

Antoni Florkowski

Received: 19.10.2015
Accepted: 25.10.2015
Published: 30.10.2015

Czynniki kliniczne wpływające na zachowania samobójcze w wybranych zaburzeniach psychicznych

Clinical factors affecting suicidal behaviours in selected mental disorders

Instytut Nauk o Zdrowiu, Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu, Polska
Adres do korespondencji: Antoni Florkowski, ul. Za Skłonem 6 B/10, 30-240 Kraków, tel.: +48 509 298 074, e-mail: florkowskiantoni@wp.pl

Streszczenie

Zachowania samobójcze mające związek z występującymi zaburzeniami psychicznymi są od wielu lat przedmiotem badań naukowych. Samobójstwa stanowią poważny problem społeczny oraz medyczny. Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że w grupie wiekowej 15–44 lata jest to trzecia najczęstsza przyczyna zgonów. Samobójstwo to proces złożony, na który ma wpływ wiele czynników, zarówno powiązanych ze sobą, jak i niemających bezpośredniego związku. W pracy omówiono jedynie czynniki kliniczne, jakie mogą wystąpić w niektórych zaburzeniach psychicznych, najczęściej identyfikowanych z zachowaniami samobójczymi. Wśród zaburzeń psychicznych powodujących wysokie ryzyko suicydalne wymienia się depresję, zaburzenia osobowości, uzależnienie od alkoholu i schizofrenię paranoidalną. Poszukiwanie czynników sprzyjających decyzjom samobójczym u pacjentów z tymi schorzeniami jest niezwykle ważne. Badania i obserwacje osób zagrożonych samobójstwem wskazują na pewne powtarzające się u nich charakterystyczne objawy oraz zachowania, niezależnie od rozpoznawanego zaburzenia psychicznego. W świetle przeprowadzonych badań uważa się, że istotny wpływ na wystąpienie zachowań samobójczych u osób z wymienionymi zaburzeniami psychicznymi mają następujące czynniki: próby samobójcze w wywiadzie, impulsywność i agresja, uporczywa bezsensowność, przewlekłe stany depresyjne i subdepresyjne, objawy psychotyczne (urojenia prześladowcze i/lub depresyjne, omamy imperatywne). Można znacznie ograniczyć ryzyko samobójstwa poprzez umiejętne postępowanie diagnostyczne oraz właściwą ocenę czynników klinicznych.

Słowa kluczowe: czynniki kliniczne, samobójstwo, zaburzenia psychiczne

Abstract

Suicidal behaviours associated with mental disorders have been the subject of investigation for many years. Suicide is a serious social and medical problem. The World Health Organization estimates that it is the third most common cause of death in people aged 15–44. Suicide is a complex process influenced by multiple factors, both interconnected and independent from one another. This paper discusses clinical factors that can occur in certain mental disorders, usually identified with suicidal behaviours. Mental disorders that cause a high suicidal risk include: depression, personality disorders, alcohol addiction and paranoid schizophrenia. The search for the factors conducive to suicidal decisions in patients with these disorders is highly significant. The studies and observations of patients at risk of suicide indicate certain common characteristic signs and behaviours, irrespective of the mental disorder. In light of the studies conducted, it is believed that the following factors have a significant influence on suicidal behaviours in patients with the above-mentioned mental disorders: history of suicide attempts, impulsiveness and aggression, persistent insomnia, chronic depression and sub-depression as well as psychotic symptoms (persecutory and/or depressive delusions, imperative hallucinations). The risk of suicide can be reduced considerably by skilful diagnostic management and appropriate assessment of clinical factors.

