



Przyczyny oraz charakterystyka psychopatologiczna usiłowanych i dokonanych samobójstw pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie

Causes and psychopathological characteristics of suicides attempted and committed by psychiatric inpatients

ŚLAWOMIR SZUBERT, PIOTR WIERZBIŃSKI, MAŁGORZATA SZPILEWSKA,
ANTONI FLORKOWSKI, MARTA STROMBEK-MILCZAREK

Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Cel. Przegląd dotyczy zagadnienia samobójstw wśród osób chorych psychicznie. Akty samobójcze dokonywane przez nie są często przedmiotem zainteresowania, jednak poglądy na to zagadnienie niejednokrotnie wydają się sprzeczne.

Poglądy. Najczęściej badane są cechy osobowości niedoszłych samobójców, jak również objawy chorób psychicznych, zwłaszcza spełniających kryteria psychozy. Podnosi się, że istotnym czynnikiem ryzyka czynu suicydalnego jest właśnie choroba psychiczna. Liczne badania wskazują, że wśród osób, które leczą się z powodu zaburzeń psychicznych samobójstwa zdarzają się częściej, niż w ogólnej populacji.

Wnioski. Z uwagi na wagę zagadnienia istnieje potrzeba dalszego poszukiwania przyczyn i uwarunkowań podejmowania prób samobójczych przez osoby hospitalizowane psychiatrycznie, by w ten sposób skuteczniej im zapobiegać.

SUMMARY

Background. The presented review deals with the problem of suicide among the mentally ill. Suicidal behaviors in this group are often an object of interest, but opinions on this subject seem contradictory in many cases.

Views. Suicide attempters' personality traits and symptoms of their mental disorders, especially those meeting the criteria for psychosis, have been investigated most often. Mental illness is commonly regarded as a significant risk factor for suicidal acts. Numerous studies indicate that suicide rates among persons treated for mental disorders are higher than these in the general population.

Conclusions. Due to the importance of this problem further research into the causes and determinants of suicide attempts among psychiatric inpatients is needed to prevent such behaviors more effectively.

Słowa kluczowe: samobójstwo / hospitalizacja psychiatryczna

Key words: suicide / psychiatric hospitalization

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w roku 2000 samobójstwa dokonało 814 tysięcy osób, a znacznie więcej próbowało popełnić. W ciągu ostatnich 45 lat wskaźnik samobójstw w niektórych krajach wzrósł nawet o 60% [1]. W Polsce w przybliżeniu notuje się 5000 zgonów samobójczych na rok, co mniej więcej stanowi 1,5% wszystkich przypadków zgonów (15 osób na 100 tysięcy), a próby samobójcze podejmuje 90 tys. osób (225 osób na 100 tysięcy). Wg statystyk policyjnych w roku 2008 odnotowano w Polsce ogółem 3964 samobójstwa, z czego większość stanowili mężczyźni (3333), a jedynie 631 przypadków odnotowanych samobójstw zostało popełnionych przez kobiety. Polska plasuje się mniej więcej w połowie jeżeli chodzi o wskaźnik samobójstw na świecie. Choroba psychiczna stanowi drugie – za alkoholizmem (który jest często okolicznością popełnienia aktu samobójczego) – co do powszechności uwarunkowanie zamachów samobójczych. O ile Hołyst, powołując się m.in. na statystyki policyjne i Głównego Urzędu Statystycznego odnoszące się do danych z lat 1994-2000

stwierdza, iż maleje jednak liczba samobójstw warunkowanych chorobą psychiczną, o tyle z pewnością maleje liczba tego rodzaju określeń urzędowych jako motywu samobójstwa [2, 3, 4].

Zgodnie z definicją z 1986 roku zaproponowaną przez WHO samobójstwo „jest aktem o skutku śmiertelnym, który zmarły ze świadomością i oczekiwaniem takiego skutku sam zaplanował i wykonał w celu spowodowania zmian przez siebie pożądanых (upragnionych)” [2]. Termin ten – powszechnie znany – jest różnie definiowany przez autorów. Według Durkheima samobójstwo to zgon (czyli przypadek śmierci) będący wynikiem działania jednostki wobec siebie. Stengel mówi o akcie samouszkodzenia, który wyklucza pewność przeżycia. Natomiast Weisman określa je jako zachowanie zagrażające życiu, które kończy się zgonem [2]. W zależności od skutku można mówić o samobójstwie dokonanym bądź usiłowanym.

