

## Rozpowszechnienie myśli i zachowań samobójczych wśród pacjentów leczenia odwykowego

### Prevalence of suicidal ideation and behaviours among patients of alcohol treatment centres

Włodzimierz Adam Brodniak<sup>1</sup>, Marek Zwoliński<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia

<sup>2</sup>Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

**Abstract** – *Aim.* To estimate suicidal ideation, plans and attempts prevalence among patients of alcohol treatment centres.

*Method.* Prevalence of suicidal ideation, plans and attempts was assessed using the Suicidal Subscale of the Montgomery-Åsberg Depression Scale in 2 204 alcohol dependent patients from 12 alcohol treatment centres nationwide. The sample was representative for in- and outpatients of all alcohol treatment centres in Poland.

*Results.* In the sample studied almost 14% of the patients had at least one suicide attempt in their lifetime, while almost 6% attempted suicide at least twice. In that sample 8.3% reported a suicide attempt in the past three years.

Occasional suicidal thoughts, frequently associated with a feeling of being tired with life were reported by almost 12% of the patients, frequent suicidal ideation by 13%, while suicidal plans by almost 7% of the respondents.

The risk for suicidal behaviours is directly proportional to the intensity of suicidal ideation and plans.

---

Badanie, na podstawie którego powstał artykuł, było finansowane z grantu Ministerstwa Nauki i Informatyzacji na lata 2003–2005, nr 3 PO5D02424.

As compared to patients free from suicidal ideation and plans, those:

- 1) occasionally thinking of suicide and tired with life were at 2.9 times as great risk for attempting suicide;
- 2) with frequent suicidal ideation were at 7.2 times as great risk for suicidal behaviours;
- 3) planning suicide were at 45.4 times as great risk for suicidal attempt.

**Key words:** suicidal behaviour, prevalence, patients, alcoholism

**Streszczenie** – *Cel.* Ocena rozpowszechnienia myśli, planów i prób samobójczych wśród pacjentów leczenia odwykowego.

*Metoda.* Dane na temat rozpowszechnienia myśli, planów i prób samobójczych uzyskano za pomocą podskali suicydalnej ze Skali Depresji Montgomery-Åsberg. Zbadano 2.204 osoby z 12 ośrodków z całego kraju (4 rodzaje placówek), które są próbą reprezentatywną dla leczenia odwykowego w Polsce.

*Wyniki.* Wśród badanych pacjentów co najmniej raz w ciągu życia próby samobójczej dokonało prawie 14% osób, a co najmniej dwa razy – blisko 6%. Próbę samobójczą w okresie ostatnich 3 lat podjęło 8,3% osób. Występowanie myśli samobójczych czasami, w tym często połączonych ze znużeniem życiem, zgłaszało prawie 12%, częste myśli samobójcze – ponad 13%, a plany samobójcze – blisko 7% pacjentów w badanej próbie.

Ryzyko zachowań samobójczych narasta wprost proporcjonalnie do natężenia myśli i planów suicydalnych.

W porównaniu z pacjentami, którzy nie mieli myśli i planów samobójczych, u pacjentów:

- 1) czasami myślących o samobójstwie i znużonych życiem szanse na podjęcie prób samobójczych były 2,9 razy większe,
- 2) często myślących o samobójstwie – szanse te były 7,2 razy większe,
- 3) planujących samobójstwo – szanse te były 45,4 razy większe.

**Słowa kluczowe:** zachowania samobójcze, rozpowszechnienie, pacjenci, alkoholizm

## WSTĘP

W Polsce do tej pory przeprowadzono tylko jedno badanie (pilotażowe) wśród pacjentów leczenia odwykowego *po próbach samobójczych* (1, 2). Była to niewielka próba badawcza – 90 osób, w tym 30 pacjentów po próbach samobójczych, 30 bez zachowań suicydalnych (grupa kontrolna I), 30 nie-pacjentów (grupa kontrolna II) – i nie mogła dostarczyć danych dla oszacowania rozpowszechnienia myśli i zachowań suicydalnych.

