

Czynniki ryzyka samobójstw u dzieci i młodzieży ze spektrum choroby i chorobą afektywną dwubiegunową o wczesnym początku

Risk factors for suicide among children and youths with bipolar spectrum and early bipolar disorder

Aleksandra Rajewska-Rager¹, Natalia Lepczyńska², Piotr Sibilski²

¹ Klinika Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii UM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rybakowski

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Rajewski

Summary

In recent years much attention has been given to determine risk factors for suicide among adults with bipolar disorder. Such studies concerning children and youths, which would also take into account the specificity of the development age, are still too few. The ability to identify risk factors for children and youths with mood disorders, as well as the possibility to monitor them, is an essential element in preventing suicidal behaviours. Previous studies have clearly indicated that in the group of patients with an early onset of the bipolar disorder the occurrence of suicidal thoughts and intentions were significantly increased. Identifying the risk of suicide is hindered further by the complexity of the phenomenon, which is a compound interaction of various factors: biological, environmental, sociological, psychological and clinical. This is especially true with young adults suffering from mental illness and presenting a number of other psychopathological symptoms. The following paper introduces and reviews the results of current studies, which analysed the risk factors for suicide among children and youths with bipolar spectrum or already diagnosed with bipolar disorder. For this purpose we conducted the overview of recent years literature available in PubMed/MEDLINE database, including the following search criteria: early onset bipolar disorder, bipolar disorder in children and young people, the spectrum of bipolar disorder, and suicidal ideation, suicidal intent, suicide.

Słowa kluczowe: choroba dwubiegunowa dzieci i młodzieży, czynniki ryzyka samobójstw, spektrum choroby dwubiegunowej

Key words: bipolar disorder in children and young people, suicide risk factors, bipolar spectrum

Wstęp

Celem przedstawionej pracy jest analiza dotychczasowych badań dotyczących ryzyka samobójstwa u dzieci i młodzieży związanego z występowaniem u nich zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Ponieważ pojawienie się myśli, tendencji i w końcu prób samobójczych związane jest z wieloma czynnikami, w prezentowanej pracy dokonano przeglądu wpływu czynników demograficznych, psychologiczno-społecznych, klinicznych oraz biologicznych na występowanie ryzyka samobójstw. Na zakończenie załączono zestaw skal dostępnych w literaturze, pomocnych w ocenie takiego ryzyka u dzieci i młodzieży.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia każdego roku blisko milion ludzi na świecie popełnia samobójstwo (co wskazuje na jedną śmierć samobójczą co 40 sekund). Do samobójstw dochodzi w każdej grupie wiekowej. U małych dzieci jest to zjawisko rzadkie, ale jego częstość gwałtownie rośnie wraz z wiekiem, osiągając szczyt między 19. a 23. rokiem życia, stanowiąc tym samym jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w okresie rozwojowym. Według aktualnych danych uważa się, że samobójstwo jest czwartą główną przyczyną zgonów wśród dzieci pomiędzy 5. a 14. r.ż, a trzecią w grupie wiekowej 15–24 lat [1]. W Polsce w ostatnich latach notowany jest systematyczny wzrost wskaźnika samobójstw, a śmiertelność z tego powodu staje się coraz większym problemem zdrowia publicznego. Według danych EUROSTAT z 2008 r. liczba zgonów z tego powodu w Polsce w grupie wiekowej 15–19 lat jest jedną z najwyższych w Unii Europejskiej. Na 100 tysięcy osób w tym wieku samobójstwo popełniło średnio 10,28 osoby. Ta ocena statystyczna jest jednak prawdopodobnie znacznie zaniżona ze względu na błędną klasyfikację części zgonów jako niezamierzonych lub spowodowanych wypadkiem [2]. Jeszcze trudniejsza staje się ocena liczby prób samobójczych (suicidal attempts – SA) w populacji młodzieży, gdyż liczba osób trafiających z tego powodu pod opiekę lekarską stanowi tylko część spośród tych, którzy usiłowali odebrać sobie życie. Może ona sięgać 4–5 tysięcy osób rocznie. Podkreśla się, że w wieku rozwojowym częstsze jest występowanie myśli samobójczych i wyobrażeń samobójczych (suicidal ideation – SI) w porównaniu z osobami dorosłymi, natomiast osoby dorosłe częściej podejmują próby samobójcze kończące się zgonem. U pacjentów psychiatrycznych w okresie rozwojowym ryzyko śmierci samobójczej jest 5-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej. Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że najistotniejszym czynnikiem ryzyka prób samobójczych są występujące zaburzenia psychiczne [3, 4]. Szacuje się, że 70–91% młodych osób, które miały myśli suicydalne lub podejmowały próby samobójcze, miały zdiagnozowane zaburzenia lub chorobę psychiczną, wśród których dominowały: zaburzenia nastroju (zaburzenia depresyjne, choroba afektywna dwubiegunowa), zaburzenia lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia zachowania [5]. Istotnym

czynnikiem ryzyka są również współistniejące choroby somatyczne, a zwłaszcza te o przewlekłym przebiegu.