Samobójstwo występuje w wielu zaburzeniach psychicznych. W ponad 90% przypadków dokonanych samobójstw stwierdzono pojedyncze lub współwystępujące zaburzenia

psychiczne. Do najczęściej występujących czynników ryzyka samobójstwa zalicza się: alkoholizm, depresja, schizofrenia oraz wg innych autorów również zaburzenia osobowości. Biorąc pod uwagę poszczególne zaburzenia psychiczne, wskaźniki ryzyka w ciągu życia przedstawiają się następująco: zaburzenia związane z alkoholem i substancjami psychoaktywnymi 2-3%, zaburzenia paniczne 7-15%, schizofrenia 10% natomiast zaburzenia afektywne 15% [3].

Za istotne czynniki ryzyka zagrożenia czynem suicydalnym uważa się również wcześniejsze próby samobójcze, starszy wiek pacjenta, samotność, istnienie przewlekłych chorób, z nasilonymi dolegliwościami bólowymi oraz ograniczeniem sprawności. W dalszej kolejności wymienia się młodych dorosłych i nastolatki z różnego rodzaju kryzysami i problemami, osoby znajdujące się w traumatycznych i kryzysowych sytuacjach związanych ze zmianami życiowymi. Jako ostatnią grupę wymienia się ludzi z bolesnymi, chronicznymi, ograniczającymi funkcjonowanie codzienne oraz okaleczającymi chorobami fizycznymi [2, 5]. Wśród osób cierpiących z powodu zaburzeń nastroju (na przestrzeni całego życia) ryzyko samobójstwa wynosi 15%, u chorych na schizofrenię 10%, zaś wśród alkoholików 3–4% (wskaźnik dla całej populacji wynosi 1,4%) [5]. Co warto podkreślić, dokonana próba samobójcza zwiększa ryzyko samobójstwa do poziomu od pięćdziesięciu do stu razy wyższego niż poziom ryzyka w populacji ogólnej, a ryzyko jest największe w ciągu roku po dokonaniu próby samobójczej, i wynosi do 2%. W kolejnych 5–10 latach ryzyko to wynosi natomiast co roku około 1% [6].

W powszechnym mniemaniu chorobą, która może wiązać się z podejmowaniem prób samobójczych jest depresja. Etiologia samobójstw jest złożona. W grupie chorych z zaburzeniami afektywnymi 50% samobójstw popełniają osoby w fazie ciężkiej depresji lub po jej zakończeniu [5]. Badacze wskazują, że należy zwrócić szczególną uwagę na pacjentów wracających do zdrowia. W tym czasie zaczynają działać leki zwiększające napęd, jednak nastrój może być nadal obniżony, a to może pociągać za sobą zachowania samobójcze. Van Praag wyróżnił serotoninergiczno-kortyzolowo-lękową depresję charakteryzującą się lękiem, agresją, autoagresją, impulsywnością, małą tolerancją na stres i jednocześnie nieznanym obniżeniem nastroju. Doniesienia naukowe potwierdzają, że ten szczególny typ depresji w istotny sposób może predestynować do podjęcia samobójstwa [6, 7].

Badania potwierdzają także podejmowanie prób samobójczych wśród pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową (CHAD). W przypadku CHAD wśród czynników ryzyka wcześniejszego samobójstwa podkreśla się podejmowanie prób w przeszłości, uzależnienie od alkoholu i środków psychoaktywnych, brak wsparcia społecznego, dysfunkcyjna rodzina, poczucie beznadziei oraz obecność fazy depresyjnej [8].

Natomiast wśród pacjentów psychotycznych zaobserwowano, że ryzyko popełnienia samobójstwa jest większe u tych, którzy jednocześnie mają stwierdzone zaburzenia osobowości [9].

Poszukując przyczyn podejmowania prób samobójczych przez pacjentów psychiatrycznych badacze zwracali

uwagę na różne aspekty funkcjonowania pacjentów. Badając czynniki warunkujące akty samobójcze i akty przemocy wśród hospitalizowanych nastolatków zaobserwowano pewne zachodzące na siebie, a jednak odrębne wzory przewidywania ryzyka samobójczego i ryzyka przemocy. Płeć żeńska, niska samoocena, depresja, uzależnienie od leków oraz ryzyko stosowania przemocy wobec pacjenta są czynnikami predestynującymi do popełnienia czynu suicydalnego [10].

