

Próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień

Classification of persons attempting suicide. A review of cluster analysis research.

Tymoteusz Wołodźko¹, Andrzej Kokoszka^{2,3}

¹ Wydział Psychologii Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. E. Trzebińska

² Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. M. Marszał-Wiśniewska

³ II Klinika Psychiatryczna WUM

Kierownik: prof. dr hab. A. Kokoszka

Summary

Aim: Review of conclusions from cluster analysis research on suicide risk factors published after the year 1993.

Methods: Search and analysis of cluster analysis research papers on suicidal behaviour.

Results: Following groups were distinguished: (1) persons with comorbid mental disorders or with severe symptoms, (2) persons without mental disorders or with mild symptoms, (3) persons with personality disorders and externalizing psychopathology, (4) socially withdrawn persons with a tendency to avoid social contacts, (5) depressive persons

Conclusions: Analysis of studies on characteristics of suicide attempters, with the application of cluster analysis, has indicated the possibility of differentiation of several groups of persons with significantly increased risk of suicide attempt. The reviewed cluster analysis research had multiple methodological limitations. Studies employing cluster analysis on large, representative and homogeneous population are needed.

Słowa kluczowe: samobójstwo, analiza skupień

Key words: suicide, cluster analysis

Praca nie była sponsorowana. W pracy wykorzystano piśmiennictwo analizowane w trakcie przygotowywania pracy magisterskiej przez Tymoteusza Wołodźkę w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie pod kierunkiem prof. Andrzeja Kokoszki.

Wstęp

Samobójstwa są poważnym problemem społecznym i zdrowotnym. Według aktualnych informacji WHO samobójstwo należy do dwudziestu najczęstszych przyczyn zgonów, a każdego roku śmiercią samobójczą umiera blisko milion osób na świecie [1]. Badania ankietowe pokazały, że obawy, że pacjent umrze śmiercią samobójczą, są powszechne i wyraża je 97% psychoterapeutów [2] i od 50 do 70% psychiatrów [3]. Są one w znacznym stopniu uzasadnione, ponieważ brak jest zadowalających metod oceny ryzyka samobójstwa i skutecznego zapobiegania jego dokonaniu. Autor rozdziału na temat samobójstw w najnowszym wydaniu jednego z cenionych podręczników psychiatrii rozpoczyna go od stwierdzenia: „samobójstwo jest dla psychiatry podobnym problemem jak rak dla internisty – psychiatra może podjąć optymalne postępowanie, a pomimo tego pacjent może umrzeć z powodu samobójstwa” [4]. Tematyka ta była poruszana także w polskim piśmiennictwie, można tu wymienić między innymi dwie obszerne publikacje książkowe [5, 6] i liczne artykuły [7, 8].

Dane udostępnione autorom pracy przez Wydział Analiz Komendy Głównej Policji¹, dotyczące przyczyn 4 087 samobójstw dokonanych w Polsce w 2010 roku, wskazują, że obok zaburzeń psychicznych istnieje wiele innych powodów odebrania sobie życia. W ponad połowie przypadków (55,6%) nie ustalono przyczyny. Poniżej przedstawione są liczby dotyczące zidentyfikowanych powodów dokonanych samobójstw oraz odsetka osób, które z tej przyczyny odebrały sobie życie. Wśród tych przyczyn najczęściej stwierdzaną (w omawianym zestawieniu uwzględnia się kilka przyczyn jednego zamachu) jest „choroba psychiczna” (560 przypadków; 30,9% dla których zidentyfikowano ich przyczyny). Kolejnymi powodami są: nieporozumienia rodzinne (338 przypadków; 18,6%), przewlekła choroba (269; 14,3%), warunki ekonomiczne (244; 13,45%). Na dalszych miejscach znalazły się: zawód miłośny (186; 10,3%), śmierć bliskiej osoby (64; 3,5%), dokonanie wykroczenia (38; 2,1%), problemy szkolne (11; 0,6%), zachorowanie na AIDS (2; 0,1%), niepożądana ciąża (1; 0,1%). Omawiane dane Komendy Głównej Policji z 2010 r. ponadto wskazują, że 1 453 (24,6%) prób samobójczych popełnionych zostało pod wpływem alkoholu, w tym 715 (16,3%) zakończonych zgonem, natomiast 1 121 (19%) osób podejmujących próby samobójcze i 874 (19,9%) ofiar samobójstwa nadużywało alkoholu, a 317 (5,4%) osób podejmujących próby samobójcze i 241 (5,5%) ofiar samobójstwa było w przeszłości leczonych z powodu alkoholizmu. Z przedstawionych informacji uzyskanych od Komendy Policji na szczególną uwagę zasługuje:

- brak danych pozwalających na uznanie „choroby psychicznej” jako przyczyny dokonanego samobójstwa w 69,12% przypadków, w których je ustalono,
- zidentyfikowanie w wielu przypadkach więcej niż jednej przyczyny,
- popełnienie samobójstwa pod wpływem alkoholu przez 16,3% osób.

