



## Czynniki ryzyka samobójstwa w schizofrenii

### *Suicide risk factors in schizophrenia*

KATARZYNA SIEROSŁAWSKA, JOANNA MEDER

Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Cel.* Przedstawienie poglądów na temat ryzyka podejmowania prób samobójczych przez chorych na schizofrenię. **Poglądy.** Próby samobójcze pojawiają się u pacjentów chorych na schizofrenię zdecydowanie częściej niż wynosi średnia w populacji. Szacuje się, że 20–40% tych chorych podejmuje próby samobójcze, a 10–13% popełnia samobójstwo. Powszechność tego zjawiska pozwala na wyodrębnienie specyficznych dla tej zbiorowości czynników ryzyka jakimi są: płeć męska, okres pierwszych dziesięciu lat choroby, okres bezpośrednio po ostrym epizodzie psychiatrycznym i w ciągu pierwszych 6 miesięcy po hospitalizacji, wcześniejsze próby samobójcze, silne objawy depresji. Możliwe jest również wskazanie specyficznych, najczęściej wybieranych przez chorych metod. Poza identyfikacją czynników ryzyka profilaktyce może także sprzyjać ochronne działanie nowoczesnych leków antypsychotycznych.

**SUMMARY.** *Aim.* To present current views on the risk for suicide attempted by patients with schizophrenia. **Review.** The prevalence of suicide attempts among patients with schizophrenia is much higher than that in the general population. It is estimated that about 20–40% of these patients attempt suicide, and 10–13% – commit suicide. Since this phenomenon is so widespread, the following risk factors specific for this group of patients could be distinguished: male sex, the first ten years of the illness, the period immediately following a psychotic episode and within the first six months of hospitalisation, earlier suicide attempts, and severe depressive symptoms. Moreover, specific modes of committing suicide most frequently chosen by the patients can be also distinguished. Apart from identification of the risk factors, protective action of new generation antipsychotic drugs may contribute to suicide prevention.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / ryzyko samobójstwa

**Key words:** schizophrenia / suicide risk

---

Problem samobójstw jest najpoważniejszą i najczęstszą przyczyną śmierci chorych psychicznie. Od lat wiadomo, że jeśli chodzi o pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, próby te są zwykle ciężkie i mogą prowadzić do śmierci lub kalectwa. Problem samobójstw w ogóle od kilku lat narasta w Polsce i często próba samobójcza staje się pierwszym momentem kontaktu z psychiatrą. W roku 1989 w Polsce wg statystyk policyjnych odnotowano 3657 prób samobójczych, w 1999 r. liczba ta wzrosła do 5182, a w 2001 r. przekroczyła 6000 i nadal ma tendencję wzrastającą [1]. Nie są to jednak dane pełne, ponieważ znacząca część zamachów

samobójczych umyka statystykom policyjnym i nigdy nie jest odnotowywana. Szacuje się ponadto, że stosunek liczby samobójstw do liczby prób samobójczych jest jak, według ocen różnych badaczy, 1:6, 1:20, a nawet 1:50. Liczba faktycznych prób samobójczych jest więc zawsze znacznie większa [2].

### OCENA RYZYKA

Osoby cierpiące na schizofrenię znacząco częściej niż pozostała część populacji mają myśli i tendencje samobójcze [3]. Według autorów raportu o próbach samobójczych