Key words: clinical factors, suicide, mental disorders

Zamachy samobójcze ciągle stanowią poważny problem społeczny i medyczny w większości krajów. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) ocenia, że samobójstwa są trzecią najczęstszą przyczyną zgonów w grupie osób w przedziale wieku 15–44 lata. Według WHO co 40 sekund w następstwie zamachu samobójczego umiera jeden człowiek, zaś co 3 sekundy ktoś na świecie podejmuje próbę samobójczą, która nie kończy się zejściem śmiertelnym. Na początku XXI wieku liczba osób, które zmarły w następstwie zamachu samobójczego, wyniosła około miliona w skali roku, a przypuszcza się, że w roku 2020 może wynieść nawet 1 mln 500 tys. (*World Health Organization*, 2001). Częstość zachowań samobójczych w większości krajów na świecie świadczy o tym, że jest to dość powszechnie występujące zjawisko charakteryzujące współczesną cywilizację.

Według Komendy Głównej Policji w 2011 roku w Polsce odnotowano 3839 samobójstw zakończonych zgonem, w tym 3294 dotyczyły mężczyzn, a 545 – kobiet, natomiast już w 2014 roku liczba zgonów samobójczych wyniosła 6165, z czego 5237 dotyczyło mężczyzn, a 928 – kobiet (<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>).

Patterson i wsp. (1983) uważają, że najistotniejsze czynniki ryzyka suicydalnego dla populacji ogólnej można określić skrótowcem „SAD PERSONS”: S (*sex*) oznacza płeć męską, A (*age*) – wiek młodzieńczy lub podeszły, D (*depression*) – obecność depresji, P (*previous suicide attempts*) – podejmowanie w przeszłości prób samobójczych, E (*etanol abuse*) – problem alkoholowy, R (*rational thinking loss psychosis*) – obecność objawów psychotycznych, S (*social support lacking*) – brak społecznego wsparcia, O (*organized plan to commit suicide*) – opracowany plan popełnienia samobójstwa, N (*no spouse*) – brak współmałżonka, S (*sickness*) – współwystępowanie choroby somatycznej.

Celem pracy jest zaprezentowanie występujących w wybranych zaburzeniach psychicznych czynników klinicznych mogących mieć wpływ na zachowania samobójcze.

Zachowania samobójcze są następstwem konstelacji szeregu różnych czynników z dziedziny psychopatologii, neurobiologii, genetyki, psychologii, jak również wcześniejszych doświadczeń życiowych, relacji rodzinnych i środowiskowych, szeroko pojętego stresu oraz schorzeń somatycznych (Hołyst, 2015; Jarosz, 2015).

Dokładna ocena wpływu poszczególnych czynników na kształtowanie się procesu suicydalnego nie jest w pełni możliwa, ponieważ proces ten posiada swoistą dynamikę i uwarunkowany jest udziałem licznych czynników, zarówno powiązanych ze sobą, jak i niemających bezpośredniego związku. W pracy zostaną omówione jedynie czynniki kliniczne, jakie mogą wystąpić w niektórych zaburzeniach psychicznych, najczęściej identyfikowanych z zachowaniami samobójczymi. Od wielu lat wyniki badań wskazują, że w grupie osób przejawiających zachowania samobójcze zdecydowanie przeważają osoby z zaburzeniami psychicznymi, a w grupie pacjentów objętych leczeniem psychiatrycznym współczynnik samobójstw jest wyższy niż w populacji ogólnej

(Arsenault-Lapierre *et al.*, 2004; Baca-Garcia *et al.*, 2005). Do zaburzeń psychicznych, których przebieg wiąże się z wyrażnym ryzykiem suicydalnym, zalicza się depresję, zaburzenia osobowości, uzależnienia i schizofrenię.

Pojawiają się też odmienne opinie, wskazujące, że nie należy zawsze interpretować zachowań samobójczych w kategoriach zaburzeń psychicznych, ponieważ czym innym jest samobójstwo jako dziedziczna skłonność do autodestrukcji, a czym innym pozabawienie się życia w przebiegu depresji (De Bruijn, 1970).

