

# Κλίμακες Εκτίμησης Αυτοκτονικής Συμπεριφοράς

Σουλτάνα Γεωργιάδου,<sup>1</sup> Κωνσταντίνος Πιτσαλίδης<sup>2</sup>

## Scales in Suicide Risk Assessment

Abstract at the end of the article

<sup>1</sup>Ψυχολόγος, MSc, MSc, Med,  
Επιστημονική Συνεργάτις  
Γ' Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΧΕΠΑ,  
<sup>2</sup>Ψυχίατρος, Ψυχοθεραπευτής,  
Επιστημονικός Συνεργάτης  
Γ' Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΧΕΠΑ

Υποβλήθηκε: 01/10/2019  
Επανυποβλήθηκε: 26/11/2019  
Εγκρίθηκε: 25/02/2020

### Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Σουλτάνα Γεωργιάδου  
Γ' Ψυχιατρική κλινική ΑΧΕΠΑ  
Τηλ: (+30) 6979 631 468  
e-mail: soultanageorgiadou92@hotmail.com

**Εισαγωγή:** Η αυτοκτονία και οι αυτοκτονικές απόπειρες παραμένουν πρόκληση για τον τομέα της υγείας και κυρίως για την ψυχική υγεία. Οι αυτοκτονικές συμπεριφορές αποτελούν σημαντικό πρόβλημα για το σύστημα υγείας αφενός λόγω της θνησιμότητας που μπορεί να επέλθει και αφετέρου λόγω της συννοσηρότητας που σημειώνεται. Αν και έχουν αναπτυχθεί διάφορες κλίμακες ανίχνευσης και πρόληψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, ορισμένες κλίμακες φαίνεται να παρουσιάζουν σχεδιαστικά λάθη. **Σκοπός:** Η παρούσα εργασία στοχεύει στην καταγραφή και παρουσίαση των κλιμάκων εκτίμησης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. **Υλικό και Μέθοδος:** Για την παρούσα μελέτη ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 39 μελέτες που αφορούσαν τις κλίμακες εκτίμησης αυτοκτονικότητας. Η αναζήτηση έγινε μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων PsycINFO, Expanded Academic, Web of Science, PubMed και συμπεριλήφθηκαν πρόσφατες μελέτες. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι όροι αναζήτησης: «αυτοκτονία», «απόπειρες αυτοκτονίας» και «κλίμακες αυτοκτονικότητας». Τα κριτήρια συμπερίληψης των μελετών ήταν τα ακόλουθα: (α) να είναι δημοσιευμένες σε περιοδικά με κρίση διπλά τυφλή, (β) η πρωτότυπη μορφή τους να είναι δημοσιευμένη στα Αγγλικά, (γ) να περιλαμβάνουν τις απαραίτητες στατιστικές και μεθοδολογικές πληροφορίες, ώστε η μελέτη να μπορεί να επαναληφθεί επιβεβαιωτικά. **Αποτελέσματα:** Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης καταγράφηκαν συνολικά 16 κλίμακες εκτίμησης για την αυτοκτονικότητα και για τις οποίες αναφέρθηκαν τα κύρια σημεία. Επιπλέον παρουσιάζονται 8 κλίμακες αυτοκτονικότητας με τον βαθμό αξιοπιστίας τους κατά Cronbach's alpha. Οι προσπάθειες ανάπτυξης και σχεδίασης κλιμάκων αυτοκτονικότητας φαίνεται να είναι παραγωγικές αφού κατάφεραν να εντοπίσουν και να ταξινομήσουν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου αυτοκτονικότητας, ωστόσο όμως το φάσμα αυτό φαίνεται να μην καλύφθηκε πλήρως. **Συμπεράσματα:** Οι κλίμακες αυτοκτονικότητας αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για την ανίχνευση αυτοκτονικών συμπεριφορών. **Ωφέλιμο** είναι να χρησιμοποιούνται από

τους επαγγελματίες υγείας την κατάλληλη χρονική στιγμή. Εντούτοις, η πρόγνωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς δεν μπορεί να είναι πάντα προβλέψιμη.

