



**Tytus Koweszko**

*Psycholog, specjalista terapii środowiskowej, psychoterapeuta w trakcie szkolenia w Collegium Medicum UJ. Pracuje w Klinice Psychiatrii WUM, w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia oraz w prywatnym gabinecie psychoterapii. Zajmuje się diagnozą psychologiczną i psychoterapią w podejściu eklektycznym. Zainteresowania: codzienne dostrzeganie zjawisk niecodziennych.*

# Zagrożenia samobójcze u pacjentów hospitalizowanych. Od teorii do praktyki diagnostycznej i terapeutycznej

## Inpatients' suicide risk. From theory to diagnostic and therapeutic practice

**Tytus Koweszko**

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia  
Klinika Psychiatrii – Oddział II FK

### STRESZCZENIE

Przeciwdziałanie zachowaniom samobójczym stanowi jedno z największych wyzwań współczesnej psychiatrii. Podczas ostatnich dziesięcioleci w licznych badaniach klinicznych wyodrębniono szereg specyficznych czynników predysponujących pacjentów hospitalizowanych do podejmowania zachowań samobójczych. Pomimo dostępnych danych skuteczna ocena ryzyka nadal pozostaje trudnym zadaniem, wzbudzającym wiele frustracji wśród klinicystów. Niniejszy artykuł przedstawia najważniejsze koncepcje teoretyczne, przegląd badań i analiz klinicznych, określających specyfikę pacjentów zagrożonych samobójstwem oraz wnioski pomocne w praktyce diagnostycznej i terapeutycznej w warunkach szpitalnych.

**Słowa kluczowe:** samobójstwo, diagnoza, terapia

#### **NAJWAŻNIEJSZE**

**Częstość samobójstw pacjentów hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych wynosi 0,1–0,4% wszystkich przyjęć. Ryzyko zachowań samobójczych jest największe bezpośrednio po przyjęciu do szpitala i po wypisie.**

#### **HIGHLIGHTS**

**The prevalence of inpatient suicide is between 0.1% and 0.4% of all psychiatric admissions. The suicide risk increases in periods immediately after admission and directly after discharge.**

## ABSTRACT

Suicide prevention is one of the main challenges in modern psychiatry. In the last decades the great number of clinical research allowed to identify several risk factors predisposing inpatients to commit suicide. However, the effective suicide risk assessment is still a very difficult and frustrating task for clinicians. This article presents some main theoretical concepts, and the review of clinical research providing useful conclusions for diagnosis and therapy of a suicide behaviors.

**Key word:** suicide, diagnosis, therapy

## WSTĘP

Egzogeneza samobójstwa jest dyskutowana między lekarzami, psychologami i socjologami. Pierwsze próby zdefiniowania pojęcia *samobójstwo* zostały podjęte przez lekarza Waltera Charletona już w 1651 r., stały się one załącznikiem wielu prac i badań zbliżających do lepszego zrozumienia tego zjawiska [1]. W ciągu minionych dziesięcioleci wyodrębniono szereg czynników ryzyka. Większość prowadzonych badań nie dotyczyła jednak osób będących w trakcie leczenia szpitalnego. Niewątpliwą trudność w przeciwdziałaniu zachowaniom samobójczym u pacjentów hospitalizowanych stanowi fakt, że czynniki ryzyka obserwowane w ogólnej populacji niejednokrotnie różnią się od tych występujących w społeczności szpitalnej. Kluczowe dla prewencji zachowań samobójczych wydaje się wyodrębnienie specyficznych uwarunkowań, nie tylko psychologicznych, społecznych, biologicznych i demograficznych, ale także tych związanych z diagnozą, stosowanym leczeniem oraz warunkami panującymi na oddziałach szpitalnych. Podwyższone zagrożenie samobójcze występuje we wszystkich rozpoznaniach psychiatrycznych [2]. Nie jest do końca jasne, jak sam pobyt na oddziale psychiatrycznym wpływa na pacjenta ze skłonnościami samobójczymi. Dlatego skutecznej oceny ryzyka można dokonać jedynie po określeniu możliwie łatwych do zidentyfikowania predyktorów, wiążących się z samym przebywaniem w szpitalu.

