



Spoleczno-demograficzne czynniki ryzyka samobójstwa w schizofrenii: przegląd piśmiennictwa

Socio-demographic risk factors for suicide in schizophrenia: review of literature

MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA, ANNA KOŚLAK

Z: Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawienie poglądów na temat społeczno-demograficznych czynników ryzyka samobójstwa w schizofrenii.

Poglądy. Wyniki badań wskazują, że mężczyźni dotknięci schizofrenią częściej popełniają samobójstwo niż kobiety, częściej są to również osoby młode. W grupie większego ryzyka popełnienia samobójstwa są również ludzie rasy białej. Kilku autorów wskazało na zwiększone ryzyko samobójstwa wśród pacjentów żyjących samotnie i nie będących w związku. Posiadanie dzieci nie wydaje się wpływać na ryzyko samobójstwa w schizofrenii, chociaż niektóre badania wskazują na jego ochronną rolę. Bezdzietność kobiet chorujących na schizofrenię zwiększa prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej w przebiegu choroby. Zjawisko bezrobocia w świetle dotychczasowych badań jest także odnotowane jako czynnik ryzyka. Niektórzy badacze wskazali na związek wyższego wykształcenia z podwyższonym ryzykiem samobójstwa.

Wnioski. Określenie indywidualnych czynników ryzyka pacjenta może być decydujące w prognozowaniu i profilaktyce samobójstwa.

SUMMARY

Objective. To present current views on socio-demographic risk factors for suicide in schizophrenia.

Review. Research results show that male schizophrenic patients are more likely to commit suicide than female, and also that young adults are more prone to commit suicide. White people are more at risk of committing suicide. Several studies indicated an increased suicide risk among patients living alone and not being in a relationship. Having children does not seem to affect suicide risk in schizophrenia, although some studies suggest a protective role of this factor. However, childlessness increases the probability of attempting suicide by women in the course of schizophrenia. In the light of current research findings unemployment is also regarded as a risk factor. Some authors indicate that college or university education is related to a higher risk of suicide.

Conclusions. Identification of the patient's risk factors can be crucial for predicting and preventing suicide in individual cases.

Słowa kluczowe: schizofrenia / samobójstwo / społeczno-demograficzne czynniki ryzyka

Key words: schizophrenia / suicide / socio-demographic risk factors

Samobójstwo jest świadomym i zamierzonym działaniem mającym na celu pozbawienie się życia [1]. W świetle literatury przedmiotu najczęstszą przyczyną zamachu samobójczego są zaburzenia psychiczne. Samobójstwo zdarza się 12 razy częściej wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi niż w całej populacji [2]. W grupie osób chorych na schizofrenię ryzyko samobójstwa określa się zwykle na 10% [3].

W przeszłości dwukrotnie wyższa śmiertelność pacjentów dotkniętych schizofrenią wiązała się z przyczynami wynikającymi ze złych warunków bytowych, obecnie za główną przyczynę śmierci w tej grupie pacjentów uważa się samobójstwo [3], co potwierdziły między innymi pięcioletnie badania 1056 psychotycznych pacjentów przeprowadzone przez WHO [4]. Ponadto badacze twierdzą, że od 20% do 55% chorych leczonych z powodu schizofrenii podejmuje w ciągu swojego życia pojedynczą lub wielokrotne próby samobójcze [5, 6]. Podjęcie zamachu samobójczego przez osobę chorą na schizofrenię jest skutkiem określonych czynników demograficznych, społecznych, jak również czynników specyficznych, wynikających z przebiegu choroby i jej obrazu psychopatologicznego. Niektóre z tych

czynników są wspólne dla całej populacji, część zaś charakterystyczna jest dla zaburzeń psychicznych, ale są też specyficzne tylko dla schizofrenii.