Ryzyko występowania SA i SI u dzieci i młodzieży ze spektrum i rozpoznaniem choroby dwubiegunowej

U dzieci i młodzieży z zaburzeniami nastroju stwierdza się zwiększone ryzyko prób samobójczych w porównaniu z osobami zdrowymi z tej samej grupy wiekowej, co potwierdzają zarówno badania z grupą kontrolną [6], badania prospektywne [7–9], jak i przeprowadzone badania retrospektywne [10–13]. Biorąc pod uwagę choroby psychiczne, uważa się, że ryzyko popełnienia samobójstwa jest najwyższe w chorobie dwubiegunowej (bipolar disorder – BP) [5]. Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że 65% osób dorosłych z BP miało początek objawów w dzieciństwie, a osoby o wczesnym początku choroby miały większe ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych [14, 15]. Slama i wsp. w swojej pracy uwzględniającej 307 pacjentów wykazali silniejszy związek pomiędzy podejmowanymi próbami samobójczymi a chorobą dwubiegunową u osób z początkiem objawów w adolescencji [16]. Potwierdzają to wyniki badania Cartera i wsp. w grupie 320 pacjentów z rozpoznaniem BP typu I i II. Autorzy porównywali występowanie myśli suicydalnych lub prób samobójczych w dwóch grupach: a) u osób z początkiem objawów przed 18. r.ż. (u 74,5% osób stwierdzono występowanie myśli lub prób samobójczych) oraz b) u pacjentów z początkiem objawów choroby po 18. r.ż. (odpowiednio 56% osób miało SI lub SA) [17]. Również późniejsze badanie Rende i wsp., uwzględniające 438 pacjentów (w wieku 7–17 lat), z rozpoznaniem spektrum choroby dwubiegunowej, ocenianych przy użyciu ustrukturalizowanego kwestionariusza K-SADS (Kiddie-SADS), wykazało, że wczesny początek choroby dwubiegunowej wiąże się z większym ryzykiem występowania zachowań suicydalnych [18]. W niedawno opublikowanej pracy obejmującej grupę 413 młodych pacjentów z rozpoznaniem BP typu I (n = 244), BP typu II (n = 28) oraz z zaburzeniami dwubiegunowymi niesklasyfikowanymi gdzie indziej (n = 141) wykazano, że SI występowały u 50–60% osób, natomiast SA u 20–25%, co przemawia za potrzebą stosowania wczesnej interwencji w tej grupie chorych [19]. Wyniki powyższych badań wyraźnie wskazują na większe ryzyko prób samobójczych u pacjentów z wczesnymi objawami choroby dwubiegunowej.

Analiza czynników ryzyka samobójstw u dzieci i młodzieży ze spektrum i rozpoznaniem choroby dwubiegunowej

Ścisłe kryteria rozpoznawania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u dzieci i młodzieży, podobnie jak u osób dorosłych, nie pozwalają na wyodrębnienie grupy ryzyka i identyfikacji objawów prodromalnych choroby. Zmiana podejścia do rozpoznawania zaburzeń afektywnych pozwoliła na określenie objawów spektrum tej choroby w wieku rozwojowym. Zwróciło to uwagę na fakt, że występowanie tych objawów może wiązać się z większym ryzykiem samobójstwa. W badaniu Goldstein i wsp., w którym wzięło udział 405 pacjentów spełniających kryteria choroby dwubie-

gunowej, określono, że ryzyko samobójstw u pacjentów w badanej grupie (7–17 r.ż) związane było z następującymi czynnikami: starszy wiek, występowanie epizodów manii, epizodów mieszanych, objawów psychotycznych, napadów lęku panicznego, występowanie w rodzinie prób samobójczych, jak również obecność zachowań autoagresywnych, używanie substancji psychoaktywnych oraz hospitalizacja psychiatryczna w przeszłości. Jako najistotniejsze z tej listy wymieniono występowanie epizodów mieszanych, objawów psychotycznych, zachowań autoagresywnych, napadów lęku panicznego, nadużywania substancji psychoaktywnych i hospitalizacji w przeszłości [11]. Kochman i wsp. w dwuletnim prospektywnym badaniu obejmującym grupę pacjentów z rozpoznaniem depresji (7–17 r.ż) wykazali, że 43% pacjentów spełniało kryteria rozpoznania BP. Zwrócili również uwagę na istotny związek pomiędzy cyklotymicznymi cechami osobowości a myślami i zamiarami samobójczymi [20]. Natomiast Rucklidge w badaniu obejmującym 63 adolescentów w wieku 13–17 lat (BP n = 24, grupa kontrolna n = 39) wykazał, że istotnymi czynnikami predysponującymi do podejmowania prób samobójczych są: bezsilność, niska samoocena, zewnętrzna lokalizacja kontroli (ang. external locus of control) oraz złe radzenie sobie z negatywnymi emocjami [21].

