), co zwiększa moc uzyskanych wyników oraz umożliwia ich skorygowanie o ewentualny rozkład zmiennych ciągłych odmienny od normalnego.

Aby można było zarekomendować powszechne stosowanie wersji przesiewowej *Skali oceny ryzyka samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (C-SSRS)*, wskazane jest przeprowadzenie wielośrodowego, prospektywnego badania, które oceni wartość predykcyjną narzędzia w różnych formach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, jak również w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Wnioski

Polska wersja przesiewowej *Skali oceny ryzyka samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (C-SSRS)* jest narzędziem o dobrych właściwościach psychometrycznych. Może służyć do oceny ryzyka samobójstwa wśród pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie.

Podziękowania

Autorzy pragną wyrazić podziękowania dla wszystkich osób, które wzięły udział w niniejszym badaniu.

Finansowanie: *niniejsze prace nie uzyskała finansowania ze środków statutowych ani nie była finansowana przez zewnętrzne podmioty.*

Konflikt interesów: *autorzy nie zgłaszają żadnego konfliktu interesów w kontekście niniejszej pracy.*

Wkład merytoryczny autorów

Lukasz Mokros i Aleksandra Rawska-Kabacińska wnieśli równy wkład w powstanie tej pracy i należy ich uważać za wspólnych pierwszych autorów.

Lukasz Mokros – metodologia, analiza formalna, pisanie – oryginalny tekst, pisanie – recenzja i edytowanie, wizualizacja

Aleksandra Rawska-Kabacińska – metodologia, przeprowadzenie badania, przechowywanie danych

Piotr Świtaj – konceptualizacja, metodologia, środki, pisanie – recenzja i edytowanie, nadzór merytoryczny

Lukasz Wieczorek – konceptualizacja, metodologia, zasoby, pisanie – recenzja i edytowanie

Anna Jabłońska – przeprowadzenie badania, przechowywanie danych

Marta Anczewska – konceptualizacja, metodologia, zasoby, pisanie – recenzja i edytowanie, nadzór merytoryczny

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. Geneva: World Health Organization 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve> (dostęp: 10.01.2024).
2. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG i wsp. *The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. PLoS One. 2014; 9(4): e91936.

3. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. *The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies*. J. Affect. Disord. 2019; 259: 302–313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>
4. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. *Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence*. Crisis 2004; 25(4): 147–155.
5. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A i wsp. *Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys*. PLoS Med. 2009; 6(8): e1000123.
6. Sakinofsky I. *Preventing suicide among inpatients*. Can. J. Psychiatry 2014; 59(3): 131–140.
7. Leo de D, Sveticic J. *Suicides in psychiatric in-patients: What are we doing wrong?* Epidemiol. Psychiatr. Soc. 2010; 19(1): 8–15.
8. Mills PD, DeRosier JM, Ballot BA, Shepherd M, Bagian JP. *Inpatient suicide and suicide attempts in Veterans Affairs hospitals*. Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf. 2008; 34(8): 482–488.
9. Walsh G, Sara G, Ryan CJ, Large M. *Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients*. Acta Psychiatr. Scand. 2015; 131(3): 174–184. <https://doi.org/10.1111/acps.12383>.
10. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. *Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis*. JAMA Psychiatry 2017; 74(7): 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>.
11. Large MM, Chung DT, Davidson M, Weiser M, Ryan CJ. *In-patient suicide: Selection of people at risk, failure of protection and the possibility of causation*. BJPsych. Open 2017; 3(3): 102–105.
12. Haglund A, Lysell H, Larsson H, Lichtenstein P, Runeson B. *Suicide immediately after discharge from psychiatric inpatient care: A cohort study of nearly 2.9 million discharges*. J. Clin. Psychiatry 2019; 80(2): 18m12172.
13. Madsen T, Erlangsen A, Hjorthøj C, Nordentoft M. *High suicide rates during psychiatric inpatient stay and shortly after discharge*. Acta Psychiatr. Scand. 2020; 142(5): 355–365. <https://doi.org/10.1111/acps.13221>.
14. Large M, Myles N, Myles H, Corderoy A, Weiser M, Davidson M i wsp. *Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: A systematic review and meta-analysis of high-risk categories*. Psychol. Med. 2018; 48(7): 1119–1127.
15. World Health Organization. *National suicide prevention strategies*. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?ua=1> (dostęp: 10.01.2024).
16. Madan A, Frueh BC, Allen JG, Ellis TE, Rufino KA, Oldham JM i wsp. *Psychometric reevaluation of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Findings from a prospective, inpatient cohort of severely mentally ill adults*. J. Clin. Psychiatry 2016; 77(7): e867–873.
17. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA i wsp. *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.
18. Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E i wsp. *Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio)*. Rev. Psiquiatr. Salud Ment. 2016; 9(3): 134–142.
19. Youngstrom EA, Hameed A, Mitchell MA, Van Meter AR, Freeman AJ, Algorta GP i wsp. *Direct comparison of the psychometric properties of multiple interview and patient-rated assessments of suicidal ideation and behavior in an adult psychiatric inpatient sample*. J. Clin. Psychiatry 2015; 76(12): 1676–1682.

