

## Czy czynniki związane z ryzykiem samobójstwa są specyficzne dla płci?

### Are suicide risk factors gender specific?

Joanna Pawlak<sup>1</sup>, Izabela Miechowicz<sup>3</sup>, Monika Dmitrzak-Węglarz<sup>1</sup>, Aleksandra Szczepankiewicz<sup>1,2</sup>, Dorota Zaremba<sup>1</sup>, Paweł Kapelski<sup>1</sup>, Aleksandra Rajewska-Rager<sup>1,4</sup>, Piotr Czerski<sup>1</sup>, Maria Skibińska<sup>1</sup>, Joanna Hauser<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Genetyki w Psychiatrii, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Pracownia Badań Molekularnych i Komórkowych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup> Katedra Informatyki i Statystyki, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>4</sup> Klinika Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### Summary

**Aim.** Suicide is an important clinical problem in psychiatric patients. The highest risk of suicide attempts is noted in affective disorders. In this study we tested 20 factors described in the literature (sociodemographic and clinical factors as well as family burden) in association with suicidal behavior and we analyzed whether the significance of those factors differs between males and females.

**Material.** In the study we included patients with major depressive disorder (MDD;  $n = 249$ ) and bipolar affective disorder (BP;  $n = 582$ ). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID I), the Operational Criteria Diagnostic Checklist (OPCRIT) and a questionnaire of family history were used.

**Results.** In the study population we observed an association between suicidal attempts and the following factors: family history of psychiatric disorders, affective disorders and psychoactive substance abuse/dependence; family history of attempted/completed suicide;

---

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Badanie było finansowane z grantu nr 2011/01/B/NZ5/02795 Narodowego Centrum Nauki.

occurrence of specific symptoms in the course of depressive episode (inappropriate guilt, sense of worthlessness, early morning awakening); and psychotic symptoms. Having children was also associated with suicide attempts. The risk factors of suicide attempt differ between males and females. The age of onset of MDD and coexistence of substance abuse/dependence with affective disorder were significant for lifetime risk of attempted suicide only in female group. Having children was associated with suicide attempts in the whole group and in the male subgroup, but not in the female subgroup.

**Conclusions.** Suicide attempts are significantly associated with 10 out of 20 analyzed clinical factors in our group of affective patients, however, the significance (or lack of it) of these factors differed in female and male groups in half the cases.

**Słowa klucze:** próba samobójcza, płeć, czynniki ryzyka

**Key words:** suicide attempt, gender, risk factors

## Wstęp

Zapobieganie samobójstwom pozostaje w bliskim związku z wiedzą o próbach samobójczych [1], gdyż współczynnik samobójstw dokonanych w grupie osób po próbach samobójczych jest stukrotnie wyższy niż w populacji ogólnej i pozostaje wysoki nawet po wielu latach od wcześniejszej próby [2]. Mniej więcej połowa cierpiących na depresję ofiar samobójstw w ostatnich tygodniach życia miała kontakt ze specjalistami opieki zdrowotnej, niejednokrotnie właśnie z powodu myśli samobójczych, jednakże 80% wykazujących objawy depresji pacjentów z myślami samobójczymi nie jest leczonych właściwie lub w ogóle nie są oni leczeni [3, 4].

Osoby podejmujące próby samobójcze cierpią najczęściej na dużą depresję (56–87%), zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości i schizofrenię [1, 5, 6]. Analizując strukturę diagnoz osób, które popełniły samobójstwo, zauważamy istotne różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami. Diagnozy problemów związanych z substancjami psychoaktywnymi, zaburzeń osobowości i zaburzeń wieku dziecięcego są częstsze wśród ofiar płci męskiej. Zaburzenia afektywne, w tym depresja występują częściej u kobiet [5]. W populacji japońskiej osób po próbach samobójczych dane te nie znalazły potwierdzenia [7]. W tym przypadku wśród mężczyzn przeważały duża depresja i zaburzenia dwubiegunowe, natomiast u kobiet częściej występowały zaburzenia osobowości i dystymia. Łącznie u 94,3% badanych po próbach samobójczych zdiagnozowano zaburzenia psychiczne, a 67,9% osób było w trakcie leczenia psychiatrycznego.

Kobiety znacząco częściej podejmują próby samobójcze, natomiast współczynnik samobójstw dokonanych jest wyższy u mężczyzn [8–11]. Mężczyźni częściej stosują metody o wysokim ryzyku letalności, co może częściowo wyjaśniać różnicę w liczbie prób niekończących się zgonem i samobójstw dokonanych [12–14]. Jednak istnieją także wyjątki od tej ogólnej tendencji [15], a czynniki spustowe wydają się mieć różny wpływ zależnie od płci i kontekstu socjokulturowego [7, 16, 17].