Badanie pilotażowe stało się podstawą do realizacji dużego projektu badawczego, którego część, poświęconą ocenie rozpowszechnienia myśli i zachowań samobójczych, zaprezentowano w tym artykule.

Nadużywanie alkoholu i uzależnienie od alkoholu są w literaturze przedmiotu powszechnie uznane za jeden z czynników znacznie zwiększających ryzyko zachowań samobójczych, czyli podjęcia próby samobójczej lub popełnienia samobójstwa zakończzonego zgonem.

Badania nad samobójstwami dokonanymi w populacjach generalnych w wielu krajach wskazują, że od 15 do 27% ich ofiar stanowią osoby nadużywające alko-

holu (3). W Polsce w ostatnich latach, według danych Komendy Głównej Policji, co najmniej 20–22% samobójstw zakończonych zgonem jest popełnianych przez osoby z problemem alkoholowym. Także ponad 20% wszystkich samobójców i co najmniej 50% mężczyzn samobójców odebrało sobie życie po wypiciu alkoholu. Odsetki te mogą być zaniżone, ponieważ w statystykach policyjnych są znaczne, sięgające 40%, braki danych dotyczące roli alkoholu w samobójstwach.

Ryzyko dokonania samobójstwa zakończonego zgonem u osób uzależnionych od alkoholu w okresie całego ich życia – na podstawie wielu badań – jest szacowane przeciętnie w granicach od 2,5% dla osób z historią ambulatoryjnego leczenia odwykowego lub nie leczących się, do 3,5% dla osób z historią odwykowego leczenia szpitalnego. Na przykład w przeglądzie badań dokonany przez Roya (3) ryzyko to oceniono między 2,2 i 3,4%, a w pracy Murphy’ego i Wetzela (4) od 2 do 3,4%.

W niektórych badaniach populacji mężczyzn, na przykład Rossow i wsp. (5) czy w badaniu polskim Brodniak i wsp. (6), dla mężczyzn, pacjentów leczenia odwykowego, to ryzyko dochodzi nawet do 10%. W tych ostatnich badaniach (13-letnia katamneza) nad umieralnością pacjentów (mężczyzn) w dwóch szpitalnych zakładach leczenia odwykowego, standaryzowany wskaźnik zgonów z powodu samobójstwa był 7,5 razy wyższy od przeciętnego, oczekiwanego w populacji generalnej.

Według wielu badań i szacunków liczba prób samobójczych w populacji generalnej jest co najmniej 10 razy, a w zależności od kraju, regionu, czy grupy etnicznej – nawet 20 razy większa od liczby samobójstw zakończonych zgonem. Pużyński (7) ocenia liczbę prób samobójczych jako przeciętnie 15 razy większą w porównaniu z liczbą samobójstw ze skutkiem śmiertelnym.

Autorzy nie znaleźli w dostępnych anglojęzycznych bazach bibliograficznych i pracach przeglądowych żadnego badania, w którym przedstawiono by próbę oceny rozpowszechnienia myśli i zachowań suicydalnych na reprezentatywnej próbie w populacji pacjentów leczenia odwykowego. Przeprowadzono natomiast wiele badań w ograniczonych populacjach pacjentów – tylko po próbach samobójczych i uzależnionych od alkoholu w wybranych szpitalach w różnych krajach.

W kilku szpitalach w Wielkiej Brytanii i Finlandii w serii badań – Hawton i wsp. (8, 9), Merrill i wsp. (10), Platt i Robinson (11), Suominen i wsp. (12) – oceniono odsetki alkoholików wśród przyjętych do tych szpitali osób po próbach samobójczych w okresie od kilku do 20 lat. W szpitalach w Wielkiej Brytanii (Oxford, Birmingham, Edynburg) odsetki te wynosiły od 10 do 24% dla mężczyzn i od 4,2 do 17% dla kobiet. W Finlandii (Helsinki) odsetek uzależnionych od alkoholu wśród osób po próbach samobójczych (według kryteriów DSM-IIIR) wynosił, dla obu płci łącznie, aż 41,2%. Te różnice mogą być odzwierciedleniem znacznie wyższego współczynnika samobójstw w Finlandii niż w Wielkiej Brytanii.