Osoby z rozpoznaniem schizofrenii podejmujące próby samobójcze zwykle są rasy białej, płci męskiej, nieżonate, z dobrym przedchorobowym funkcjonowaniem. Cechują się także poczuciem beznadziejności oraz strachem przed intelektualną deterioracją. W wywiadzie często rozpoznawana jest u nich popsychotyczna depresja, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz podejmowanie prób samobójczych w przeszłości. Pacjentów z grupy o dużym ryzyku zamachu samobójczego cechuje społeczna izolacja, brak zewnętrznego wsparcia lub środowisko rodzinne pełne konfliktów i niestabilności. Ponadto osoby te nie akceptują leczenia, co jest bezpośrednio połączone z brakiem wiary w jego skuteczność [7]. Wśród wyżej wymienionych czynników niektóre z nich takie jak: płeć i stan cywilny są identyfikowane jako zwiększające ryzyko śmierci samobójczej zarówno wśród populacji ogólnej, jak i w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Według innych autorów wskazane predyktory nie wydają się jednak mieć dużej wartości w prognozowaniu zachowań samobójczych [8].

SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE CZYNNIKI RYZYKA

Na liście czynników ryzyka opracowanej przez Pompilię wśród czynników społecznych i demograficznych można znaleźć także następujące cechy: rasę białą, płeć męską, młody wiek – poniżej 30 roku życia, stan wolny, bezrobocie, społeczne wyizolowanie, brak wsparcia społecznego lub życie w rodzinie pełnej napięć i konfliktów [7].

Wyniki badań wskazują, że mężczyźni dotknięci schizofrenią częściej popełniają samobójstwo niż kobiety. Fakt ten jest szeroko udokumentowany we wszystkich światowych badaniach, z wyjątkiem wyników analiz chińskich, w których to właśnie kobiety z rozpoznaniem schizofrenii przejawiają większe prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa [9, 10]. W 1990 r. Caldwell i Grottesman dokonali przeglądu 14 badań nad śmiertelnością w schizofrenii: średni procent samobójstw wśród mężczyzn wynosił 5,2% (4–12,5%), a wśród kobiet 2% (0–4,6%) [11]. Metaanaliza trzydziestu prac na temat samobójczej śmierci pacjentów z uwzględnieniem zmiennej płci wskazuje, że procent samobójstw zakończonych śmiercią wśród mężczyzn jest znacząco wyższy niż w grupie kobiet (37,7% do 27,0%) [12].

Caldwell i Gottesman wymieniają wspólne dla populacji ogólnej i grupy pacjentów chorych na schizofrenię predyktory społeczno-demograficzne ryzyka samobójczego. Zaliczają do nich, obok płci męskiej i bezrobocia, przede wszystkim społeczną izolację i rasę białą [11].

Duńskie wyniki badań Rossau i Mortensena wskazują wśród czynników ryzyka samobójstwa w schizofrenii na znaczenie licznych hospitalizacji pacjenta, podejmowania wcześniejszych prób samobójczych, objawów depresji oraz płci męskiej [13].

Schwartz i Cohen zauważyli, że kobiety przejawiają większe ryzyko podjęcia próby samobójczej, zaś mężczyźni cechują się większym ryzykiem popełnienia dokonanego samobójstwa [14]. Również według Sierosławskiej i Meder mężczyźni popełniają samobójstwo częściej niż kobiety, ale brak jest różnic pod względem liczby podejmowanych prób samobójczych [15]. Mortensen i Juel, badając przypadki śmierci schizofrenicznych pacjentów w trakcie pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej stwierdzili, że ryzyko samobójstwa jest największe wśród pacjentów poniżej 30 roku życia, w tym większe dla kobiet w porównaniu z mężczyznami do 60 roku życia. Natomiast ogólna liczba samobójstw jest najwyższa wśród mężczyzn w całej grupie wiekowej [16]. Muller i wsp. porównując 500 osób dotkniętych schizofrenią i zaburzeniami afektywnymi stwierdzili, że mniejsze prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej u mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii w porównaniu z pacjentami z diagnozą inną niż schizofrenia. W grupie pacjentek najczęściej występującym predyktorem próby samobójczej były: wczesny etap choroby albo bezdzietność [17]. Niektórzy badacze, uwzględniając płeć proponują podział samobójstw wśród chorych na schizofrenię na dwie grupy. W pierwszej z nich znajduje się pacjent z rozpoznaniem paranoidalnym typem schizofrenii, a w drugiej – pacjent lub pacjentka z nieodróżnionym typem schizofrenii i komponentem afektywnym, o przewlekłym przebiegu choroby [18].