Oquendo i wsp. [18] analizowali, czy czynniki ryzyka samobójstwa różnicują grupę mężczyzn i kobiet. Do czynników zwiększających ryzyko przyszłych zachowań samobójczych należały u kobiet: wcześniejsze próby samobójcze, myśli samobójcze, letalność wcześniejszej próby samobójczej, wrogość, subiektywne objawy depresyjne,

mniej powodów do życia, współwystępowanie zaburzeń osobowości typu *borderline* oraz palenie tytoniu. U mężczyzn ryzyko przyszłych zachowań samobójczych było zwiększone w przypadku: obciążenia rodzinnego samobójstwem, używania narkotyków w wywiadzie, zaburzeń osobowości typu *borderline*, palenia tytoniu oraz wczesnej separacji od rodziców [18].

Skłonność do zachowań samobójczych ma po części podłoże biologiczne, zależne między innymi od hormonów płciowych. Oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (oś HPA), związana z odpowiedzią organizmu na stres, łączy się funkcjonalnie z poziomem dihydroepiandrosteronu (DHEA) (zwłaszcza w zakresie współczynnika DHEA/kortyzol [19]) i testosteronu [20]. Ten związek oraz epidemiologiczne wskaźniki rzadszego występowania depresji u mężczyzn niż u kobiet [21] sugerują ważną rolę hormonów płciowych w mechanizmach zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych [22, 23]. Ponadto specyficzne dla płci różnice w odpowiedzi na stres zaobserwowano w modelach zwierzęcych zaburzeń afektywnych. Pod wpływem przewlekłego stresu u samic rozwijały się cięższe objawy niż u samców w zakresie zachowań przypominających depresję u ludzi [24]. Jednakże w testach pamięci i funkcji poznawczych samice uzyskiwały lepsze wyniki po ekspozycji na przewlekły stres niż samce. Zaobserwowano także różnice w poziomach neurotransmiterów w poszczególnych obszarach mózgu (w korze czołowej, hipokampie i ciele migdałowatym) w zależności od płci [25].

### Cel badania

Celem opisanego w artykule badania była analiza w populacji polskiej czynników opisywanych w literaturze przedmiotu jako związane z zachowaniami samobójczymi (czynniki socjodemograficzne, kliniczne i obciążenia rodzinne) oraz zweryfikowanie istotności tych czynników w zależności od płci osób badanych.

### Material i metody

Listę czynników potencjalnie związanych z zachowaniami samobójczymi ustalono na podstawie opublikowanych wcześniejszej badań własnych [11, 26] oraz na podstawie przeglądu literatury przedmiotu. Do badania wytypowano pacjentów z zaburzeniami afektywnymi ze względu na wysoki odsetek prób i samobójstw dokonanych w tej grupie diagnostycznej [1, 27].

Do badania włączono 582 pacjentów z diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (335 kobiet i 247 mężczyzn, w przedziale wiekowym 18–84 lat, średnia wieku 45,7+/-14,3) oraz 249 pacjentów z diagnozą dużej depresji (195 kobiet i 54 mężczyzn, w przedziale wiekowym 19–84 lat, średnia wieku 45,3+/-14,9). Diagnozę ustalono, opierając się na kryteriach diagnostycznych DSM-IV z wykorzystaniem ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego zaburzeń osi I (SCID I). Kwestionariusz OPCRIT (*Operational Criteria Diagnostic Checklist*) posłużył do szczegółowego opisu objawów psychopatologicznych. Zastosowano definicję próby samobójczej według Manna, wedle której jest to zachowanie samodestrukcyjne, co najmniej częściowo umotywowane chęcią odebrania sobie życia [28]. Samookaleczenia o charakterze

niesamobójczym (*Non-suicidal Self-injury* – NSSI) [29], których definicję wprowadza DSM-5, były wykluczane z analizy. Dane o próbach samobójczych pochodziły z sekcji X SCID oraz dodatkowych pytań wywiadu (o metodę podjętej próby i obciążenia rodzinne). Wśród pacjentów z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym 222 osoby (38,14%) miały w wywiadzie próby samobójcze, wśród badanych z dużą depresją obciążenie to dotyczyło 57 osób (22,89%).

Komisja bioetyczna zaaprobowała protokół badania. Wszyscy uczestnicy byli etnicznie polskiego pochodzenia (rasa kaukaska) oraz wyrazili świadomie pisemną zgodę na udział w badaniu.

