

Wpływ objawów pozytywnych i negatywnych na zachowania samobójcze w schizofrenii. Przegląd aktualnej literatury

Influence of positive and negative symptoms on suicidal behaviour in schizophrenia. Review of current literature

Marta Makara-Studzińska, Anna Koślak

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Czernikiewicz

Summary

Suicide is the main cause of death among persons with schizophrenia. The risk of suicide among this group is continually high and it is estimated at 10%. The aim of the study was a review of current literature concerning positive and negative symptoms on suicidal behaviour in schizophrenia. Some studies showed, that the active phase of the disease and worsening of the sickness increase the risk of suicide among those diagnosed with schizophrenia. It is contradictory to the works, which prove that suicide of a schizophrenic person is not a result of experiencing psychotic symptoms. According to literature on the subject, the influence of positive symptoms on the incidence of suicide attempts made in schizophrenia is still inconclusive, also researchers' opinions about the negative symptoms are divided. None of the hitherto studies present statistically significant proof that commanding auditory hallucinations increase the risk of suicide among schizophrenics. The results of the investigations quoted below did not allow to unambiguously recognize the influence of positive and negative symptoms on suicidal behaviour, as well as to qualify them to a group of risk factors or a group of variables, playing a protective role.

Słowa klucze: objawy schizofrenii, samobójstwo

Key words: symptoms of schizophrenia, suicide

Samobójstwa wśród chorych na schizofrenię

Samobójstwo jest świadomym i zamierzonym działaniem mającym na celu pozbanienie się życia [1]. Zdarza się ono 12 razy częściej wśród pacjentów psychiatrycznych niż w całej populacji ogólnej [2] i 8,5 razy częściej wśród osób z rozpoznaną schizofrenią [3]. Obecnie samobójstwo jest uważane za główną przyczynę śmierci pacjentów dotkniętych schizofrenią [4, 5]. W tej grupie oceniane jest na 10%, ale najnowsze wyniki badań wskazują na 4,9% [6]. Z analiz wynika, że od 20% do 55% pacjentów dotkniętych schizofrenią podejmuje w ciągu życia próby samobójcze [7, 8].

Czynniki ryzyka samobójstwa w schizofrenii

Ryzyko zamachu samobójczego w schizofrenii jest skutkiem określonych czynników demograficznych, społecznych, psychologicznych, jak również wpływu zmiennych, wynikających z przebiegu choroby i jej psychopatologii. Wśród czynników ryzyka próby samobójczej w schizofrenii wymienia się: rasę białą, płeć męską, dobre przedchorobowe funkcjonowanie psychospołeczne, poczucie beznadziejności i strachu o poznawczą deteriorację, postpsychotyczną depresję, w wywiadzie nadużywanie substancji psychoaktywnych i podejmowanie prób samobójczych w przeszłości. Pacjenci zagrożeni zamachem samobójczym częściej żyją w społecznej izolacji, bez zewnętrznego wsparcia lub w rodzinie pełnej konfliktów, nie akceptują własnego leczenia lub utracili wiarę w jego skuteczność [9]. Pod względem psychopatologii grupa samobójczych pacjentów z rozpoznaną schizofrenią jest niejednorodna. Dotychczasowe wyniki badań nie pozwoliły jednoznacznie określić wpływu objawów pozytywnych i negatywnych na zachowania samobójcze i włączyć je do grupy czynników ryzyka lub grupy zmiennych, odgrywających rolę protekcyjną. Niektórzy autorzy twierdzą, że ta duża różnorodność pod względem objawów klinicznych osób z zachowaniami samobójczymi może wynikać z tego, że istnieją podgrupy w ramach pacjentów samobójców dotkniętych schizofrenią [10, 11, 12].