20. Lindh ÅU, Waern M, Beckman K, Renberg ES, Dahlin M, Runeson B. *Short term risk of non-fatal and fatal suicidal behaviours: The predictive validity of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale in a Swedish adult psychiatric population with a recent episode of self-harm.* BMC Psychiatry 2018; 18(1): 1–9.
21. Park CHK, Kim H, Kim B, Kim EY, Lee HJ, Kim D i wsp. *Predicting planned suicide attempts with the Columbia-Suicide Severity Rating Scale: A subanalysis of the 2013 Korea National Suicide Survey on emergency department visitors.* J. Nerv. Ment. Dis. 2019; 207(2): 59–68.
22. Pai D, Woo JM, Son MH, Lee C. *The reliability and validity of the Korean version of Columbia-Suicide Severity Rating Scale in alcohol dependent patients.* J. Korean Neuropsychiatr. Assoc. 2015; 54(2): 222–227. <https://doi.org/10.4306/jknpa.2015.54.2.222>.
23. Bjureberg J, Dahlin M, Carlborg A, Edberg H, Haglund A, Runeson B. *Columbia-Suicide Severity Rating Scale Screen Version: Initial screening for suicide risk in a psychiatric emergency department.* Psychol. Med. 2022; 52(16): 3904–3912.
24. Zakhour M, Haddad C, Sacre H, Fares K, Akel M, Obeid S i wsp. *Suicidal ideation among Lebanese adults: Scale validation and correlates.* BMC Psychiatry 2021; 21(1): 1–11.
25. Roaten K, Johnson C, Genzel R, Khan F, North CS. *Development and implementation of a Universal Suicide Risk Screening Program in a safety-net hospital system.* Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf. 2018; 44(1): 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.07.006>.
26. Katz I, Barry CN, Cooper SA, Kasprow WJ, Hoff RA. *Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) in a large sample of Veterans receiving mental health services in the Veterans Health Administration.* Suicide Life Threat. Behav. 2020; 50(1): 111–121.
27. Columbia University. *The Columbia Lighthouse Project.* 2022. <https://cssrs.columbia.edu> (dostęp: 10.01.2024).
28. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. *The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples.* Assessment 2001; 8(4): 443–454. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>.
29. Chodkiewicz J, Gruszczynska E. *The Polish adaptation of the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised by A. Osman et al.* Psychiatr. Pol. 2018; 2674(121): 1–11.
30. Spijker van BAJ, Batterham PJ, Calear AL, Farrer L, Christensen H, Reynolds J i wsp. *The suicidal ideation attributes scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation.* Suicide Life Threat. Behav. 2014; 44(4): 408–419.
31. Holden RR, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod LD. *Development and preliminary validation of a scale of psychache.* Can. J. Behav. Sci. 2001; 33(4): 224–232.
32. Chodkiewicz J, Miniszewska J, Strzelczyk D, Gąsior K. *Polish adaptation of the Psychache Scale by Ronald Holden and co-workers.* Psychiatr. Pol. 2017; 51(2): 369–381.
33. Crumbaugh JC, Maholick LT. *An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis.* J. Clin. Psychol. 1964; 20: 200–207.
34. Życińska J, Januszek M. *Test Sensu Życia (Purpose in Life Test, PIL).* Czasopismo Psychologiczne 2011; 17(1): 133–142.
35. Eaton W, Muntaner C, Smith C, Tien A, Ybarra M. *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R).* W: Maruish ME. red. *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, 3rd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004.
36. Świtaj P, Grygiel P, Chrostek A, Wciórka J, Anczewska M. *Investigating the roles of loneliness and clinician – and self-rated depressive symptoms in predicting the subjective quality of life*