Celem – tej części badań wybranej do prezentacji rezultatów – jest znalezienie odpowiedzi na pytanie o rozpowszechnienie myśli, planów i prób samobójczych w populacji pacjentów lecznictwa odwykowego w Polsce.

## MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono w 12 wybranych ośrodkach lecznictwa odwykowego według pięciu kryteriów: 1. wielkości miasta siedziby ośrodka, 2. stopnia urbanizacji regionu – bardziej lub mniej zurbanizowany, 3. typu regionu – bardziej przemysłowy lub bardziej rolniczy, 4. wielkości stopy bezrobocia w regionie, 5. liczby pacjentów objętych w okresie roku leczeniem w danym ośrodku.

Wybrane ośrodki lecznictwa odwykowego znajdują się na terenie czterech województw: dolnośląskiego, lubelskiego, łódzkiego i świętokrzyskiego. Z każdego województwa dobrano po trzy ośrodki.

Obejmowały one cztery typy ośrodków lecznictwa odwykowego: poradnie leczenia uzależnień – 8, oddziały leczenia odwykowego w dwóch szpitalach psychiatrycznych – 2, oddziały odwykowe w szpitalu ogólnym – 1 i odrębny ośrodek szpitalnego leczenia uzależnień od alkoholu – 1.

Relacje między liczbą placówek i pacjentów w populacji i w próbie zawiera tabela 1. Jak widać w trakcie badań udało nam się dotrzeć do ok. 1% pacjentów poradni i oddziałów leczenia odwykowego przy szpitalach psychiatrycznych, a do ok. 2% pacjentów ośrodków leczenia odwykowego i oddziałów odwykowych przy szpitalach ogólnych.

Dobrana losowo i systematycznie grupa 2.232 mężczyzn w wieku od 17 do 75 lat ( $M = 41,57$ ,  $s = 10,44$ ), stanowiła reprezentatywną próbę (17,03% z 13.110) pacjentów 12 ośrodków leczenia uzależnień od alkoholu, w których realizowano badania. W poradniach zbadano 1.453 pacjentów (co stanowiło 65,9% próby), w oddziałach szpitali psychiatrycznych – 379 pacjentów (17,2% próby), w oddziale szpitala ogólnego i w ośrodku całodobowym – po 186 pacjentów (czyli po 8,4%).

Tabela 1.  
Populacja i próba ośrodków i pacjentów w 2004 r.  
Population of treatment centres and patient sample in 2004

Typ ośrodka	Populacja		Próba		Próba/ populacja
	placówki	pacjenci	placówki	pacjenci	
1. Poradnie	406	147.000	8	1.453	1%
2. Ośrodki leczenia odwykowego	15	9.200	1	186	2%
3. Oddziały leczenia odwykowego przy szpitalach psychiatrycznych.	56	43.200	2	379	0,9%
4. Oddziały leczenia odwykowego przy szpitalach ogólnych	22	9.900	1	186	1,9%

Źródło: 13, 14

Grupa ta została przebadana – metodą indywidualnych rozmów w ramach wizyt pacjentów w poradni lub pobytów w szpitalu – podskala suicydalną, zawierającą skalę myśli i planów samobójczych (MS, pozycja 10 ze Skali Depresji Montgomery-Åsberg) (15). Pacjentów pytano również o podejmowane próby samobójcze (liczba prób i czas, jaki upłynął do badania).

Trzy pozycje skali MS tworzyły czterostopniowy skalogram Guttmana, który w tej próbie charakteryzował się wysokim współczynnikiem odtwarzalności = 99,4%. Zero w tej skali oznacza całkowity brak myśli samobójczych, 1 – występowanie myśli samobójczych czasami i częste znużenie życiem, 2 – częste myśli samobójcze, 3 – plany popełnienia samobójstwa.