w schizofrenii 20–40% chorych podejmuje próby samobójcze, a 10–13% popełnia samobójstwo [4]. Zdecydowana większość tych, którzy popełnili samobójstwo nie dokonała tego za pierwszym razem, ale poprzedzały je próby. Ponieważ zjawisko to jest tak powszechne, oczywista wydaje się potrzeba prowadzenia badań i, w konsekwencji, wyodrębnienie czynników ryzyka, których zdefiniowanie byłoby przydatne dla celów klinicznych. Wyniki przeprowadzonych dotąd badań sugerują, że istnieją specyficzne zmienne demograficzne i kliniczne, które są związane z występowaniem prób samobójczych u chorych na schizofrenię, ale powiązania te są często niespójne. Autorzy wcześniejszych badań zgadzają się, że mężczyźni popełniają samobójstwo częściej niż kobiety, choć nie różnią się pod względem liczby dokonywanych prób. Ryzyko zachowań samobójczych jest wysokie w ciągu całego życia, ale najczęściej zachowań samobójczych notuje się w ciągu pierwszych dziesięciu lat choroby. Ryzyko jest także wyższe bezpośrednio po wystąpieniu ostrego epizodu psychotycznego i w trakcie pierwszych sześciu miesięcy po hospitalizacji. Również takie czynniki jak duża depresja i nadużycie leków zwiększają ryzyko prób samobójczych osób cierpiących na schizofrenię. Autorzy raportu badali zarówno osoby cierpiące na schizofrenię, które podejmowały próby samobójcze, jak i chorych, którzy takich prób nie dokonywali. Celem badań było opisanie osób cierpiących na schizofrenię i zaburzenia schizoafektywne, które podjęły próby samobójcze i porównanie ich z osobami chorymi na schizofrenię, które nie wykazują myśli i tendencji samobójczych. Do badania zakwalifikowano 156 osób, u 72% badanych rozpoznano schizofrenię, a u 28% zaburzenia schizoafektywne. Uzyskane wyniki wykazały, że 33% badanych ujawniło co najmniej jedną próbę samobójczą, a 60% z nich podejmowało te próby wielokrotnie. Nie było znaczących różnic w ilości prób między chorymi na schizofrenię i cierpiącymi na zaburzenia schizoafektywne. 52% badanych przyznało się do podejmowania prób

z silnym postanowieniem śmierci. Stwierdzono, że próby samobójcze podejmowane przez chorych na schizofrenię są znacznie bardziej poważne niż w pozostałej zbiorowości. Rzadko podejmowane są tylko jako groźba, a znacznie częściej dokonywane są z prawdziwym zamiarem odebrania sobie życia. Najczęstsze metody to przedawkowanie leków, podcięcie żył, skok i powieszenie [5]. Hołyst kwalifikuje próby samobójcze do dwóch kategorii. Pierwsza kategoria obejmuje sposoby „miękkie”, czyli np. zatrucia lekami. Druga kategoria grupuje sposoby „twarde”, np. powieszenie się lub podcięcie żył. Podejmowanie próby o charakterze „miękkim” często świadczy o jej demonstracyjnym charakterze, próby „twarde” natomiast wskazują na determinację w zachowaniach samobójczych [2].

Najważniejszy wymieniany przez pacjentów powód prób samobójczych – to depresja, chociaż nie wiadomo czy dana osoba spełniała kryteria dużej depresji w czasie, kiedy wystąpiła próba samobójcza. Następny powód to utrata małżonka lub partnera. Ponieważ znaczna część badanych nie pozostawała w związkach małżeńskich częściej nawiązywali oni romanse, których niepomyślne zakończenia były boleśnie odczuwane. Inne wymieniane powody to uciążliwe objawy psychotyczne, halucynacje, stresujące sytuacje życiowe, nadużycie leków, chęć zwrócenia na siebie uwagi. Ponad 80% badanych podejmowało pierwsze próby samobójcze w ciągu pierwszych pięciu lat choroby, co sugeruje, że ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych jest wyższe na początku zachorowania [5]. Występowanie objawów klinicznych nie różnicowało pacjentów, którzy podejmowali próby samobójcze i tych, którzy takich prób nie podejmowali. Stanowią one jednak w określonych sytuacjach znaczące czynniki ryzyka – depresja zwiększała ryzyko zachowania samobójczego u osób, które podejmowały już próby samobójcze w przeszłości. Zaletę tych badań stanowi fakt, że grupa badanych była dość liczna i reprezentatywna. Istnieje jednak także szereg ograniczeń. Przede wszystkim w badaniu wzięli