## TEORETYCZNE UJĘCIE PROBLEMU

Powstało wiele teorii dotyczących przyczyn podejmowania aktów samobójczych. Wśród nich można wyróżnić trzy podstawowe grupy koncepcji wyjaśniających zachowania autodestrukcyjne. Są to teorie: psychologiczne, socjologiczne i biologiczne. Ujęcie psychologiczne koncentruje się na wpływie stanów emocjonalnych i cech

osobowości na zdolność radzenia sobie z doświadczanymi trudnościami. W podejściu psychoanalitycznym samobójstwo wiąże się ściśle z poczuciem winy, brakiem nadziei, depresją i melancholią. Według Freuda powodem zachowań samobójczych jest wytworzenie się wewnętrznego konfliktu psychicznego, wskutek tłumienia i wypierania agresji. W ten sposób powstaje silny dyskomfort psychiczny, którego rozwiązanie jest uniemożliwiane przez współwystępujące myślenie depresyjne [3]. Zgodnie z rozwojową teorią Eriksona samobójstwo jest zwycięstwem poczucia winy nad zdolnością radzenia sobie z problemami. Podobne założenia ma poznawcza teoria poczucia braku nadziei Becka, mówiąca o powstawaniu zniekształceń poznawczych uniemożliwiających podjęcie konstruktywnych działań. Z kolei Orbach w swojej teorii nierozwiązywalnego problemu zakłada, że w obliczu doświadczanego kryzysu dochodzi do pojawienia się sztywności poznawczej i myślenia tunelowego, które nie pozwala na znalezienie innego sposobu poradzenia sobie niż odebranie sobie życia. Także Ringel opisuje mechanizm zawężenia polegający na przekonaniu potencjalnego samobójcy o własnej bezradności, bezsilności, braku wpływu i narastaniu zewnętrznych przeciwności [4]. Badania prowadzone w celu wyodrębnienia psychologicznych właściwości osób predysponowanych do zachowań samobójczych pozwoliły na określenie specyficznych cech w zależności od charakteru aktu samobójczego. W przypadku samobójstw **planowanych** charakterystyczne okazały się takie czynniki osobowościowe, jak:

- introwersja
- perfekcjonizm
- skłonność do tłumienia emocji
- lęk
- wysoki samokrytycyzm
- niska samoocena.

Samobójstwa **impulsywne** wiążą się natomiast z następującymi cechami:

- agresywność
- chwiejność emocjonalna
- impulsywność
- zewnętrzne umiejscowienie kontroli [1].

Słynna socjologiczna teoria samobójstwa stworzona przez Durkheima w 1897 r. doszukuje się przyczyn zachowań samobójczych w zaburzeniach relacji pomiędzy jednostką a grupą społeczną. Decyzja o samobójstwie nie jest tu uwarunkowana czynnikami psychologicznymi, lecz zakłada, że wraz ze wzrostem poziomu anomii społecznej rośnie prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań samobójczych wśród członków społeczności [5]. Współczesne ujęcie socjologiczne, bazując na teorii Durkheima, w znacznie większym stopniu uwzględnia procesy intrapsychiczne, przez co w literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na konglomerat teorii psychologicznych i socjologicznych, nazywany czynnikami psychospołecznymi. Należą do nich m.in.:

- wiek
- płeć
- status materialny
- relacje rodzinne oraz historia samobójstw w rodzinie
- miejsce zamieszkania
- poziom wykształcenia
- przewlekłe choroby
- sytuacja zawodowa
- bezdomność
- stan cywilny [6, 7].