**Λέξεις-ευρητήριο:** Αυτοκτονία, απόπειρες αυτοκτονίας, κλίμακες αυτοκτονικότητας.

## Εισαγωγή

Τον τομέα της υγείας φαίνεται να απασχολούν σε σημαντικό βαθμό οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας καθώς αποτελούν κύρια προβλήματα ψυχικής υγείας και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης και πρόληψης. Πρόσφατα στατιστικά στοιχεία έχουν δείξει ότι η ιατρική αντιμετώπιση των αποπειρών αυτοκτονίας ανέρχεται περίπου στο 3% και 2% για τον γυναικείο και ανδρικό πληθυσμό αντίστοιχα.<sup>1</sup> Όσον αφορά στα στατιστικά στοιχεία επιπολασμού των αυτοκτονιών που σημειώνονται στη χώρα μας ο αριθμός των αυτοκτονιών ανέρχεται 5,5/100.000.<sup>2</sup> Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν ζωτικής σημασίας προβλήματα για τον τομέα της υγείας αφενός λόγω της αυξημένης ψυχολογικής και συναισθηματικής επιβάρυνσης τόσο για ίδιο το άτομο όσο και για το οικογενειακό περιβάλλον και αφετέρου για το υψηλό κοινωνικό κόστος της ιατρικής φροντίδας που απαιτείται.

Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν πρόκληση για τον τομέα της ψυχιατρικής. Προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι συναισθηματικές διαταραχές όπως η μείζων κατάθλιψη σε συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές (αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών) αποτελεί υψηλό παράγοντα κινδύνου αυτοκτονικότητας.<sup>3,4</sup> Αξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός, ότι παρά τη συχνή παρακολούθηση των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες, πριν το συμβάν της αυτοκτονίας, σε μια μικρή μόνο μερίδα θυμάτων που έπασχαν από κατάθλιψη, είχε γίνει ορθή διάγνωση και χορηγήθηκε κατάλληλη αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή.<sup>4,5</sup>

Η αυτοκτονία και οι απόπειρες αυτοκτονίας χαρακτηρίζονται ως ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο αφού φαίνεται να εμπλέκονται διάφοροι παράγοντες κινδύνου όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα ψυχιατρικά προβλήματα, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κ.λπ. Να σημειωθεί ωστόσο ότι η πλήρης σκιαγράφηση των παραγόντων κινδύνου, που εμπλέκονται στην αυτοκτονικότητα, δεν έχει ολοκληρωθεί μέχρι στιγμής.<sup>6</sup> Ως κύριος παράγοντας

κινδύνου έχει ταυτοποιηθεί η απελπισία, που αφορά στις προσδοκίες για τα μελλοντικά γεγονότα ζωής ή τις αρνητικές στάσεις,<sup>7-10</sup> η οποία φαίνεται να αποτελεί πηγή θετικής και αρνητικής σκέψης.<sup>9,11,12</sup> Εξίσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ελπίδα, η οποία σχετίζεται με θετικά μελλοντικά γεγονότα της ζωής του ατόμου. Σε περιπτώσεις όπου η ελπίδα εκλείπει ο αυτοκτονικός ιδεασμός εντείνεται.<sup>13-15</sup> Ο αυτοκτονικός ιδεασμός, ο αυτοκτονικός μηρυκασμός και η επιθυμία θανάτου αποτελούν βασικά πεδία εκτίμησης των ασθενών.<sup>16,17</sup>

Η καταγραφή των παραγόντων κινδύνου της αυτοκτονικότητας φαίνεται να έχει εξασφαλίσει έως ένα σημείο την άμεση πρόληψη και την αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας. Επομένως είναι αναγκαίο να εκτιμηθούν και να εξεταστούν όσο το δυνατόν καλύτερα οι ποικίλοι παράγοντες κινδύνου για την καλύτερη πρόγνωση και πορεία της ψυχικής υγείας του ασθενούς. Η εκτίμηση αυτών των παραγόντων τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο μπορεί να γίνει με τη χρήση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων εκτίμησης.

## Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η καταγραφή και η παρουσίαση των κλιμάκων εκτίμησης της αυτοκτονικότητας που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως για τις αυτοκτονικές συμπεριφορές.