W analizach związków między próbami samobójczymi a typem ośrodka lub poziomem zaawansowania myślenia o samobójstwie zastosowano konfiguracyjną analizę frekwencji (Configural Frequency Analysis) von Eye'a (16). Wybrano wariant testujący hipotezę, że obserwowane frekwencje nie różnią się od oczekiwanych na podstawie sum marginalnych. Zastosowano najbardziej konserwatywny test, tj.  $\chi^2$ , ze względu na nie dość wysokie liczebności w niektórych kostkach tablicy wielodzielczej. Do badania możliwości przewidywania wystąpienia prób samobójczych zastosowano analizę regresji logistycznej (program Statistica 7).

## WYNIKI

### Rozpowszechnienie prób samobójczych

Dane na temat rozpowszechnienia myśli, planów i prób samobójczych uzyskano od 2.204 osób, co stanowi 98,75% badanej próby. Wśród nich 306 osób udzielających odpowiedzi, czyli 13,94% (przedział ufności 95%: 12,50–15,40% w populacji) (17), co najmniej raz dokonało zamachu na swe życie, w tym 131 osób, czyli 5,95% (przedział ufności 95%: 5,00–6,95%) – co najmniej dwa razy (dokładne dane na temat liczby zamachów w tab. 2).

Z grupy 306 osób, które przynajmniej raz dokonały próby samobójczej, 296 podało datę ostatniego zamachu, spośród nich 183 osoby, czyli 61,15%, co najmniej raz targnęło się na swoje życie w ciągu ostatnich trzech lat przed badaniem (grupa S). Grupa S stanowiła 8,30% z 2.204 pacjentów (7,20–9,49% w populacji) odpowiadających na pytanie o próby samobójcze.

Udział osób z grupy S w poszczególnych typach ośrodków nie był proporcjonalny do liczby pacjentów zbadanych w każdym z nich i do ich liczebności [ $\chi^2(3) = 34,72$ ,  $p < 0,0001$ , patrz tab. 3]. Seria testów  $\chi^2$  wskazuje na to, że pacjenci dokonujący prób samobójczych nieproporcjonalnie często (1,6 razy częściej niż można oczekiwać) występowali we wszystkich ośrodkach opieki całodobowej i nieproporcjonalnie rzadko (tylko 0,7 razy rzadziej niż można było oczekiwać) w najliczniej reprezentowanych poradniach leczenia uzależnień.

Rozpowszechnienie świeżych – czyli w okresie 3 lat do badania – zamachów samobójczych wiązało się z wiekiem: pacjenci z grupy S byli na ogół młodszy od

Tabela 2.

Rozkład prób samobójczych: liczebności (n) pacjentów

Distribution of suicidal attempts among alcohol dependent patients

Liczba prób N	Pacjenci N	Procent %
Ogółem	2202 *	100,00
0	1895	86,06
1	176	7,99
2	70	3,18
3	34	1,54
4	8	0,36
5	5	0,23
6	7	0,32
7	1	0,05
8	1	0,05
10	2	0,09
12	1	0,05
15	1	0,05
20	1	0,05

\* dwie osoby nie potrafiły określić liczby prób

Tabela 3.

Typ ośrodka leczenia odwykowego a przynależność do grupy S (pacjentów, którzy w ciągu ostatnich trzech lat dokonali zamachu samobójczego) lub grupy NS (pozostałych). Wyniki konfiguracyjnej analizy frekwencji: liczebności (n), ryzyko względne (RR),  $\chi^2$  i p  
Frequencies of patients who attempted suicide in the past three years (S) vs. the remaining respondents (NS) by type of alcohol treatment centre. Results of configurative frequency analysis: frequencies (n), relative risk (RR),  $\chi^2$ , and p

