

## Deklaracje suicydalne pod wpływem alkoholu – postępowanie w warunkach psychiatrycznej izby przyjęć. Doniesienie wstępne

Suicidal tendencies under the influence of alcohol – a rational strategy  
in a psychiatric admission room. Preliminary report

<sup>1</sup> Oddział Psychiatrii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu, al. Legionów 10, 41-902 Bytom

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii w Tarnowskich Górach, ul. Pyskowska 47-51, 42-600 Tarnowskie Góry

Correspondence to: Marcin Kozak, Oddział Psychiatrii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu, al. Legionów 10, 41-902 Bytom, tel.: 32 396 42 97, e-mail: krezusik1@wp.pl

Source of financing: Department own sources

### Streszczenie

Deklaracje suicydalne pod wpływem alkoholu są częstym problemem w praktyce psychiatrycznej. Niniejsze badanie przeprowadzono celem sprawdzenia, jaki odsetek pacjentów zgłaszających się na psychiatryczną izbę przyjęć, będących pod wpływem alkoholu i jednocześnie deklarujących myśli suicydalne, dotychczas nieleczonych psychiatrycznie po wytrzeźwieniu w warunkach izby wytrzeźwień (IW) podtrzymuje, podczas rekonultacji psychiatrycznej, zamiary suicydalne. W tym celu przeanalizowano 81 pacjentów w wieku od 18 do 65 lat, w tym 47 mężczyzn i 34 kobiety, przywiezionych przez zespół pogotowia ratunkowego na Izbę Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu (IP WSS4) z powodu myśli suicydalnych, w okresie 01.06.2010-31.05.2011 roku. Kryteria doboru grupy obejmowały brak wcześniejszego leczenia psychiatrycznego, stężenie alkoholu w surowicy na poziomie co najmniej jednego promila, brak innych (np. internistycznych) przeciwwskazań do pobytu na IW. Z badania wykluczono pacjentów, u których podczas wstępnej konsultacji psychiatrycznej rozpoznano jednostki inne niż upojenie alkoholowe. Wyliczono odsetek pacjentów, u których po wytrzeźwieniu utrzymywało się zagrożenie suicydalne i którzy wymagali hospitalizacji psychiatrycznej. Jak pokazują wyniki, spośród 81 pacjentów odesłanych na IW myśli suicydalne po wytrzeźwieniu podtrzymywało 7 (8,64% wszystkich badanych). Do określenia istotności statystycznej zastosowano test McNemara, uzyskując poziom istotności  $p < 0,001$ . Żaden z pacjentów wycofujących się z wcześniej zgłaszanych zamiarów suicydalnych nie trafił powtórnie na IP WSS4 podczas trwania badania, nie zginął także śmiercią samobójczą, co zweryfikowano w policyjnych statystykach. Z badania wynika, że wytrzeźwienie pacjenta w warunkach IW przed ewentualnym przyjęciem na oddział, biorąc pod uwagę ograniczoną liczbę miejsc na oddziałach psychiatrycznych, jest postępowaniem uzasadnionym klinicznie – IW gwarantuje zarówno ścisłą obserwację i brak możliwości realizacji zamiarów suicydalnych, jak i specjalistyczną detoksykację. Po wytrzeźwieniu bezwzględnie konieczna jest rekonultacja psychiatryczna z określeniem ryzyka *suicidium* – badanie psychiatryczne powinno uwzględniać uznane czynniki ryzyka (np. w wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego).