Starano się również określić, czy istnieją różnice osobowościowe między osobami podejmującymi próby samobójcze, tymi, które ich nie podejmują, a tymi, które je sobie wyobrażają. Wyniki badań wskazują, że samobójstwa usiłowane i wyobrażone mogą pochodzić z odrębnych, choć nachodzących na siebie „konstruktów” osobowości [11]. Różnice w osobowości pacjentów psychiatrycznych, którzy podejmowali próby samobójcze, a tych którzy ich nie podejmowali dotyczą wyższego poziomu poszukiwania nowości i unikania krzywdy u tych pierwszych. Cechy charakteru odgrywają główną rolę w rozumieniu zachowań samobójczych wśród pacjentów psychiatrycznych [12].

Pomimo propozycji diagnozy „nienormalnej osobowości” prezentowanej w publikacjach dotyczących problematyki samobójstw, badania – w których stosowano różnorodne testy psychologiczne – jak dotąd nie potwierdziły istnienia charakterologicznie odrębnej jednostki „samobójczej” [13]. Jednak nadmienić trzeba, że ryzyko popełnienia samobójstwa w ciągu życia przez pacjentów cierpiących na zaburzenia graniczne osobowości wynosi 7% [3].

Rola jaką odgrywają neuroprzebieżki w zaburzeniach psychicznych jest obecnie dość dobrze znana. Niski poziom metabolitów serotoniny w płynie mózgowo-rdzeniowym obserwowany u pacjentów psychiatrycznych (depresja, zaburzenia osobowości, schizofrenia) oraz możliwy też u zdrowych osób, prawdopodobnie zwiększa ryzyko samobójstwa. Pewną rolę mogą odgrywać inne biologiczne czynniki ryzyka, takie jak np.: nieprawidłowa aktywacja osi podwzgórze-przysadka. Prawdopodobnie może być ona obecna w różnych formach zachowań impulsywnych: samobójstwach, podpaleniach, morderstwach, alkoholizmie, cechach osobowości „odhamowanej” i innych, wskazujących marker podatności na zranienie, szczególnie w sytuacjach kryzysowych. Obniżone stężenia serotoniny w ośrodkowym układzie nerwowym głównie w ośrodkach odpowiedzialnych za zachowanie i kontrolę afektu nasila zachowania impulsywne mogące być przyczyną czynów suicydalnych [14].

Pacjenci psychiatryczni, którzy podjęli próbę samobójczą oraz zachowujący się w sposób agresywny i „nastawiony” względem innych charakteryzują się wyższym poziomem wrogości i depresji. Osoby przejawiające zachowania agresywne doświadczają nadmiernej ekspresji. Są otwarcie atakujący i wrodozy wobec innych oraz werbalizują złość i wrogość. Pacjenci po próbach samobójczych wydają się doświadczać złość i wrogość w bardziej intrapunitwny i zamaskowany sposób, ujawniając wyższy poziom winy i depresji [15].

Przyjmuje się, że próba samobójcza w przeszłości jest wskaźnikiem zwiększonego przyszłego ryzyka samobój-

czego. Z drugiej jednak strony 50% pacjentów psychiatrycznych, którzy popełnili samobójstwo, nigdy wcześniej nie podejmowało prób samobójczych. Porównanie pacjentów psychiatrycznych, którzy popełnili samobójstwo przy pierwszej próbie z tymi, którzy mieli wcześniejsze próby nie wykazało znaczących różnic w zakresie zmiennych socjodemograficznych i klinicznych. Jednak pacjenci z diagnozą zaburzenia afektywnego, którzy popełnili samobójstwo przy pierwszej próbie mieli znacząco mniej hospitalizacji niż pacjenci depresyjni, którzy dokonali samobójstwa po uprzednich próbach. A zatem brak wielu wcześniejszych hospitalizacji wśród pacjentów depresyjnych nie może stanowić wskaźnika dla niskiego ryzyka samobójczego [16].

Próbowano również określić różnice dotyczące pacjentów psychiatrycznych oraz ich leczenia pomiędzy tymi, którzy popełnili i nie popełnili samobójstwa. Nie obserwowano wyraźnych różnic między tymi grupami pacjentów, choć wykazano, że częściej byli to mężczyźni, hospitalizowani w ostatnim czasie bądź mający inny kontakt ze służbą zdrowia [17].