Najczęstszym zaburzeniem psychicznym, w którego przebiegu dochodzi do zachowań samobójczych, jest depresja. W przeprowadzonych badaniach oceniających przebieg zaburzeń afektywnych (duża depresja, mania i zaburzenia schizoafektywne) obserwowano tych chorych przez okres 20 lat pod kątem zachowań samobójczych (Coryell *et al.*, 2002). Ocenę katamnesticzną prowadzono co 6 miesięcy, wykazując 29 przypadków samobójstw, natomiast w grupie kontrolnej nie stwierdzono żadnego przypadku odebrania sobie życia. Wykazano, że osoby, które popełniły samobójstwo, częściej niż przedstawiciele grupy kontrolnej podejmowały w przeszłości próby samobójcze, objawy depresyjne utrzymywały się u nich przez dłuższy czas oraz cechowały się one większym nasileniem (Coryell *et al.*, 2002). Istotnym wnioskiem z tego badania było stwierdzenie, że poważne próby suicydalne w przeszłości stanowiły najwyższy czynnik ryzyka popełnienia samobójstwa.

W innym badaniu celem była odpowiedź na pytanie, jaka charakterystyka kliniczna pozwala na prognozowanie zwiększonego ryzyka suicydalnego wśród pacjentów w podeszłym wieku z rozpoznaniem depresji. Badaniem objęto 350 chorych, u których występowały myśli samobójcze oraz którzy w przeszłości wykazywali zachowania samobójcze. Autorzy stwierdzili, że na podstawie nasilenia objawów depresyjnych ocenianych w trakcie badania można było trafnie przewidzieć podjęcie przez te osoby prób samobójczych aż w 71% przypadków (Alexopoulos *et al.*, 1999).

Z kolei w badaniu 175 osób, z których 52% chorowało na depresję, 23% wykazywało objawy manii lub hipomanii, a 25% objawy epizodu mieszanego, odnotowano, że od początku choroby do okresu rozpoczęcia badania u 50 osób stwierdzono 72 próby samobójcze. W okresie dwuletniego badania doszło do 37 prób samobójczych wśród przedstawicieli badanej grupy, a najczęstszym rozpoznaniem była depresja umiarkowana lub łagodna (Rucci *et al.*, 2002). W prowadzonych badaniach autorzy analizowali związek przyczynowy objawów klinicznych depresji z zachowaniami samobójczymi badanych osób, wykazując istotną korelację takich zachowań u pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD). Dowiedziono, że stopień nasilenia objawów depresji lub epizod mieszany oraz utrzymujące się poczucie beznadziejności stanowiły czynniki poważnego ryzyka suicydalnego, a ponadto w epizodzie mieszanym takie ryzyko było czterokrotnie częstsze niż u osób z innymi epizodami tego schorzenia (Akiskal *et al.*, 2005; Johnson *et al.*, 2005; Khalsa *et al.*, 2008).

W innym badaniu wykazano, że próby samobójcze podejmowało 66% osób z zaburzeniami afektywnymi, u których w 39% przypadków rozpoznano epizod depresyjny lub mieszany w przebiegu ChAD, a w 27% epizod depresyjny w chorobie afektywnej jednobiegunowej (ChAJ) (Pużyński, 2004). Wśród badanych z ChAJ wykazano wysoką śmiertelność w następstwie podejmowanych prób samobójczych oraz wyższy poziom agresji i impulsywności. Z przeprowadzonych badań wynika również, że większość osób z objawami depresji, które podejmowały próby samobójcze lub popełniły samobójstwo, wcześniej nie leczyła się psychiatrycznie oraz nie korzystała z pomocy psychologicznej.