W świetle dotychczasowych badań wiek wydaje się mieć duży wpływ na zachowania samobójcze wśród pacjentów

z rozpoznaniem schizofrenii. W retrospektywnym badaniu Shields i wsp. nad przyczynami śmierci pacjentów ze schizofrenią średni wiek samobójców w tej grupie wynosił 41,6 lat, ze znaczną przewagą mężczyzn – 62,1% [19]. Natomiast w badaniu Lim i Tsoi przeciętny wiek pacjenta – samobójcy wynosił 23,3 lat [20]. Caldwell i Gottesman [11, 21], Westermeyer i wsp. [22], Fenton i wsp. [23], Schwartz i Cohen [24] wykazali, że pacjenci ze schizofrenią, usiłujący popełnić samobójstwo, są statystycznie znacząco młodszy niż ci bez prób samobójczych w wywiadzie. Najczęściej podawany w literaturze przedział wiekowy – to 25–35 lat oraz wczesny okres choroby. Dodatkowo należy podkreślić, że młodzi pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii mają wyższe ryzyko samobójstwa, niż ich rówieśnicy z rozpoznaną chorobą afektywną [25], chociaż wśród pacjentów hospitalizowanych ryzyko samobójstwa jest zbliżone w obu grupach [26]. Podobne wyniki uzyskali Sinclair i wsp., oceniając czynniki ryzyka samobójstw osób ze schizofrenią w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej, wskazali na młodych pacjentów jako grupę szczególnego zagrożenia życia [27], co również potwierdzają w swoich pracach Nyman i Jonsson [28] oraz Barraclough i wsp. [29]. Autorzy belgijskiego raportu De Hert i Peuskens twierdzą, że tendencja do popełniania samobójstw w młodym wieku może wynikać z doświadczenia straty spowodowanej chorobą oraz brakiem możliwości realizacji planów życiowych [30]. Natomiast Schwartz i Cohen uznali, że za zwiększone ryzyko samobójstwa wśród młodych pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii odpowiadają niedoskonałe jeszcze mechanizmy radzenia sobie [14].

Caldwell i Gottesman [11, 21] oraz Westermeyer i wsp. [22] w grupie predyktorów samobójstwa w schizofrenii obok młodego wieku (poniżej 35 lat) i płci męskiej, wymieniają także rasę białą. Hawton i wsp. w przeglądzie czynników ryzyka dla schizofrenii postawili tezę, że ludzie rasy białej są w grupie większego ryzyka samobójstwa w porównaniu z pozostałymi rasami [31].

Autorzy ci stwierdzają także, że stan cywilny wolny nie był czynnikiem ryzyka samobójstwa, ale osoby żyjące w samotności bądź nie mieszkające ze swoimi rodzinami były w grupie większego ryzyka popełnienia samobójstwa, co jest zbliżone z innymi pracami, których autorzy wskazali na zwiększone ryzyko samobójstwa wśród pacjentów mieszkających samotnie lub nie będących w związku [32, 33, 34]. W przeglądzie Hawtona nie znaleziono potwierdzenia tego wniosku [31], natomiast wyniki badań Ran i wsp. wskazują, że troska i wsparcie rodziny mogą zmniejszać ryzyko śmierci samobójczej [32].