**Słowa kluczowe:** alkohol, samobójstwo, izba przyjęć, izba wytrzeźwień, myśli suicydalne

### Summary

Suicidal declarations made by patients intoxicated with alcohol are a common problem in the psychiatric practice. The following study was conducted in order to check how many patients who declared suicidal tendencies while intoxicated with alcohol, with no history of previous psychiatric treatment, still declare suicidal tendencies after being referred to a sobering-up station. To this end, a study group consisting of 81 patients, aged 18 to 65 (mean 37.3) years old, 47 men and 34 women, brought to the Provincial Multidisciplinary Hospital No 4 Admission Room by the emergency due to suicidal tendencies, in period 01.06.2010-31.05.2011, was analysed. The criteria of the group included no previous history of psychiatric treatment, alcohol blood concentration of at least one per mille, no other (i.e. internist) contraindications to referral to the sobering-up station. Patients diagnosed with psychiatric illnesses other than alcohol dependency syndrome during the initial consultation were excluded from the study. A percentage of patients with persevering suicidal threat after

sobering-up was calculated. The results show that among 81 patients referred to the sobering-up station, suicidal tendencies were declared after sobering-up by 7 (8.64%). Statistical significance was determined by using McNemar test to be  $p < 0.001$ . None of the patients withdrawing from the suicidal tendencies appeared again in the admission room during the course of the study, also none of the patients died a suicidal death in this period, which was confirmed in police statistics. The study suggests that, considering the limited place in the psychiatric wards and hospitals, referring an intoxicated patient who declares suicidal tendencies to a sobering-up station is a clinically-confirmed course of action. The sobering-up station guarantees strict scrutiny and impossibility of realizing the suicidal threat as well as specialist detoxification. It is imperative for the patient to be reconsulted by a psychiatrist after sobering-up – the examination ought to include known suicide risk factors (i.e. as in standards of American Psychiatric Association).

**Key words:** alcohol, suicide, admission room, sobering-up station, suicidal tendencies

## WSTĘP

Jednym z częstszych problemów w codziennej psychiatrycznej praktyce klinicznej są zgłaszający się na izbę przyjęć pacjenci w stanie upojenia alkoholowego, deklarujący myśli suicydalne<sup>(1,2)</sup>. Stan ostrego upojenia, a także zespół zależności alkoholowej w ogóle są znanymi czynnikami ryzyka próby samobójczej nawet u pacjentów bez wcześniej zdiagnozowanych objawów depresyjnych<sup>(3-5)</sup>. Zamachy samobójcze wśród osób uzależnionych od alkoholu są pięciokrotnie częstsze niż w grupie pacjentów bez uzależnienia<sup>(6)</sup>. Jak stwierdzili między innymi Sher i wsp., spożycie alkoholu zwiększa śmiertelność związaną z podejmowanymi próbami samobójczymi<sup>(7-9)</sup>.

Możliwości lekarza wobec pacjenta z tym problemem są ograniczone. Jak twierdzą między innymi Pompili i wsp., taki pacjent zagraża swojemu życiu i zdrowiu, wymagając hospitalizacji psychiatrycznej<sup>(10)</sup> – taka obserwacja powtarza się w wielu badaniach prowadzonych w różnych populacjach<sup>(11-13)</sup>. Doświadczenie uczy, że przyjęty na oddział pacjent prawie zawsze po wytrzeźwieniu odwołuje wcześniejsze deklaracje, uzasadniając je wypiciem alkoholu, i żąda wypisu, często w sposób silnie dysforyczny<sup>(14)</sup>. Nasuwa się więc pytanie, czy jest inna możliwość zaplanowania postępowania wobec takiej osoby.

Z pomocą przychodzi Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2007 r., nr 70, poz. 473). Art. 40 ust. 1 tej ustawy mówi między innymi, że „Osoby w stanie nietrzeźwości, które [...] znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do Izby Wyrzeźwień”. Deklarowane myśli suicydalne niewątpliwie można uznać za „okoliczności zagrażające własnemu życiu lub zdrowiu” – jak w swoim badaniu pokazują Lejoyeux i wsp., ponad 47% skutecznych prób suicydalnych jest podejmowanych pod wpływem alkoholu<sup>(15)</sup>. Pacjent kierowany na izbę wyrzeźwień (IW) zabierany jest z izby przyjęć przez policję z zaleceniem rekonsultacji psychiatrycznej po wytrzeźwieniu. IW gwarantuje zarówno ścisłą obserwację i brak możliwości realizacji zamiarów suicydalnych, jak i specjalistyczną detoksykację, pod kierunkiem lekarza. Po wytrzeźwie-