Powyższe dane potwierdza pogląd, że samobójstwo nie jest jedynie problemem psychiatrycznym, a na podjęcie tak dramatycznej decyzji wpływa wiele innych powodów.

¹ Autorzy dziękują Wydziałowi Analiz Komendy Głównej Policji za udostępnienie tych danych.

Wyniki badań pozwoliły na zidentyfikowanie wielu czynników, które zwiększają ryzyko popełnienia samobójstwa lub zachowań samobójczych [9]. Znaczną część osób, które popełniły samobójstwo, stanowią ludzie z zaburzeniami psychicznymi. Najczęstszymi diagnozami w tej grupie są zaburzenia nastroju (30%), nadużywanie substancji (18%), schizofrenia (14%) i zaburzenia osobowości (13%), a w szczególności zaburzenie osobowości z pogranicza (borderline) [10–12]. Metaanalizy badań nad zachorowalnością na zaburzenia psychiczne wśród osób, które umarły śmiercią samobójczą, pokazują, że odsetek osób co najmniej z jedną diagnozą psychiatryczną w tej grupie może wynosić od 87,3% do nawet 99,9% [12, 13].

Dostępna obecnie wiedza na temat zidentyfikowanych czynników ryzyka popełnienia samobójstwa nie pozwala w satysfakcjonującym stopniu ich przewidywać i im zapobiegać. Bardziej specyficzne podejście do predykcji samobójstw powinno uwzględniać czynniki ryzyka, które są specyficzne dla danych zaburzeń [9, 14], oraz fakt, że osoby podejmujące działania samobójcze nie są jednorodną populacją pod względem cech osobowości i innych elementów powiązanych z samobójstwem. Częste występowanie zaburzeń psychicznych wśród osób, które podjęły działania samobójcze, jest dobrze udokumentowane. Jednak wyniki badań wskazują, że istnieje wśród nich grupa osób bez ewidentnych zaburzeń psychicznych. W tym kontekście wyniki badań wskazujące na silne powiązanie współwystępujących zaburzeń psychicznych z samobójstwami mogą być przyczyną niedoszacowania ryzyka odebrania sobie życia przez osoby zdrowe psychicznie. Poza tym wydaje się, że w niektórych przypadkach występowanie zaburzenia psychicznego może stanowić jedynie „tło”, pośrednią przyczynę danego samobójstwa.

Ważnym czynnikiem ryzyka jest też współwystępowanie diagnoz psychiatrycznych [10, 15, 16]. Jednak gdy prowadzono badania, w których na podstawie czynników ryzyka próbowano przewidywać przyszłe samobójstwa, okazywało się, że nie jest to możliwe w zadowalającym stopniu [17–19]. Przykładem mogą tu być zaburzenia afektywne – ryzyko samobójstwa u osób z taką diagnozą wynosi 4% [20], co oznacza, że ten często wymieniany element ryzyka [12, 21, 22] jedynie w ograniczonym stopniu pozwala nam na predykcję samobójstwa. Nawet autorzy podręcznika wydane go przez APA na temat diagnostyki samobójstw zauważają pesymistycznie, że „statystyczna rzadkość samobójstw sprawia, że niemożliwe jest przewidywanie ich w oparciu o pojedyncze czynniki ryzyka lub ich kombinacje” [12]. W tym kontekście pojawiają się próby opisu czynników ryzyka samobójstw w odniesieniu do poszczególnych diagnoz psychiatrycznych (diagnosis-specific risk factors) [9, 14]. Autorzy prezentujący to podejście sugerują, że należy skupić się na bardziej specyficznych bodźcach, co pozwoli na bardziej precyzyjną diagnostykę. Ponieważ zagadnienie to zostało wyczerpująco omówione w stosunkowo niedawno wydanej monografii [9], prezentowana praca ograniczona została do przeglądu publikacji, w których przeprowadzono analizę skupień przyczyn prób samobójczych. Ze względu na ich małą liczbę zdecydowano się na łączne omówienie danych dotyczących skutecznych i nieskutecznych prób odebrania sobie życia, choć są to zjawiska różniące się istotnie z punktu widzenia klinicznego, cech demograficznych, uwarunkowań socjologiczno-społecznych.