Wpływ objawów pozytywnych

Kilka badań wskazuje, że aktywna faza choroby, zaostrzenie się procesu chorobowego lub obecność objawów psychotycznych zwiększają ryzyko samobójstwa u osób z rozpoznaniem schizofrenii [13–16]. Heila i wsp. [17], opisując 92 przypadki samobójstw wśród osób cierpiących na schizofrenię, podali, że 78% badanej grupy było w aktywnej fazie choroby. Hu i wsp. [18] wykazali, że u pacjentów, którzy popełnili samobójstwo, istniało większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów psychotycznych w miesiącu poprzedzającym zamach w porównaniu z grupą kontrolną. Epizod psychotyczny był również czynnikiem ryzyka samobójstwa w grupie 870 młodych ludzi z rozpoznaniem schizofrenii w belgijskich badaniach De Herta i Peuskensa [19]. Objawy psychotyczne znacznie zwiększały ryzyko u tych pacjentów, którzy samobójstwo traktowali jako formę ucieczki przed objawami. McGirr i wsp. [20] wśród czynników ryzyka dokonanego samobójstwa wskazali, obok zaburzeń depresyjnych, umiarkowane i ciężkie objawy psychotyczne oraz zmniejszoną liczbę objawów negatywnych.

Kaplan i Harrow [21, 22, 23] stworzyli wieloczynnikowy model przyczyn samobójstwa w schizofrenii. Wśród zmiennych wpływających na zwiększenie się jego ryzyka wymieniają przede wszystkim niesatysfakcjonujące poszpitalne funkcjonowanie psychospołeczne, urojenia i halucynacje. Objawy negatywne wydają się statystycznie nieistotne w prognozowaniu zachowań samobójczych. Autorzy twierdzą, że aktualne funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta ma większy wpływ na ryzyko podjęcia próby samobójczej niż aktywna psychoza. Według Modestia [24] specyficzne objawy

schizofrenii nie wykazują związku z samobójstwem, a większość zamachów ma miejsce w niepsychotycznej fazie choroby. Cotton, Drake i Gate [25] wykazali, że wszyscy opisani przez nich pacjenci, którzy popełnili samobójstwo, byli w niepsychotycznej fazie choroby.

Również Farberow i wsp. [26] twierdzą, że samobójstwo osoby dotkniętej schizofrenią nie wynika z doświadczania objawów psychotycznych, ale stanowi próbę wyjścia ze stresującej, nie tolerowanej i nie akceptowanej sytuacji. Opisali trzy typy szpitalnych pacjentów z rozpozną schizofrenią obciążonych ryzykiem samobójstwa. Pierwszy podtyp to pacjenci charakteryzujący się małym wglądem w chorobę, przeciwni hospitalizacji, niespokojni, a nawet gwałtowni, bez jawnych oznak depresji. W drugim podtypie pacjenci przeważnie mają świadomość choroby, potrzeby hospitalizacji, oczekują pomocy, wsparcia i uwagi, której nie otrzymują we własnym środowisku rodzinnym. Chorzy ci są depresyjni, odczuwają lęk i niepokój, a u większości z nich obserwuje się poprawę bezpośrednio przed próbą samobójczą, którą zwykle podejmują na przepustce. W trzecim wyróżnionym podtypie pacjentów samobójców, pomimo dobrego wglądu chorobowego, początkowej akceptacji hospitalizacji i leczenia, w miarę upływu czasu i po kolejnych kuracjach lekowych, narasta niezadowolenie, frustracja, napięcie i wrogość oraz utrata wiary w leczenie. Większość z nich popełnia samobójstwo w szpitalu. Należy podkreślić, że obecność objawów negatywnych i pozytywnych nie odegrała roli w powyższym podziale.