## INTRODUCTION

One of the most common problems in everyday psychiatric practice are patients under the influence of alcohol, who declare suicidal tendencies when reporting to the admission room<sup>(1,2)</sup>. Acute alcohol intoxication as well as alcohol dependency syndrome in general are known factors contributing to the risk of suicide, even in patients without clinically diagnosed depression<sup>(3-5)</sup>. Suicidal acts are five times more common in persons with alcohol dependence than in non-addicted patients<sup>(6)</sup>. As observed by Sher et al., being under the influence of alcohol increases the morbidity rate of suicide attempts<sup>(7-9)</sup>.

The ways to handle such a patient are limited – according to Pompili et al., such a patient definitely poses a danger to his own life and health and therefore requires admission to the psychiatric ward<sup>(10)</sup> – such observation was confirmed in many different populations<sup>(11-13)</sup>. Experience teaches that, in most cases, the patient, after sobering-up, dismisses his previous suicidal declarations, explains that he was just drunk, didn't know what he was talking about, and then asks for a self-demanded discharge from the ward, often in a strongly dysphoric manner<sup>(14)</sup>. It is therefore important to know if there is a different way to handle such situation.

The answer lies in art. 40 of the Act of Upbringing in Sobriety and Counteracting Alcoholism (Dz.U. 2007, nr 70, poz. 473), which states that “Persons being in the state of alcohol intoxication [...], who find themselves in circumstances threatening their own life or health, or pose a threat to life or health of other persons, can be brought to a sobering-up station”. Suicidal declarations can most certainly be considered “circumstances threatening life or health” – as shown in the study by Lejoyeux et al., over 47% of successful suicide attempts are made under the influence of alcohol<sup>(15)</sup>. The patient referred to a sobering-up station is taken from the admission room by the police. The sobering-up station guarantees strict scrutiny and impossibility of realizing the suicidal threat as well as specialist detoxification, under the guidance of a physician. After sobering, the patient is brought back to the admission room of the hospital he was originally referred

niu pacjent po raz kolejny trafia na izbę przyjęć ośrodka pierwotnie kierującego na IW, gdzie podczas rekonstatacji psychiatrycznej istnieje możliwość dokładnej oceny stanu psychicznego, oszacowania ryzyka *suicidium*, a tym samym podjęcia trafnej decyzji, w jaki sposób najlepiej pomóc pacjentowi i zapobiec samobójstwu.

Niniejsze badanie przeprowadzono w warunkach Izby Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu (IP WSS4) w celu sprawdzenia, jaki odsetek pacjentów dotychczas nieleczonych psychiatrycznie i wysłanych na IW w opisanych wyżej okolicznościach podczas rekonstatacji psychiatrycznej na IP WSS4 podtrzymuje zamiary suicydalne.

## MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 81 pacjentów w wieku od 18 do 65 lat (średnia 37,3 roku), w tym 47 mężczyzn i 34 kobiety, przywiezionych przez pogotowie ratunkowe na IP WSS4 w Bytomiu z powodu myśli suicydalnych, w okresie 01.06.2010-31.05.2011 roku. Kryteria doboru grupy obejmowały brak wcześniejszego leczenia psychiatrycznego, stężenie alkoholu w surowicy na poziomie co najmniej 1,0 promila, brak innych (np. internistycznych) przeciwwskazań do pobytu na IW. Z badania wykluczono pacjentów, u których podczas wstępnej konsultacji psychiatrycznej rozpoznano jednostki inne niż upojenie alkoholowe. Wyliczono odsetek pacjentów, u których po wytrzeźwieniu utrzymywało się zagrożenie suicydalne i którzy wymagali hospitalizacji psychiatrycznej. Przy szacowaniu ryzyka popełnienia czynu samobójczego uwzględniano takie czynniki, jak plany samobójcze, obecność objawów zaburzeń psychicznych, wiek, płeć, sytuacja rodzinna i psychospołeczna<sup>(16)</sup>, opisane między innymi w wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego<sup>(17)</sup>.