Do klinicznych czynników występujących w depresji i mogących stanowić poważne ryzyko suicydalne zalicza się: nasilone poczucie winy i beznadziejności, wysoki poziom lęku połączony z niepokojem psychoruchowym, dysforyczny nastrój, uporczywą bezsenność, urojenia depresyjne i nihilistyczne, współwystępowanie ciężkich schorzeń somatycznych z niekorzystnym zachowaniem (Pużyński, 2004; Raja i Azzoni, 2004). Z prowadzonych obserwacji wynika też, że zwiększone ryzyko samobójstwa u pacjentów z depresją pojawia się w początkowym okresie choroby i na początku kolejnych epizodów depresyjnych oraz podczas terapii, kiedy objawy zaczynają ustępować. Natomiast Oquendo i wsp. (2000) wykazali, że stopień nasilenia depresji – oceniany zarówno subiektywnie przez chorego, jak i obiektywnie przez lekarza – nie ma związku z ryzykiem suicydalnym, które było wyższe jedynie u osób, które w przeszłości podejmowały próby samobójcze. Z innych doniesień naukowych wynika, że osoby z objawami depresji psychotycznej zaliczono do grupy wysokiego ryzyka popełnienia samobójstwa, szczególnie kiedy występowały urojenia depresyjne (Schaffer *et al.*, 2008).

Większość suicydologów uważa, że takie cechy kliniczne depresji, jak: stopień nasilenia objawów, poczucie beznadziejności, przewlekłe utrzymujący się lęk i niepokój, próby samobójcze w przeszłości, utrwalone stany subdepresyjne, wypowiedanie myśli samobójczych, zawsze zwiększają ryzyko popełnienia samobójstwa (Oquendo *et al.*, 2000).

Dane z piśmiennictwa dostarczają dowodów, że pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń osobowości z pogranicza i dysocjalnych zaburzeń osobowości dokonywali zamachów samobójczych w 5–10% przypadków (Gmitrowicz, 2005; Gmitrowicz *et al.*, 2003). Oceny szacunkowe w tym zakresie są zróżnicowane, ale można przyjąć, że rozpoznanie zaburzeń osobowości zwiększa ryzyko suicydalne blisko siedmiokrotnie, a u co trzeciego samobójcy w młodym wieku są rozpoznawane zaburzenia osobowości z pogranicza.

Pomimo postępu wiedzy medycznej nadal niewiele wiadomo na temat sposobu, w jaki zaburzenia osobowości zwiększają ryzyko suicydalne. Można tylko domniemywać, że pacjenci z takimi zaburzeniami są szczególnie narażeni na zachowania samobójcze, kiedy występuje u nich nasilona chwiejność nastroju oraz skłonność do zachowań agresywnych i impulsywnych, a także kiedy nie umieją nawiązywać pozytywnych relacji z rówieśnikami (Gmitrowicz *et al.*, 2003; Goodman *et al.*, 2012). Osoby te często podejmują próbę samobójczą

pod wpływem impulsu, będąc w stanie znacznie nasilonego napięcia emocjonalnego. W ocenie wielu suicydologów cechami osobowości predysponującymi do zachowań samobójczych są: neurotyczność, labilność nastroju, zachowania agresywne i impulsywność, drażliwość, brak umiejętności radzenia sobie ze stresem, sztywność myślenia, niekontrolowanie stanów emocjonalnych, reagowanie lękiem niewspółmiernie do sytuacji, nierealistyczny perfekcjonizm, zaniżona samoocena (Gmitrowicz *et al.*, 2003; Sher, 2011). Uzależnienie od alkoholu zawsze wiąże się z podwyższonym ryzykiem samobójstwa, jednak przyczyna ta nie jest oceniana jednoznacznie. Być może u alkoholików z krótkim stanem uzależnienia kryterium czasowe stanowi pewną ochronę przed samobójstwem w następstwie zmian stężenia serotoniny w mózgu. Natomiast u osób z ponad 20-letnim stażem alkoholowym mamy do czynienia z długo trwającym czynnikiem ryzyka suicydalnego, wynikającym z negatywnego wpływu uzależnienia na reakcje interpersonalne i związanego z tym osłabionego wsparcia społecznego, co zwiększa ryzyko samobójstwa. Zachowania samobójcze alkoholików różnią się od takich zachowań w depresji, ponieważ w ich życiu pojawia się wiele negatywnych problemów, a niekiedy bezpośrednio przed podjęciem próby samobójczej dochodzi do ostrych konfliktów, kryzysów osobistych czy straty ważnych osób.