## Υλικό και Μέθοδος

Για την παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 39 μελέτες που αφορούσαν στις κλίμακες εκτίμησης αυτοκτονικότητας. Η αναζήτηση έγινε μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων (PsycINFO, Expanded Academic, Web of Science, PubMed) και συμπεριλήφθηκαν πρόσφατες μελέτες. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι όροι αναζήτησης: «αυτοκτονία», «απόπειρες αυτοκτονίας» και «κλίμακες αυτοκτονικότητας». Τα κριτήρια συμπερίληψης των μελετών ήταν τα ακόλουθα: (α) να είναι δημοσιευμένες σε περιοδικά με

κρίση διπλά τυφλή, (β) η πρωτότυπη μορφή τους να είναι δημοσιευμένη στα Αγγλικά, (γ) να περιλαμβάνουν τις απαραίτητες στατιστικές και μεθοδολογικές πληροφορίες, ώστε η μελέτη να μπορεί να επαναληφθεί επιβεβαιωτικά.

## Αποτελέσματα

Αρκετές προσπάθειες έγιναν μέχρι στιγμής για την ταξινόμηση και τον εντοπισμό των διαφορετικών παραγόντων κινδύνου αυτοκτονικότητας με απώτερο στόχο να επιτευχθεί θετική πρόγνωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Αρκετές κλίμακες αυτοκτονικότητας εμφανίζουν σημαντικά προβλήματα όσον αφορά στη δυνατότητα πρόβλεψης της συμπεριφοράς. Το παραπάνω πρόβλημα είναι απόρροια αφενός ότι οι αυτοκτονικές σκέψεις δεν οδηγούν πάντα σε αυτοκτονική συμπεριφορά<sup>18</sup> και αφετέρου ότι τα αυστηρά βαθμολογικά όρια (cut-off) από τις διαγνωστικές κλίμακες δεν είναι πάντοτε αξιόπιστα και δεν πρέπει να θεωρούνται βάση για τον τύπο της παρέμβασης που θα ακολουθήσει.<sup>8</sup> Ωστόσο να σημειωθεί ότι οι περισσότερες από τις ήδη υπάρχουσες κλίμακες εκτίμησης της αυτοκτονικότητας σημειώνουν ικανοποιητική αξιοπιστία. Στον πίνακα 1 αναφέρονται ορισμένες κλίμακες εκτίμησης της αυτοκτονικότητας και ο συντελεστής Cronbach's alpha που παρουσιάζουν ενώ στον πίνακα 2 περιγράφονται κάποια από τα βασικά σημεία κλίμακων αυτοκτονικότητας ξεχωριστά και οι παράγοντες κινδύνου που εξετάζονται από αυτές.

**Πίνακας 1.** Κλίμακες εκτίμησης αυτοκτονικότητας με τον συντελεστή Cronbach's alpha.

- Deliberate Self-Harm Inventory και η Self-Harm Questionnaire παρουσιάζουν Cronbach's alpha=0,81-0,96<sup>19</sup>
- Depression and Suicide Screen (DSS) σημειώνει Cronbach's alpha=0,62<sup>20</sup>
- Herth Hope Index (HHI) παρουσιάζει Cronbach's alpha=0,97<sup>14</sup>
- Nowotny Hope Scale για ασθενείς με καρκίνο έχει Cronbach's alpha =0,90<sup>13</sup>
- Suicidal Trigger Scale (STS)-2 παρουσιάζει Cronbach's alpha=0,95<sup>21</sup>
- Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory η οποία περιλαμβάνει 2 παράγοντες (Positive και Negative Ideation) σημειώνει Cronbach's alpha=0,96 και 0,89 για τον PANSI-Negative και PANSI-Positive αντίστοιχα<sup>11,30</sup>
- Η κλίμακα Risk Assessment of Suicidality Scale (RASS) έχει Cronbach's alpha=0,80<sup>22</sup>
- Suicide Resilience Inventory-25 έχει Cronbach's alpha 0,90-0,95<sup>23</sup>