W wielu krajach prowadzono badania dotyczące śmiertelności wśród długoterminowych pacjentów psychiatrycznych. Śmiertelność w tej grupie osób jest większa niż w ogólnej populacji, zarówno z przyczyn naturalnych jak i nienaturalnych [18, 19]. Inni badacze wskazują, że pozostaje ona wysoka i wydaje się wzrastać [20]. Natomiast dane uzyskane we Włoszech wskazują, że po wypisaniu ze szpitala śmiertelność pozostaje wysoka, jednak nie obserwowano wzrostu związanego z przebywaniem w szpitalu [19].

Największy wskaźnik nadmiernej śmiertelności jest związany z samobójstwem, chociaż wskaźniki śmiertelności są znacząco podwyższone dla wszystkich głównych przyczyn śmierci [20]. Badania z Północnej Finlandii wskazują, że w grupie najmłodszych pacjentów w wieku 25-34 lata, przyczyną śmierci wśród 75% z nich było samobójstwo [18]. Inne badania również wskazują, że pacjenci psychiatryczni mieli wyraźnie podwyższone ryzyko samobójstw w porównaniu z populacją ogólną, przy czym było ono istotnie wyższe dla kobiet [21, 22].

W grupie pacjentów psychiatrycznych osoby z psychozami o podłożu organicznym, uzależnieni lub nadużywający leków wykazują większe ryzyko śmierci niż ogólna populacja dla wszystkich przyczyn zgonów. W badaniach nie wykazano jednak związku pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a zaburzeniami psychicznymi. W przypadku psychoz organicznych istnieje większe ryzyko śmierci w wyniku etiologii sercowo-naczyniowej i oddechowej oraz nienaturalnych zgonów niż w populacji ogólnej. Schizofrenia, uzależnienie od alkoholu/leków i neurotyzm/zaburzenia osobowości pociągają za sobą większe ryzyko śmierci z powodu chorób wątroby. Natomiast większe ryzyko śmierci w wyniku samobójstwa lub wypadku występuje wśród osób cierpiących na główne zaburzenia afektywne [23].

Prowadzono wiele badań dotyczących podejmowania prób samobójczych przez pacjentów psychiatrycznych po wypisaniu ze szpitala. Ryzyko to jest najwyższe w ciągu pierwszych 7 dni po wypisaniu ze szpitala i maleje znacznie od momentu wypisania [22].

Zatrważające dane pochodzą z Hong Kongu, gdzie zbadało 73 pacjentów psychiatrycznych wypisanych w latach 1996-1999. Blisko 80% z nich zmarła w wyniku popełnienia samobójstwa w przeciągu roku od momentu wypisania ze szpitala [24]. Jako okres szczególnie niebezpieczny dla pacjentów popełniających samobójstwo uważa się pierwszych kilka miesięcy po wypisie ze szpitala. Około 1/4 samobójstw następujących po opuszczeniu szpitala jest popełnianych w ciągu pierwszych trzech miesięcy, co więcej – często w pierwszym tygodniu, a nawet w pierwszym dniu po wypisie. Symptomatyczne wydaje się być, iż około 2/5 zamachów po okresie hospitalizacji dokonano przed pierwszą wizytą u lekarza [1].

Pacjenci psychiatryczni, którzy zmarli przed wypisaniem ze szpitala, w ciągu roku od wypisania, bądź w ciągu roku od ostatniego kontaktu z lekarzem psychiatrą, z powodu samobójstwa wykazywali znaczące różnice w stosunku do innych osób, które popełniły samobójstwo. U osób tych częściej w rodzinie występowały choroby psychiczne, w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała miejsce próba samobójcza, w ostatnim miesiącu groźba samobójcza, śmierć z powodu przedawkowania przepisanych leków, obecne symptomy depresji, a także kontakt z lekarzem w tygodniu poprzedzającym śmierć [25]. Z powyższych względów zasadne byłoby umieszczenie informacji o wcześniej podejmowanych próbach w dokumentacji medycznej, co z pewnością ułatwiałoby dalsze monitorowanie tej grupy pacjentów.

Warto również zwrócić uwagę na samobójstwa pacjentów psychiatrycznych dokonane w dzień po wypisie ze szpitala. Powtarzające się tego rodzaju tragedie mogą wskazywać na zaniedbanie i błędne ocenienie ciężkości objawów. Może też być to fatalną w skutkach konsekwencją zamieszania w wyniku reorganizacji danej placówki, łączącą się z presją redukcji liczby miejsc w placówce. Tego typu sytuacje ukazują, że wpływ wewnętrznych czy zewnętrznych nacisków na personel i środowiska terapeutyczne może skutkować poważnymi konsekwencjami związanymi z podstawowymi zadaniami opieki medycznej [26].