Inne stanowisko prezentują Fenton i wsp. [12, 27, 28]. Wyróżnili paranoidalny podtyp schizofrenii, z dominującymi objawami pozytywnymi, dużą świadomością choroby, obniżonym poczuciem własnej wartości i poczuciem beznadziejności, który związany jest z trzykrotnie większym ryzykiem samobójstwa niż podtyp nieparanoidalny, charakteryzujący się większą liczbą objawów negatywnych, słabszą świadomością choroby, mniejszym poczuciem depresyjności, prowadzący zwykle do niepełnosprawności. Według tych autorów dominujące w obrazie chorobowym objawy negatywne są związane ze statystycznie mniejszym długofalowym ryzykiem samobójstwa, odwrotnie niż podejrzliwość i urojenia, które wydają się zwiększać to ryzyko. Nasilone psychotyczne pozytywne objawy mogą prowadzić do zachowań impulsywnych [29], zwiększać niepokój lub przyczyniać się do nieadekwatnej oceny rzeczywistości [7], co może prowadzić do wzrostu ryzyka popełnienia samobójstwa. Schwartz i Cohen [30] również wykazali wzrastającą korelację pomiędzy objawami pozytywnymi a zamiarami samobójczymi.

Wpływ objawów negatywnych

Black i Fisher [31] oraz Funahashi i wsp. [32] dowiedli ochronnej natury objawów negatywnych. Objawy negatywne często uniemożliwiają podjęcie celowych działań prowadzących do samobójstwa [29]. Fenton i wsp. [12] podali, że w deficytowym obrazie schizofrenii kognitywna deterioracja stanowi czynnik protekcyjny poprzez uniemożliwienie pacjentowi uświadomienia sobie w pełni

choroby i jej konsekwencji, a ograniczenie reaktywności emocjonalnej chroni przed wystąpieniem depresji.

W zakresie wpływu objawów negatywnych na zachowania samobójcze Taiminen i Kujari [33] uzyskali odmienne wyniki. W grupie pacjentów samobójców zaobserwowali przewagę objawów negatywnych i depresyjnych. Niektórzy autorzy podają, że objawy negatywne mogą stanowić czynnik ryzyka samobójstwa poprzez sprzyjanie wystąpieniu depresji i poczucia beznadziejności w obliczu pogarszającego się ogólnego funkcjonowania i świadomości stopniowej deterioracji poznawczej [34, 35]. Acosta i wsp. [36] wykazali zależność pomiędzy depresyjnością i poczuciem beznadziejności a wynikami w skali negatywnych objawów PANSS. Porównywali dwie grupy chorych z rozpoznaniem schizofrenii. Pierwszą grupę stanowili pacjenci po próbach samobójczych, drugą zaś osoby z ujemnym wywiadem co do zachowań samobójczych. Grupę samobójczych pacjentów najbardziej charakteryzowały zmienne takie, jak poczucie beznadziejności i niski poziom negatywnych objawów. Ponadto w badaniu tym zidentyfikowano korelację pomiędzy wynikami w skali objawów pozytywnych PANSS a depresją i poczuciem beznadziejności. Objawy pozytywne mogą być związane z nasilonymi myślami samobójczymi u pacjentów z poczuciem beznadziejności i depresyjności. Wyniki te są zbieżne z badaniami Shuwalla i Sirisa [37] oraz Rana i wsp. [38].

Halucynacje słuchowe nakazujące a ryzyko samobójstwa

Korzeniowski [39] wśród motywów popełnienia samobójstwa, obok motywacji niepsychotycznej, wymienia również halucynacje słuchowe, w formie nakazu usłyszanego przez chorego, oraz urojenia prześladowcze. Czernikiewicz i wsp. [40] wśród czynników wysokiego ryzyka samobójstwa w schizofrenii wymieniają: bezsenność, lęk, poczucie beznadziejności, urojenia prześladowcze i depresyjne. Wyniki kilku prac dowodzą, że objawy pozytywne zwiększają ryzyko samobójstwa w przebiegu schizofrenii [16, 22, 41–44]. Havaki-Kontaksaki i wsp. [45] oraz Wolfersdorf i wsp. [46], wykazali jednak, że przyszli samobójcy przy przyjęciu do szpitala prezentowali mniej objawów pozytywnych, w tym halucynacji i paranoidalnego myślenia, w porównaniu z grupą kontrolną.