Biorąc pod uwagę dotychczasowe wyniki badań, można przyjąć, że na zachowania samobójcze wśród osób młodych mają wpływ różnorodne czynniki, które można podzielić na: demograficzne, społeczne, psychologiczne, kliniczne i biologiczne.

Demograficzne czynniki ryzyka

Spośród czynników demograficznych mogących zwiększać ryzyko wystąpienia myśli bądź prób suicydalnych u pacjentów z wczesną chorobą dwubiegunową podkreśla się rolę płci. Zaznacza się, że dziewczęta podejmują próby samobójcze znacznie wcześniej niż chłopcy, a różnica ta obserwowana jest zwłaszcza pomiędzy 13. a 17. r.ż. W badaniu Dilsavera i wsp., w którym brano pod uwagę 247 pacjentów z BP typu I lub II, wykazano, że dziewczęta dwa razy częściej miały myśli samobójcze i aż trzy razy częściej niż chłopcy podejmowały prób samobójcze [22]. Uważa się jednakże, że po 17. r.ż wskaźnik ten staje się wyższy u chłopców [23]. Kolejnym istotnym czynnikiem ryzyka jest wiek zachorowania. Wyniki badań wykazały korelacje wcześniejszego wieku zachorowania na chorobę afektywną dwubiegunową z wyższym ryzykiem występowania SA w przebiegu tej choroby [11]. Co ciekawe, spośród osób z wczesnym rozpoznaniem BP, osoby starsze częściej podejmowały próby suicydalne. Może to wiązać się z faktem, że choć wcześniejszy wiek zachorowania był związany z wyższym ryzykiem SA, to u pacjentów z wczesnym początkiem objawów ryzyko to dodatkowo rosło wraz z wiekiem. Podkreśla się jednakże, że taka zależność może być składową kilku czynników. Jednym z nich może być fakt, iż starsze dzieci nie są poddawane już takiej samej kontroli rodzicielskiej jak małe dzieci, co może doprowadzać do częstszych sytuacji umożliwiających podejmowanie prób samobójczych. Nie należy bagatelizować również wpływu innych czynników mogących korelować z wiekiem, takich jak nasilenie choroby, typ choroby czy częstsze współwystępowanie zaburzeń z osi II [24]. Rasa (biała) oraz miejsce zamieszkania (duże miasta) zostały

zidentyfikowane jako czynniki ryzyka SI i SA u osób dorosłych, jednakże w grupie dzieci i młodzieży dotychczasowe wyniki badań są niejednoznaczne [25, 26].

Psychologiczne i społeczne czynniki ryzyka

Kolejnymi istotnymi czynnikami ryzyka samobójstwa u pacjentów z BP opisywanymi w literaturze są: czynniki stresujące, sytuacja rodzinna, sytuacja w grupie rówieśniczej oraz niepowodzenia szkolne. Za czynniki stresujące mogące powodować wzrost ryzyka SI i SA uważa się w szczególności: utratę kogoś ważnego, doświadczanie przemocy, rozpad rodziny i ciążę [27, 28]. Kilkakrotnie częściej stwierdzano samobójstwa w rodzinach dysfunkcyjnych oraz rodzinach, w których dominowały niekonsekwencja wychowawcza i zaburzenia w komunikacji. Dodatkowym czynnikiem zwiększającym ryzyko były również występujące u rodzica kłopoty ze zdrowiem psychicznym, a zwłaszcza występująca w wywiadzie: próba samobójcza, depresja lub nadużywanie substancji psychoaktywnych [11, 29, 30]. Wyniki badań wykazały również, iż pacjenci z BP podejmujący w ostatnim roku próbę samobójczą zgłaszali większą ilość stresujących wydarzeń rodzinnych w porównaniu z pacjentami bez tendencji suicydalnych [11]. Spośród stresujących czynników rodzinnych u pacjentów podejmujących próby w szczególności podkreślano rolę większej ilości konfliktów, zwłaszcza z matkami, oraz częstszych zatargów z rodzicami. W literaturze istnieje wiele hipotez dotyczących roli nieprawidłowych relacji z rodzicami w kształtowaniu się tendencji suicydalnych, wśród nich teoria zaproponowana w 1964 roku przez Suttera. Wskazywał on na tzw. zespół braku lub kryzysu autorytetu w okresie dojrzewania [31], podkreślano również istotną problematykę niespełniania przez dziecko oczekiwań rodziców i odczuwania w związku z tym przez nie uczucia bezsilności. Spośród czynników psychologicznych zwiększających ryzyko SI i SA u pacjentów z zaburzeniami nastroju najczęściej, obok impulsywności i agresji, wymienia się poczucie beznadziei/bezsilności. Nasilenie bezsilności jest wyraźnie skorelowane z nasileniem myśli samobójczych i uważane jest za jeden z kluczowych czynników ryzyka podejmowanych prób u osób z BP [12, 21, 32]. Dotychczas przeprowadzone badania potwierdzają też istotną rolę impulsywności w zwiększaniu ryzyka samobójstw. Nadal jednak nie jest w pełni poznany związek pomiędzy biologicznym podłożem impulsywności a dysregulacją afektywną, które mogą doprowadzać osoby z BP do podejmowania prób suicydalnych [6, 33, 34].