### Analizy statystyczne

Analizy statystyczne zostały przeprowadzone z zastosowaniem licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA v. 12 (StatSoft, Kraków, Polska). Przyjęto jako znaczący poziom istotności ( $p$ ) mniejszy od 0,05. Zastosowano korektę Bonferroniego w przypadku porównań wyodrębnionych podgrup. Zmienne kategoryjne zostały przedstawione w postaci liczebności i procentów, natomiast zmienne ciągłe – w postaci średnich i odchyłeń standardowych. Ponadto w przypadku zmiennych ciągłych sprawdzono normalność rozkładu za pomocą testu Shapiro–Wilka.

W pierwszej kolejności wykorzystano analizę jednoczynnikową. Analizę zmiennych kategoryjnych przeprowadzono z użyciem testu chi-kwadrat. Wyznaczono ilorazy szans (OR) oraz 95% przedziały ufności (CI). Dla zmiennych ciągłych, które nie miały rozkładu zgodnego z normalnym, stosowano nieparametryczny test *U* Manna–Whitneya (porównanie dwóch grup niezależnych). W kolejnym etapie analizy w celu identyfikacji cech/zmiennych o najlepszej wartości predykcyjnej występowania zachowań samobójczych zastosowano regresję logistyczną (model regresji krokowej postępującej). Ilorazy szans (OR) oraz 95% przedziały ufności (CI) zostały wyznaczone dla istotnych statystycznie zmiennych. Istotność parametrów strukturalnych modelu weryfikowano na podstawie testu Walda.

### Wyniki

W grupie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi stwierdzono asocjacje cechy próba samobójcza z następującymi zmiennymi: obciążenie rodzinne zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami afektywnymi i nadużywaniem/uzależnieniem od substancji psychoaktywnych; obciążenie rodzinne próbami samobójczymi/samobójstwami dokonanymi; występowanie w przebiegu epizodów depresyjnych nadmiernego poczucia winy, poczucia bezwartościowości, przedwczesnego budzenia się rano oraz obecność objawów psychotycznych. Posiadanie potomstwa także korelowało z próbami samobójczymi w badanej grupie. Czynniki związane z obecnością prób samobójczych w wywiadzie różniły się w podgrupie kobiet i mężczyzn. Wśród pacjentek istotne były: wiek pacjentki, kiedy stwierdzono pierwsze objawy MDD i współwystępowanie z zaburzeniami afektywnymi nadużywania/uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Posiadanie potomstwa korelowało z próbami samobójczymi w całej grupie i w pod-

grupie mężczyzn, ale nie miało istotnego znaczenia w podgrupie kobiet. Analizowane czynniki wraz z wartościami  $p$  dla poszczególnych podgrup badania opisuje tabela 1.

**Tabela 1. Czynniki kliniczne, demograficzne i obciążenia rodzinne potencjalnie związane z obecnością prób samobójczych w przebiegu zaburzeń afektywnych. Podano wartości  $p$  dla całej grupy oraz z podziałem według płci**

Wyszczególnienie	Badane czynniki potencjalnie związane z ryzykiem prób samobójczych	Wartość $p$ dla całej grupy	Wartość $p$ dla podgrupy mężczyzn	Wartość $p$ dla podgrupy kobiet
Obciążenia rodzinne	Obciążenie rodzinne próbami samobójczymi	0,1679	0,7015	0,1325
	Obciążenie rodzinne samobójstwami dokonanymi	0,0369 OR 1,823 CI 1,034–3,213	0,9910	0,0110 OR 2,286 CI 1,132–4,616
	Obciążenie rodzinne łącznie próbami samobójczymi i samobójstwami dokonanymi	0,0384 OR 1,772 CI 1,029–3,051	0,8890	0,0134 OR 2,366 CI 1,188–4,709
	Obciążenie rodzinne zaburzeniami afektywnymi	0,0008 OR 1,841 CI 1,303–2,602	0,6952	0,0001 OR 2,280 CI 1,479–3,515
	Obciążenie rodzinne nadużywaniem/uzależnieniem od substancji psychoaktywnych	0,0051 OR 1,680 CI 1,166–2,421	0,6622	0,0015 OR 2,090 CI 1,321–3,306
	Obciążenie rodzinne zaburzeniami psychicznymi	0,0004 OR 1,723 CI 1,275–2,329	0,6308	<b>0,0000</b> OR 2,199 CI 1,509–3,203
Wiek pacjenta, kiedy stwierdzono początek choroby	Wiek pacjenta, kiedy stwierdzono początek BP	0,1394	0,2072	0,3651
	Wiek pacjenta, kiedy stwierdzono początek MDD	0,0639	0,8222	0,0296
Objawy psychopatologiczne	Bezsenna w przebiegu epizodu depresyjnego	0,6305	0,2557	0,5833
	Przedwczesne budzenie się rano w przebiegu epizodu depresyjnego	0,0129 OR 1,601 CI 1,103–2,325	0,0876	0,0730
	Nieadekwatne poczucie winy w przebiegu epizodu depresyjnego	0,0033 OR 1,661 CI 1,182–2,332	0,1117	0,0174 OR 1,678 CI 1,093–2,578
	Poczucie bezwartościowości w przebiegu epizodu depresyjnego	0,0131 OR 2,020 CI 1,148–3,554	0,3550	0,0168 OR 2,298 CI 1,144–4,617