Przeanalizowano także rozpoznania, z jakimi na psychiatryczną IP kierują upojonych pacjentów lekarze zespołów pogotowia ratunkowego.

## WYNIKI

Spośród 81 pacjentów biorących udział w badaniu myśli suicydalne po wytrzeźwieniu, podczas rekonstatacji na IP WSS4, podtrzymywało 7 badanych (8,64% grupy badanej). Do określenia istotności statystycznej zastosowano test McNemara, uzyskując poziom istotności  $p < 0,001$ . Żaden pacjent wycofujący się z wcześniej zgłaszanych zamiarów suicydalnych nie trafił powtórnie na IP WSS4 podczas trwania tegorocznego badania, nie zginął także śmiercią samobójczą, co zweryfikowano w policyjnych statystykach. Wśród pacjentów deklarujących myśli suicydalne po wytrzeźwieniu było 5 mężczyzn (10,64% badanych mężczyzn) i 2 kobiety (5,88% badanych kobiet) – wszyscy zostali poddani hospitalizacji na Oddziale Psychiatrycznym WSS nr 4 w Bytomiu. Podczas obserwacji udało się ustalić,

from, where, during psychiatric examination, his mental state can be evaluated, suicide risk may be assessed and the right decision of how to help him and prevent suicide can be made.

This study was conducted in admission room of Provincial Multidisciplinary Hospital No 4 in Bytom, with the goal of checking how many patients referred to a sobering-up station in the aforementioned conditions, with no history of previous psychiatric treatment, still declare suicidal tendencies after sobering-up.

## MATERIAL AND METHODS

The study group consisted of 81 patients, aged 18 to 65 (mean 37.3) years old, 47 men and 34 women, brought to the Provincial Multidisciplinary Hospital No 4 in Bytom admission room by the emergency due to suicidal thoughts and declarations, in period 01.06.2010-31.05.2011. The criteria of the group included no previous history of psychiatric treatment, alcohol blood concentration of at least 1 per mille, no other (i.e. internist) contraindications to referral to the sobering-up station. Patients diagnosed with psychiatric illnesses other than alcohol dependency syndrome during the initial consultation were excluded from the study. A percentage of patients with persevering suicidal threat after sobering-up was calculated. Suicidal risk was assessed considering factors such as suicidal plans, presence of psychiatric symptoms, age, gender, social and family situation etc.<sup>(16)</sup>, well explained in the standards of American Psychiatric Association<sup>(17)</sup>.

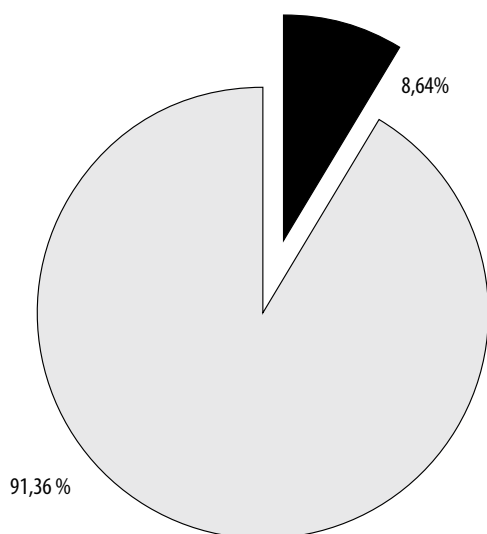
The diagnoses with which alcohol intoxicated patients were brought by the emergency were also described.

## RESULTS

Among 81 patients referred to the sobering-up station, suicidal tendencies were declared after sobering-up by 7 (8.64%).