Kliniczne czynniki ryzyka

Dotychczasowe badania wskazują, iż epizod mieszany występujący często w tej grupie wiekowej z BP jest istotnie skorelowany z wyższym ryzykiem występowania SA [35]. Badanie Dilsavera z 2005 roku (n = 247) osób z rozpoznaniem depresji wykazało u 40,5% pacjentów cechy choroby dwubiegunowej typu I lub II. W grupie pacjentów ze stwierdzoną chorobą dwubiegunową zależność pomiędzy występowaniem stanów mieszanych a SA pojawiała się jedynie w grupie dziewcząt [22]. Aktualnie jednak podkreśla się potrzebę wyodrębnienia zamiast epizodu mieszanego

(ang. mixed episodes) pojęcia „objawów nastroju mieszanego” (ang. mixed mood symptoms). W swojej definicji mieszany nastrój zawiera kombinację objawów takich jak: większa energia, impulsywność i pobudzenie (które typowo występują w manii z drażliwością) oraz bezsilność (występująca w depresji). Takie objawy mieszanego nastroju mogą klinicznie przejawiać się w postaci agitowanej depresji czy hipomanii z drażliwością. W aktualnej edycji amerykańskiej klasyfikacji chorób psychicznych DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) usunięto dotychczasową kategorię „epizod mieszany”. Objawy mieszanego nastroju natomiast wydają się istotnie korelować zarówno z wczesnym początkiem choroby, jak i występowaniem SI i SA [23, 36].

Istotnym wyznacznikiem klinicznym samopoczucia pacjenta jest jego ogólne funkcjonowanie i jakość życia (quality of life – QoL). Wyniki przeprowadzonych badań jednoznacznie wykazały, iż wśród dzieci i młodzieży nasilenie złego ogólnego funkcjonowania (podobnie jak w przypadku pacjentów dorosłych) wiąże się z istotnie wyższym ryzykiem występowania SA i SI [29, 37]. Również ciężkość choroby, bezpośrednio związana z QoL, a oceniana poprzez ilość hospitalizacji psychiatrycznych, jest kolejnym czynnikiem mającym wpływ na występowanie myśli suicydalnych w BP. Jak wspomniano wcześniej, istotny wpływ na wzrost ryzyka SA i SI u pacjentów z BP ma również współchorobowość. Za najbardziej istotne uważa się zwłaszcza: nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia lękowe (zwłaszcza lęk paniczny), ADHD i współwystępujące zaburzenia jedzenia [11, 19]. Podkreślany jest związek tego ryzyka z ilością współwystępujących chorób u pacjentów z BP [23].