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Objawy psychopatologiczne	Brak spowolnienia psychoruchowego w przebiegu epizodu depresyjnego	0,4527	0,9678	0,3371
	Objawy psychotyczne w przebiegu zaburzeń afektywnych	0,0152 OR 1,455 CI 1,074–1,972	0,0499 OR 1,660 CI 0,998–2,759*	0,0338 OR 1,532 CI 1,032–2,276
	Drażliwość w przebiegu epizodu hypomaniakalnego lub maniakalnego w BP	0,3135	0,4212	0,1328
	Trudności w podejmowaniu decyzji w przebiegu epizodu depresyjnego	0,5815	0,0895	0,6436
Współchorobowość z zaburzeniami afektywnymi	Zaburzenia lękowe	0,6132	0,7412	0,3649
	Nadużywanie/uzależnienie od substancji psychoaktywnych	0,2371	0,8833	0,0083 OR 2,014 CI 1,189–3,411
Czynniki demograficzne	Posiadanie potomstwa	0,0433 OR 1,474 CI 1,010–2,151	0,0114 OR 2,252 CI 1,190–4,263	0,8132
	Liczba potomstwa	0,0882	0,0591	0,5956

wartości  $p < 0,05$  zostały wytłuszczone; \* 95% przedział ufności (CI) zawiera 1; OR – iloraz szans; czynniki, których znaczenie różni się w podgrupie kobiet i mężczyzn zostały wyróżnione szarym tłem

Do budowy modelu metodą regresji logistycznej posłużyły następujące czynniki: płeć; diagnoza; cechy, które w analizach jednoczynnikowych różniły grupy mężczyzn i kobiet (wykształcenie, stan cywilny, posiadanie potomstwa, obciążenia rodzinne samobójstwem dokonanym, nadużywaniem/uzależnieniem od substancji w wywiadzie); czynniki wcześniej opisywane w literaturze przedmiotu jako związane z samobójstwem [30, 31]; metoda podjętej próby samobójczej; obciążenie rodzinne próbami samobójczymi/samobójstwami dokonanymi; obciążenie rodzinne zaburzeniami psychicznymi i obciążenie zaburzeniami afektywnymi; liczba przebytych epizodów depresyjnych; średnia liczba epizodów depresyjnych w ciągu 1 roku trwania choroby; obecność objawów atypowych depresji; współwystępowanie z zaburzeniami afektywnymi zaburzeń lękowych, nadużywania/uzależnienia od substancji psychoaktywnych; niepełne remisje; współczynnik liczby epizodów depresyjnych do przeciwnego bieguna w przebiegu BP; charakterystyka przebiegu choroby (średnia liczba epizodów w ciągu roku trwania choroby, wiek pacjenta, kiedy stwierdzono początek choroby, czas trwania najdłuższego epizodu, najdłuższego epizodu depresyjnego i najdłuższego epizodu podwyższonego nastroju – u pacjentów BP – w tygodniach). Czynniki, których istotność została potwierdzona w analizie regresji, były: płeć; diagnoza; niepełne remisje; obciążenie rodzinne zaburzeniami psychicznymi; liczba przebytych epizodów depresyjnych; czas

trwania najdłuższego epizodu w tygodniach oraz posiadanie potomstwa. Charakterystyka uzyskanych modeli została przedstawiona w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka statystyczna znaczących modeli uzyskanych metodą regresji logistycznej