Wskazuje się także na znaczenie radzenia sobie ze stresem i brakiem oparcia w rodzinie jako czynnikami zwiększającymi ryzyko śmierci samobójczej pacjentów chorych na schizofrenię [7, 35, 36]. Środowisko społeczne, w jakim żyje pacjent ma nie tylko wpływ na przebieg choroby, ale również zostało zidentyfikowane jako ważny czynnik ryzyka samobójstwa [11]. Sinclair i wsp. wykazali, że pacjenci, którzy nie mieszkają we własnym mieszkaniu lub ze swoimi rodzinami, a są rezydentami różnego typu mieszkaniowych form wsparcia typu hostel czy dom pomocy społecznej cechują się znacząco niższym prawdopodobieństwem podjęcia próby samobójczej [27]. Pompili i wsp. [37] wysunęli hipotezę, że samotność i poczucie izolacji we własnym

środowisku rodzinnym może doprowadzić pacjenta do decyzji o samobójstwie. Podobne wyniki uzyskali McGirr i Turecki [38]. Według Hawtona i wsp. pacjenci będący w związkach małżeńskich lub w konkubinatach mieli nieco niższe ryzyko popełnienia samobójstwa, nie był to jednak wynik istotny statystycznie [31].

Kolejnym analizowanym czynnikiem demograficznym jest posiadanie dzieci. Z przeglądu literatury wynika, że czynnik ten nie odgrywa znaczącego wpływu na ryzyko podjęcia zamachu samobójczego, chociaż są nieliczne prace, które wskazują na dzietność jako predyktor ochronny [31]. Natomiast Muller i wsp. wykazali, że bezdzietność kobiet chorujących na schizofrenię zwiększa prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej w przebiegu choroby [17]. Podobne wyniki badań uzyskali Small i wsp. [39] oraz Modestin [40], którzy stworzyli portret schizofrenicznego pacjenta po próbie samobójczej. Osoba ta charakteryzowała się młodym wiekiem, płcią męską, brakiem formalnego albo nieformalnego związku, izolacją społeczną i towarzyską, bezdzietnością oraz problemami w środowisku zawodowym.

Zjawisko bezrobocia w świetle dotychczasowych badań jest także odnotowane jako czynnik ryzyka samobójstwa w schizofrenii [11, 33, 41], chociaż należy przytoczyć wyniki przeglądu badań Hawtona, które nie potwierdzają tego wniosku [31]. Wyniki Hawtona wskazują, że zarówno bezrobocie jak i zatrudnienie pozostają bez istotnego wpływu na decyzje o samobójstwie, odmiennie niż w populacji osób zdrowych, w której bezrobocie zwiększa ryzyko samobójstwa i jest zaliczane do grupy najistotniejszych czynników [1].

Zatrudnienie jest nie tylko wyznacznikiem statusu socjoekonomicznego, ale odgrywa także znaczącą rolę w kształtowaniu obrazu samego siebie i poczucia własnej wartości, zwłaszcza w odniesieniu do mężczyzn [42]. Często pacjenci porównując swoje funkcjonowanie przedchorobowe z aktualnym, mają poczucie straconych możliwości, przeżywają ograniczenia związane z chorobą i leczeniem. Być może jest to tym bardziej odczuwane, im większa świadomość choroby.

Kolejnym analizowanym w literaturze czynnikiem ryzyka jest poziom wykształcenia pacjenta. De Hert i Peuskens analizując 870 pacjentów wskazali wśród czynników ryzyka zachowań samobójczych na znaczenie wykształcenia wyższego oraz ponadprzeciętnego poziomu inteligencji [30], podobnie wyniki uzyskali Caldwell i Gottesman [11, 21]. Natomiast Hawton i wsp. nie znaleźli statystycznie istotnego związku niskiego wykształcenia z ryzykiem samobójstwa w schizofrenii [31].

Dokonując przeglądu czynników społeczno-demograficznych mających istotny związek z podjęciem zamachu samobójczego w grupie pacjentów leczonych z powodu schizofrenii nie sposób pominąć prace, które badały wpływ religijności na te zachowania. Wyniki badań Breiera i Astrachana wykazały, że pacjenci, którzy popełnili samobójstwo częściej nie przynależeli do żadnej grupy religijnej lub były to grupy religijne nieprotestanckie [8]. Natomiast Huguelet i wsp. badając wpływ religijności na podejmowanie próby samobójczej w grupie pacjentów schizofrenicznych i schizoafektywnych oraz w grupie pacjentów niepsychotycznych, wykazali brak istotnie statystycznego związku pomię-

dzy religijnością a podejmowaniem prób samobójczych. Natomiast badacze odnotowali, że 25% pacjentów z zaburzeniami psychicznymi uznało ochronną rolę religii, głównie poprzez etyczne potępienie samobójstwa [43].