Opublikowane wyniki analiz klasterowych obejmują dane uzyskane metodą autopsji psychologicznej (wywiadu z osobami, które знаły zmarłego wskutek samobójstwa)

[23], z kwestionariuszy osobowości [24–26] lub skal klinicznych [27–30] wypełnianych przez pacjentów, którzy mieli kontakt ze służbą zdrowia ze względu na próbę samobójczą, i badań ankietowych wśród osób zdrowych [31] (tab. 1). Przegląd takich badań, przeprowadzonych w latach 1963–1993, zaprezentowali wcześniej Arnesman i Kerkhof, ale na podstawie przeprowadzonej przez nich analizy stwierdzili, że uzyskane wyniki pozwalają jedynie na dość ogólne wnioski [33] i wskazują, że na podstawie wyników prezentowanych badań można wyróżnić trzy grupy prób samobójczych: „niewielkie”, „umiarkowane” i „poważne” pod względem letalności podejmowanej próby samobójczej. Przedmiotem prezentowanej pracy jest analiza wyników, które zostały opublikowane po 1993 roku do 2011 roku, mających na celu wyłonienie za pomocą analizy klasterów grup osób popełniających próby samobójcze.

Metoda

Prace rozpoczęto od wyszukania w bazach Medline oraz EBSCO prac pod hasłami „suicide” lub „parasuicide” wraz ze słowami „group”, „cluster”, „factor” w treści tytułów, streszczeń i słów kluczowych publikacji. Uwzględniono tu zarówno badania dotyczące prób samobójczych, jak i dokonanych samobójstw ze względu na niewielką ilość publikacji pozwalających na opis tych dwóch grup niezależnie. Następnie przeprowadzono ich analizę jakościową, opierając się przede wszystkim na obrazie klinicznym i czynnikach ryzyka zachowań samobójczych grup opisanych w odnalezionych pracach. Znalaziono 10 prac, w których przedstawiono wyniki analizy klasterowej [23–32], a w dwóch – analizy czynnikowej [30, 32] danych demograficznych, klinicznych, cech osobowości mierzonych kwestionariuszami oraz cech próby samobójczej. Wśród analizowanych danych znalazły się diagnozy psychiatryczne [26], diagnozy na podstawie wywiadu ustrukturalizowanego [24, 25, 27] i oceny klinicznej psychologa lub psychiatry [32]. Związy ich opis przedstawia tabela 1. Następnie zanalizowano nazwy i opisy klasterów wyróżnionych w tych pracach w celu odróżnienia głównych grup osób, które dokonały próby samobójczej, wyróżnianych w analizach klasterowych. Kierowano się występowaniem podobieństw między klasterami, ich spójnością i zgodnością z literaturą przedmiotu. Pracę rozpoczęto od spisania wyróżnionych klasterów i ich cech szczególnych. Na podstawie zmiennych, które uwzględniono w poszczególnych pracach prezentowanych w niniejszym przeglądzie (występowanie zaburzeń psychicznych i/lub miary nasilenia objawów zaburzeń psychicznych), wyodrębniono klasterzy wykazujące podobieństwa między sobą. Następnie, na podstawie innych zmiennych opisywanych w badaniach (np. cechy osobowości), wyodrębnione grupy zostały porównane pod względem ich wewnętrznej spójności.

Tabela 1. **Badania uwzględnione w przeglądzie piśmiennictwa**

Badanie	Osoby badane (* – podano liczebności po odjęciu braków danych)	Źródło danych do analizy klastrowej	Zastosowane nazwy klastrow, wielkość klastrow (%) i opis	(#)
O'Connor, Sheehy, O'Connor (1999) [23]	N = 142 74% mężczyzn średni wiek 41 lat (13–86), autopsja psychologiczna	dane kliniczne, psychologiczne i psychospołeczne	klastr 1 (45%): bez czynników ryzyka klastr 2 (40%): mieszkają z kimś, problemy w związku, depresja, hospitalizowani, bez historii leczenia psychiatrycznego klastr 3 (15%): silnie zaburzeni	II V I
Rudd, Ellis, Rajab, Wehrly (2000) [24]	N = 86* 46% mężczyzn średni wiek 32 lata (19–50), osoby, które korzystały z pomocy medycznej w związku z istotnymi zamiarami samobójczymi	kwestionariusz osobowości <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory-II</i>	klastr 1 (71%): negatywistyczni, unikający, schizoidalni klastr 2 (15%): negatywistyczni, unikający, zależni klastr 3 (10%): negatywistyczni, unikający, aspołeczni oraz dwa klaster o małych liczebnościach (n = 1 i n = 2)	IV I III
Ellis, Rudd, Rajab, Wehrly (1996) [25]	N = 301* 187 miało próbę samobójczą 83% mężczyzn średni wiek 22 lata (18–37) hospitalizowani po próbie samobójczej	kwestionariusz osobowości <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>	negatywistyczni-unikający- schizoidalni (51%) unikający-zależni-negatywistyczni (18%) antyspołeczni (22%) histrioniczno-narcystyczni (8%) oraz jeden klastr o małej liczebności (n = 2)	IV IV III -
Engström i wsp. (1997) [26]	N = 215 42% mężczyzn średni wiek 38 lat (18–81) hospitalizowani po próbie samobójczej	kwestionariusz osobowości <i>Karolinska Scales of Personality</i>	klastr 1 (27%): zaburzenia OUN klastr 2 (38%): depresyjni, lękowi, wyobcowani, obwiniający innych klastr 3 (13%): impulsywni, agresywni, aspołeczni klastr 4 (22%): zdrowi, pierwsza próba, zaburzenia adaptacyjne	- IV III II
Steer, Beck, Brown, Beck (1997) [27]	N = 1172 127 miało zamiary samobójcze 42% mężczyzn średni wiek 36 lat pacjenci psychiatryczni	skale kliniczne: <i>Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Inventory, Beck Anxiety Inventory, Scale for Suicidal Ideation</i>	odczuwający beznadziejność (47%) lękowo-depresyjni (21%) poniżej średniej (w zastosowanych skalach) (19%) powyżej średniej (w zastosowanych skalach) (13%)	- - II V