Wartość p modelu	Istotne zmienne	Specyficzność modelu	Czułość modelu
<0,00001	Płeć, diagnoza, obciążenie rodzinne zaburzeniami psychicznymi, pełne remisje	92,7%	14,6%
<0,00001	Diagnoza, obciążenie rodzinne zaburzeniami psychicznymi, pełne remisje, liczba epizodów depresyjnych	91,9%	15,5%
0,00004	Diagnoza, obciążenie rodzinne zaburzeniami psychicznymi, posiadanie potomstwa	100,0%	0,0%
0,00006	Diagnoza, obciążenie rodzinne zaburzeniami psychicznymi, czas trwania najdłuższego epizodu	97,8%	2,6%
0,00003	Płeć, diagnoza, pełne remisje, czas trwania najdłuższego epizodu	92,8%	14,4%
0,00012	Diagnoza, wiek pacjenta, kiedy stwierdzono początek choroby, liczba epizodów depresyjnych	97,3%	5,8%
0,00005	Wiek pacjenta, kiedy stwierdzono początek choroby, liczba epizodów depresyjnych, obciążenie rodzinne zaburzeniami afektywnymi, posiadanie potomstwa	92,5%	24,8%
0,00015	Wiek pacjenta, kiedy stwierdzono początek choroby, liczba epizodów depresyjnych, obciążenie rodzinne zaburzeniami afektywnymi, posiadanie potomstwa, czas trwania najdłuższego epizodu	92,4%	25,6%

### Omówienie wyników

Istnieje wiele list czynników związanych z ryzykiem samobójstwa [32, 33,]\*. Są one przydatne, jednak wciąż wydają się niekompletne. W sytuacjach zagrożenia samobójstwem potrzebne są krótkie narzędzia oceny sytuacji, ale wśród kwestionariuszy klinicznych wykorzystywanych w ocenie ryzyka samobójstwa nadal nie ma wiodącego, szeroko akceptowanego i wysoce skutecznego narzędzia [34]. Skale screeningowe wykazują niewielką wartość predykcyjną [34, 35]. Aktualny stopień zagrożenia samobójstwem zależy od kombinacji czynników predysponujących (takich jak brak zatrudnienia, strata w relacjach społecznych, przewlekłe zaburzenia psychiczne) i sygnałów ostrzegawczych (takich jak wyrażane oczekiwanie śmierci lub poszukiwanie środków letalnych) [36]. Model sytuacji, w której zachodzi rzeczywista chęć odebrania sobie życia, opisuje tzw. Interpersonalna Teoria Samobójstwa [37–39]. Ryzyko zachowań samobójczych w zaburzeniach afektywnych zmienia się

\* Patrz również [www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm)

przede wszystkim w zależności od aktualnego stanu (bieguna) i nasilenia objawów, najczęściej towarzyszy ciężkim epizodom depresyjnym, rzadziej manii z dysforią, rzadko manii o charakterze euforycznym czy stanowi eutymii [40, 41].

Istnieje nagła potrzeba wypracowania informatywnego, wiarygodnego i użytecznego praktycznie narzędzia, które uwzględniałoby czynniki ochronne i predysponujące w sytuacji oceny ryzyka samobójstwa i planowania interwencji kryzysowej. Skogman i wsp. podkreślają, że wzięcie pod uwagę czynników specyficznych dla płci mogłoby poprawić prewencję samobójstw [14]. W sytuacji kryzysu samobójczego niezbędne jest uwzględnienie aktualnych objawów, takich jak: niepokój, bezsenność, depresja czy objawy psychotyczne. Leki z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny oraz inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny nie mają działania uspokajającego. We wczesnym okresie ich stosowania wyżej wymienione objawy mogą ulegać nasileniu. Jest to zgodne z obserwacją, że ryzyko zachowań samobójczych u pacjentów leczonych przeciwdepresyjnie pozostaje wysokie w pierwszych 10–14 dniach terapii lub w razie jej nieefektywności. Celowe wydaje się więc zastosowanie czasowo benzodiazepin lub leków przeciwpsychotycznych jako uzupełnienia terapii [40, 42].

Analizowaliśmy dwadzieścia wcześniej badanych czynników, o potwierdzonym (bez uwzględnienia specyfiki dla płci) związku z zachowaniami samobójczymi. Zgromadziliśmy dane kliniczne 831 pacjentów z zaburzeniami afektywnymi, wśród których 33,57% miało próby samobójcze w wywiadzie. Wprawdzie w spektrum zachowań samobójczych czynniki ryzyka dla myśli, prób i samobójstw dokonanych mogą się różnić [43], jednak kluczowa pozostaje w każdym przypadku ocena cech klinicznych. Połowa czynników wytypowanych do naszej analizy okazała się istotna w badanej grupie pacjentów. Zestawiając ten wynik z wcześniejszymi, można przypuszczać, że poszczególne czynniki będą miały różne znaczenie dla poszczególnych badanych populacji. W badaniu szwedzkim dotyczącym samobójstw dokonanych tylko duża depresja była czynnikiem istotnym zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet. Inne cechy brane pod uwagę w tym badaniu okazały się znaczące wyłącznie dla jednej z płci [14].