PODSUMOWANIE

Pomimo czynionych starań w zakresie badań klinicznych, stosowanej farmakoterapii, oddziaływań psychoterapeutycznych i socjalnych, liczba samobójstw wśród osób chorych na schizofrenię pozostaje na wysokim poziomie. Nie jest ono czynem przypadkowym, nie ma też tylko pojedynczej przyczyny, jest skutkiem złożonego procesu, na którego zapoczątkowanie, trwanie i tragiczny efekt mają wpływ liczne interakcje czynników biologicznych, genetycznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych. Znajomość czynników społeczno-demograficznych jest niezmiernie ważna, gdyż pozostają one w grupie, na które wpływu zwykle nie mamy, bądź ich zmiana pozostaje niezmiernie trudna, by zmodyfikować je tak, by działały na korzyść pacjenta lub neutralizowały ryzyko samobójstwa. Prognozowanie i profilaktyka zachowań samobójczych to również staranna i wnikliwa obserwacja i ocena pacjenta celem zakwalifikowania go do grupy osób zwiększonego ryzyka, z uwzględnieniem czynników społecznych i demograficznych.

Niektórzy autorzy zalecają jednak szczególną ostrożność w interpretacji związków pomiędzy samobójstwem, a zmiennymi społeczno-demograficznymi [44].

PIŚMIENNICTWO

1. Petit JR. Psychiatria ratunkowa. Wrocław: Urban & Partner; 2007.
2. Golec S, Kokoszka A. Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2002.
3. Wciórka J. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne. W: Bilikiewicz A. red. Psychiatria. Wrocław: Urban & Partner; 2002. s. 213–323.
4. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychol Med.* 1986; 16: 909–928.
5. Siris S. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol.* 2001; 15: 127–35.
6. Roy A. Depression, attempted suicide, and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 1986; 9: 193–206.
7. Pompili M. Suicide risk in schizophrenia: an overview. W: Tatarelli R, Pompili M, Girardi P. Suicide in schizophrenia. New York: Nova Science Publishers; 2007. s. 1–18.
8. Breier A, Astrachan BM. Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiatry.* 1984; 141: 206–209.
9. Canetto SS, Lester D. Women and suicidal behavior. New York: Springer; 1995.
10. Phillips MR, Yang G, Li S, Li Y. Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective observational study. *Lancet* 2004; 363: 1062–1068.
11. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull.* 1990; 16: 571–589.