udział tylko pacjenci, którzy wyrazili na to zgodę, co wykluczyło pewną zbiorowość, możliwe, że różniącą się istotnie od badanej grupy. Autorzy nie podali odsetka odmów. Założenie wymagania zgody pacjenta ogranicza możliwości generalizacji na szersze zbiorowości. Ważny jest również fakt, że zachowanie samobójcze było oddalone w czasie od okresu badania, co nie pozwala uchwycić relacji między zachowaniem samobójczym a specyficznymi czynnikami ryzyka, zbliżonymi w czasie do wystąpienia próby. Najpoważniejsze ograniczenie badań jest związane z ich zaletą, czyli reprezentatywnością. Grupa była dość liczna, jednak nie na tyle, aby można było w jej obrębie wyznaczyć podgrupy i wyznaczyć dla nich specyficzne czynniki ryzyka.

Z tym problemem zmierzili się Marc De Hart i wsp., którzy zajęli się identyfikacją czynników ryzyka popełnienia samobójstwa u młodych osób cierpiących na schizofrenię [6]. Uznali oni to zadanie za szczególnie ważne ze względu na fakt, że samobójstwo jest najczęstszą przyczyną śmierci osób chorych na schizofrenię [7, 8, 9]. Prowadzone dotąd badania nie zdołały wykazać istnienia czynników ryzyka, których określenie pomogłoby zredukować liczbę popełnianych samobójstw. Najpoważniejsze trudności w ocenie stwarzało: wymieszanie grup wiekowych pacjentów z przewagą uwzględnienia chorych w starszym wieku, co nie pozwala odnieść wyników do młodszej zbiorowości, badanie grup pacjentów reprezentatywnych dla całej zbiorowości chorych na schizofrenię, co powoduje, że wyniki są zbyt ogólne, badanie tylko pacjentów hospitalizowanych, badanie zbyt małej liczby pacjentów i zbyt małej liczby przypadków samobójstw, badanie za małej ilości zmiennych, niewykorzystanie w badaniach grupy kontrolnej. W wyniku badań powstał ogólny obraz chorego na schizofrenię zagrożonego zachowaniem samobójczym. Jest on młodym mężczyzną, we wczesnym stadium choroby, u którego występują cykliczne pogorszenia stanu zdrowia i remisje. Ten obraz jest jednak za mało szczegóło-

wy, aby mógł być wykorzystany w praktyce. Zbyt wielu pacjentów może odpowiadać temu opisowi i nie pomoże on lekarzom w identyfikacji pacjentów wysokiego ryzyka. Wartość badań prowadzonych przez De Harta i wsp. podkreśla fakt, że zakwalifikowano do nich dużą liczbę osób (870 pacjentów), wykorzystano informacje dotyczące dłuższego okresu życia pacjenta, badania prowadzono przez długi okres czasu (11,4 lat), wykorzystano grupę kontrolną i skoncentrowano się na jednej grupie pacjentów. Grupę docelową stanowiły osoby poniżej 30 roku życia w momencie przyjęcia do szpitala, z diagnozą schizofrenii lub zaburzenia schizoafektywnego. Wyniki wykazały, że nie było różnic między grupą kontrolną a grupą docelową ze względu na wiek wystąpienia pierwszych symptomów, wiek pierwszej konsultacji i wiek pierwszej hospitalizacji. Jednak chorzy, którzy popełnili samobójstwo mieli więcej hospitalizacji, które były także krótsze, więcej wcześniejszych prób samobójczych i byli bardziej skłonni wybierać metodę samobójstwa o największej skuteczności. 53 samobójstwa (52,4%) miały miejsce właśnie w trakcie hospitalizacji, ale tylko 9 z nich zostało popełnionych w szpitalu. Wyniki badań pozwoliły na identyfikację czynników ryzyka popełnienia samobójstwa przez młodych pacjentów, które zostały przedstawione w 6 grupach:

1. *Impulsywność* – chorzy, którzy popełniali samobójstwo, sześć razy częściej niż inni byli skłonni do gwałtownych zachowań, a także dwa razy częściej można było oczekiwać, że wypiszą się ze szpitala mimo przeciwwskazań lekarskich. Prawdopodobieństwo ucieczki ze szpitala było w tej grupie pięć razy wyższe niż w grupie kontrolnej.
2. *Zachowania samobójcze* – chorzy, którzy popełnili samobójstwo, pięć razy częściej niż inni byli skłonni komunikować zamiar popełnienia samobójstwa, a także prawie pięć razy częściej podejmowali próby samobójcze. Prawdopodobieństwo wyboru metody samobójstwa o największej

skuteczności było w tej grupie jedenaście razy wyższe niż w grupie kontrolnej.

3. *Leczenie* – chorzy, którzy popełnili samobójstwo, trzy razy częściej niż inni brali leki antydepresyjne w okresie trwania badania. Prawdopodobieństwo przyjęcia tych pacjentów do szpitala wbrew ich woli było siedemnaście razy wyższe niż chorych z grupy kontrolnej.
4. *Stan zdrowia w okresie trwania badania* – chorzy, którzy popełnili samobójstwo, dwa razy częściej niż inni przebywali w szpitalu i częściej niż grupa kontrolna byli w depresji lub mieli objawy psychotyczne.
5. *Czynniki ochronne* – członkowie grupy kontrolnej częściej niż grupa docelowa mieli szansę uzyskać opiekę opartą na społeczności, brać udział w codziennych aktywnościach i nie odczuwać objawów choroby.
6. *Rodzina* – chorzy, którzy popełnili samobójstwo, osiem razy częściej niż inni mieli w rodzinie przypadki popełnienia samobójstwa.

Według Millera i wsp. pacjenci, u których w rodzinach pojawiały się przypadki nadużywania alkoholu lub narkotyków byli bardziej podatni na uzależnienia od tych substancji, a także, w konsekwencji, bardziej skłonni do używania przemocy i samookaleczania się [10]. Potwierdzają tą tezę również ustalenia Smitha i Huckera. Badania te wykazały, że ryzyko zachowań samobójczych jest wyższe wśród pacjentów hospitalizowanych niż wśród pacjentów żyjących w społecznościach [11].

De Hart i wsp. w badaniach zmierzających do identyfikacji czynników ryzyka popełnienia samobójstwa wśród młodych ludzi cierpiących na schizofrenię zwrócili również uwagę na czynnik religijny. Ponieważ jednak analiza ta była w całości retrospektywna, nie uchwycono wpływu religii na zachowania samobójcze.

Znacznie dalej idącą próbą uściślenia problemu samobójstwa w schizofrenii, niż identyfikacja czynników ryzyka, jest stworzenie „Skali ryzyka samobójstwa w schizofrenii”

(*Schizophrenia Suicide Risk Scale, SSRS*), którego to zadania podjęła się grupa fińskich i kanadyjskich badaczy [12]. Inicjatywa ta była pewnym protestem przeciwko popularnemu przekonaniu, że samobójstwa w schizofrenii są nieprzewidywalne. Autorzy są zdania, że ponieważ pacjenci chorzy na schizofrenię, którzy popełniają samobójstwo są w bliższym kontakcie z systemem opieki psychiatrycznej niż ofiary samobójstw w całej populacji, to możliwe powinno być zapobieżenie przynajmniej części z tych przypadków. Skala SSRS została skonstruowana przede wszystkim w celu oceny krótkoterminowego ryzyka popełnienia samobójstwa w ciągu kilku pierwszych miesięcy po ocenie. Przedmiot badań stanowiły dwie grupy chorych: pacjenci chorzy na schizofrenię, którzy nie wykazywali myśli i tendencji samobójczych, oraz pacjenci chorzy na schizofrenię, którzy popełnili samobójstwo. Uwzględniono 25 pozycji, m.in.: płeć, wiek, czas trwania choroby, podtyp schizofrenii, utratę pracy, uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, depresję, agresję. Badania wykazały, że ani poprzednie agresywne zachowania ani skłonność do irytacji nie różnicowały obu grup, może to więc sugerować, że nie stanowią one czynników ryzyka. Stanowią je jednak komunikowane wcześniej zamiary samobójcze, poprzednie próby, utrata umiejętności potrzebnych do wykonywania pracy oraz depresja. Skala SSRS może więc być klinicznie użyteczna w identyfikacji pacjentów chorych na schizofrenię z szczególnie wysokim ryzykiem zachowań samobójczych, nie jest jednak przydatna dla pozostałych osób cierpiących na schizofrenię.