W naszym badaniu istotnymi czynnikami w grupie mężczyzn okazały się: obecność objawów psychotycznych w przebiegu zaburzeń afektywnych i posiadanie potomstwa. Specyficzne dla tej podgrupy było wyłącznie posiadanie potomstwa, natomiast objawy psychotyczne były związane z próbami samobójczymi także w grupie płci żeńskiej. W grupie pacjentek znaczące okazały się: obciążenie rodzinne dokonanymi samobójstwami oraz łącznie próbami samobójczymi/samobójstwami dokonanymi, zaburzeniami afektywnymi i nadużywaniem/uzależnieniem od substancji psychoaktywnych; wiek pacjentek, kiedy stwierdzono początek MDD; nieadekwatne poczucie winy i bezwartościowości, objawy psychotyczne i współwystępowanie z zaburzeniami nastroju nadużywania/uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Tym samym siedem z dziesięciu czynników istotnych w analizie łącznej grupy w rzeczywistości było istotnych tylko dla kobiet, a nie dla mężczyzn. Czynniki ryzyka związanymi z próbami samobójczymi w grupie żeńskiej i dla niej specyficznymi były: wiek pacjentek, kiedy stwierdzono początek MDD i współwystępowanie nadużywania/uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Czynniki te nie osiągnęły istotności statystycznej, gdy



analizowano je łącznie w jednej grupie pacjentów obu płci. Przepuszczalnie pewne czynniki ryzyka mogą być znaczące tylko dla jednej płci.

W badaniu młodych dorosłych Amerykanów wykazano związek prób samobójczych u mężczyzn z niskimi dochodami i paleniem tytoniu, podczas gdy dla Amerykanek istotne były niski poziom edukacji i używanie narkotyków [44]. W populacji duńskiej niskie dochody i brak zatrudnienia były związane z ryzykiem samobójstwa u mężczyzn, podczas gdy posiadanie małych dzieci było czynnikiem protekcyjnym w grupie kobiet [45]. W badanej przez nas populacji posiadanie dzieci (niezależnie od ich wieku) zwiększało prawdopodobieństwo prób samobójczych u mężczyzn. Możliwe, że posiadanie potomstwa bywa postrzegane jako dodatkowe obciążenie w sytuacji braku finansowej stabilizacji. Takie wyjaśnienie byłoby prawdopodobne przy założeniu mniejszej podatności kobiet na stresory natury ekonomicznej. Niska jakość życia wydaje się istotnym predyktorem zachowań samobójczych [46].

Tymczasem praktyczne skale takie jak TASR (*Tool for Assessment of Suicide Risk*) [47] czy MSPS (zmodyfikowana wersja SAD PERSONS) [48] nie uwzględniają dwóch list czynników ryzyka, odrębnych dla kobiet i mężczyzn.

Zalsman i wsp. [49] przedstawili wszechstronną analizę strategii zapobiegania samobójstwom. Zwrócili uwagę, że udowodniono wysoką skuteczność ograniczania dostępności do środków letalnych, zwłaszcza analgetyków (zaleca się także przepisywanie małych ilości leków we wczesnym etapie leczenia epizodów depresji [40, 42]), i miejsc dogodnych do popełnienia samobójstwa przez skok z wysokości, a także skuteczność edukacji lekarzy ogólnych. Autorzy podkreślają, że leczenie farmakologiczne zaburzeń psychicznych związanych z samobójstwami odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu im. Istnieją jednak różnice w skuteczności poszczególnych typów interwencji w rozmaitych grupach wiekowych i diagnostycznych. Prawdopodobnie strategię zapobiegawczą wymagają dostosowania do specyfiki grupy.

Europejskie Towarzystwo Psychiatryczne (EPA) podkreśla w swoich wytycznych [40, 42], że zapobieganie zachowaniom samobójczym opiera się na prawidłowym leczeniu zaburzenia psychicznego będącego ich podłożem oraz leczeniu poszczególnych objawów. W przypadku populacji takiej jak analizowana w niniejszym badaniu – z diagnozą MDD i zaburzeń dwubiegunowych – skuteczna farmakoterapia może zapobiec samobójstwu związanemu z danym epizodem. Długoterminowy plan terapeutyczny musi obejmować zarówno aktualny ostry kryzys, jak i dalsze postępowanie farmakologiczne, psychoterapeutyczne i wsparcie psychospołeczne, nie tylko w obrębie opieki szpitalnej, ale także po wypisie, w środowisku społecznym pacjenta. Wśród pacjentów cierpiących na depresję stwierdza się znaczące zmniejszenie ryzyka prób samobójczych i samobójstw dokonanych w przypadku długoterminowego leczenia lekami przeciwdepresyjnymi.