Czynniki ryzyka o podłożu biologicznym

W ostatnim czasie intensywnie poszukuje się również czynników biologicznych i genetycznych, które mogą być skorelowane z zachowaniami samobójczymi. Jak dotąd nie udało się odnaleźć pojedynczych, specyficznych markerów związanych ze zwiększonym ryzykiem SI i SA u dzieci i młodzieży z rozpoznaniem BP. W dotychczasowych badaniach w populacji osób dorosłych wykazano związek pomiędzy zachowaniami samobójczymi oraz: a) aktywnością poszczególnych neuroprzekaźników (obniżone stężenie kwasu 5-hydroksyindolooctowego w płynie mózgowo-rdzeniowym, zwiększona ilość receptorów 5HT-2A w mózgu i płytkach, obniżenie płytkowego wychwyty 5-HT, obniżona aktywność płytkowej monoaminoooksydazy (MAO), obniżona aktywność dopaminy, obniżone stężenie kwasu homowanilinowego w płynie mózgowo-rdzeniowym), b) czynnością bioelektryczną mózgu (redukcja różnych parametrów potencjałów wywołanych, zaburzenie wzorca snu), c) układem hormonalnym (brak hamowania kortyzolu po podaniu deksametazonu, osłabiona odpowiedź TSH na TRH, obniżone stężenie nocne melatoniny), d) gospodarką lipidową (obniżenie stężenia cholesterolu), e) układem odpornościowym (wzrost stężenia receptorów interleukiny II, wzrost cytokin i chemokin w płynie mózgowo-rdzeniowym), f) funkcją bariery krew–mózg (wzrost białka S100B w surowicy) oraz g) genotypem (polimorfizm hydroksylazy tyrozyny czy polimorfizm transportera serotoniny). Wiele z powyższych czynników jest uważanych za odgrywające istotną rolę w zachowaniach samobójczych

u osób dorosłych z BP, jednak w grupie dzieci i młodzieży z BP niezbędne jest przeprowadzenie badań replikacyjnych [38–41]. Aktualnie za szczególnie istotne uważane są zmniejszone poziomy kwasu omega-3, które prawdopodobnie mogą wiązać się z wyższym ryzykiem samobójstw u pacjentów w przebiegu depresji i BP [42, 43]. Zaburzenia funkcjonowania osi podwzgórze–przysadka–nadnercza również mają istotne znaczenie w neurobiologicznym podłożu samobójstw. Szczególnie podkreśla się tu rolę odpowiedzi na test hamowania deksametazonem DST (ang. response to dexametasone) jako możliwego markera ryzyka samobójstwa [44]. Nadal jednak nie ma badań potwierdzających tę hipotezę w młodszej grupie wiekowej.

Kolejnym czynnikiem biologicznym analizowanym w zachowaniach impulsywnych/agresywnych i samobójczych u osób dorosłych i adolescentów jest aktywność kory przedczołowej (prefrontal cortex – PFC). Badania wykazały istotną korelację pomiędzy podejmowanymi próbami samobójczymi ze skutkiem śmiertelnym a hipofunkcją brzuszno-przyśrodkowej i bocznej części kory przedczołowej ocenianej przy użyciu tomografii pozytronowej [45]. Spośród przeprowadzonych dotąd badań genetycznych wskazuje się przede wszystkim na rolę genu transportera serotoniny (serotonin transporter gene – SERT; stwierdzono asocjację pomiędzy krótkim allelem „s” a próbami samobójczymi w BP) i receptorów serotoninowych HTR1A, HTR2A i HTR1B oraz promotora genu monoaminooksydazy (monoamine oxidase promotor – MAOA) [46].

Najczęściej stosowane narzędzia służące do oceny ryzyka samobójstw w PBD

W populacji osób dorosłych istnieje wiele klinicznych opracowań czynników ryzyka podejmowania prób samobójczych. Pużyński określił cechy ryzyka samobójstw w chorobach afektywnych u osób dorosłych i uwzględnił następujące czynniki zwiększonego ryzyka SA: a) kliniczne objawy zespołu depresyjnego, b) samopoczucie chorych w okresie remisji, c) cechy biologiczne pacjenta (wiek, płeć, współwystępowanie innych chorób, d) traumatyzujące doświadczenia z przeszłości, e) niskie poczucie własnej wartości, autoagresja, f) sytuacja społeczna (oparcie społeczne) [47]. W populacji dzieci i młodzieży za najistotniejsze uważa się: a) nasilenie epizodu choroby (zwłaszcza depresji), b) występowanie nastroju mieszanego, c) dodatni wywiad rodzinny (występowanie w rodzinie zaburzeń nastroju i samobójstw), d) zachowania autoagresywne, e) występowanie poczucia beznadziei, impulsywność, f) ogólne złe funkcjonowanie, g) współchorobowość oraz h) wczesny początek objawów. Ze względu na trudności diagnostyczne w tej grupie chorych oraz możliwość przeoczenia objawów wskazujących na występowanie ryzyka prób samobójczych, w praktyce klinicznej warto stosować skale przesiewowe ułatwiające identyfikację młodych osób z grupy ryzyka. Najczęściej stosowane skale w tej grupie wiekowej przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Skale mogące pomóc w ocenie ryzyka samobójstw u dzieci i młodzieży z BP