Statistical significance was determined by using McNemar test to be  $p < 0.001$ . None of the patients withdrawing from suicidal tendencies appeared again in the admission room during the course of the study, and none of the patients died a suicidal death in this period, which was confirmed in police statistics. Among the patients still declaring suicidal thoughts after sobering-up, there were 5 men and 2 women (10.64% men and 5.88% women), all of which were hospitalised in the Psychiatric Ward. During the observation it was found out that 3 men (6.38% men) and a single woman (2.94% women) declared the suicidal tendencies for social or legal reasons (to escape being convicted etc.), thus trying to wheedle the hospitalisation, without a real suicidal threat.

Suicidal tendencies confirmed by observation in Psychiatric Ward persevered in 3.7% of the cases (4.26% men –  $n=2$ , 2.94% women –  $n=1$ ).



- Badani, którzy wycofali deklaracje samobójcze  
*Patients withdrawing from suicidal thoughts*
- Badani, którzy podtrzymali deklaracje samobójcze  
*Patients persevering in suicidal thoughts*

Rys. 1. Utrzymywanie się myśli suicydalnych u pacjentów konsultowanych psychiatrycznie, po pobycie na izbie wytrzeźwień  
Fig. 1. Suicidal thoughts after the sobering-up station

ze 4 badanych – 3 mężczyzn (6,38% badanych mężczyzn) i 1 kobieta (2,94% badanych kobiet) – deklarowało myśli samobójcze z przyczyn społecznych bądź prawnych, usiłując spowodować hospitalizację psychiatryczną, bez rzeczywistego zamiaru popełnienia samobójstwa.

Potwierdzone obserwacją w ramach Oddziału Psychiatrycznego oraz pełnym badaniem psychiatrycznym zamiary samobójcze utrzymały się u 3,7% pacjentów – 2 mężczyzn (4,26% badanych mężczyzn) i 1 kobiety (2,94% badanych kobiet).

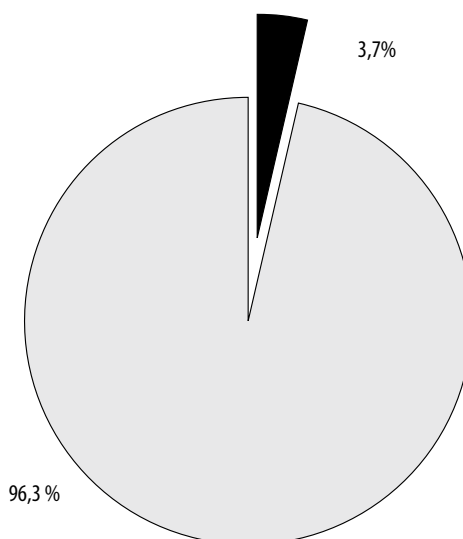
Rozpoznanie ustalane przez pogotowie ratunkowe przedstawia rys. 3.

Dwa lub więcej rozpoznań głównych na jednym skierowaniu policzono jako rozpoznania oddzielne.

Zaskakuje fakt, że u żadnego pacjenta nie zostało rozpoznane ostre zatrucie alkoholem (F10.0 wg klasyfikacji ICD-10).

## OMÓWIENIE

Mimo że znaczna część prób suicydalnych popełniana jest pod wpływem alkoholu<sup>(18)</sup>, trudno argumentować, że samo trzeźwienie pacjenta musi odbywać się w warunkach szpitalnych. Jakkolwiek podejmowano próby ustalenia czynników genetycznych<sup>(19-21)</sup>, neurobiologicznych<sup>(22)</sup> i środowiskowych<sup>(23-26)</sup>, które mogłyby pomóc określić stopień zagrożenia dokonaniem czynu suicydalnego u osoby upojonej, czynniki te, nawet pomijając trudność odniesienia się



- Badani, którzy wycofali deklaracje samobójcze  
*Patients withdrawing from suicidal thoughts*
- Badani, którzy podtrzymali deklaracje samobójcze  
*Patients persevering in suicidal thoughts*