Biologiczne i genetyczne teorie, których pionierką była Marie Asberg [8], koncentrują się przede wszystkim na określaniu potencjalnych markerów biochemicznych związanych z ryzykiem samobójstwa. Zachowania autodestrukcyjne wiążą się z polimorfizmem genów 5-HTTLPR, COMT, TPH2 i CRH1 oraz z patologią układu serotonergicznego i osi podwzgórze–przysadka–nadnercza. Jak dotąd badania te cechują się małą specyficznością, przez co ich wartość diagnostyczna jest niewielka. Wątpliwości co do uzyskanych danych wiążą się ponadto z faktem, że uwzględniają one analizy pojedynczych zmiennych biologicznych, a pomijają czynniki środowiskowe. W efekcie czynniki neurobiologiczne wydają się najmniej użyteczne w ocenie ryzyka samobójczego w praktyce klinicznej [9].

Liczne badania prowadzone w ostatnich dziesięcioleciach pokazują, że na akt samobójczy wpływają różne czynniki, począwszy od psychospołecznych i biologicznych, a skończywszy na klimatycznych, atmosferycz-

nych i geograficznych, a nawet takich jak pora dnia czy roku [1]. W praktyce klinicznej, często dalekiej od teoretycznych założeń, zawężanie sposobu myślenia do określonej grupy czynników może w istotnym stopniu uniemożliwić skuteczną ocenę ryzyka samobójstwa. Niestety, wieloczynnikowy charakter klasycznych teorii także utrudnia praktyczne ich stosowanie.

## EPIDEMIOLOGIA SAMOBÓJSTW W LECZENIU SZPITALNYM

Rozwój medycyny i wprowadzenie do praktyki klinicznej na przełomie lat 80. i 90. XX w. leków przeciwdepresyjnych nowych generacji spowodowały spadek liczby samobójstw w ogólnej populacji. Na początku XXI w. zaobserwowano ponowny wzrost liczby śmierci samobójczych, czego przyczyną mogły być ograniczenia dotyczące stosowania antydepresantów oraz kryzys gospodarczy sprzyjający anomii społecznej [10]. Pomimo zmiennych trendów klinicznych i społecznych samobójstwo niezmiennie pozostaje jedną z głównych przyczyn śmierci osób chorujących psychicznie [11]. 46% samobójców ma kontakt z psychiatrą w ciągu miesiąca, a 36% w ciągu tygodnia poprzedzającego dokonanie aktu samobójczego [12].

W dużych badaniach epidemiologicznych [13] ustalono, że samobójstwa we wszystkich szpitalach stanowiły 3–4% zgonów w ogóle. Najczęściej były one dokonywane na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych z powodu zidentyfikowanych zaburzeń psychicznych (głównie afektywnych). Jeśli weźmiemy pod uwagę występowanie samobójstw tylko na oddziałach psychiatrycznych [14], to ich częstość wyniesie 13,7 na 10 000 hospitalizacji, czyli ok. 1,4‰. Na podstawie przeglądu badań można przyjąć, że częstość samobójstw wśród hospitalizowanych wynosi 0,1–0,4% ogółu przyjęć [15].

Ryzyko samobójstwa jest największe w pierwszym tygodniu hospitalizacji i w pierwszym tygodniu po wypisie [16]. Również hospitalizacje trwające bardzo krótko, poniżej mediany, wiążą się z większym ryzykiem. Paradoksalnie pobyt w szpitalu może więc stanowić dodatkowy stresor zwiększający ryzyko odebrania sobie życia. Takie działanie może wynikać np. z rozczarowania przedstawionym planem terapii lub negatywnym doświadczeniem z poprzednich hospitalizacji. W perspektywie kolejnych hospitalizacji można oczekiwać w przypadku mężczyzn 2-krotnego, a w przypadku kobiet nawet 4-krotnego wzrostu ryzyka [16]. Należy jednak pamiętać, że długość czy liczba hospitalizacji nie są czynnikami wyjściowymi

i, co najważniejsze, poprawa kliniczna zmniejsza istotnie zagrożenie samobójcze [16].