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Rapeli, Botega (2005) [28]	N = 113* 36% mężczyzn średni wiek mężczyzn 32 lata, kobiet 33 lata osoby, które wymagały pomocy medycznej po próbie samobójczej	skale kliniczne: <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> , <i>Suicide Intent Scale</i> , zmienna dotycząca poważności próby	impulsywno-ambiwalentni (38%) wyraźna intencja (47%) definitywna próba (15%)	- I V
Chen i in. (2007) [29]	N = 148 64% mężczyzn średni wiek 39 lat (16–59) autopsja psychologiczna	skala kliniczna <i>Suicide Intent Scale</i>	klaster 1 (47%): samobójstwo w okolicznościach, gdy pomoc była mało prawdopodobna klaster 2 (53%): zaburzeni psychicznie	- -
Dinya i in. (2009) [30]	N = 110 20% mężczyzn średni wiek 16 lat (14–18) nastolatki przejawiające zachowania samobójcze, pacjenci ambulatoryjni	dane demograficzne i kliniczne	Analiza klasterowa: kierowani-stresem/średnio depresyjni mało depresyjni/niskie osiągnięcia silnie depresyjni Analiza głównych składowych (PCA): czynnik 1: kierowani stresem czynnik 2: dysfunkcyjni czynnik 3: nieadaptacyjne zachowania czynnik 4: depresyjni	- - - II - - V
Flannery, Sneed, Marsh (2003) [31]	N = 2 730 49% mężczyzn nastolatki, uczniowie 8. i 9. klasy	dane ankietowe z badania na temat zachowań ryzykownych wśród młodzieży	zdrowi i bezpieczni (35%) złe zdrowie (17%) aktywni seksualnie (27%) ciche samobójstwo (11%) umiarkowane ryzyko (8%) duże/różnorodne ryzyko (2%)	- - - II - III
Ortigo, Westen, Bradley (2009) [32]	N = 311 32,1% mężczyzn średni wiek 40,4 roku opisani w ankiecie przez psychologów i psychiatrów pacjenci po próbach samobójczych	dane demograficzne i kliniczne, skala <i>Shedler-Westen Assessment Procedure-II</i>	internalizujący dysregulacja zależni izolujący się psychopatyczni lękowi	V I - IV III -

– grupa, do której można zaliczyć dany klaster

Wyniki

Wyróżniono następujące grupy osób podejmujących próby samobójcze opisane w wynikach analizy klasterów:

1. *Osoby z wieloma zaburzeniami psychicznymi i/lub silnie nasilonymi ich objawami* (nazwy klasterów w omawianych badaniach: *klaster 3* [23], *klaster 2* [24], *klaster 2* [28], *emocjonalna dysregulacja* [32]). Jest to grupa najbardziej zbieżna z potocznym obrazem ofiary samobójstwa. Zgodnie z wynikami badań nad czynnikami ryzyka samobójstwa, tę grupę charakteryzuje współwystępowanie kilku zaburzeń psychicznych [10, 15, 16]. Są to osoby, które wcześniej były hospitalizowane psychiatrycznie, ale prawdopodobnie nie przyniosło im to oczekiwanej poprawy. Osoby te mają za sobą wcześniejsze próby samobójcze. Obok trudności psychicznych towarzyszy im wiele problemów ogólnozdrowotnych i społecznych. Jednostki te mogą mieć cechy osobowości, które utrudniają im poszukiwanie pomocy i wsparcia ze strony innych. Należą do nich osoby mające poczucie własnej nieadekwatności połączone z lękiem przed odrzuceniem. Cechy te wiążą się z pasywnym i nieasertywnym zachowaniem oraz unikaniem sytuacji społecznych. Towarzyszą im wahania nastroju, ponieważ obok wymienionych wcześniej cech występuje też potrzeba bycia zaopiekowanym przez innych i silna zależność. Jest to też grupa, która w dzieciństwie mogła doznać traumatycznych doświadczeń, takich jak wykorzystywanie seksualne [15, 16].
2. *Osoby bez stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub z niezbyt mocno nasilonymi objawami zaburzeń psychicznych* (*klaster 1* [23], *klaster 4* [26], *poniżej średniej* [27], *czynnik 1* [30], *ciche samobójstwo* [31]). Do tej grupy należy wiele osób, które dokonały pierwszej próby samobójczej, która często była skuteczna. To osoby, które prawdopodobnie przeżywają silny stres, mogą u nich wystąpić objawy zaburzeń adaptacyjnych, ale nie szukają pomocy medycznej. Możliwe, że traktują szukanie pomocy jako porażkę [23]. Mogą to być osoby mieszkające samodzielnie, co utrudnia im uzyskanie pomocy od najbliższych. W jednym z badań uzyskiwały one stosunkowo wysokie wyniki w skali kłamstwa, co może świadczyć o tendencji do dyssymulacji [26]. Niektóre badania sugerują, że osoby te mogą stanowić nawet 22% [26] do 24% [23] osób podejmujących próby samobójcze.
3. *Osoby z zaburzeniami osobowości i tendencją do spostrzegania przyczyn własnych problemów jako niezależnych od nich (tendencja do eksternalizacji)* (*klaster 3* [24], *antyspołeczni* [25], *klaster 3* [26], *duże/różnorodne ryzyko* [31], *psychopatyczni* [32]). Jest to wcześniej opisywana grupa [34, 35]. Należą do niej często osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków, przejawiające objawy dystymii i zaburzeń osobowości z klastera B wg DSM, w tym osobowości borderline. To też grupa osób cechująca się dużą agresywnością i impulsywnością, które to cechy były wcześniej opisywane w literaturze jako czynniki ryzyka samobójstwa, w szczególności jako towarzyszące uzależnieniom. To osoby mało uspołecznione, podejrzliwe, paranoiczne i liczące na siebie. W związku z tym ich zachowania często są asertywne, a wręcz agresywne i wrogie, współzawodniczące z innymi. Mogą być postrzegani jako „zimni” i okrutni. Widzą siebie jako mało uzdolnionych, ale podobnie oceniają też innych ludzi, więc nie uważają ich za wartościowych dla siebie. Widzą świat jako pełen współzawodnictwa, a innych jako wykorzystujących, odrzucających ich i krzywdzących, co wiąże się z silnym lękiem. Nie zależy im na byciu lubianym przez innych, a swoją wrogość i nieufność traktują jako oznakę pewności siebie, asertywności oraz siły i nie mają potrzeby jej zmieniać.