Typ ośrodka	Grupa NS				Grupa S			
	n	RR	$\chi^2(1)$	P	n	RR	$\chi^2(1)$	P
Poradnie	1368	1,03	0,95	0,3288	85	0,71	10,53	0,0012
Oddział szpitala ogólnego	162	0,95	0,43	0,5124	24	1,55	4,74	0,0295
Oddziały szpitali psychiatrycz.	329	0,95	0,99	0,3202	50	1,59	10,91	0,0010
Ośrodek całodobowy	162	0,95	0,43	0,5124	24	1,55	4,74	0,0295
Razem	2021	–	–	–	183	–	–	–

RR = n/n oczekiwane; dla wyjściowego  $\alpha = 0,05$ ,  $\alpha$  z poprawką Bonferroniego = 0,00625

pozostałej części pacjentów, czyli z grupy NS [odpowiednie średnie wynosiły 38,20 i 41,91,  $t(2201) = 4,62$ ,  $p < 0,0001$ ].

### Rozpowszechnienie myśli i planów samobójczych

Dane na temat rozpowszechnienia myśli i planów samobójczych wśród pacjentów ośrodków leczenia uzależnień od alkoholu przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4.

Rozkład wyników skali myśli samobójczych (MS) wśród pacjentów ośrodków leczenia uzależnień od alkoholu: liczebności (n), procenty i przedziały ufności

Distribution of results of suicidal subscale (MS) among patients of alcohol treatment centres: frequencies (n), percent and confidence intervals

Skala MS	n pacjentów	% pacjentów	95% przedział ufności: %
0 (brak myśli samobójczych)	1500	68,37	66,42–70,32
1 (znużenie życiem, czasem myśli s.)	257	11,71	9,40–13,10
2 (częste myśli samobójcze)	291	13,26	11,90–14,70
3 (plany samobójcze)	146	6,66	5,65–7,75
Razem	2194	100,0	

Analiza przedziałów ufności w tabeli 4 wskazuje na to, że plany samobójcze w populacji badanych ośrodków ma 6–8% pacjentów, częste myśli samobójcze – 12–15%, odczucia znużenia życiem – 9–14%. Trzeba podkreślić, że 66–70% pacjentów nie ma żadnego z tych symptomów.

### Myśli i plany samobójcze a próby samobójcze

Związek myśli i planów samobójczych pacjentów lecznictwa odwykowego, uzależnionych od alkoholu, z ich zachowaniami samobójczymi w ciągu ostatnich 3 lat analizowano na dwa sposoby. Po pierwsze zbadano, czy i w jaki sposób poszczególne poziomy częstotliwości myśli samobójczych współwystępują z przejawianiem zachowań samobójczych w ciągu ostatnich 3 lat. Po drugie sprawdzono, w jakim stopniu można przewidywać zachowania samobójcze na podstawie natężenia myśli samobójczych.

Aby sprawdzić, czy i w jaki sposób poszczególne poziomy myśli samobójczych współwystępują z zachowaniami samobójczymi, zastosowano konfiguracyjną analizę frekwencji dla poszczególnych kombinacji poziomów skali MS w odniesieniu do przynależności do grupy NS lub S (patrz tab. 5).

Tabela 5.

Konfiguracyjna analiza frekwencji dla wyników skali myśli samobójczych (MS) w grupie mężczyzn, którzy w ciągu ostatnich trzech lat dokonali zamachu samobójczego (grupa S) i w pozostałej części próby pacjentów (grupa NS): liczebności (n), ryzyko względne (RR),  $\chi^2$  i p  
Configurative frequency analysis of suicidal subscale results (MS) in the group of patients who attempted suicide in the past three years (group S) and in remaining respondents (NS): frequencies (n), relative risk (RR),  $\chi^2$ , and p