Określenie specyficznych czynników predysponujących hospitalizowanych do podejmowania zachowań samobójczych jest szczególnie istotne dla klinicystów ze względu na tragiczne konsekwencje nie tylko dla samego pacjenta, jego rodziny, innych pacjentów przebywających na oddziale, ale także dla personelu szpitalnego.

## CZYNNIKI RYZYKA U PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH

W praktyce klinicznej przeciwdziałanie samobójstwom stanowi trudne wyzwanie dla personelu z powodu dużej liczby przyjęć, znacznej liczby pacjentów na oddziałach oraz braku jednoznacznych kryteriów pozwalających na skuteczną ocenę ryzyka. Według Deisenhammera 40,9% pacjentów, którzy odebrali sobie życie, nie deklarowało zamiarów samobójczych [17]. Co więcej, w badaniach Busch 78% pacjentów pytanych o myśli samobójcze negowało ich obecność [18]. Zdaniem Fawcetta myśli samobójcze są częściej wypowiedane przez pacjentów, którzy nie podejmują próby, niż przez tych, którzy faktycznie decydują się na odebranie sobie życia [19]. Morgan i Priest zaobserwowali, że pomimo braku otwartych deklaracji samobójczych u 51% pacjentów występowało znaczne nasilenie objawów psychopatologicznych przed podjęciem zachowań samobójczych. Dodatkowym czynnikiem stresogennym, a tym samym zwiększającym zagrożenie samobójcze, okazało się poczucie braku nadziei oraz niepewność i lęk związane z wypisem ze szpitala. Pokazuje to, jak ważne jest systematyczne monitorowanie stanu psychicznego pacjenta oraz zapewnianie mu wsparcia i poczucia bezpieczeństwa, również w końcowym okresie pobytu w szpitalu [20].

Do grupy najwyższego ryzyka wystąpienia zachowań samobójczych należą pacjenci cierpiący na przewlekłe zaburzenia psychiczne, w tym uzależnienia, zaburzenia psychotyczne i afektywne oraz zaburzenia osobowości, zwłaszcza pograniczne. Czynniki mogą się sumować, jak w przypadku współchorobowości (psychoza + uzależnienie). Za główne predyktory samobójstwa w populacji szpitalnej uznaje się:

- przewlekły charakter choroby psychicznej
- wcześniejsze akty autoagresji i próby samobójcze
- przedłużającą się hospitalizację
- próbę samobójczą przed przyjęciem do szpitala
- myśli samobójcze przy przyjęciu

- depresję
- częste zmiany oddziałów
- częste zmiany personelu
- planowanie samobójstwa
- dużą liczbę wcześniejszych pobytów w szpitalu
- obecność objawów pozapiramidowych
- samowolne oddalenie się z oddziału
- większą niż u pozostałych pacjentów liczbę podawanych leków [17].

Użyteczność wyodrębnianych czynników ryzyka wydaje się ograniczona pomimo wielu danych dostarczanych przez badania retrospektywne. Powell, na podstawie danych uzyskanych z retrospektywnej analizy przypadków, wyodrębnił pięć predyktorów zachowań samobójczych: trwającą żalobę, obecność urojeń, występowanie myśli samobójczych, przewlekłą chorobę psychiczną oraz występowanie samobójstw wśród członków bliskiej rodziny. Zgodnie z modelem przyjętym przez badaczy grupę najwyższego ryzyka stanowi 30–40% pacjentów spełniających wszystkie kryteria i 5% z trzema lub czterema z nich. W celu zweryfikowania uzyskanych wniosków Powell przeanalizował przypadki kolejnych 97 samobójstw. Ze wszystkich pacjentów jedynie dwóch spełniało kryteria ryzyka wyższego niż 5%. Pokazuje to, jak mała jest czułość i specyficzność proponowanych czynników i jak błędna może się okazać ocena ryzyka dokonywana na ich podstawie [14].