4. *Osoby wycofane społecznie z zaburzeniami osobowości z tendencją do unikania* (klaster 1 [24], *negatywistyczni-unikający-schizoidalni* [25], *unikający-zależni-negatywistyczni* [25], *klaster 2* [26], *izolujący się* [32]). Profil osobowości typowy dla tych osób jest dość powszechny wśród pacjentów psychiatrycznych i dotyczy nawet 25% z nich [25]. To osoby, u których pojawiają się zaburzenia osobowości, w tym z klastera A wg DSM, oraz osobowość typu borderline. To osoby cechujące się silnym lękiem, poczuciem beznadziejności, huśtawkami nastroju i ruminacjami dotyczącymi poczucia winy. Są nieasertywni i pasywni, wolą, kiedy inni podejmują za nich decyzje. Starają się też hamować swoje agresywne impulsy, gdy takie się pojawiają. Przy tym czują się nieadekwatni, gorsi i cechują się małą zdolnością rozwiązywania problemów. W związku z tym są zależni od innych i mają potrzebę bycia zaopiekowanymi, jednak są podejrzliwi, boją się odrzucenia przez innych, których oceniają jako niegodnych zaufania, odrzucających i opuszczających. To wszystko prowadzi do silnego konfliktu dążenia–unikania, lęku z nim związanego i w efekcie wycofania społecznego. Przez to osoby te mogą stawać się zdystansowane i „zimne”. W skalach służących do oceny ryzyka samobójstwa mogą osiągać wyniki świadczące o relatywnie niskim ryzyku samobójstwa.
5. *Osoby depresyjne* (klaster 2 [23], *powyżej średniej* [27], *definitywna próba* [28], *czynnik 4* [30], *internalizujący* [32]). Jest to grupa często opisywana w literaturze [30, 36]. Zaburzenia afektywne są najczęściej występującymi wśród osób podejmujących próby samobójcze. W tej grupie podstawowym czynnikiem towarzyszącym samobójstwu jest depresja, z którą może współwystępować uzależnienie od alkoholu i zaburzenia osobowości. Obok problemów natury psychiatrycznej, osoby te mogą borykać się z innymi trudnościami, takimi jak np. bezrobocie. Osoby te mają silne poczucie beznadziejności i silną motywację, by odebrać sobie życie, w związku z czym wybierają takie metody samobójstwa, które cechują się dużą skutecznością. Osoby te mogły wcześniej używać samookaleczeń, by sygnalizować w ten sposób swoje cierpienie innym, ale skoro te metody zawiodły, decydują się na samobójstwo. Jest to grupa, którą dobrze opisują poznawcze modele depresji [22].
W przedstawionym podziale nie uwzględniono wszystkich klasterów wykrytych w opisywanych badaniach. W przypadku trzech badań klasterzy opisano pod względem cech nie mierzonych w pozostałych badaniach: narcystyczno-histronicznych cech osobowości [25] i zaburzeń OUN [26], o cechach osobowości lękowych i zależnościowych [32]. W kilku innych badaniach wyróżnione klasterzy były charakterystyczne pod względem specyficznych cech, np. cech samej próby samobójczej [28, 29]. Brano w nich pod uwagę ograniczoną ilość zmiennych [27, 30], co utrudniło ich porównanie z pozostałymi badaniami, a w przypadku jednego badania pozostałe klasterzy nie wiązały się bezpośrednio z ryzykiem samobójstwa [31].

Omówienie wyników

Prezentowany przegląd piśmiennictwa ma wiele ograniczeń metodologicznych. Wskazuje on przede wszystkim na potrzebę dokonania analizy skupień na dużej, re-

prezentatywnej i homogennej grupie badanych osób. Najważniejszym ograniczeniem jest łączne potraktowanie danych na temat skutecznych i nieskutecznych prób samobójczych. Wynika ono z faktu, że od 1993 roku opublikowano do 2011 roku jedynie dziesięć prac dotyczących omawianego zagadnienia. Włączanie do analiz starszych prac byłoby związane z ryzykiem nieuwzględniania zmian społecznych i kulturowych, do jakich doszło w ostatnim dwudziestoleciu. Zanalizowane badania opierały się często na małych i/lub niereprezentatywnych grupach. Z tego względu wnioski z opisanych analiz należy przyjmować z ostrożnością. Wymienione ograniczenia wynikają z trudności we włączaniu do badań osób po próbach samobójczych oraz uzyskiwaniu danych pośmiertnych dotyczących osób, które umarły śmiercią samobójczą. Ponadto osoby po próbach samobójczych i takie, które umarły śmiercią samobójczą, mogą stanowić odrębne populacje różniące się od siebie pod wieloma względami. Niestety, dostępne dane pochodzące z analiz klasterowych nie pozwoliły na rzetelne porównanie tych grup, w związku z czym skupiono się na opisie zachowań samobójczych.

Również sposób wyróżnienia pięciu grup ma wiele ograniczeń wynikających z dużej różnorodności metodologicznej badań poddanych przeglądowi, zarówno pod względem badanych populacji, jak i użytych narzędzi oraz zastosowanych analiz statystycznych. W związku z tym zaprezentowane dane nie zawsze pozwalały na ich bezpośrednie zestawienie i porównanie.

W opisywanych badaniach często nie wykrywano większych różnic między poszczególnymi klasterami pod względem cech demograficznych. Z drugiej strony badania pokazujące charakterystykę osób podejmujących próby samobójcze w poszczególnych zaburzeniach wskazują na istnienie takich różnic [9]. Uzależnienia i zaburzenia osobowości były stwierdzane częściej w samobójstwach mężczyzn niż kobiet, możliwe więc, że w podgrupie osób aspołecznych częściej pojawiają się mężczyźni [13, 35]. U kobiet depresja częściej wiąże się z zachowaniami samobójczymi, stąd w podgrupie osób depresyjnych częściej możemy się spodziewać kobiet [13]. Osobowość schizotypowa jest istotnym predyktorem samobójstw u mężczyzn, ale nie u kobiet, więc w grupie osób wycofanych możemy się ich częściej spodziewać [11]. Choć rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych różni się między płciami również w populacji bez prób samobójczych, odsetki są odmienne u osób podejmujących próby samobójcze [13].