Ryzyko samobójcze wśród uzależnionych od alkoholu oceniane jest na 7–18% (Murphy *et al.*, 1992). Ocenia się, że zachowania samobójcze tych pacjentów mogą być nawet częstsze niż u osób chorujących na depresję, bo przewlekłe narażenie mózgu na toksyczne działanie etanolu może prowadzić do wystąpienia omamicy alkoholowej, w której przebiegu omamy słuchowe mają charakter imperatywny – wręcz zmuszają alkoholika do samobójstwa. Kolejnym czynnikiem klinicznym zwiększającym ryzyko samobójstwa w grupie osób uzależnionych od alkoholu są zaburzenia snu – ich występowanie w tej grupie pacjentów jest stosunkowo częste, stwierdza się je u 61% badanych (Murphy *et al.*, 1992; Sher, 2006). Wyniki innego badania wskazują, że osoby z rozpoznaniem dużej depresji i współwystępowaniem uzależnienia od alkoholu wykazują większe ryzyko suicydalne niż pacjenci, u których depresja była spowodowana nadużywaniem alkoholu – odpowiednio 30% i 24% (Schuckit *et al.*, 1997).

W badaniach poświęconych ocenie identyfikacji czynników klinicznych wpływających na zachowania samobójcze osób uzależnionych od alkoholu wykazano, że predysponują do tego: impulsywność zachowań, neurotyczność, nasilone poczucie beznadziejności, zaburzenia snu, a w przypadku omamicy alkoholowej – omamy imperatywne (Wojnar *et al.*, 2009). Z badań naukowych dotyczących zachowań samobójczych wśród osób chorujących na schizofrenię wynika, że co trzeci pacjent w tej grupie podejmuje próbę samobójczą, a w 80% przypadków do pierwszej próby samobójczej dochodzi we wczesnym okresie choroby lub w ciągu pierwszych pięciu lat jej trwania (Makara-Studzińska i Moryłowska, 2007). Wśród podawanych przyczyn zachowań samobójczych u chorujących na schizofrenię wymienia się niepokój związany z objawami psychotycznymi – 13%, reakcję na stresujące

wydarzenia życiowe – 12% i działanie pod wpływem omamów słuchowych imperatywnych – 5%.

Uważa się, że zachowania samobójcze w przebiegu schizofrenii są wieloprzyczynowe, chociaż dostrzega się ich ścisły związek z objawami depresyjnymi oraz doznaniem psychotycznymi (Grunebaum *et al.*, 2001; Walsh *et al.*, 2001). W ocenie badaczy schizofrenia zawsze wiąże się z ryzykiem suicydalnym, a 20–40% chorych podejmuje próby samobójcze, które w 10–15% przypadków kończą się zgonem, zwłaszcza u pacjentów w ostrej fazie psychozy (Mann, 2003; McGirr *et al.*, 2006). W tej grupie na zachowania samobójcze mają też wpływ negatywne następstwa tej choroby, szczególnie gdy chory zaczyna zdawać sobie sprawę z istoty tego schorzenia, zachodzi konieczność zmiany dotychczasowego życia, zauważane jest inne traktowanie przez otoczenie oraz uzależnienie od rodziny i lekarzy, a także gdy pojawia się pełnobjawowa depresja popsychotyczna (Khalsa *et al.*, 2008; Mann, 2003; McGirr *et al.*, 2006). Wśród czynników klinicznych zwiększających ryzyko zachowań samobójczych u osób z rozpoznaniem schizofrenii wymienia się depresję popsychotyczną, obecność urojeń prześladowczych i omamów imperatywnych, skłonność do agresji lub impulsywne zachowanie, wcześniejsze próby samobójcze i stosowanie substancji psychoaktywnych oraz spożywanie alkoholu.