Rys. 2. Utrzymywanie się myśli suicydalnych u pacjentów konsultowanych psychiatrycznie, po pobycie na izbie wytrzeźwień, po wykluczeniu przyczyn społecznych

Fig. 2. Suicidal thoughts after the sobering-up station, after exclusion of the social reasons

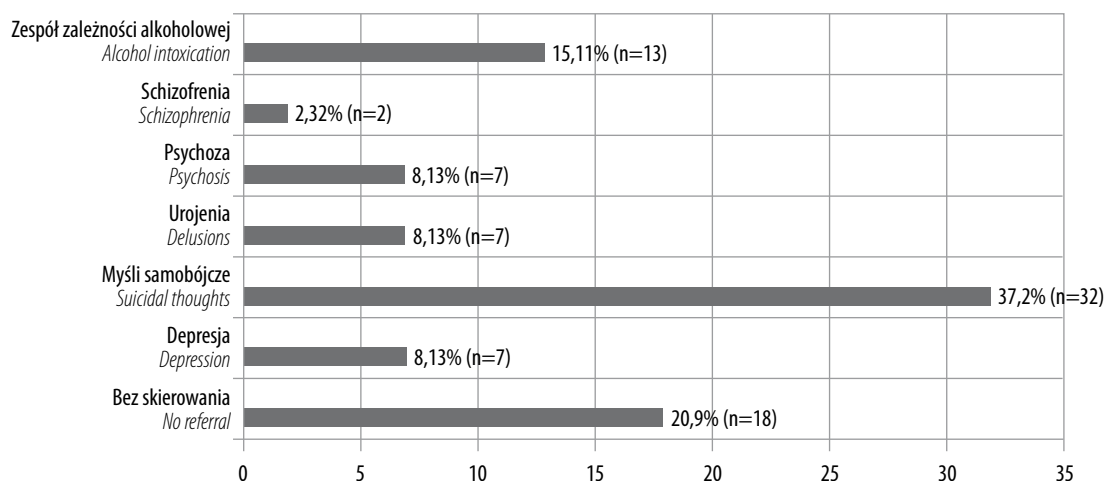
As regards the diagnoses given by the emergency to the intoxicated, they are as follows – see fig. 3.

Two or more main diagnoses on a single referral were included separately. It is worthy of consideration that none of the emergency physicians diagnosed acute alcohol intoxication (F10.0 according to ICD-10 classification).

## DISCUSSION

Although many suicidal attempts are made under the influence of alcohol<sup>(18)</sup>, it is difficult to argue that the sobering-up process must be conducted in hospital conditions. Although there have been studies that tried to identify genetic<sup>(19-21)</sup>, neurobiological<sup>(22)</sup> and environmental<sup>(23-26)</sup> factors contributing to the probability of alcohol-driven suicide, these factors can be helpful at best and do not allow to make a prediction of the patient's behaviour on their own, not to mention the difficulties in accessing them in emergency conditions. The sobering-up stations provide scrutiny and medical care, and as shown by the study, more than 90% of the patients dismiss the suicidal thoughts after sobering-up, explain that they never wanted to commit a suicide, that they told or did "something very stupid" because of being drunk, and they do not agree to be admitted to the psychiatric hospital.

The influence of a sobering-up station on the mental state of a patient has been described very vaguely, and consid-



Rys. 3. Rozpoznania wypisywane przez lekarzy pogotowia ratunkowego  
Fig. 3. Diagnoses by the emergency

do nich w warunkach ostrego dyżuru, mają wartość co najwyżej pomocniczą i nie zwalniają z konieczności obserwacji pacjenta. Izby wytrzeźwień zapewniają obserwację i opiekę lekarską, a jak pokazują wyniki badania, ponad 90% pacjentów po wytrzeźwieniu twierdzi, że zamiarów suicydalnych nigdy nie miało, zrobiło lub powiedziało „głupotę” pod wpływem alkoholu i nie wyraża zgody na obserwację psychiatryczną – co jednak nie zwalnia lekarza z pełnej oceny ryzyka samobójczego.