Badania posługujące się analizami klasterowymi ujawniły specyficzne pod tym względem klasteru osób wycofanych i aspołecznych, które w tym kontekście wydają się ważniejsze od często wymienianej osobowości z pogranicza. Jednostki z taką osobowością znajdują się w obu omawianych grupach. Cechą osobowości borderline, która wiąże się z próbami samobójczymi, jest niestabilność emocjonalna [37]. W tym kontekście można podejrzewać, że ryzyko samobójstwa dotyczy w dużym stopniu osób o charakterystycznych cechach osobowości: wycofanych lub aspołecznych, jednocześnie ze znaczną niestabilnością emocjonalną.

Uzyskane wyniki wskazują, że istnieją specyficzne grupy osób podejmujących próby samobójcze: osoby charakteryzujące się współwystępowaniem kilku zaburzeń psychicznych wraz z innymi problemami ogólnozdrowotnymi i społecznymi (grupa 1) [23, 24, 28, 32], osoby z zaburzeniami osobowości ze współwystępującymi uza-

leżnieniami (grupa 3) [24–26, 31, 32], osoby wycofane społecznie (grupa 4) [24–26, 32] oraz osoby depresyjne (grupa 5) [23, 27, 28, 30, 32]. Z drugiej jednak strony przegląd piśmiennictwa ujawnił istnienie grupy niewykazującej czynników ryzyka samobójstwa (grupa 2) oraz to, że poszczególne czynniki ryzyka były specyficzne raczej dla poszczególnych grup niż dla ogółu osób podejmujących próby samobójcze. Analizy klasterowe wskazują, że próby samobójcze mogą być podejmowane przez różnorodne grupy osób, włącznie z osobami bez zaburzeń psychicznych. Wśród psychologicznych cech szczególne znaczenie ma tendencja do unikania kontaktu ze stresem oraz tendencja do eksternalizacji w przypadku jednostek z zaburzeniami osobowości. Warto w tym miejscu podkreślić fakt, że osoby wycofane społecznie, z zaburzeniami osobowości z klastera A wg DSM-IV (grupa 4 w tym przeglądzie), to grupa stosunkowo słabo opisana w literaturze dotyczącej ryzyka samobójstwa [9, 12], podczas gdy istnieją doniesienia wskazujące na zwiększone takie ryzyko u tych osób [11, 38].

Omawiane wyniki wskazują na niejednorodną naturę samobójstw, niektóre z omawianych podgrup cechowały się częstymi próbami samobójczymi (osoby z bardzo nasilonymi objawami zaburzeń psychicznych), a w innych mogła to być pierwsza próba (osoby relatywnie zdrowe – bez stwierdzonych zaburzeń psychicznych). Istnieje też grupa osób silnie zdeterminowanych do odebrania sobie życia (osoby depresyjne).

Wnioski

Identyfikacja skutecznych kryteriów ryzyka samobójstwa pozostaje wyzwaniem dla współczesnej medycyny i społeczeństwa. W ich poszukiwaniu przeprowadzono badania z zastosowaniem analizy skupień. Systematyczny przegląd piśmiennictwa dotyczącego tego zagadnienia pozwala na wyróżnienie następujących grup osób ze znacznie zwiększonym ryzykiem zachowań samobójczych: (1) osoby z wieloma zaburzeniami psychicznymi i/lub silnie nasilonymi ich objawami, (2) bez stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub z niezbyt mocno nasilonymi objawami zaburzeń psychicznych, (3) z zaburzeniami osobowości i tendencją do spostrzegania przyczyn własnych problemów jako niezależnych od nich, (4) wycofane społecznie z zaburzeniami osobowości z tendencją do unikania i (5) osoby depresyjne. Wyniki tego przeglądu wskazują na to, że czynniki ryzyka samobójstw mogą nie oddawać w pełni złożoności obrazu klinicznego osoby podejmującej próby samobójcze. Ponadto analizy klasterowe sugerują, że próby te mogą być podejmowane również przez osoby bez zaburzeń psychicznych. Wśród psychologicznych cech szczególne znaczenie ma tendencja do unikania kontaktu ze stresem oraz tendencja do eksternalizacji w przypadku jednostek z zaburzeniami osobowości. Ze względu na liczne ograniczenia metodologiczne potrzebne jest potwierdzenie wyników zaprezentowanej analizy piśmiennictwa w badaniach względnie reprezentatywnej, licznej i dobrze scharakteryzowanej grupy badanych osób.