**Πίνακας 2.** Κλίμακες αυτοκτονικότητας.

- Η Beck's Hopelessness Scale<sup>24</sup> εξετάζει έναν μόνο παράγοντα κινδύνου. Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου της αυτοκτονικότητας θεωρείται η απελπισία, ο οποίος εξετάζεται από την Beck Hopelessness Scale<sup>10</sup>
- Η Nowotny Hope Scale σχεδιασμένη για ασθενείς με καρκίνο αποτελείται από 6 υποκλίμακες για την ελπίδα: «εμπιστοσύνη στο αποτέλεσμα», «πιθανότητα για ένα μέλλον», «σχετίζεται με άλλους», «πνευματικές πεποιθήσεις», «προέρχεται από μέσα» και «ενεργή συμμετοχή»<sup>13</sup>
- Η κλίμακα Herth Hope Index (HHI) διαχωρίζεται σε δύο παράγοντες: τη θετική ετοιμότητα και προσδοκία και τη διασυνδετικότητα<sup>14</sup>
- Η κλίμακα Risk Assessment of Suicidality Scale (RASS) αποτελεί παγκοσμίως τη μοναδική κλίμακα που αναπτύχθηκε με βάση τη μελέτη του γενικού πληθυσμού. Απαρτίζεται από 12 ερωτήσεις που εξετάζουν την αυτοκτονική συμπεριφορά. Αναδείχθηκαν 3 διαφορετικοί παράγοντες: Πρόθεση, Στάση απέναντι στη Ζωή και Ιστορικό<sup>22</sup>
- Η Suicide Intent Scale (SIS) (κινεζική έκδοση) αποτελείται από 3 παράγοντες: Προφυλάξεις, Σχεδιασμός και Σοβαρότητα.<sup>25</sup>
- Η Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) εξετάζει τη μέθοδο, την πιθανότητα της διάσωσης, τη φονικότητα και την παρορμητικότητα της πράξης, την αυτοκτονική πρόθεση ή αμφιθυμία, τις συνέπειες και τους αυτοτραυματισμούς<sup>26</sup>
- Η Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS) περιλαμβάνει 4 παράγοντες με υποκλίμακες που σχετίζονται με: την Απώλεια των Προσωπικών και Κοινωνικών Αξιών, τον Αυτοκτονικό Ιδεασμό, τις Σκέψεις Θανάτου, και το Αντιλαμβανόμενο Νόημα της Ζωής<sup>27</sup>
- Η Children's Hope Scale<sup>15</sup>
- Η κλίμακα University of Texas at San Antonio Future Disposition Inventory (UTSA FDI) εκτιμά μελλοντικές αυτοκτονικές συμπεριφορές<sup>12</sup>
- Η Life Attitudes Schedule (LAS) εξετάζει συμπεριφορές (θετικές και αρνητικές) σχετικές με τον θάνατο, την υγεία, τον τραυματισμό και τον εαυτό<sup>28</sup>
- Η Suicide Resilience Inventory-25 αποτελείται από 3 υποκλίμακες: τον Εσωτερικό Προστατευτισμό, τη Συναισθηματική Σταθερότητα και τον Εξωτερικό Προστατευτισμό<sup>23</sup>
- Η Trinity Inventory of Precursors to Suicide (TIPS)<sup>29</sup>
- Η Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory αποτελείται από ένα δίπολο: τον Θετικό Ιδεασμό (Positive Ideation) και τον Αρνητικό Ιδεασμό (Negative Ideation)<sup>30</sup>
- Η Suicidal Trigger Scale (STS)-2 διαχωρίζεται στους ακόλουθους παράγοντες (σχεδόν ψυχωτική σωματοποίηση και μηρυκαστική πλημμύρα, και απελπισία)<sup>21</sup>
- Το εργαλείο Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care<sup>31</sup>
- Ως περαιτέρω κλίμακες εκτίμησης της αυτοκτονικότητας μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι 6 ερωτήσεις του MMPI-2 (ερωτήσεις: 150, 303, 506, 520, 524 και 530)<sup>32</sup>

## Συζήτηση

Ευτυχές είναι το γεγονός ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας στην Ελλάδα είναι χαμηλά σε σύγκριση με άλλες χώρες. Εκτιμάται ότι το ποσοστό αυτοκτονίας στη χώρα μας ανέρχεται στο 5,5/100.000.<sup>2</sup> Η αυτοκτονία και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι απόρροια πολλών και ποικίλων παραγόντων κινδύνου. Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για τον εντοπισμό και την ταξινόμηση των παραγόντων κινδύνου για την αυτοκτονία και τους κατηγοριοποίησαν σε πρωτογενείς, δευτερογενείς και τριτογενείς παράγοντες κινδύνου.