Praktyczną wartość wydają się przedstawiać wnioski, do których doszła King. Badaczka przeanalizowała 59 przypadków samobójstw pacjentów hospitalizowanych. W efekcie wyodrębniła siedem specyficznych predyktorów ryzyka:

- powtarzające się zamierzone akty autoagresji w przeszłości
- przymusowe przyjęcie do szpitala na podstawie odpowiednich przepisów
- udział policji w interwencji poprzedzającej przyjęcie do szpitala
- występowanie objawów depresyjnych
- przejawianie zachowań agresywnych wobec mienia szpitalnego
- samowolne oddalenie się z oddziału
- nieobecność ważnego dla pacjenta członka personelu.

Sześć z powyższych czynników odnosi się bezpośrednio do osoby pacjenta i jest stosunkowo łatwych do zidentyfikowania już na początkowym etapie hospitalizacji. Informacje na temat czterech z nich są odnotowywane w dokumentacji medycznej w momencie przyjęcia do

szpitala. Pozostałe dwa mogą być niezwłocznie stwierdzone dzięki obserwacji prowadzonej na oddziale [21]. Erlangsen podaje, że do największej liczby samobójstw dochodzi właśnie w okresie pierwszych 7 dni od przyjęcia do szpitala [22]. Przedstawione dane pokazują, jak duże znaczenie w przeciwdziałaniu zachowaniom samobójczym ma sprawna ocena potencjalnego ryzyka już od chwili przyjęcia pacjenta.

## ODDZIAŁYWANIA PSYCHOTERAPEUTYCZNE

Obok leczenia farmakologicznego i elektrowstrząsów psychoterapia stanowi jedną z głównych form pomocy pacjentom zagrożonym samobójstwem. Zgodnie z zaleceniami Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oddziaływania psychoterapeutyczne stanowią użyteczne narzędzie pozwalające na redukcję nasilenia myśli i tendencji samobójczych głównie u pacjentów z depresją bez objawów psychotycznych oraz z pogranicznymi zaburzeniami osobowości. Liczne badania kliniczne prowadzone w ciągu ostatnich lat potwierdzają skuteczność psychoterapii w podejściu poznawczo-behawioralnym, psychodynamicznym i interpersonalnym. Pomimo braku wystarczającego potwierdzenia w badaniach klinicznych za użyteczne formy wsparcia uznaje się również interwencje kryzysowe prowadzone bezpośrednio po podjętej próbie samobójczej, a także wspierającą pomoc psychologiczną oraz terapię grupową. Należy pamiętać, że oddziaływania te mają charakter wspomagający, a ich skuteczność jest ograniczona. Stosowanie ich jest uzasadnione przede wszystkim w przypadku pacjentów, którzy w przeszłości nie przejawiali powtarzających się zachowań autoagresywnych [23].

## OBSERWACJA W TRAKCIE POBYTU NA ODDZIALE

Obserwacja aktywności pacjentów na oddziale stanowi ważny element przeciwdziałania zachowaniom samobójczym, jednak nawet jeśli jest możliwie najlepiej prowadzona, nie pozwala na zupełne wyeliminowanie zagrożeń. Jak pokazują liczne badania kliniczne, pomimo stałego nadzoru nawet na oddziałach psychiatrycznych dochodzi do zachowań samobójczych [24]. Rolą obserwacji nie jest jednak wyłącznie doraźne przerwanie aktu samobójczego, ale także monitorowanie zachowań i stanu psychicznego pacjentów w celu zidentyfikowania wszelkich dostrzegalnych predyktorów ryzyka.