W analizie czynników ryzyka samobójstwa w schizofrenii dokonanej przez Hawtona i wsp. [47] nie znaleziono istotnego statystycznie związku pomiędzy występowaniem objawów pozytywnych i negatywnych a zachowaniami samobójczymi. Autorzy oddzielnie analizowali rolę omamów słuchowych nakazujących w pojawianiu się ryzyka samobójczego i wykazali, że nie są one niezależnym czynnikiem zamachów samobójczych, ale zwiększają ryzyko u osób już predysponowanych.

Halucynacje słuchowe nakazujące występują u 18%–50% pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii [48]. Literatura przedmiotu donosi o przypadkach prób samobójczych pod ich wpływem [48–52]. W świetle dotychczasowych badań nie znaleziono istotnego statystycznie dowodu, aby omamy słuchowe nakazujące zwiększały ryzyko zachowań samobójczych wśród osób dotkniętych schizofrenią. Zisook i wsp. [50], analizując grupę pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, doświadczających

halucynacji słuchowych i bez omamów słuchowych nakazujących, wykazali, że nie różnili się oni pod kątem historii wcześniejszych prób samobójczych, zachowań impulsywnych ani gwałtownych. Podobne wyniki uzyskali Hellerstein i wsp. [53], dokonując porównania pacjentów z halucynacjami słuchowymi nakazującymi i bez nich. Badania te nie wykazały istotnej statystycznie różnicy w częstotliwości zachowań samobójczych w obu grupach, co więcej – pacjenci z halucynacjami częściej informowali otoczenie o występowaniu myśli samobójczych. Rudnick [54], dokonując przeglądu literatury o wpływie halucynacji nakazujących na zachowania agresywne wobec siebie lub innych, stwierdził, że nie udowodniono istotnego statystycznie związku pomiędzy halucynacjami a stosowaniem różnych form przemocy. Podobnie Roy [55] oraz Harkavy-Friedman i wsp. [48] na podstawie swoich wyników badań wnioskują, że samobójstwo pod wpływem omamów nakazujących należy do rzadkości. Roy [8] w grupie 30 pacjentów z rozpoznaną schizofrenią opisał tylko dwie osoby, które popełniły samobójstwo motywowane halucynacjami słuchowymi nakazującymi. Harkavy-Friedman i wsp. [48] w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzenia schizoafektywnego nie znaleźli istotnych statystycznie różnic w poziomie dokonywania prób samobójczych przez osoby doświadczające halucynacji słuchowych nakazujących.

Mimo że nie znaleziono istotnej statystycznie dodatniej korelacji pomiędzy zamachami samobójczymi a omamami nakazującymi, nie wolno zapominać, że samobójstwa pod wpływem halucynacji słuchowych nakazujących występują w grupie pacjentów ze schizofrenią. Być może dotychczasowe prace badawcze dotyczące tego zagadnienia napotkały zbyt wiele trudności metodycznych, co może przysłaniać prawdziwe zależności [56].

Podsumowanie

Psychopatologia w zakresie objawów pozytywnych i negatywnych nie wydaje się mieć pierwszorzędowego wpływu na zachowania samobójcze pacjentów z rozpoznaną schizofrenią [24]. Wśród stawianych hipotez przyczyn samobójstwa podkreślane jest znaczenie czynu samobójczego jako próby wyjścia ze stresującej i nie akceptowanej sytuacji; może być to dramatyczny sposób pacjenta na „uwolnienie się” od objawów psychotycznych. Dominujące w obrazie schizofrenii objawy pozytywne wiążą się z lepszą świadomością choroby, ale także z obniżonym poczuciem własnej wartości i poczuciem beznadziejności, te z kolei wymieniane są w grupie niepodważalnych czynników ryzyka samobójstwa. Nasilone objawy pozytywne mogą również potęgować niepokój i impulsywność pacjenta, przez co pośrednio zwiększać ryzyko zachowań samobójczych. Z kolei w obrazie schizofrenii charakteryzującym się większą liczbą objawów negatywnych czynnik ochronny może stanowić niemożność uświadomienia sobie w pełni choroby i jej konsekwencji; objawy te często również uniemożliwiają podjęcie celowych działań prowadzących do samobójstwa oraz „chronią” pacjenta przed wystąpieniem depresji. Z drugiej jednak strony istnieją doniesienia o wpływie objawów negatywnych na nasilenie depresji i poczucia beznadziejności wśród osób dotkniętych schizofrenią.