Οι πρωτογενείς παράγοντες κινδύνου αφορούν στην παρουσία ψυχιατρικών και σωματικών παθήσεων και των προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας. Να σημειωθεί ότι η πλειοψηφία των θυμάτων αυτοκτονίας πεθαίνουν κατά την πρώτη απόπειρα,<sup>3</sup> γεγονός που ελαχιστοποιεί την προγνωστική αξία του ιστορικού προηγούμενων αποπειρών.

Στους δευτερογενείς παράγοντες κινδύνου συμπεριλαμβάνονται οι αντίξοες περιστάσεις ζωής και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Σε ορισμένες περιπτώσεις η αυτοκτονική συμπεριφορά δεν φαίνεται να συσχετίζεται με το οικογενειακό περιβάλλον.<sup>16</sup>

Τέλος στους τριτογενείς παράγοντες κινδύνου ανήκουν οι δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία. Αξίζει να σημειωθεί ότι η διαφορά φύλου στα ποσοστά αυτοκτονικότητας αναδεικνύει μια υπεροχή του ανδρικού πληθυσμού.<sup>3</sup> Η παρουσία κυρίως πρωτογενών παραγόντων κινδύνου καθιστά την πρόγνωση αρνητική. Εξίσου αρνητική είναι η πρόγνωση όταν είναι έκδηλοι δευτερογενείς ή τριτογενείς παράγοντες κινδύνου με ταυτόχρονη παρουσία των πρωτογενών παραγόντων.<sup>3,4</sup>

Εκτός από τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου έχουν μελετηθεί και άλλοι παράγοντες κινδύνου όπως η απελπισία,<sup>33</sup> το περιεχόμενο σκέψης, η στάση απέναντι στη ζωή και τον θάνατο, η βαρύτητα της κατάθλιψης κ.λπ.<sup>34</sup> Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αυτοκτονικά άτομα παρουσιάζουν έντονη απελπισία για το μέλλον γεγονός που φαίνεται να οφείλεται περισσότερο στη μειωμένη θετική μελλοντική σκέψη παρά στην παρουσία αρνητικής μελλοντικής σκέψης.<sup>9</sup>

Σε κλινικό επίπεδο, οι πιο ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες αυτοκτονικότητας είναι η απελπισία, η ενοχή και η σχετική προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά.<sup>3,35,36</sup> Επιπλέον οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να σημειωθούν με την παρουσία μικτών συμπτωμάτων (ψευδο-μονοπολική κατάθλιψη) ή και διέγερσης).<sup>4,37,38,39</sup> Παρά την ταξινόμηση και τη συσχέτιση

των παραγόντων κινδύνου αυτοκτονικότητας η πρόγνωση δεν είναι πάντα θετική. Ωστόσο η αφύπνιση για τους παράγοντες κινδύνου είναι σημαντική για την πρόληψη και την αντιμετώπιση.

Εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι μια μεγάλη μερίδα αυτοκτονικών ασθενών εκδηλώνουν την αυτοκτονική τους πρόθεση σε δομές ψυχιατρικής φροντίδας, συνήθως, έναν μήνα πριν το συμβάν. Όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται στα άτομα αυτά, στην πλειοψηφία τους λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα.<sup>5</sup> Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι αν και η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί τον ισχυρότερο παράγοντα κινδύνου αυτοκτονικότητας, πάνω από τα 2/3 των καταθλιπτικών ασθενών δεν έχουν σημειώσει απόπειρα αυτοκτονίας. Το παραπάνω εύρημα ενδέχεται να υποδηλώνει την ύπαρξη άλλων ειδικών και μη ειδικών παραγόντων κινδύνου αυτοκτονικότητας.

Όσον αφορά στην επιλογή του τρόπου απόπειρας οι ψυχωτικοί ασθενείς επέλεγον πιο βίαιους τρόπους αυτοκτονίας, όπως όπλα και απαγχονισμό σημειώνοντας επομένως μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών.<sup>5</sup> Μια συστηματική ανασκόπηση για την εφηβική αυτοκτονικότητα έδειξε ότι περίπου το 9,7% των εφήβων έκανε απόπειρα σε κάποια δεδομένη στιγμή της ζωής τους, ενώ σε τριπλάσιο περίπου ποσοστό (29,9%) βρίσκεται η μερίδα των εφήβων που σκέφτηκαν την αυτοκτονία σε κάποια χρονική περίοδο της ζωής τους αλλά δεν προέβησαν σε απόπειρα.