Temat wpływu pobytu na IW na stan psychiczny pacjenta nie był w piśmiennictwie często podejmowany, a biorąc pod uwagę powszechność problemu, jakim są deklaracje suicydalne „pod wpływem”<sup>(27)</sup>, zdecydowanie warty jest głębszego zbadania.

Należy zaznaczyć, że badanie obejmowało pacjentów jedynie deklarujących zamiary samobójcze. Każda próba suicydalna bezwzględnie wymaga obserwacji psychiatrycznej, a bagatelizowanie zamiarów suicydalnych zgłaszanych przez pacjenta w stanie nawet najgłębszego upojenia alkoholem i odstępianie od rekonultacji psychiatrycznej po wytrzeźwieniu jest błędem lekarskim.

## WNIOSKI

1. Uzyskane wyniki wskazują, że wytrzeźwienie upojonego alkoholem pacjenta w warunkach izby wytrzeźwień przed ewentualnym przyjęciem na oddział, biorąc pod uwagę ograniczoną liczbę miejsc na oddziałach psychiatrycznych, jest postępowaniem uzasadnionym klinicznie.
2. Po wytrzeźwieniu na izbie wytrzeźwień znaczna część pacjentów (91,36% wszystkich badanych – 89,36% mężczyzn i 94,12% kobiet) wycofała się z deklaracji suicydalnych.
3. Zwraca uwagę fakt, że upojenie alkoholem zostało rozpoznane przez lekarzy pogotowia ratunkowego jedynie w 13 przypadkach (15,12% wszystkich rozpoznań).

ering how common the suicidal declarations when intoxicated are<sup>(27)</sup>, it is definitely worth more study.

It must be mentioned that the study included only patients declaring suicidal intents. Any suicidal act demands a psychiatric observation, and ignoring any suicidal declaration of the even most alcohol-intoxicated patient, by dissenting from a psychiatric examination after sobering-up, is a medical mistake.

## CONCLUSIONS

1. The results show that, considering the limited place in the psychiatric wards and hospitals, referring an intoxicated patient who declares suicidal tendencies to a sobering-up station is a clinically confirmed course of action.
2. After sobering-up 91.36% of all patients (89.36% men and 94.12% women) have withdrawn from the suicidal thoughts.
3. It is interesting that alcohol intoxication was diagnosed by the emergency only in 13 cases (15.12% of all diagnoses).

## PIŚMIENNICTWO:

### BIBLIOGRAPHY:

1. Landberg J.: Alcohol and suicide in eastern Europe. *Drug Alcohol Rev.* 2008; 27: 361-373.
2. Sher L.: The relationship between the frequency of alcohol use and suicide rates in young people. *Int. J. Adolesc. Med. Health* 2006; 18: 81-85.
3. Lejoyeux M., Huet F., Claudon M. i wsp.: Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. *Arch. Suicide Res.* 2008; 12: 30-38.
4. Hakko H., Koponen P., Viilo K. i wsp.: Alcohol-related suicides in victims with a history of hospital-treated depression. *Am. J. Addict.* 2005; 14: 455-463.