Większość badaczy zajmujących się problemem samobójstwa w schizofrenii zadaje sobie pytanie, co jeszcze może pomóc w profilaktyce. Problem roli leków antypsychotycznych nie cieszył się dużym zainteresowaniem badaczy w przeszłości, a wyniki dotychczasowych badań są co najmniej niespójne [13]. Badania Hussara wykazały, że liczba samobójstw wzrosła wraz z wprowadzeniem w 1955 r. leków antypsychotycznych. Tą sytuację może wyjaśnić fakt, że leczenie

umożliwiało pacjentom życie w mniej kontrolujących środowiskach, co dostarczało z kolei więcej okazji umożliwiających popełnienie samobójstwa. Badania Cohena przeprowadzone kilka lat później, uważane za pierwsze poprawne metodologicznie, wykazały, że prawdopodobieństwo przyjmowania leków antypsychotycznych było takie samo wśród pacjentów popełniający samobójstwo i w grupie kontrolnej. Co więcej, obie grupy nie różniły się także pod względem wielkości dawki. Cohen zasugerował, że stosowanie leków antypsychotycznych mogło zaowocować przedwczesnym optymizmem u personelu medycznego, co powodowało przedwczesne wypisy ze szpitala. Tą sugestią potwierdza fakt, że duża liczba samobójstw miała miejsce w krótkim czasie po nagłym przerwaniu przyjmowania leków. Z kolei wyniki badań Wilkinsona i Bacona oraz badania Johnsona opublikowane w latach osiemdziesiątych potwierdziły ochronne działanie leków antypsychotycznych [14]. Oczywiście wydawać się powinno więc, że im większa dawka leków tym większe ich ochronne działanie. Okazało się jednak, że zależność między samobójstwem i dawką nie jest linearna, ale ma postać odwróconego „U”. Niskie dawki są nieefektywne w zapobieganiu samobójstwu [15], a wysokie – ponieważ są związane z efektami ubocznymi lub z istniejącą cięższą postacią choroby, mogą być także związane z podwyższonym ryzykiem wystąpienia zachowania samobójczego [16].

Ocenę ryzyka popełnienia samobójstwa przez osobę chorą na schizofrenię dodatkowo komplikuje niemożność zdefiniowania motywów, które kierują pacjentami przy podejmowaniu decyzji. Bilikiewicz twierdzi, że w przebiegu schizofrenii występuje niedowład hamulców psychicznych, który powoduje, że nawet niewielkie podniety mogą powodować pojawienie się wściekłości, której efektem mogą być akty agresji zwrócone przeciwko otoczeniu lub sobie [17]. Korzeniowski wśród motywów popełnienia samobójstwa przez chorych na schizofrenię wymienia: nakaz usłyszany przez chorego,

protest przeciw otoczeniu i światu, treść urojenia prześladowczego oraz uwolnienie się od nieznośnych przeżyć. Stwierdza jednak, że motywów może być tak wiele, jak wiele jest w tej chorobie obrazów psychopatologicznych [18].