Nazwa skali	Opis
Kwestionariusz K-SADS-PL [48]	Ustrukturalizowany wywiad dla dzieci (6–18 r.ż) będący zbiorem kryteriów diagnostycznych oraz podskal oceniających objawy najważniejszych zaburzeń psychicznych, ich ciężkości oraz uwzględniający ocenę ryzyka samobójstw.
Adolescent Suicide Interview (ASI) [49]	Półustrukturalizowany wywiad z czterema działami do oceny objawów dużej depresji, ideacji samobójczych, powagi prób samobójczych oraz ekspozycji na samobójstwa.
Child Suicide Potential Scale (CSPS) [50]	Jeden z pierwszych półustrukturalizowanych wywiadów do zbierania informacji o zachowaniach samobójczych u młodzieży.
Evaluation of Suicide Risk Among Adolescents and Imminent Danger Assessment (ESRAIDA) [51]	Dwustopniowy przesiewowy wywiad służący ocenie ryzyka i zachowań samobójczych.
Suicidal Behaviors Interview (SBI) [52]	22-punktowa skala stworzona do oceny aktualnego ryzyka zachowań samobójczych u młodzieży.
Tool for Assessment of Suicide Risk Adolescent Version (TASR-A) [53]	6-punktowa skala zawierająca ocenę wysokiego, średniego i małego ryzyka popełnienia samobójstwa.
Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) [54]	19-punktowa skala służąca do oceny myśli samobójczych, jak również do monitorowania odpowiedzi na leczenie.
The Harkavy-Asnis Suicide Scale (HASS) [55]	Subiektywna skala oceniająca zachowania suicydalne oraz czynniki predykcyjne prób samobójczych.
Suicide Ideation Questionnaire (SIQ) [56]	30-punktowa skala (dla starszych dzieci) i 15-punktowa SIQ-J (dla dzieci młodszych) przydatna do badań przesiewowych w kierunku występowania ideacji suicydalnych.
Suicide Behaviors Questionnaire (SBQ) [57]	Skala oceniająca zachowania samobójcze w przeszłości.
Beck Hopelessness Scale (BHS) [58]	20-punktowa subiektywna skala oceniająca przekonania i oczekiwania co do przyszłości oraz stopień utraty motywacji.
Child Suicide Assessment (CSA) [59]	Skala oceny ryzyka samobójstwa oraz potrzeby podjęcia oddziaływań zabezpieczających pacjenta przed podjęciem próby samobójczej (szczególnie poniżej 12. roku życia).

Podsumowanie

Z przedstawionego przeglądu piśmiennictwa wynika, że występowanie myśli i tendencji samobójczych w okresie rozwojowym jest poważnym problemem diagnostycznym i terapeutycznym. Wprowadzenie pojęcia „spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych” może umożliwić lepszą ocenę kliniczną objawów występujących w okresie rozwojowym. Omówienie tendencji zmian w klasyfikacji ICD i DSM-5 w odniesieniu

do dzieci i młodzieży wykracza poza cel tej pracy, jednak analiza czynników ryzyka wystąpienia próby samobójczej wykazuje, że obecność objawów z zakresu spektrum zaburzeń afektywnych może stanowić cenną wskazówkę do podjęcia wczesnych działań terapeutycznych zmniejszających ryzyko samobójstwa. Zgodnie z danymi z literatury do najistotniejszych czynników takiego ryzyka należą: nasilenie epizodu choroby (zwłaszcza depresji), występowanie nastroju mieszanego, obciążony wywiad rodzinny (występowanie w rodzinie zaburzeń nastroju i samobójstw), zachowania autoagresywne, impulsywność, ogólne złe funkcjonowanie, poczucie beznadziei, współchorobowość (zwłaszcza nadużywanie substancji psychoaktywnych) oraz wczesny początek objawów. W etiopatogenezie zachowań samobójczych w grupie dzieci i młodzieży istotną rolę odgrywać mogą również czynniki biologiczne. Nadal jednak w tej grupie wiekowej nie zostały one wystarczająco zbadane, co nie pozwala na wyodrębnienie spośród nich swoistych czynników ryzyka. Profilaktyka zachowań samobójczych u dzieci i młodzieży z ryzykiem choroby dwubiegunowej powinna być jednym z priorytetów ochrony zdrowia psychicznego. Umiejętność prawidłowej identyfikacji czynników ryzyka, jak i znajomość narzędzi mogących tę identyfikację ułatwić, może znacząco poprawić wczesną diagnostykę i interwencje terapeutyczne u dzieci i młodzieży.