PODSUMOWANIE

Zachowania samobójcze należą do istotnych problemów medycznych, trudnych do jednoznacznej oceny. Dlatego umiejętność postępowanie diagnostyczne oraz właściwa ocena czynników klinicznych mogą znacznie ograniczyć ryzyko samobójstwa. Wieloletnie badania i obserwacje osób zagrożonych samobójstwem wskazują na pewne powtarzające się charakterystyczne objawy oraz zachowania, niezależnie od rozpoznawanego zaburzenia psychicznego. Do tych czynników zalicza się: podejmowane w przeszłości próby samobójcze, impulsywność i agresję, bezsenność, stany depresyjne i subdepresyjne utrzymujące się przewlekłe, którym towarzyszy poczucie beznadziejności i winy, objawy psychotyczne (urojenia prześladowcze i/lub depresyjne, omamy imperatywne).

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo / References

Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G *et al.*: Agitated “unipolar” depression reconceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord* 2005; 85: 245–258.
 Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J *et al.*: Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1048–1053.
 Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 37.

Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Diaz Sastre C *et al.*: Suicidal behavior in schizophrenia and depression: a comparison. *Schizophr Res* 2005; 75: 77–81.
 Coryell W, Haley J, Endicott J *et al.*: The prospectively observed course of illness among depressed patients who commit suicide. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 218–223.
 De Bruijn G: Problem samobójstwa. N. Speijer: Het zelfmoordvraagstuk. Een samenvattend overzicht van de verschillende aspecten van de zelfmoord. *Znak* 1970; 22: 515–519.
 Gmitrowicz A: Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży. *Suicydologia* 2005; 1: 71–76.
 Gmitrowicz A, Szymczak W, Kropiwnicki P *et al.*: Gender influence in suicidal behaviour of Polish adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12: 205–213.
 Goodman M, Roiff T, Oakes AH *et al.*: Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 79–85.
 Grunebaum MF, Oquendo MA, Harkavy-Friedman JM *et al.*: Delusions and suicidality. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 742–747.
 Hołyst B: Zainteresowania psychiatrii samobójstwem. *Suicydologia* 2015; 7: 31–48.
<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>.
 Jarosz M: Samobójstwa w czasach kryzysu. *Suicydologia* 2015; 7: 5–17.
 Johnson SL, McMurrich SL, Yates M: Suicidality in bipolar I disorder. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 681–689.
 Khalsa HM, Salvatore P, Hennen J *et al.*: Suicidal events and accidents in 216 first-episode bipolar I disorder patients: predictive factors. *J Affect Disord* 2008; 106: 179–184.
 Makara-Studzńska M, Moryłowska J: Zachowania samobójcze w przebiegu schizofrenii – przegląd aktualnego piśmiennictwa. *Suicydologia* 2007; 3: 79–82.
 Mann JJ: Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003; 4: 819–828.
 McGirr A, Tousignant M, Routhier D *et al.*: Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case-control study. *Schizophr Res* 2006; 84: 132–143.
 Murphy GE, Wetzel RD, Robins E *et al.*: Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 459–463.
 Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B *et al.*: Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2000; 59: 107–117.
 Patterson WM, Dohn HH, Bird J *et al.*: Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 1983; 24: 343–345.
 Pużyński S: Depresja i zaburzenia afektywne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2004.
 Raja M, Azzoni A: Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord* 2004; 82: 437–442.
 Rucci P, Frank E, Kostelnik B *et al.*: Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1160–1164.
 Schaffer A, Flint AJ, Smith E *et al.*: Correlates of suicidality among patients with psychotic depression. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 403–414.
 Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M *et al.*: Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 948–957.
 Sher L: Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 13–22.
 Sher L: The role of brain-derived neurotrophic factor in the pathophysiology of adolescent suicidal behavior. *Int J Adolesc Med Health* 2011; 23: 181–185.
 Walsh E, Hervey K, White J *et al.*: 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.
 Wojnar M, Ilgen MA, Czyz E *et al.*: Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *J Affect Disord* 2009; 115: 131–139.
 World Health Organization: The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO, Geneva 2001.