## Συμπέρασμα

Η αυτοκτονία και οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν σημαντική πρόκληση για τον τομέα της υγείας και ειδικότερα για τον τομέα της ψυχικής υγείας. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας οφείλουν να είναι πολύ προσεκτικοί στην εκτίμηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των ατόμων. Οι κλίμακες αυτοκτονικότητας είναι αξιόπιστα εργαλεία τα οποία συνεισφέρουν στη σωστή εκτίμηση της κατάστασης και είναι ορθό να χορηγούνται στις κατάλληλες περιπτώσεις. Το φάσμα των παραγόντων κινδύνου αυτοκτονικότητας ως έναν μεγάλο βαθμό έχει αναγνωριστεί και ταξινομηθεί, ωστόσο ενδέχεται να υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που δεν έχουν ταξινομηθεί μέχρι στιγμής.

**Ευχαριστίες:** Ιδιαίτερες ευχαριστίες απονέμονται στους καθηγητές Ψυχιατρικής του ΑΠΘ κ. Νηματούδη Ιωάννη και κ. Φουντουλάκη Κωνσταντίνο για την καθοδήγηση και την επίβλεψη της εργασίας.

## ABSTRACT

## Scales in Suicide Risk Assessment

Soultana Georgiadou,<sup>1</sup> Konstantinos Pitsalidis<sup>2</sup><sup>1</sup>Psychologist, MSc, MSc, Med, Research Associate, 3rd Psychiatric Department, AXEPA,<sup>2</sup>Psychiatrist, Psychotherapist, Research Associate 3rd Psychiatric Department, AXEPA, Greece

**Introduction:** Suicide and suicide attempts remain a challenge for the health system and especially for mental health system. Suicidal behaviors are a major problem due to the mortality and the co-morbidity that can be present. Although scales for recognizing suicidal behavior have been developed, some scales are not quite enough to predict suicidal behavior. **Aim:** The purpose of this study is to present the scales in suicide risk assessment. **Material and Method:** The current review examines the research findings from 39 empirical studies, which analyze the suicidal behavior and the scales in suicide risk assessment. The following inclusion criteria were used: (a) publications only in peer-reviewed journals, (b) original articles should be written in English, (c) provision of sufficient statistical and methodological information in order to allow replication. The research was conducted via data bases (PsycINFO, Expanded Academic, Web of Science, PubMed). The following key-words were used: "suicide", "suicide attempts" and "scales in suicide risk assessment". **Results:** Totally 16 scales in suicide risk assessment were recorded and 8 scales for suicide with their alpha Cronbach were presented. Suicide scales have been able to identify and classify the majority of major risk factors for suicide but there are still some suicide risk factors unidentified. **Conclusion:** Suicide scales are useful tools for suicidal behaviors assessment and it is beneficial to be used at the right time. However, in some cases the prediction of suicidal behavior may be uncertain.

**Key-words:** *Suicide, suicide attempts, scales in suicide risk assessment.*

✉ **Corresponding Author:** Soultana Georgiadou, 3rd Psychiatric Department, AXEPA, Greece, Tel: (+30) 6979 631 468, e-mail: soultanageorgiadou92@hotmail.com

## Βιβλιογραφία

- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996, 93:327-338
- WHO. Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and gender. 2011. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suiciderates/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/)
- Rihmer Z, Belso N, Kiss K. Strategies for suicide prevention. *Curr Opin Psychiat* 2002, 15:83-87
- Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007, 20:17-22
- Isometsa ET, Aro HM, Henriksson MM, Heikkinen ME, Lonnqvist JK. Suicide in major depression in different treatment settings. *J Clin Psychiatry* 1994, 55:523-527
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:1174-1182
- Beck AT. Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Ann NY Acad Sci* 1986, 487:90-96
- Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 2000, 22:445-551
- MacLeod AK, Tata P, Tyrer P, Schmidt U, Davidson K, Thompson S. Hopelessness and positive and negative future thinking in parasuicide. *Br J Clin Psychol* 2005, 44:495-504
- McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med* 2007, 37:769-778
- Osman A, Barrios FX, Gutierrez PM, Wrangham JJ, Kopper BA, Truelove RS et al. The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) inventory: psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *J Pers Assess* 2002, 79:512-530
- Osman A, Gutierrez PM, Barrios F, Wong JL, Freedenthal S, Lozano G. Development and initial psychometric properties of the University of Texas at San Antonio Future Disposition Inventory. *J Clin Psychol* 2010, 66:410-429
- Nowotny ML. Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncol Nurs Forum* 1989, 16:57-61
- Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* 1992, 17:1251-1259
- Snyder CR, Hoza B, Pelham WE, Rapoff M, Ware L, Danovsky M et al. The development and validation of the Children's Hope Scale. *J Pediatr Psychol* 1997, 22:399-421