Uzyskane wyniki badań są niejednoznaczne i trudno na tym etapie zakwalifikować objawy pozytywne i negatywne zdecydowanie do grupy podnoszącej ryzyko samobójcze, obniżającej je lub też pozostającej bez wpływu. Z pewnością mają one modulujący wpływ na czynniki ryzyka samobójstwa w schizofrenii, znane i nie budzące kontrowersji, takie jak: depresyjność, poczucie beznadziejności, niski poziom funkcjonowania psychospołecznego oraz izolację społeczną pacjenta.

Влияние позитивных и негативных симптомов на суицидальное поведение при шизофрении. Литературный обзор

Содержание

Главной причиной смерти среди больных шизофренией является самоубийство. Риск суицида в этой группе больных остается и до сих пор на высоком уровне и определяется 10% несчастных случаев.

Заданием работы был обзор актуальной литературы, относящейся к влиянию позитивных и негативных симптомов на самоубийственное поведение больных шизофренией. Некоторые, ниже приведенные работы, указывают на факт, что активная фаза болезни и обострение процесса болезни, увеличивают риск суицида у лиц с диагнозом шизофрении. Это положение противоположно с работами, указывающими на суицид у больных шизофренией, не истекает из опыта психотических симптомов. В работах, посвященных этому вопросу, влияние позитивных на частоту предпринимаемых суицидальных проб при шизофрении неоднозначно. Если касается негативных симптомов, то мнения исследователей также разнообразны. В свете настоящих исследований не найден статистически существенный довод, чтобы слуховые галлюцинации увеличивали риск суицидальных поведений среди больных шизофренией. Результаты приведенных ниже исследований не позволяют однозначно определить влияние позитивных и негативных симптомов на самоубийственное поведение и включить их в группу факторов риска или группу изменчивых, играющих протекционную роль.

Einfluss von positiven und negativen Symptomen auf Suizidverhalten in Schizophrenie Literaturübersicht

Zusammenfassung

Hauptursache des Todes unter den Schizophrenkranken ist Suizid. Das Suizidrisiko in dieser Patientengruppe bleibt auf hohem Niveau erhalten und wird auf 10% geschätzt. Das Ziel der Arbeit war die Übersicht der Literatur zum Einfluss der positiven und negativen Symptome auf Suizidverhalten in der Schizophrenie. Manche der nachfolgend zitierten Arbeiten bewiesen, dass die aktive Krankheitsphase und die Krankheitssteigerung das Suizidrisiko bei den Personen mit der Diagnose Schizophrenie erhöhen. Es bleibt im Widerspruch mit anderen Arbeiten, die beweisen, dass der Suizid eines Schizophrenkranken nicht aus den psychotischen Symptomen resultiert. Im Hinblick auf die gegenständliche Literatur ist der Einfluss der positiven Symptome auf die Häufigkeit der Suizidversuche in der Schizophrenie immer noch nicht eindeutig, auch sind die Meinungen der Forscher geteilt, wenn es um die Bedeutung der negativen Symptome geht. Im Lichte der bisherigen Studien wurde kein statistisch signifikanter Beweis gefunden, dass die akustischen Halluzinationen das Risiko der Suizide unter den schizophrenerkrankten Personen erhöhen würden. Die Ergebnisse der hier angeführten Studien schätzten den Einfluss der positiven und negativen Symptome auf Suizidverhalten nicht eindeutig ein und erlauben nicht, sie der Gruppe der Risikofaktoren oder Gruppe der Variablen einzuschliessen, die eine protektive Rolle spielen.