- among people with psychosis*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2018; 53(2): 183–193. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-017-1470-1>.
37. Mayfield D, McLeod G, Hall P. *The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument*. Am. J. Psychiatry 1974; 131(10): 1121–1123.
 38. Kroch S, Radomska M, Krzyżanowska-Kierepka E, Szkolnicka B, Kamenczak A, Rakus A. *Rozpoznawanie uzależnienia alkoholowego przy pomocy kwestionariuszy CAGE i SAAST w wybranych populacjach terapeutycznych*. Przegl. Lek. 2001; 58(4): 263–266.
 39. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourth Edition, text revision*. VA, United States: American Psychiatric Association Publishing; 2000.
 40. Jung S. *Exploratory factor analysis with small sample sizes: A comparison of three approaches*. Behav. Process. 2013; 97: 90–95. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23541772>.
 41. Thompson AH, Dewa CS, Phare S. *The suicidal process: Age of onset and severity of suicidal behaviour*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012; 47(8): 1263–1269.
 42. Zortea TC, Cleare S, Melson AJ, Wetherall K, O'Connor RC. *Understanding and managing suicide risk*. Br. Med. Bull. 2020; 134(1): 73–84.
 43. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. *Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we Knew*. Am. J. Psychiatry 2016; 173(11): 1094–1100.
 44. Franks M, Cramer RJ, Cunningham CA, Kaniuka AR, Bryan CJ. *Psychometric assessment of two suicide screeners when used under routine conditions in military outpatient treatment programs*. Psychol. Serv. 2021; 18(3): 433–439.
 45. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. *Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies*. Br. J. Psychiatry 2018; 212(5): 279–286. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29587888>.
 46. Lambert CE, Troister T, Ramadan Z, Montemarano V, Fekken GC, Holden RR. *Psychache predicts suicide attempter status change in students starting university*. Suicide Life Threat. Behav. 2020; 50(3): 668–678.
 47. Montemarano V, Troister T, Lambert CE, Holden RR. *A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior*. J. Clin. Psychol. 2018; 74(10): 1820–1832.
 48. Fischer IC, Tsai J, Harpaz-Rotem I, McCutcheon VE, Schulenberg SE, Pietrzak RH. *Perceived purpose in life, mental health, and suicidality in older U.S. Military Veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study*. Am. J. Geriatr. Psychiatry 2023; 31(2): 87–93.
 49. Yuodelis-Flores C, Ries RK. *Addiction and suicide: A review*. Am. J. Addict. 2015; 24(2): 98–104.
 50. Kopacz MS, Bryan CJ, Bishop TM, Ashrafioun L. *Alcohol and suicide risk: Examining the role of meaning-making*. J. Dual. Diagn. 2018; 14(4): 220–227.

Adres: Łukasz Mokros
II Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
02-957 Warszawa, ul. Jana III Sobieskiego 9
e-mail: lmokros@ipin.edu.pl

Otrzymano: 14.06.2023

Zrecenzowano: 10.09.2023

Przyjęto do druku: 27.10.2023