12. Lester D. Sex differences in completed suicide by schizophrenic patients: a meta-analysis. *Suicide Life – Threat Behav.* 2006; 36 (1): 50–56.
13. Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br J Psychiatry.* 1997; 171: 355–359.
14. Schwartz RC, Cohen BN. Psychosocial correlates of suicidal intent among patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2001; 42: 118–123.
15. Sierosławska K, Meder J. Czynniki ryzyka samobójstwa w schizofrenii. *Post Psychiatr Neurol.* 2004; 13 (2): 153–159.
16. Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry.* 1993; 163: 183–189.
17. Muller DJ, Barkow K, Kovalenko S, Ohlraun S, Fangerau H, Kölsch H, Lemke MR, Held T, Nöthen MM, Maier W, Heun R, Rietschel M. Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics. *Eur Psychiatry.* 2005; 20: 65–69.
18. Gale SW, Mesnokoff A, Fine J, Talbott JA. A study of suicide in state mental hospitals in New York City. *Psychiatric Q.* 1980; 52: 201–213.
19. Shields L, Hunsaker D, Hunsaker J. Schizophrenia and suicide: a 10-year review of Kentucky Medical Examiner Cases. *J Forensic Sci.* 2007; 52: 930–937.
20. Lim LC, Tsoi WF. Suicide and schizophrenia in Singapore – a fifteen year follow-up study. *Ann Acad Med Singapore.* 1991; 20: 201–203.
21. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenia – a high risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide Life-Threat Behav.* 1992; 22 (4): 479–493.
22. Westermeyer JF, Harrow M, Marengo JT. Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1991; 179: 259–266.
23. Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry.* 1997; 154: 199–204.
24. Schwartz RC, Cohen BN. Risk factors for suicidality among clients with schizophrenia. *J Counseling Development.* 2001; 79: 314–319.
25. Waltzer H. Suicide in young schizophrenics. *Gen Hosp Psychiatry.* 1984; 6: 219–225.
26. Czernikiewicz A, Ciupak A, Gajewski J, Łoza B, Perzyński J, Wójcicka A. Samobójstwa chorych na schizofrenię hospitalizowanych w PS ZOZ Lublin w latach 1984–1993. Lublin: IV Lubelski Spotkania Naukowe; 1995. s.263–265.
27. Sinclair J, Mullee M, King E, Baldwin D. Suicide in schizophrenia: a retrospective case-control study of 51 suicides. *Schizophr Bull.* 2004; 30 (4): 803–811.
28. Nyman AK, Jonsson H. Patterns of self-destructive behaviour in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1986; 73: 252–262.
29. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry.* 1974; 125: 355–373.
30. De Hert M, Peuskens J. Psychiatric aspects of suicidal behavior: Schizophrenia. W: Hawton K, van Heeringen K. red. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide.* West Sussex, England: John Wiley and Sons; 2000. s.121–134.
31. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks J. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry.* 2005; 187: 9–20.
32. Ran M, Xiang M, Mao W, Hou ZJ, Tang MN, Chen EY, Chan CL, Yip PS, Conwell Y. Characteristics of suicide attempters and nonattempters with schizophrenia in a rural community. *Suicide Life – Threat Behav.* 2005; 35 (6): 694–701.
33. De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young patients suffering from schizophrenia. *Schizophr Res.* 2001; 47:127–143.
34. Walsh E, Harvey K, Higgitt A, Fraser J, Murray R. Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management. Report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry.* 2001; 178: 255–260.
35. Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Suicide in schizophrenia. What are we going to do about it ? *Ann Ist Super Sanitf.* 2004; 40 (4): 463–473.
36. Pompili M, Amador X, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Munk-Jørgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST, Tatarelli R. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry.* 2007; 6 (10): 1–22.
37. Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Tatarelli R. Preventing suicide in schizophrenia inside family environment. *Crisis.* 2003; 24: 181–183.
38. McGirr A, Turecki G. What is specific to suicide in schizophrenia disorder ? Demographic, clinical and behavioural dimensions. *Schizophr Res.* 2008; 98: 217–224.
39. Small GW, Rosenbaum JF. Nine psychiatric inpatients who leaped from a height. *Can J Psychiatry.* 1984; 29: 129–131.
40. Modestin J. Three different types of clinical suicide. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci.* 1986; 236: 148–153.
41. Drake R, Gates C, Cotton PG, Whitaker A. Suicide among schizophrenics: who is at risk ? *J Nerv and Ment Dis.* 1984; 172: 613–617.
42. Baumeister R, Campbell J, Krueger J, Vohs K. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles ? *Psychol Sci Public Interest.* 2003; 4 (1): 1–44.
43. Huguélet P, Mohr S, Jung S, Gillieron Ch, Brandt P, Borrás L. Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *Eur Psychiatry.* 2007; 22: 188–194.
44. Modestin J. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia. W: Tatarelli R, Pompili M, Girardi P. *Suicide in schizophrenia.* New York: Nova Science Publishers; 2007. s. 31–47.

Wpłynęło: 08.07.2008. Zrecenzowano: 21.07.2008. Przyjęto: 27.08.2008.

Adres: Dr Marta Makara-Studzińska, Klinika Psychiatrii UM w Lublinie, ul. Głuska 1, 20-442 Lublin, e-mail: mmakara@go2.pl