Piśmiennictwo

1. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002 http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ [dostęp: 21.07.2014].
2. Pope KS, Tabachnick BG. *Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training*. Prof. Psychol. Res. Pract. 1993; 24(2): 142–152.
3. Foley SR, Kelly BD. *When a patient dies by suicide: Incidence, implications and coping strategies*. Adv. Psychiatr. Treat. 2007; 13: 134–138.
4. Sudak HS. *Psychiatric emergencies*. W: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. red. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Wyd. 9. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2009. s. 2717–2732.
5. Hołyst B. *Suicydologia*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis; 2002.
6. Stukan J. *Diagnoza ryzyka samobójstwa*. Opole: Prometeusz; 2008.
7. Sawicka M, Szulc A, Bachórzewska-Gajewska H. *Samobójstwa wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi – opisy przypadków*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(1): 135–146.
8. Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. *Neurobiologia zachowań samobójczych*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 573–588.
9. *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2003.
10. Kessler RC, Guilherme B, Walters EE. *Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56: 617–626.
11. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K. i wsp. *Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2006; 256(1): 17–27.
12. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. *Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence*. Crisis 2004; 25(4): 147–155.
13. Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. *Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis*. BMC Psychiatry 2004; 4: 37.
14. Kleespies PM, Dettmer EL. *An evidence-based approach to evaluating and managing suicidal emergencies*. J. Clin. Psychol. 2000; 56(9): 1109–1130.
15. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. *History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology*. Am. J. Psychiatry 2004; 161: 437–443.
16. Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. *Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 1494–1500.
17. Pokorny AD. *Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study*. Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40(3): 249–257.
18. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. *The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48(5): 418–422.
19. Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M, Hawton K. *Suicide in psychiatric hospital in-patients: Risk factors and their predictive power*. Br. J. Psychiatry 2000; 176: 266–272.
20. Bostwick JM, Pankrats VS. *Affective disorders and suicide risk: A reexamination*. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 1925–1932.
21. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 181–189.

22. Dieserud G, Røysamb E, Ekeberg Ø, Kraft P. *Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach*. *Suicide Life Threat. Behav.* 2001; 31(2): 153–168.
23. O'Connor RC, Sheehy NP, O'Connor DB. *The classification of completed suicide into subtypes*. *J. Ment. Health* 1999; 8(6): 629–637.
24. Rudd MD, Ellis TE, Rajab MH, Wehrly T. *Personality types and suicidal behavior: An exploratory study*. *Suicide Life Threat. Behav.* 2000; 30(3): 199–212.
25. Ellis T, Rudd M, Rajab M, Wehrly T. *Cluster analysis of MCMI scores of suicidal psychiatric patients: Four personality profiles*. *J. Clin. Psychol.* 1996; 52(4): 411–422.
26. Engström G, Alling C, Gustavsson P, Orelund L, Träskman-Bendz L. *Clinical characteristics and biological parameters in temperamental clusters of suicide attempters*. *J. Affect. Disord.* 1997; 44(1): 45–55.
27. Steer RA, Beck AT, Brown GK, Beck JS. *Classification of suicidal and nonsuicidal outpatients: A cluster-analytic approach*. *J. Clin. Psychol.* 1993; 49(5): 603–614.
28. Rapeli CB, Botega NJ. *Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: A cluster analysis study*. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005; 27(4): 285–289.
29. Chen EY, Chan WS, Chan SS, Liu KY, Chan CL, Wong PW. i wsp. *A cluster analysis of the circumstances of death in suicides in Hong Kong*. *Suicide Life Threat. Behav.* 2007; 37(5): 576–584.
30. Dinya E, Csorba J, Sorfozo Z, Steiner P, Ficsor B, Horvath A. *Profiles of suicidality and clusters of hungarian adolescent outpatients suffering from suicidal behaviour*. *Psychopathology* 2009; 776: 299–310.
31. Flannery WP, Sneed CD, Marsh P. *Toward an empirical taxonomy of suicide ideation: A cluster analysis of the youth risk behavior survey*. *Suicide Life Threat. Behav.* 2003; 33(4): 365–372.
32. Ortigo KM, Westen D, Bradley B. *Personality subtypes of suicidal adults*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2009; 197: 687–694.
33. Arensman E, Kerkhof JFM. *Classification of attempted suicide: A review of empirical studies, 1963–1993*. *Suicide Life Threat. Behav.* 1996; 26(1): 46–67.
34. Verona E, Sachs-Ericsson N, Joiner TE. *Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample*. *Am. J. Psychiatry* 2004; 161: 444–451.
35. Sher L. *Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 113: 13–22.
36. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. *Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors?* *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 114: 151–158.
37. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG. i wsp. *Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior*. *Am. J. Psychiatry* 2004; 161: 1296–1298.
38. Chioqueta AP, Stiles TC. *Assessing suicide risk in cluster C personality disorders*. *Crisis* 2004; 25(3): 128–133.

Adres: Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatryczna WUM
03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8

Otrzymano: 6.04.2012
Zrecenzowano: 24.11.2012
Otrzymano po poprawie: 17.07.2013
Przyjęto do druku: 1.07.2014