Skala MS	Grupa NS				Grupa S			
	n	RR	$\chi^2(1)$	p	n	RR	$\chi^2(1)$	p
0 (brak myśli samobójczych)	1440	1,06	5,40	0,0202	38	0,31	59,20	< 0,0001
1 (znużenie życiem, czasem myśli s.)	237	1,01	0,05	0,8286	18	0,85	0,51	0,4735
2 (częste myśli samobójcze)	242	0,92	1,82	0,1770	46	1,91	19,99	< 0,0001
3 (plany samobójcze)	66	0,50	33,66	< 0,0001	79	6,52	369,19	< 0,0001
Razem	1985	–	–	–	181	–	–	–

RR = n/n oczekiwane; dla wyjściowego  $\alpha = 0,05$ ,  $\alpha$  z poprawką Bonferroniego = 0,00625

Okazało się, że związek ten jest wysoce istotny –  $\chi^2(3) = 489,82$ ;  $p < 0,0001$ . Seria testów  $\chi^2$  dla poszczególnych konfiguracji ujawniła, że polega on na:

- nieproporcjonalnie częstym współwystępowaniu prób i planów samobójczych (RR = 6,52) oraz prób i częstego myślenia o samobójstwie (RR = 1,91),
- nieproporcjonalnie rzadkim współwystępowaniu prób samobójczych z brakiem jakichkolwiek myśli samobójczych i brakiem znużenia życiem (RR = 0,31) oraz planów odebrania sobie życia z brakiem prób samobójczych (RR = 0,50).

Bezpośredniego potwierdzenia tego związku dostarcza odpowiedź na pytanie o możliwości przewidywania prób samobójczych na podstawie występowania i natężenia myśli samobójczych. Uzyskano ją za pomocą analizy regresji logistycznej przynależności do grupy S lub grupy NS ze względu na poszczególne poziomy skali MS (tab. 6). Regresja ta była istotna [ $\chi^2(3) = 308,77$ ,  $p < 0,0001$ ] (program Statistica) i dała 92,2% poprawnych przewidywań przynależności do grupy S lub NS. W porównaniu z pacjentami, którzy nie mieli myśli samobójczych, u pacjentów: 1) czasami myślących o samobójstwie i znużonych życiem szanse na podjęcie prób samobójczych były ok. 3 razy większe (przedział ufności 95%: 1,6–5,1 w populacji), 2) często myślących o samobójstwie – były ponad 7 razy większe (4,6–11,3) i 3) planujących samobójstwo – ponad 45 razy większe (28,7–71,8).

Tabela 6.

Przewidywanie wystąpienia prób samobójczych na podstawie wyników w skali myśli samobójczych (MS): ilorazy szans (OR) z równania regresji logistycznej i ich przedziały ufności

Prediction of suicide attempts: odds ratios and confidence intervals (results of logistic regression)

Skala MS	OR	95% przedział ufności
0 (brak myśli samobójczych)	1	(poziom odniesienia)
1 (znużenie życiem, czasem myśli samobójcze)	2,89	1,62–5,13
2 (częste myśli samobójcze)	7,20	4,59–11,31
3 (plany samobójcze)	45,36	28,66–71,79

## DYSKUSJA

Przedstawione w tej pracy wyniki części badań, dotyczących oceny rozpowszechnienia myśli, planów, a przede wszystkim prób samobójczych w populacji pacjentów leczenia odwykowego, są pierwszą w Polsce eksploracją tego problemu, a być może w tej skali także na świecie. Podejmowane dotychczas starania oszacowania tego problemu obejmowały pacjentów uzależnionych od alkoholu po próbach samobójczych, przyjmowanych do szpitali ogólnych w różnym czasie – od kilku do 20 lat (8, 9, 11, 12). Przedmiotem badań były jednak wyłącznie próby samobójcze, bez uwzględnienia myśli i planów suicydalnych. W związku z tym nie mamy skali porównawczej, a zwłaszcza danych z innych podobnych badań, dla analizy i dyskusji