Badania prowadzone wśród pacjentów psychiatrycznych po podjętej próbie samobójczej wskazują, że w ich opinii ważne miejsce zajmuje dobra opieka, otrzymywanie zrozumienia i potwierdzenia. Natomiast ich brak może prowadzić do poczucia bycia dla innych ciężarem, żądania wypisania ze szpitala, a nawet do kolejnej próby samobójczej. Słowny kontakt z personelem jest pomocny dla procesu leczenia i dla „chęci życia” [27].

Pacjenci z suicydalnymi wyobrażeniami częściej odczuwali potrzebę leczenia psychiatrycznego niż pacjenci „nisuicydalni”. Oni również częściej byli skłonni przyjmować leki antydepresyjne i powszechniejsze były wśród nich sesje terapeutyczne. Pragnienie zmiany terapeuty, brak nadziei na przyszłość, ciężka depresja (oceniana wg skali Becka) oraz dystymia były najsilniej powiązane z wyobrażeniami suicydalnymi. Pragnienie zmiany terapeuty jest wyrazem niezadowolenia z terapii, co może być najsilniej z powyższych czynników powiązane z wyobrażeniami suicydalnymi wśród pacjentów psychiatrycznych. Stąd też należy zwracać szczególną uwagę na terapię, by w ten

sposób pomagać zwalczać zachowania samobójcze wśród pacjentów psychiatrycznych [28].

Analiza porównawcza nastoletnich pacjentów psychiatrycznych ze Stanów Zjednoczonych i Izraela wskazuje, że chorzy z USA wykazują znacząco wyższy poziom zachowań suicydalnych i większy odsetek rozpoznania depresji [29]. Inne badania zwracają uwagę na większą liczbę samobójstw usiłowanych oraz większą liczbę samobójczych czynników wyzwalających (konflikty rodzinne, problemy w miejscu pracy, życzenie śmierci, samotność, problemy finansowe oraz zaburzenia psychiczne) wśród pacjentów amerykańskich niż pakistańskich [30].

Różnice mogą wynikać z mniejszej tolerancji lub innej percepcji odmiennego zachowania w USA, a także różnic kulturowych [29]. Kulturowe zakazy dotyczące zamachu na własne życie, stosunek do śmierci, mają duży wpływ na liczbę samobójstw. W krajach katolickich i muzułmańskich, które zdecydowanie potępiają samobójstwo wskaźnik ten jest zdecydowanie niższy. W zasadzie większość społeczeństw zdecydowanie nie akceptuje samobójstwa, a ponadto część traktuje je jako zbrodnię i grzech. Pomimo wielu prób określenia i doprecyzowania czynników protekcyjnych nie udało się jednoznacznie ich zdefiniować, aczkolwiek niektóre badania wskazują, iż ludzie pragnący popełnić samobójstwo i myślący o nim, jako powód powstrzymania się przed tym czynem, podają motywy religijne, strach przed bólem i – jeśli mają dzieci – troskę o nie. Podobną wartość mają stabilne relacje międzyludzkie [6].

Problematyka samobójstw jest nadal aktualna i istotna zarówno w leczeniu psychiatrycznym, jak i w praktyce lekarza pierwszego kontaktu. Szersze jej poznanie może przyczynić się do lepszego zrozumienia problemów pacjentów zagrożonych czynem suicydalnym oraz do skuteczniejszego zapobiegania im.