16. Spirito A, Valeri S, Boergers J, Donaldson D. Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003, 32:284–289
17. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav* 2005, 35:239–250
18. Burk F, Kurz A, Moller HJ. Suicide risk scales: do they help to predict suicidal behaviour? *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1985, 35:153–157
19. Fliege H, Kocalevent RD, Walter OB, Beck S, Gratz KL, Gutierrez PM et al. Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *J Psychosom Res* 2006, 61:113–121
20. Fujisawa D, Tanaka E, Sakamoto S, Neichi K, Nakagawa A, Ono Y. The development of a brief screening instrument for depression and suicidal ideation for elderly: the Depression and Suicide Screen. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005, 59:634–638
21. Yaseen Z, Katz C, Johnson MS, Eisenberg D, Cohen LJ, Galynker II. Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. *BMC Psychiatry* 2010, 10:110
22. Fountoulakis KN, Pantoula E, Siamouli M, Moutou K, Gonda X, Rihmer Z et al. Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): a population-based study. *J Affect Disord* 2012, 138:449–457
23. Osman A, Gutierrez PM, Muehlenkamp JJ, Dix-Richardson F, Barrios FX, Kopper BA. Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties. *Psychol Rep* 2004, 94:1349–1360
24. Lennings CJ. Suicide and time perspective: an examination of Beck and Yufit's suicide-risk indicators. *J Clin Psychol* 1992, 48:510–516
25. Gau SS, Chen CH, Lee CT, Chang JC, Cheng AT. Development of a Chinese version of the Suicide Intent Scale. *Suicide Life Threat Behav* 2009, 39:332–342
26. Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychol Assess* 2006, 18:303–312
27. Heisel MJ, Flett GL. The development and initial validation of the geriatric suicide ideation scale. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006, 14:742–751
28. Lewinsohn PM, Langhinrichsen-Rohling J, Langford R, Rohde P, Seeley JR, Chapman J. The life attitudes schedule: a scale to assess adolescent life-enhancing and life-threatening behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 1995, 25:458–474
29. Smyth CL, MacLachlan M. Confirmatory factor analysis of the Trinity Inventory of Precursors to Suicide (TIPS) and its relationship to hopelessness and depression. *Death Studies* 2005, 29:333–350
30. Osman A, Gutierrez PM, Kopper BA, Barrios FX, Chiros CE. The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychol Rep* 1998, 82:783–793
31. Hermes B, Deakin K, Lee K, Robinson S. Suicide risk assessment: 6 steps to a better instrument. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2009, 47:44–49
32. Glassmire DM, Stolberg RA, Greene RL, Bongar B. The utility of MMPI-2 suicide items for assessing suicidal potential: development of a Suicidal Potential Scale. *Assessment* 2001, 8:281–290
33. Bjerkeset O, Romundstad P, Evans J, Gunnell D. Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *Am J Epidemiol* 2008, 167:193–202
34. Dinya E, Csorba J, Sorfozo Z, Steiner P, Ficsor B, Horvath A. Profiles of suicidality and clusters of Hungarian adolescent outpatients suffering from suicidal behaviour. *Psychopathology* 2009, 42:299–310
35. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppamaki S, Arvilommi P, Isometsa ET. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(11):1456–62
36. Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Van der Does AJ, Segal ZV. Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *J Affect Disord* 2006, 91:189–194
37. kiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord* 2005, 85:245–258
38. Balazs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal KK, Akiskal HS. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *J Affect Disord* 2006, 91:133–138
39. Rihmer Z, Akiskal H. Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord*. 2006;94:3-13