Próba samobójcza to jakby nagłe zatrzymanie się w połowie drogi. Czasem jest wynikiem nagłego, zbyt silnego do opanowania impulsu, a czasem wynikiem wielomiesięcznych zmagania z własnymi przemyśleniami i kompleksami. To trudny czas wahań, które absorbują na tyle, że zaburzają lub uniemożliwiają funkcjonowanie społeczne. Historia jednego z pacjentów obrazuje ogrom tragedii, jaką niesie z sobą próba samobójcza.

## OPIS PRZYPADKU

Pacjent J., obecnie lat 40. Jest jedynym synem rodziców muzykologów, sam również wybitnie utalentowany muzycznie. Prowadził aktywny tryb życia, uprawiał sport. Równoległe do nauki w Centrum Kształcenia Ustawicznego uczęszczał do średniej szkoły muzycznej, której dyplom uzyskał w 1983 r. Zaczął studia w Wyższej Szkole Muzycznej i wtedy właśnie po raz pierwszy wystąpiły w sposób ostry zaburzenia psychiczne. Leczenie farmakologiczne stopniowo poprawiło stan pacjenta tak, że zdołał zaliczyć pierwszy rok studiów. Wkrótce nastąpiło ostre pogorszenie stanu psychicznego, miał wówczas 24 lata. Zachowany dobry kontakt z matką sprawił, że zwierzył się jej z przeżywanego przez siebie ogromnego zagrożenia. Czuł się prześladowany, wiedział, że będzie zamordowany, słyszał także głosy nakazujące samobójstwo. Zrozpaczona matka wezwała karetkę pogotowia upatrując w tej decyzji jedyny ratunek dla syna. On jednak w stanie silnego lęku nagle i nieoczekiwanie, w obecności matki, wyskoczył z III piętra. obrażenia, które odniósł w wyniku skoku spowodowały kilkumiesięczny pobyt w szpitalu. Do połowy maja pacjent przebywał w Klinice Ortopedycznej AM, a następnie do października

w Oddziale Chirurgii Urazowej STOCER w Konstancinie. Przeszedł trzy bardzo poważne operacje korekcyjne, m.in. zespolenie kości udowej płytą kątową. Nastąpił długi okres rehabilitacji połączony z dużym wysiłkiem i mozolną pracą jego samego, rehabilitantów i matki. Związany on był także z ogromnymi nakładami finansowymi. Przez długi czas po wypadku pacjent nie był w stanie się poruszać, po rehabilitacji może chodzić o kulach, jednak zniekształcenie miednicy i lewej nogi jest tak poważne, że uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Pacjent porusza się z trudem i do końca życia pozostanie kaleką. To dramatyczne zdarzenie, a także stale utrzymujące się na pewnym poziomie objawy psychotyczne położyły kres wymarzonej przez rodzinę i jego samego karierze muzycznej. Nie zaprzestał jednak gry na instrumencie, komponował krótkie utwory muzyczne i pisał opowiadania. W późniejszym okresie pacjent zaczął akompaniować zespołom tanecznym i razem z jedną z koleżanek z oddziału dawał koncerty dla pensjonariuszy domu opieki społecznej. Rodzice pacjenta rozwiedli się kiedy był w szkole średniej i od tego czasu mieszkał tylko z matką. Matka pacjenta z dużym trudem odbudowywała wizerunek syna, wspierała go w podjętych działaniach. Wsparciem dla niej były spotkania rodzinne, nawiązane przyjaźnie z matkami chorych na schizofrenię córek i synów. Kiedy matka pacjenta, jego jedyna opiekunka, zachorowała na raka i choroba stopniowo zabierała jej siły, nasilał się lęk i niepokój, co dalej...? Inne matki przejęły wtedy opiekę nad pacjentem traktując go jak własnego syna. Kolejno zapraszały go do siebie na weekendy i święta, odwiedzały także jego matkę w szpitalu. Po jej śmierci, w 1999 r., pacjent został umieszczony w Domu Pomocy Społecznej. Nie był niestety w stanie funkcjonować samodzielnie, a ojciec miał już w tym czasie drugą rodzinę i nie chciał pomóc synowi.