## Wnioski

Zaprezentowane wyniki pozostają w zgodzie ze zindywidualizowanym podejściem do oceny ryzyka samobójstwa. Przeanalizowaliśmy dwadzieścia czynników klinicznych potencjalnie związanych z próbami samobójczymi u pacjentów afektywnych. Znaczenie dziesięciu z nich zostało potwierdzone w naszej grupie badanej. Jednakże

istotność tych czynników (lub jej brak) w dziesięciu przypadkach różnicowała grupę mężczyzn od kobiet.

### Piśmiennictwo

1. Isometsä E. *Suicidal behaviour in mood disorders – who, when, and why?* Can. J. Psychiatry 2014; 59(3): 120–130.
2. Suokas J, Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. *Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide – findings of a 14-year follow-up study.* Acta Psychiatr. Scand. 2001; 104(2): 117–121.
3. Isacsson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U. *The utilization of antidepressants – a key issue in the prevention of suicide: An analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992–1994.* Acta Psychiatr. Scand. 1997; 96(2): 94–100.
4. Isacsson G, Holmgren P, Wasserman D, Bergman U. *Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden.* BMJ 1994; 308(6927): 506–509.
5. Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. *Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis.* BMC Psychiatry 2004; 4: 37.
6. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, Yamada M. *Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: A systematic review and meta-analysis.* J. Affect. Disord. 2014; 163: 33–39.
7. Narishige R, Kawashima Y, Otaka Y, Saito T, Okubo Y. *Gender differences in suicide attempters: A retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan.* BMC Psychiatry 2014; 14: 144.
8. Canetto SS, Sakinofsky I. *The gender paradox in suicide.* Suicide Life Threat. Behav. 1998; 28(1): 1–23.
9. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. *Gender differentiation in methods of suicide attempts.* Med. Sci. Monit. 2011; 17(8): PH65–PH70.
10. Callanan VJ, Davis MS. *Gender differences in suicide methods.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012; 47(6): 857–869.
11. Pawlak J, Dmitrzak-Węglarz M, Skibińska M, Szczepankiewicz A, Leszczyńska-Rodziewicz A, Rajewska-Rager A i wsp. *Suicide attempts and clinical risk factors in patients with bipolar and unipolar affective disorders.* Gen. Hosp. Psychiatry 2013; 35(4): 427–432.
12. Lahti A, Räsänen P, Riala K, Keränen S, Hakko H. *Youth suicide trends in Finland, 1969–2008.* J. Child Psychol. Psychiatry 2011; 52(9): 984–991.
13. Raja M, Azzoni A. *Suicide attempts: Differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk.* J. Affect. Disord. 2004; 82(3): 437–442.
14. Skogman K, Alsén M, Ojehagen A. *Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide—a follow-up study of 1052 suicide attempters.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2004; 39(2): 113–120.
15. Kanchan T, Menon A, Menezes RG. *Methods of choice in completed suicides: Gender differences and review of literature.* J. Forensic Sci. 2009; 54(4): 938–942.
16. Fekete S, Voros V, Osvath P. *Gender differences in suicide attempters in Hungary: Retrospective epidemiological study.* Croat. Med. J. 2005; 46(2): 288–293.