Piśmiennictwo

1. Heron M. Deaths: *Leading causes for 2010*. Nat. Vital Stat. Rep. 2013; 62(6): 1–97.
2. *Europe in figures – Eurostat yearbook 2008*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2009.
3. Gould M, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R. i wsp. *Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents*. J. Am. Child Adolesc. Psychiatry 1998; 37: 915–923.
4. Kessler RC, Borges G, Walters EE. *Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56: 617–626.
5. Baldessarini RJ, Tondo L. *Suicide risk and treatments for patients with bipolar disorder*. J. Am. Med. Assoc. 2003; 290: 1517–1518.
6. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Roth C, Balach L. i wsp. *Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study*. Suicide Life Threat. Behav. 1993; 23(3): 179–187.
7. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. *Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34: 454–463.
8. Srinath S, Janardhan Reddy YC, Girimaji SR, Seshadri SP, Subbakrishna DK. *A prospective study of bipolar disorder in children and adolescents from India*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 98(6): 437–442.
9. Geller B, Tillman R, Bolhofner K, Zimmerman B. *Child bipolar I disorder: prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome*. Arch. Gen. Psychiatry 2008; 65(10): 1125–1133.

10. Bhangoo RK, Dell ML, Towbin K, Myers FS, Lowe CH, Pine DS. i wsp. *Clinical correlates of episodicity in juvenile mania*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 2003; 13(4): 507–514.
11. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK. i wsp. *History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk*. Bipolar Disord. 2005; 7(6): 525–535.
12. Papolos D, Hennen J, Cockerham MS. *Factors associated with parent-reported suicide threats by children and adolescents with community-diagnosed bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2005; 86(2–3): 267–275.
13. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. *Adolescent suicide and suicidal behavior*. J. Child Psychol. Psychiatry 2006; 47(3–4): 372–394.
14. Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, Keck PE Jr, McElroy SL. i wsp. *Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network*. J. Clin. Psychiatry 2003; 64: 506–515.
15. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP. i wsp. *Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD)*. Biol. Psychiatry 2004; 55: 875–881.
16. Slama F, Bellivier F, Henry C, Rousseva A, Etain B, Rouillon F. i wsp. *Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup*. J. Clin. Psychiatry 2004; 65(8): 1035–1039.
17. Carter TD, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. *Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder*. J. Psychiatr. Res. 2003; 37(4): 297–303.
18. Rende R, Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S. i wsp. *Childhood-onset bipolar disorder: Evidence for increased familial loading of psychiatric illness*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2007; 46(2): 197–204.
19. Goldstein TR, Ha W, Axelson DA, Goldstein BI, Liao F, Gill MK. i wsp. *Predictors of prospectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 2012; 69(11): 1113–1122.
20. Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, Lancrenon S, Bayart D, Akiskal HS. *Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder*. J. Affect. Disord. 2005; 85(1–2): 181–189.
21. Rucklidge JJ. *Psychosocial functioning of adolescents with and without paediatric bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2006; 91(2–3): 181–188.
22. Dilsaver SC, Benazzi F, Rihmer Z, Akiskal KK, Akiskal HS. *Gender, suicidality and bipolar mixed states in adolescents*. J. Affect. Disord. 2005; 87(1): 11–16.
23. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. *Suicide and suicidal behavior*. Epidemiol. Rev. 2008; 30: 133–154.
24. Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA. *Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician*. Rev. Bras. Psiquiatr. 2009; 31(3): 271–280.
25. Hauser M, Galling B, Correll C. *Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions*. Bipolar Disord. 2013; 15(5): 507–523.
26. Goldstein TR, Axelson DA, Birmaher B, Brent DA. *Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a one year open trial*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2007; 46(7): 820–830.

27. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. *Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study*. *BMJ* 2002; 325(7355): 74.
28. Lewinsohn PM, Seeley JR, Hibbard J, Rohde P, Sack WH. *Cross-sectional and prospective relationships between physical morbidity and depression in older adolescents*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1996; 35(9): 1120–1129.
29. Algorta GP, Youngstrom EA, Frazier TW, Freeman AJ, Youngstrom JK, Findling RL. *Suicidality in pediatric bipolar disorder: predictor or outcome of family processes and mixed mood presentation?* *Bipolar Disord.* 2011; 13(1): 76–86.
30. Carballo JJ, Harkavy-Friedman J, Burke AK, Sher L, Baca-Garcia E, Sullivan GM. i wsp. *Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness?* *J. Affect. Disord.* 2008; 109(1–2): 57–63.
31. Sutter JM, Luccioni H, Scotto JC. *Suicide and loss of authority*. *Hyg. Ment.* 1964; 53: 197–204.
32. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä ET. *Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder*. *Bipolar Disord.* 2006; 8: 576–585.
33. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. *Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder*. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 1680–1687.
34. Leibenluft E, Rich BA, Vinton DT, Nelson EE, Fromm SJ, Berghorst LH. i wsp. *Neural circuitry engaged during unsuccessful motor inhibition in pediatric bipolar disorder*. *Am. J. Psychiatry* 2007; 164(1): 52–60.
35. Leibenluft E, Charney DS, Pine D. *Researching the pathophysiology of pediatric bipolar disorder*. *Soc. Biol. Psychiatry* 2003; 53: 1009–1020.
36. Axelson DA, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L. i wsp. *Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63: 1139–1148.
37. Craney JL, Geller B. *A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course*. *Bipolar Disord.* 2003; 5(4): 243–256.
38. Arango V, Underwood MD, Gubbi AV, Mann JJ. *Localized alterations in pre – and postsynaptic serotonin binding sites in the ventrolateral prefrontal cortex of suicide victims*. *Brain Res.* 1995; 688: 121–133.
39. Bondy B, Erfurth A, de Jonge S, Krüger M, Meyer H. *Possible association of the short allele of the serotonin transporter promoter gene polymorphism (5-HTTLPR) with violent suicide*. *Mol. Psychiatry* 2000; 5(2): 193–195.
40. Gorwood P, Batel P, Adès J, Hamon M, Boni C. *Serotonin transporter gene polymorphisms, alcoholism, and suicidal behavior*. *Biol. Psychiatry* 2000; 48(4): 259–264.
41. Ernst C, Mechawar N, Turecki G. *Suicide neurobiology*. *Prog. Neurobiol.* 2009; 89: 315–333.
42. Huan M, Hamazaki K, Sun Y, Itomura M, Liu H, Kang W. i wsp. *Suicide attempt and n-3 fatty acid levels in red blood cells: a case control study in China*. *Biol. Psychiatry* 2004; 56(7): 490–496.
43. Sublette ME, Hibbeln JR, Galfalvy H, Oquendo MA, Mann JJ. *Omega-3 polyunsaturated essential fatty acid status as a predictor of future suicide risk*. *Am. J. Psychiatry* 2006; 163: 1100–1102.
44. Coryell W, Schlessler M. *The dexamethasone suppression test and suicide prediction*. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 748–753.

45. Oquendo MA, Placidi GP, Malone KM, Campbell C, Keilp J, Brodsky B. i wsp. *Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression*. Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60(1): 14–22.
46. Manuck SB, Flory JD, Ferrell RE, Mann JJ, Muldoon MF. *A regulatory polymorphism of the monoamine oxidase-A gene may be associated with variability in aggression, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsivity*. Psychiatry Res. 2000; 24;95(1): 9–23.
47. Puzyński S. *Depresje*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1988.
48. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P. i wsp. *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Present and Lifetime (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data*. J. Am. Child Adolesc. Psychiatry 1997; 36: 980–988.
49. Lucas C. *The Multimedia Adolescent Suicide Interview*. New York: Columbia University, New York State Psychiatric Institute; 1997.
50. Ofek H, Weizman T, Apter A. *The child suicide potential scale: inter-rater reliability and validity in Israeli in-patient adolescents*. Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. 1998; 35: 253–261.
51. Rotheram-Borus M, Bradley J. *Triage model for suicidal runaways*. Am. J. Orthopsychiatry 1991; 61: 122–127.
52. Reynolds W. *Development of a semistructured clinical interview for suicidal behaviors in adolescents*. Psychol. Assess. 1990; 2: 382–393.
53. Kutcher S, Chehil S. *Suicide risk management: A manual for health professionals*. Malden, Massachusetts, USA: Blackwell Publishing Ltd; 2007, doi: 10.1002/9780470750933.
54. Beck A, Kovacs M, Weissman A. *Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation*. J. Consult. Clin. Psychol. 1979; 47: 343–352.
55. Harkavy Friedman J, Asnis G. *Assessment of suicidal behavior: A new instrument*. Psychiatr. Ann. 1989; 19: 382–387.
56. Reynolds W. *A school-based procedure for the identification of adolescents at risk for suicidal behaviors*. Fam. Commun. Health 1991; 14: 64–75.
57. Cotton C, Peters D, Range L. *Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire*. Death Stud. 1995; 19: 391–397.
58. Beck A, Weissman A, Lester D, Trexler L. *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale*. J. Consult. Clin. Psychol. 1974; 42: 861–865.
59. Larzelere R, Andersen J. *Child suicide assessment*. Boys Town, NE: Father Flanagan’s Boys’ Home; 1998.

Adres: Aleksandra Rajewska-Rager
Klinika Psychiatrii Dorosłych
UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
62-170 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

Otrzymano: 6.05.2014
Zrecenzowano: 26.05.2014
Otrzymano po poprawie: 11.07.2014
Przyjęto do druku: 27.04.2015