Ta historia ukazuje ogrom tragedii jaki wiąże się z doświadczeniem próby samobójczej, ale uświadamia także wielkie znaczenie wsparcia innych ludzi – rodziny, przyjaciół,

znajomych, terapeutów – dla odbudowywania życia po tym dramatycznym wydarzeniu. Sieć wsparcia, której członkami byli zarówno matka i syn pozwoliły im na w miarę normalne funkcjonowanie, mimo przeżycia tak dramatycznego wydarzenia. W literaturze rola sieci społecznych jest powszechnie doceniana także w profilaktyce samobójstw [6]. Niestety, mimo że wsparcie społeczne stanowi tak ważny czynnik ochronny, chorzy psychicznie znacznie rzadziej niż przedstawiciele ogólnej populacji mają szansę go doświadczyć [19, 20].

## PODSUMOWANIE

1. 20–40% chorych na schizofrenię podejmuje próby samobójcze, a 10–13% popełnia samobójstwo.
2. Metody prób samobójczych podejmowanych przez chorych na schizofrenię są często drastyczne i świadczą o silnym postanowieniu śmierci. Najczęstsze metody to skok, przedawkowanie leków, podcięcie żył.
3. Najbardziej zagrożeni próbą samobójczą są chorzy, którzy w przeszłości już podejmowali próby lub komunikowali takie zamiary. Czynnikiem zwiększającym ryzyko targnięcia się na własne życie są również: płeć męska, młody wiek, silne objawy depresji, okres pierwszych lat choroby, pierwsze 6 miesięcy po hospitalizacji oraz brak oparcia w rodzinie.

## PIŚMIENNICTWO

1. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Główny Urząd Statystyczny; 2001: 111–2.
2. Hołyst B. Samobójstwo – przypadek czy konieczność. Warszawa: PWN; 1983.
3. Radomsky ED, i wsp. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (10): 1590.
4. Harkavy-Friedman Jill M, Restifo K, Malaspina D, Kaufman C, Amador X, Yale SA,

- Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (8): 1276–8.
5. Osby U, i wsp. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res* 2000; 45 (1–2).
  6. Hart De M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res* 2001; 47: 127–34.
  7. Allbeck P. Schizophrenia: a life-shortening disease. *Schizophr Bull* 1989; 15: 81–9.
  8. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* 1990; 16: 571–89.
  9. Modestin J, Zarro I, Waldvogel D. A study of suicide in schizophrenic in-patients. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 398–401.
  10. Miller P McC, Johnstone EC, Lang FH, Thomson LDG. Differences between patients with schizophrenia within and without a high security psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 12–8.
  11. Smith J, Hucker S. Schizophrenia and substance abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 167: 604–9.
  12. Taiminen TJ, Huttunen J, Heila H, Henriksen H, Isometsa E, Kahkonen J, Tuominen K, Lonnqvist J, Addington D, Helenius H. The Schizophrenia Suicide Risk Scale (SSRS): development and initial validation. *Schizophr Res* 2001; 47: 199–213.
  13. Palmer D, Henter MA, Wyatt R Jed. Do anti-psychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (supl 2): 100–3.
  14. Johnson DAW, Pasterski G, Ludlow JM. The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 339–52.
  15. Taiminen TJ. Effect of psychopharmacotherapy on suicide risk in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 45–7.
  16. Cheng KK, Leung CM, Lo WH. Risk factors of suicide among schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 220–4.
  17. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. PZWL; 1973.
  18. Korzeniowski L. Psychiatryczne aspekty samobójstw. *Zdrowie Psychiczne* 1972; 13: 124–33.
  19. Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE. Ethnicity, social factors, illness and suicide: a follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 125–31.
  20. Whitley E, Gunnell D, Dorling D. Ecological study of social fragmentation, poverty and suicide. *BMJ* 1999; 319: 1034–7.

*Adres: Mgr Katarzyna Sierosławska, Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*