PIŚMIENNICTWO

- Wright P, Stern J, Phelan M. *Psychiatria – Sedno*, tom 2. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 2008.
- Holyst B. *Suicydologia*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis; 2002.
- Petit JR. *Psychiatria Ratunkowa*. Wrocław: Elsevier Urban &Partner; 2007
- <http://www.policja.pl/portal/pol/4/326/Samobojstwa.html>
- Carson RC, Butcher JN, Mineka S. *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk: GWP; 2003.
- Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz RD. *Kompendium psychiatrii psychoterapii medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
- Florkowski A, Zboralski K, Galecki P. *Zachowania agresywne i suicydalne w przebiegu zaburzeń depresyjnych i lękowych*. *Suicydologia*. 2006; 2 (1): 64-68.
- Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Leppämäki A, Arvilommi P, Isometsä ET. *Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder*. *Bipolar Disorders*. 2006; supplement 8: 576-585.
- Moran P, Walsh E, Tyrer P, Burns T, Creed F, Fahy T. *Does co-morbid personality disorder increase the risk of suicidal behaviour in psychosis?* *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 107 (6): 441-448.
- Becker DF, Grilo CM. *Prediction of Suicidality and Violence in Hospitalized Adolescents: Comparisons by Sex*. *Can J Psychiatry*. 2007; 52 (9): 572-580.
- Gil S. *Suicide Attempters vs. Ideators: Are There Differences in Personality Profiles?* *Archives of Suicide Research*. 2005; 9 (2): 153-161.
- Gil S. *The Role of Personality Traits in the Understanding of Suicide Attempt Behavior Among Psychiatric Patients*. *Archives of Suicide Research*. 2003; 7 (2): 159-166.
- Pallis DJ, Birtchnell J. *Personality and Suicidal History in Psychiatric Patients*. *J Clin Psychol*. 1976; 32 (2): 246-253.
- Bourgeois M. *Serotonin, Impulsivity and Suicide, Psychopharmacology: Clinical & Experimental*. 1991; 6: 31-36.
- Maiuro RD, O'Sullivan MJ, Michael MC, Vitaliano PP. *Anger, Hostility, and Depression in Assaultive vs. Suicide-Attempting Males*. *J Clin Psychol*. 1989; 45 (4): 531-541.
- Roy A. *Depressed patients who suicide at their first attempt have had few admissions*. *Depress Anxiety*. 1999; 9 (2): 75-77.
- Pirkis J, Burgess P, Jolley D. *Suicide among psychiatric patients: a case-control study*. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002; 36 (1): 86-91.
- Räsänen S, Hakko H, Viilo K, Meyer-Rochow VB, Moring J. *Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003; 38 (6): 297-304.
- D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E. *Mortality in long-stay patients from psychiatric hospitals in Italy: Results from the Qalyop Project*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003; 38 (7): 385-389.
- Lawrence D, Jablensky AV, Holman CDJ, Pinder TJ. *Mortality in Western Australian psychiatric patients*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000; 35 (8): 341-347.
- Ringbäck WG, Gullberg A, Rosén M. *Avoidable mortality among psychiatric patients*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998; 33 (9): 430-437.
- Lawrence D, D'Arcy C, Holman J, Jablensky AV, Fuller SA, Stoney AJ. *Increasing rates of suicide in Western Australian psychiatric patients: a record linkage study*. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 104 (6): 443-451.
- Salazar-Fraile J, Gómez-Beneyto M, Pérez-Hoyos S, Hurtado-Navarro I. *Mortality among psychiatric patients referred to the mental health services in Valencia*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998; 33 (5): 224-229.
- Yim PHW, Yip PSF, Li RHY, Dunn ELW, Yeung WS, Miao YK. *Suicide after discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study in Hong Kong*. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004; 38 (1/2): 65-72.
- King EA. *The Wessex Suicide Audit 1988-1993: A study of 1457 suicides with and without a recent psychiatric contact*. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2001; 5 (2): 111-118.
- Hintikka J, Viinamäki H. *Suicide within a day of discharge – failure of risk assessment?* *Nordic Journal of Psychiatry*. 1998; 52 (1): 15-21.
- Samuelsson M, Wiklander M, Åsberg M, Saveman BI, Samuelsson M. *Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient*. *J Adv Nurs*. 2000; 32 (3): 635-643.
- Hintikka J, Viinamäki H, Koivumaa-Honkanen HT, Saarinen P, Tanskanen A, Lehtonen J. *Risk factors for suicidal ideation in psychiatric patients*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998; 33 (5): 235-240.

29. Cohen Y, Spirito A, Apter A, Saini S. A Cross-Cultural Comparison of Behavior Disturbance and Suicidal Behavior Among Psychiatrically Hospitalized Adolescents in Israel and the United States. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1997; 28 (2): 89-102.
30. Farooqi YN. Comparative Study of Suicide Potential Among Pakistani and American Psychiatric Patients. *Death Studies.* 2004; 28 (1): 19-46.

Wpłynęło: 16.02.2009. Zrecenzowano: 30.03.2009. Przyjęto: 09.11.2009.

Adres: mgr Marta Strombek-Milczarek, Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Szpital im. J. Babińskiego, Oddział XI B, ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź, tel.0-42-6521289, e-mail: marta.strombek@wp.pl.