nad metodologiczną i merytoryczną oceną naszej pracy i jej rezultatów. Można ostrożnie postawić wniosek, że deklarowanie przez co siódmego pacjenta (14%) uzależnionego od alkoholu, że co najmniej raz w swoim życiu dokonał zamachu samobójczego, z czego co dwunasty (8,3%) w okresie ostatnich trzech lat, wskazuje wyraźnie na znaczny potencjał ryzyka zachowań suicydalnych wśród pacjentów leczenia odwykowego w Polsce. Należy do tej oceny dodać jeszcze następujące fakty: blisko co siódmy pacjent (13,3%) miał często myśli samobójcze, a co czternasty (7%) planował odebrać sobie życie w okresie ostatnich kilku miesięcy do chwili badania. Generalnie, co piąty pacjent leczący się w ośrodkach leczenia odwykowego albo często myśli o samobójstwie, albo je planuje. Wydaje się, że wyniki tych badań dobrze obrazują skalę problemu ryzyka zachowań samobójczych w tej grupie pacjentów i powinny stać się podstawą do rozwijania strategii terapeutycznych i prewencyjnych w zakresie zachowań suicydalnych w leczeniu odwykowym.

## PIŚMIENNICTWO

1. Brodniak WA, Wójtowicz S (2000) Wybrane psychospołeczne korelaty osób uzależnionych od alkoholu po próbach samobójczych. Badanie pilotażowe. *Alkoholizm i Narkomania*, 13, 4, 459–470.
2. Brodniak WA, Wójtowicz S (2002) Psychosocial correlates of suicidal behaviour in alcohol dependent persons. A pilot study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 1, March, 43–51.
3. Roy A (1995) Psychiatric emergencies: Suicide. W: Kaplan HJ, Sadock BJ (red) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore–London: Williams and Wilkins.
4. Murphy GE, Wetzel RD (1990) The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383–392.
5. Rossow I, Romelsjo A, Leifman H (1999) Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction*, 94, 8, August, 1199–1209.
6. Brodniak WA, Moskalewicz J, Rabczenko D, Wojtyniak B (2002) *Mortality among treated alcoholics in Poland*. Referat przedstawiony na 28<sup>th</sup> Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Paris, 3–7 June, 2002.
7. Pużyński S (1999) *Depresje i zaburzenia afektywne*. Wyd. II, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
8. Hawton K, Fagg J, McKeown SP (1989) Alcoholism, alcohol and attempted suicide. *Alcohol and Alcoholism*, 24, 3–9.
9. Hawton K, Simkin S, Fagg J (1997) Deliberate self-harm in alcohol and drug misusers: Patient characteristics and patterns of clinical care. *Drug and Alcohol Review*, 16, 2, June, 123–129.
10. Merrill J, Milner G, Owens J, Vale A (1992) Alcohol and attempted suicide. *British Journal of Addiction*, 87, 83–89.
11. Platt S, Robinson A (1991) Parasuicide and suicide: a 20 year survey of admissions to a regional poisoning treatment centre. *International Journal of Social Psychiatry*, 37, 159–172.

12. Suominen KH, Isometsa ET, Hensikson MM, Ostamo AI, Lonnqvist JK (1999) Treatment received by alcohol-dependent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 3, 214–219.
13. *Zakłady Psychiatrycznej i Neurologicznej Opieki Zdrowotnej*. Rocznik Statystyczny 2004. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2005, s. 62, 66, 67, 74.
14. *Zakłady Psychiatrycznej i Neurologicznej Opieki Zdrowotnej*. Rocznik Statystyczny 2004. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2005 – Aneks.
15. Montgomery SA, Åsberg M (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389.
16. von Eye A (2001) Configural Frequency Analysis – Version 2000 program for 32 bit operating systems. *Methods of Psychological Research* – online, 6, 129–139.
17. Góralski A (1974). *Metody opisu i wnioskowania statystycznego w psychologii*. Warszawa: PWN.

Adres do korespondencji  
Włodzimierz A. Brodniak  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa  
tel. (22) 45 82 659,  
e-mail brodniak@ipin.edu.pl