5. Razvodovskii IuE.: [Suicides and alcohol consumption rate]. *Probl. Sotsialnoi Gig. Zdravookhranennii i Istor. Med.* 2003; (4): 22-25.
6. Młodożeniec A., Brodński W.A., Polewka A., Bemberek A.: Seasonality of suicide in Poland. Analysis of the Main Statistical Office data for the years 1999-2003. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44: 61-69.
7. Florkowski A., Zboralski K., Talarowska M. i wsp.: Zamachy samobójcze – możliwości psychoprofilaktyki. *Pol. Merkur. Lekarski* 2008; 25: 291-293.
8. Sher L., Oquendo M.A., Richardson-Vejlgaard R. i wsp.: Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *J. Psychiatr. Res.* 2009; 43: 901-905.
9. Conner K.R., Hesselbrock V.M., Schuckit M.A. i wsp.: Precontemplated and impulsive suicide attempts among individuals with alcohol dependence. *J. Stud. Alcohol* 2006; 67: 95-101.
10. Pompili M., Serafini G., Innamorati M. i wsp.: Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2010; 7: 1392-1431.
11. Zhang Y., Conner K.R., Phillips M.R.: Alcohol use disorders and acute alcohol use preceding suicide in China. *Addict. Behav.* 2010; 35: 152-156.
12. Kovács K.: Suicide and alcohol-related mortality in Hungary in the last two decades. *Int. J. Public Health* 2008; 53: 252-259.
13. Nemtsov A.: Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999. *Drug Alcohol Depend.* 2003; 71: 161-168.
14. Conner K.R., Cox C., Duberstein P.R. i wsp.: Violence, alcohol, and completed suicide: a case-control study. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 1701-1705.
15. Lejoyeux M., Gastal D., Bergeret A. i wsp.: Alcohol use disorders among patients examined in emergency departments after a suicide attempt. *Eur. Addict. Res.* 2012; 18: 26-33.
16. Młodożeniec A.: Ocena klinicznych czynników ryzyka samobójstwa. *Suicydologia* 2008; 4: 20-28.
17. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne: Ocena ryzyka i leczenie osób zagrożonych samobójstwem. Krótkie wytyczne postępowania. Assessing and treating suicidal behaviors. A quick references guide. Tłum. Młodożeniec A. *Suicydologia* 2007; 3: 40-48.
18. Boenisch S., Bramesfeld A., Mergl R. i wsp.: The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts – a secondary analysis of 1921 suicide attempts. *Eur. Psychiatry* 2010; 25: 414-420.
19. Fudalej S., Ilgen M., Fudalej M. i wsp.: Clinical and genetic risk factors for suicide under the influence of alcohol in a Polish sample. *Alcohol Alcohol.* 2009; 44: 437-442.
20. Zill P., Preuss U.W., Koller G. i wsp.: SNP- and haplotype analysis of the tryptophan hydroxylase 2 gene in alcohol-dependent patients and alcohol-related suicide. *Neuropsychopharmacology* 2007; 32: 1687-1694.
21. Zupanc T., Pregelj P., Tomori M. i wsp.: TPH2 polymorphisms and alcohol-related suicide. *Neurosci. Lett.* 2011; 490: 78-81.
22. Sher L.: Alcohol and suicide: neurobiological and clinical aspects. *ScientificWorldJournal* 2006; 6: 700-706.
23. Buri C., von Bonin B., Strik W., Moggi F.: Predictors of attempted suicide among Swiss patients with alcohol-use disorders. *J. Stud. Alcohol Drugs* 2009; 70: 668-674.
24. Innamorati M., Lester D., Amore M. i wsp.: Alcohol consumption predicts the EU suicide rates in young women aged 15-29 years but not in men: analysis of trends and differences among early and new EU countries since 2004. *Alcohol* 2010; 44: 463-469.
25. Blow F.C., Brockmann L.M., Barry K.L.: Role of alcohol in late-life suicide. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2004; 28 (5 suppl.): 48S-56S.
26. Johnson F.W., Gruenewald P.J., Remer L.G.: Suicide and alcohol: do outlets play a role? *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2009; 33: 2124-2133.
27. Sher L.: Alcohol consumption and suicide. *QJM* 2006; 99: 57-61.

## Szanowni Prenumeratory

Upzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków prenumerata czasopisma „**Psychiatria i Psychologia Kliniczna**” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwi doliczenie 5 punktów edukacyjnych do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest dowód opłacenia prenumeraty lub zaświadczenie wydane przez Wydawcę.

## Szanowni Autorzy

Upzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków publikacja artykułu w czasopiśmie „**Psychiatria i Psychologia Kliniczna**” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwi doliczenie 20 punktów edukacyjnych za każdy artykuł do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest notka bibliograficzna z artykułu.