17. Wu Y-W, Su Y-J, Chen C-K. *Clinical characteristics, precipitating stressors, and correlates of lethality among suicide attempters*. Chang Gung Med. J. 2009; 32(5): 543–552.
18. Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK i wsp. *Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: A prospective study*. Am. J. Psychiatry 2007; 164(1): 134–141.
19. Rasmusson AM, Vythilingam M, Morgan CA. *The neuroendocrinology of posttraumatic stress disorder: New directions*. CNS Spectr. 2003; 8(9): 651–656, 665–667.
20. Morgan CA, Wang S, Mason J, Southwick SM, Fox P, Hazlett G i wsp. *Hormone profiles in humans experiencing military survival training*. Biol. Psychiatry 2000; 47(10): 891–901.
21. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. *Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence*. J. Affect. Disord. 1993; 29(2–3): 85–96.
22. Akhtar-Danesh N, Landeen J. *Relation between depression and sociodemographic factors*. Int. J. Ment. Health Syst. 2007; 1(1): 4.
23. Pope HG, Cohane GH, Kanayama G, Siegel AJ, Hudson JI. *Testosterone gel supplementation for men with refractory depression: A randomized, placebo-controlled trial*. Am. J. Psychiatry 2003; 160(1): 105–111.
24. LaPlant Q, Chakravarty S, Vialou V, Mukherjee S, Koo JW, Kalahasti G i wsp. *Role of nuclear factor kappaB in ovarian hormone-mediated stress hypersensitivity in female mice*. Biol. Psychiatry 2009; 65(10): 874–880.
25. Bowman RE, Beck KD, Luine VN. *Chronic stress effects on memory: Sex differences in performance and monoaminergic activity*. Horm. Behav. 2003; 43(1): 48–59.
26. Pawlak J, Dmitrzak-Węglarz M, Skibińska M, Szczepankiewicz A, Leszczyńska-Rodziewicz A, Rajewska-Rager A i wsp. *Suicide attempts and psychological risk factors in patients with bipolar and unipolar affective disorder*. Gen. Hosp. Psychiatry 2013; 35(3): 309–313.
27. Mathews D, Richards E, Niciu M, Ionescu D, Rasimas J, Zarate C. *Neurobiological aspects of suicide and suicide attempts in bipolar disorder*. Transl. Neurosci. 2013 Jan 1; 4(2). <http://www.degruyter.com/view/j/tnsci.2013.4.issue-2/s13380-013-0120-7/s13380-013-0120-7.xml> (dostęp: 11.06.2015).
28. Mann JJ. *Neurobiology of suicidal behaviour*. Nat. Rev. Neurosci. 2003; 4(10): 819–828.
29. Kądziała-Olech H, Żak G, Kalinowska B, Wągrocka A, Perestret G, Bielawski M. *The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) among high school students in relation to age and sex*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(4): 765–778.
30. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P i wsp. *Suicidal behavior in bipolar disorder: Epidemiology, characteristics and major risk factors*. J. Affect. Disord. 2012; 143(1–3): 16–26.
31. Hawton K, Casañas i Comabella C, Haw C, Saunders K. *Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review*. J. Affect. Disord. 2013; 147(1–3): 17–28.
32. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. *Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale*. Psychosomatics. 1983; 24(4): 343–345, 348–349.
33. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J i wsp. *Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. J. Clin. Psychiatry 2010; 71(12): 1617–1628.
34. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. *Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness*. BMJ 2015; 351: h4978.
35. Ronquillo L, Minassian A, Vilke GM, Wilson MP. *Literature-based recommendations for suicide assessment in the emergency department: A review*. J. Emerg. Med. 2012; 43(5): 836–842.

36. Jacobs D, Harvard Medical School. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
37. Van Orden KA, Cukrowicz KC, Witte TK, Joiner TE. *Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire*. Psychol. Assess. 2012; 24(1): 197–215.
38. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. *The interpersonal theory of suicide*. Psychol. Rev. 2010; 117(2): 575–600.
39. Brodziak A. *Prerequisites for psychiatric examination detecting the intention to commit suicide*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(3): 637–640.
40. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D i wsp. [The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention]. *Neuropsychopharmacol. Hung.* 2012; 14(2): 113–136.
41. Rihmer Z. *Suicide risk in mood disorders*. Curr. Opin. Psychiatry 2007; 20(1): 17–22.
42. Samochowiec J, Bienkowski P, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Komitet Redakcyjno-Wydawniczy. *Diagnoza, leczenie, organizacja: wybrane wytyczne Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA)*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2016.
43. Aaltonen K, Näätänen P, Heikkinen M, Koivisto M, Baryshnikov I, Karpov B i wsp. *Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or bipolar disorders*. J. Affect. Disord. 2016; 193: 318–330.
44. Zhang J, McKeown RE, Hussey JR, Thompson SJ, Woods JR. *Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey*. Ann. Epidemiol. 2005; 15(2): 167–174.
45. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. *Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997*. Am. J. Psychiatry 2003; 160(4): 765–772.
46. Kasckow J, Montross L, Golshan S, Mohamed S, Patterson T, Sollanzano E i wsp. *Suicidality in middle aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms: Relationship to functioning and Quality of Life*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2007; 22(12): 1223–1228.
47. Kutcher SP, Chehil S. *Suicide risk management: A manual for health professionals*. Malden, Mass.–Oxford: Blackwell Pub.; 2007. <http://site.ebrary.com/id/10233116> (dostęp: 23.08.2016).
48. Hockberger RS, Rothstein RJ. *Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score*. J. Emerg. Med. 1988; 6(2): 99–107.
49. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Heeringen van K, Arensman E, Sarchiapone M i wsp. *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review*. Lancet Psychiatry 2016; 3(7): 646–659.

Adres: Joanna Pawlak  
Zakład Genetyki w Psychiatrii, Katedra Psychiatrii  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego  
60–806 Poznań, ul. Rokietnicka 8

Otrzymano: 3.07.2017

Zrecenzowano: 5.09.2017

Otrzymano po poprawie: 10.09.2017

Przyjęto do druku: 23.10.2017