L'influence des symptômes positifs et négatifs sur le comportement suicidaire pendant la schizophrénie

Résumé

Le suicide reste la cause principale de mort des personnes souffrant de la schizophrénie. Dans le groupe des patients souffrant de la schizophrénie le risque de suicide est toujours très élevé et il est estimé à 10%.

Ce travail veut donner une revue actuelle de littérature parlant de l'influence des symptômes positifs et négatifs sur les tentatives de suicide pendant la schizophrénie. Certaines recherches indiquent que la phase active de la maladie augmente le risque de suicide des schizophrènes. Cela est en contradiction avec les recherches attestant que le suicide de la personne souffrant de la schizophrénie ne résulte pas de l'épreuve des symptômes psychotiques. D'après la littérature en question l'influence des symptômes positifs sur le nombre des tentatives de suicide reste encore équivoque, il en est de même avec les symptômes négatifs. Pour l'instant on ne trouve pas des preuves que les hallucinations auditives commandantes augmentent le risque de suicide des schizophrènes. Les résultats des recherches présentées ne permettent pas de définir clairement l'influence des symptômes négatifs et positifs sur le comportement suicidaire des personnes souffrant de la schizophrénie.

Piśmiennictwo

1. Petit JR. *Psychiatria ratunkowa*. Wrocław: Urban & Partner; 2007.
2. Golec S, Kokoszka A. *Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2002.
3. Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. Brit. J. Psychiatry 1997; 170: 205–228.
4. Wciórka J. *Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*. W: Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner; 2002, s. 213–323.
5. Sartorius N, Jablensky A, Korten A i in. *Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures*. Psychol. Med. 1986; 16: 909–928.
6. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. *The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62: 247–253.
7. Siris S. *Suicide and schizophrenia*. J. Psychopharmacol. 2001; 15: 127–135.
8. Roy A. *Depression, attempted suicide, and suicide in patients with chronic schizophrenia*. Psychiatr. Clin. North Am. 1986; 9: 193–206.
9. Pompili M. *Suicide risk in schizophrenia: an overview*. W: Tatarelli R, Pompili M, Girardi P, red. *Suicide in schizophrenia*. New York: Nova Science Publishers; 2007, s. 1–18.
10. Acosta F, Aguilar E, Cejas M, Gracia R, Caballero A, Siris SG. *Are there subtypes of suicidal schizophrenia? A prospective study of patients in the „stable stage”*. Schizophr. Res. 2006; 86: 215–220.
11. Aguilar EJ, Leal C, Acosta FJ, Cejas MR, Fernández L, Gracia R. *A psychopathological study of a group of schizophrenic patients after attempting suicide. Are there two different clinical subtypes?* Eur. Psychiatry 2003; 18: 190–192.
12. Fenton W, McGlashan T, Victor B, Blyler C. *Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders*. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 199–204.
13. Falloon I, Talbot R. *Persistent auditory hallucinations: Coping mechanisms and implications for management*. Psychol. Med. 1981; 11: 329–339.
14. Levy S, Southcombe R. *Suicide in a state hospital for the mentally ill*. J. Nerv. Ment. Dis. 1953; 117: 504–514.