## ZAGROŻENIE SAMOBÓJCZE PO WYPISIE ZE SZPITALA

Do części zachowań samobójczych dochodzi nie w czasie samej hospitalizacji, lecz wkrótce po wypisie ze szpitala. Deisenhammer w badaniu retrospektywnym przeanalizował 665 przypadków samobójstw. 12,8% pacjentów odebrało sobie życie już w dniu wypisu, 28% w ciągu tygodnia, a 48% w okresie 1 miesiąca od zakończenia leczenia szpitalnego [25]. Meehan podaje, że 32% samobójców targnęło się na swoje życie w pierwszych dwóch tygodniach po wypisie, a 3% zmarło już pierwszego dnia po opuszczeniu szpitala. Do 40% śmierci doszło w okresie poprzedzającym pierwszą ambulatoryjną wizytę kontrolną u psychiatry. Meehan wyróżnił charakterystyczne cechy, szczególnie predysponujące do samobójstwa po wypisie ze szpitala:

- bezdomność
- ostry przebieg choroby psychicznej
- duża liczba wcześniejszych hospitalizacji
- wcześniejsze akty autoagresji [26].

Przedstawione wnioski podkreślają znaczenie właściwych interwencji ze strony personelu szpitalnego w końcowym okresie hospitalizacji. Wiedza na temat sytuacji życiowej pacjentów oraz znajomość ich historii choroby pozwala na podjęcie odpowiednich działań redukujących zagrożenia samobójcze, np. znalezienie przez pracownika socjalnego miejsca w ośrodku dla osób bezdomnych, zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub domu pomocy społecznej.

King przeanalizowała 234 przypadki pacjentów, którzy dokonali samobójstw w ciągu roku od wypisu ze szpitala. Na podstawie uzyskanych wyników wyszczególniła jedenaście czynników ryzyka. Dziewięć z nich było związanych z samym pobytym w szpitalu. Wyniki badania pokazują, jak specyficzną grupę stanowią pacjenci hospitalizowani i jak nieadekwatne może być przewidywanie zagrożenia wyłącznie na podstawie danych dotyczących ogólnej populacji. Dodatkowo King wyróżniła czynniki zmniejszające zagrożenie samobójcze. Istotną okazała się kontynuacja leczenia psychiatrycznego w trybie ambulatoryjnym, przyjęcie do szpitala przez tego samego lekarza w sytuacji powtórnej hospitalizacji oraz pobyt na znanym oddziale [27]. Powyższe wnioski skłaniają do refleksji na temat znaczenia i potencjału psychiatrii środowiskowej, zapewniającej pacjentowi ciągłość leczenia oraz kontakt ze specjalistą, a tym samym stanowiącej czynnik ochronny w procesie przeciwdziałania samobójstwom.

## PODSUMOWANIE

Zagrożenie samobójstwem wśród pacjentów hospitalizowanych stanowi realny problem i duże wyzwanie w codziennej pracy klinicystów. Przewidywanie zachowań samobójczych pomimo znajomości licznych czynników ryzyka pozostaje zadaniem złożonym, a przez to trudnym. Specyfika zagrożeń obserwowana w populacji szpitalnej wymaga uwzględniania nie tylko biologicznych, społecznych i psychologicznych cech pacjentów, ale także czynników związanych z samym pobytem na oddziale i z okolicznościami przyjęcia do szpitala.

Oceniając ryzyko samobójstwa w warunkach szpitalnych, należy pamiętać, że:

- Grupami najwyższego ryzyka są pacjenci z zaburzeniami afektywnymi, psychotycznymi, a także z pogranicznymi zaburzeniami osobowości i osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych.
- Diagnoza ryzyka samobójstwa rozpoczyna się już w momencie przyjęcia pacjenta do szpitala. Opis okoliczności przyjęcia zawarty w dokumentacji medycznej z izby przyjęć zawiera istotne informacje na temat czynników ryzyka samobójczego.
- Oddziaływania psychoterapeutyczne stanowią użyteczną formę pomocy pacjentom zagrożonym samobójstwem.
- Obserwacja pacjentów wysokiego ryzyka w trakcie pobytu na oddziale, choć konieczna, nie pozwala na całkowite wyeliminowanie zagrożenia.
- Pacjenci nowo przyjmowani oraz wypisywani ze szpitala są szczególnie zagrożeni samobójstwem. Zapewnienie kontynuacji leczenia jest ważnym czynnikiem ochronnym.
- Nie ma jednoznacznych, skutecznych kryteriów diagnostycznych służących do szacowania ryzyka samobójczego wśród pacjentów hospitalizowanych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Stukan J. *Diagnoza ryzyka samobójstwa*. Prometeusz; Opole 2008; 1: 20, 186-210, 306-331.
2. Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis*. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-228.
3. Freud S. *Mourning and Melancholia*. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*. 1917: 237-258.
4. Śliwerski A. *Pomoc terapeutyczna w sytuacji podjęcia decyzji o samobójstwie*. *Suicydologia* 2008; 4(1): 70-76.
5. Pickering WSF, Walford G, *British Centre for Durkheimian Studies*. *Durkheim's Suicide: a century of research and debate*. Routledge, London 2000: 25.
6. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. *Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study*. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 360-365.
7. Moscicki EK. *Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention*. *Clin Neurosc Res* 2001; 1: 310-323.
8. Asberg M, Träskman L, Thorén P. *5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor?* *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1193-1197.
9. Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. *Neurobiologia zachowań samobójczych*. *Psychiatria Polska* 2011; XLV, 4: 573-588.
10. Łoza B, Parnowski T. *Nowa depresja. Nowe leczenie*. *Medical Education, Warszawa* 2012; 1: 61-62.
11. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. *Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence*. *Crisis* 2004; 25: 147-155.
12. Pirkis J, Burgess P. *Suicides and recency of health care contacts. A systemic review*. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 462-474.
13. Proulx F, Lesage AD, Grunberg F. *One hundred in-patient suicides*. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171: 247-250.
14. Powell J, Geddes J, Hawton K, Deeks J, Goldacre M. *Suicide in psychiatric hospital in-patients: Risk factors and predictive power*. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 266-272.
15. Combs H, Romm S. *Psychiatric inpatient suicide: a literature review*. *Primary Psychiatry* 2007; 14(12): 67-74.
16. Qin P, Nordentoft M. *Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization Evidence Based on Longitudinal Registers*. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(4): 427-432.
17. Deisenhammer EA, DeCol C, Honeder M, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. *Inpatient suicide in psychiatric hospitals*. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102(4): 290-294.
18. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. *Clinical correlates of inpatient suicide*. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64(1): 14-19.
19. Fawcett J, Scheftner W, Clark D, Hedeker D, Gibbons R, Coryell W. *Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study*. *Am J Psychiatry* 1987; 144(1): 35-40.
20. Morgan HG, Priest P. *Suicide and other unexpected deaths among psychiatric inpatients. The Bristol confidential inquiry*. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 368-374.
21. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM, Campbell MJ. *The Wessex Recent Inpatient Suicide Study, 2. Case-control study of 59 inpatient suicides*. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 537-542.
22. Erlangsen A, Zarit SH, Tu X, Conwell Y. *Suicide among older psychiatric inpatients: an evidence-based study of a high-risk group*. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14(9): 734-741.
23. *American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of psychiatric disorders. Suicidal behaviors: Compendium* 2006. 2006: 1319-1443.

24. Geddes JR, Juszczak E, O'Brien F, Kendrick S. Suicide in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care, Scotland 1968-92. *Journal Epidemiology and Community Health* 1997; 51: 430-434.
25. Deisenhammer EA, Huber M, Kemmler G, Weiss EM, Hinterhuber H. Psychiatric hospitalizations during the last 12 months before suicide. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(1): 63-65.
26. Meehan J, Kapur N, Hunt IM et al. Suicide in mental health inpatients and within 3 months of discharge. *National clinical survey. Br J Psychiatry* 2006; 188: 129-134.
27. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM, Baker NG, Campbell MJ, Thompson C. *The Wessex Recent Inpatient Suicide Study*, 1.

*Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. Br J Psychiatry* 2001; 178: 531-536.

**Adres do korespondencji:**

Tytus Koweszko  
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia  
Klinika Psychiatrii – Oddział II FK  
05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4  
tel.: (22) 758 63 71  
fax: (22) 758 75 70  
e-mail: koweszko@gmail.com