15. Westermeyer JF, Harrow M, Marengo J. *Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders*. J. Nerv. Ment. Dis. 1991; 5: 259–265.
16. De Hert 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: 127–134.
17. Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK. *Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age – and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 1235–1242.
18. Hu WH, Sun CM, Lee CT, Peng SL, Lin SK, Shen WW. *A clinical study of schizophrenic suicides. 42 cases in Taiwan*. Schizophr. Res. 1991; 5: 43–50.
19. De Hert M, Peuskens J. *Psychiatric aspects of suicidal behavior: Schizophrenia*. W: Hawton K, van Heeringen K, red. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. West Sussex, England: John Wiley and Sons; 2000, s.121–134.
20. McGirr A, Tousignant M, Routhier D, Pouliot L, Chawky N, Margolese HC, Turecki G. *Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: A case-control study*. Schizophr. Res. 2006; 84: 132–143.
21. Kaplan KJ, Harrow M. *Positive and negative symptoms as risk factors for later suicidal activity in schizophrenics versus depressives*. Suic. Life-Threat. Beh. 1996; 26: 105–121.
22. Kaplan KJ, Harrow M. *Psychosis and functioning as risk factors for later suicidal activity among schizophrenia and schizoaffective patients: a disease-based interactive model*. Suic. Life-Threat. Beh. 1999; 29: 10–24.
23. Kaplan KJ, Harrow M. *Positive and negative symptoms and global functioning as risk factors for later suicidal activity among patients with schizophrenia*. W: Tatarelli R, Pompili M, Girardi P, red. *Suicide in schizophrenia*. New York: Nova Science Publishers; 2007, s. 49–59.
24. Modestin J. *Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia*. W: Tatarelli R, Pompili M, Girardi P. *Suicide in schizophrenia*. New York: Nova Science Publishers; 2007, s. 31–47.
25. Cotton PG, Drake RE, Gates C. *Critical treatment issues in suicide among schizophrenics*. Hosp. Comm. Psychiatry 1985; 36: 534–536.
26. Farberow NL, Shneidman ES, Leonard CV. *Suicide among schizophrenic mental hospital patients*. W: Farberow NL, Shneidman ES, red. *The cry for help*. New York – Toronto–London: McGraw-Hill; 1961, s. 78–97.
27. Fenton WS, McGlashan TH. *Antecedents, symptom progression, and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 1994; 151: 351–356.
28. Fenton WS. *Depression, suicide and suicide prevention in schizophrenia*. Suic. Life-Threat. Beh. 2000; 30: 34–49.
29. McGurk SR, Moriarty PJ, Harvey PD, Parrella M, White L, Friedman J. i in. *Relationship of cognitive functioning, adaptive life skills and negative symptom severity in poor-outcome geriatric schizophrenia patients*. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosc. 2000; 12: 257–264.
30. Schwartz RC, Cohen BN. *Psychosocial correlates of suicidal intent among patients with schizophrenia*. Compr. Psychiatry 2001; 42: 118–123.
31. Black DW, Fisher R. *Mortality in DSM-III-R schizophrenia*. Schizophr. Res. 1992; 7: 109–116.
32. Funahashi T, Ibuki Y, Domon Y, Nishimura T, Akehashi D, Sugiura H. *A clinical study on suicide among schizophrenics*. Psychiatry Clin. Neurosc. 2000; 54: 173–179.
33. Taiminen TJ, Kujari H. *Antipsychotic medication and suicide among schizophrenic and paranoid inpatients: a controlled retrospective study*. Acta Psychiatr. Scand. 1994; 90: 247–251.
34. Roy A, Thompson R, Kennedy S. *Depression in chronic schizophrenia*. Brit. J. Psychiatry 1983; 142: 465–470.

35. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. *Suicidal behaviour in schizophrenia and its relation-ship to awareness of illness*. Am. J. Psychiatry 1996; 153: 1185–1188.
36. Acosta F, Aguilar E, Cejas M, Gracia R, Caballero A, Siris SG. *A prospective study of the psychopathological variables associated with suicidality among schizophrenic patients*. Act. Esp. Psiquiatr. 2007; 35: 1–7.
37. Shuwall M, Siris S. *Suicidal ideation in postpsychotic depression*. Compr. Psychiatry 1994; 35: 132–134.
38. Ran M, Xiang M, Mao W i in. *Characteristics of suicide attempters and nonattempters with schizophrenia in a rural community*. Suic. Life-Threat. Beh. 2005; 35 (6): 694–701.
39. Korzeniowski L. *Psychiatryczne aspekty samobójstw*. Zdrow. Psych. 1972; 13: 124–133.
40. Czernikiewicz A, Ciupak A, Gajewski J, Łoza B, Perzyński J, Wójcicka A. *Samobójstwa chorych na schizofrenię hospitalizowanych w PS ZOZ Lublin w latach 1984–1993*. IV Lubelskie Spotkania Naukowe; 1995, s. 263–265.
41. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. *Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*. Am. J. Psychiatry 1985; 142: 559–563.
42. Black DW, Winokur G. *Age, mortality, and chronic schizophrenia*. Schizophr. Res. 1988; 1: 267–272.
43. Addington DE, Addington JM. *Attempted suicide and depression in schizophrenia*. Acta Psychiatr. Scand. 1992; 85: 288–291.
44. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kassow P, Petersen L, Thorup A i in. *OPUS study: Suicidal behavior, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomized controlled trial*. Brit. J. Psychiatry 2002; 7: 98–106.
45. Havaki-Kontaksaki BJ, Kontaksakis VO, Protopappa VA, Christodoulou GM. *Suicides in a large psychiatric hospital: risk factors for schizophrenic patients*. W: Christodoulou GM, Kontaksakis VO, red.. *Topics in preventive psychiatry*. Karger, Basel: Bibliotheca Psychiatrica; 1994, s. 63–71.
46. Wolfersdorf M, Barth P, Steiner B, Keller F, Vogel R, Hole G, Schuttler R. *Schizophrenia and suicide in psychiatric inpatients*. W: Platt AD, Kreitman N, red. *Current research on suicide and parasuicide*. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1989, s. 67–77.
47. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors*. Brit. J. Psychiatry 2005; 187: 9–20.
48. Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ. *Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide*. J. Clin. Psychiatry 2003; 64: 871–874.
49. Barraclough B, Bunch J, Nelson B i in. *A hundred cases of suicide: clinical aspects*. Brit. J. Psychiatry 1974; 125: 355–373.
50. Zisook S, Byrd D, Kuck J, Seste DV. *Command Hallucinations in outpatients with schizophrenia*. J. Clin. Psychiatry 1995; 56: 462–465.
51. Gallagher AG, Dinan TG, Sheehy NP i in. *Chronic auditory hallucinations and suicide risk factors in schizophrenia*. Irish J. Psychiatry 1997; 16: 346–355.
52. Rogers P, Watt A, Gray NS, MacCulloch M, Gournay K. *Content of command hallucinations predicts self-harm but not violence in a medium secure unit*. Am. J. Forensic Psychiatry 2002; 13: 251–262.
53. Hellerstein D, Frosch W, Koenigsberg W. *The clinical significance of command hallucinations*. Am. J. Psychiatry 1987; 144: 219–221.
54. Rudnick A. *Relation between command hallucinations and dangerous behavior*. J. Am. Acad. Psychiatry Law 1999; 27: 253–257.

55. Roy A. *Suicide in chronic schizophrenia*. Brit. J. Psychiatry 1982; 141: 171–177.
56. Montross LP, Zisook S, Kasckow J. *Command hallucinations and suicide risk*. W: Tatarelli R, Pompili M, Girardi P. *Suicide in schizophrenia*. New York: Nova Science Publishers; 2007, s. 113–132.

Adres: Marta Makara-Studzińska
Klinika Psychiatrii UM
20-442 Lublin, ul. Głuska 1

Otrzymano: 28.07.2008
Zrecenzowano: 5.02.2009
Otrzymano po poprawie: 20.03.2009
Przyjęto do druku: 23.03.2009