

Charakterystyka grup osób po próbach samobójczych – analiza skupień danych z National Comorbidity Survey (NCS) z lat 1990–1992

Characteristics of groups after the suicide attempt. Cluster analysis of National Comorbidity Survey (NCS) 1990–1992

Tymoteusz Wołodźko^{1†}, Andrzej Kokoszka^{2,3‡}

¹ Instytut Badań Edukacyjnych w Warszawie

Dyrektor: dr. hab. M. Federowicz

² Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie
Dziekan Wydziału Psychologii: prof. dr hab. P. Ostaszewski

³ II Klinika Psychiatryczna WUM
Kierownik: prof. dr hab. A. Kokoszka

† Autor koncepcji badania, przeprowadzał analizy statystyczne, przygotowywał tekst pracy

‡ Współpraca na wszystkich etapach przygotowania pracy

Summary

Aim. Identification of specific groups with increased risk of suicidal behaviors.

Method: Latent class analysis, (LCA) data from the National Comorbidity Survey (NCS) 1990–1992, conducted in the representative sample of 5977 Americans aged 15–54 years.

Results. Seven clusters of persons were identified: (C1) young adults with at least 5 psychiatric diagnoses in lifetime, with severe anxiety, somatic illnesses and low income; (C2) alcohol dependent with depressive mood, and with at least 4 psychiatric diagnoses in lifetime; (C3) persons without mental disorders and persons with one or two mental disorders, in fourth decade of life; (C4) nearly only women suffering from depression with other comorbid mental disorders, often with anxiety disorders; (C5) young persons with variety of mental disorders, and with abuse of alcohol and other psychoactive substances, with suicidal attempt in past, currently not in relationship; (C6) nearly only men, in fourth decade of life, abusing alcohol and drugs, with depressive mood; majority of them with dissociative personality disorder and with,

W pracy przedstawiono rezultaty analiz z pracy magisterskiej Tymoteusza Wołodźki w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie napisanej pod kierunkiem prof. Andrzeja Kokoszki.

Praca nie była sponsorowana.

at least three psychiatric diagnoses; (C7) young persons without mental disorders or with 1 or 2 mental disorders, strongly emotionally dependent.

Conclusions. Cluster analysis let to identify and relatively well describe 7 groups of persons with increased risk of suicidal behavior.

Słowa kluczowe: samobójstwo, zaburzenia psychiczne, współchorobowość

Key words: suicide, mental disorders, comorbidity

Wstęp

Dysponujemy rozległą wiedzą na temat samobójstw. Zapobieganie im jest jednak trudne i wciąż stanowią one jedną z głównych przyczyn śmierci [1, 2]. Mimo odkrycia wielu czynników ryzyka, niestety nie pozwalają one na predykcję samobójstw [3, 4]. Jak zauważają autorzy publikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego: „statystyczna rzadkość samobójstw sprawia, że są one niemożliwe do przewidzenia na podstawie czynników ryzyka występujących samodzielnie lub w ich kombinacji” [1]. W tym kontekście podejmowane są próby opisywania czynników ryzyka specyficznych dla poszczególnych zaburzeń psychicznych (diagnosis-specific risk factors) [2, 5]. Innym nurtem w tej dziedzinie są badania używające analizy skupień, mające na celu empiryczne wyodrębnienie specyficznych grup samobójców [6–10]. Badania te były zróżnicowane pod względem populacji, z których pochodziły dane, zastosowanej metodologii i użytych metod statystycznych. Przegląd takich badań, przeprowadzonych w latach 1963–1993, pozwolił jedynie na wyróżnienie grup o „niewielkim”, „umiarkowanym” i „poważnym” ryzyku zachowań samobójczych [11]. Systematyczny przegląd analiz skupień dotyczących czynników ryzyka samobójstwa opublikowanych po 1993 roku pozwolił na wyróżnienie pięciu grup osób ze znacznie zwiększonym ryzykiem zachowań samobójczych: (1) z bardzo poważnymi zaburzeniami psychicznymi, (2) bez stwierdzonych zaburzeń lub z niezbyt mocno nasilonymi zaburzeniami psychicznymi, (3) z zaburzeniami osobowości i tendencją do spostrzegania przyczyn własnych problemów jako niezależnych od nich (tendencja do eksternalizacji), (4) wycofane społecznie z zaburzeniami osobowości, z tendencją do unikania kontaktów ze źródłem stresu i (5) depresyjne [12]. Omówione w tej pracy badania mają liczne ograniczenia, w tym wynikające z niereprezentatywności i małej liczebności badanych grup. W tej sytuacji udostępnienie danych przez Substance Abuse & Mental Health Data Archive (<http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/>) z badania epidemiologicznego National Comorbidity Survey (NCS, 1990–1992) stwarza możliwość wykorzystania ich do analizy skupień. Dotyczą one reprezentatywnej próby populacji, a diagnozy psychiatryczne postawione na podstawie ustrukturalizowanego wywiadu psychiatrycznego. Opublikowane analizy danych z NCS pozwoliły ustalić występowanie w populacji amerykańskiej w skali życia myśli samobójczych (13,5%), planowania samobójstwa (3,9%) oraz prób samobójczych (4,6%) wraz z towarzyszącymi im czynnikami ryzyka [13]. Czynnikiem ryzyka dla myśli samobójczych był neurotyzm, samokrytycyzm i poczucie beznadziejności, a dla prób samobójczych samokrytycyzm i poczucie beznadziejności [14]. Powtórzone po 10 latach badanie (NCS-2, 2000–2002), w którym wzięło udział 87,6% z respondentów pierwszego

badania, pozwoliło sprawdzić, w jakim stopniu zebrane podczas pierwszego badania dane pozwalały przewidywać późniejsze myśli, plany, gesty (suicide gestures) i próby samobójcze [15]. Badanie to pokazało, że 35% osób, które w pierwszym pomiarze NCS miało myśli samobójcze, miało je też później, podobnie 21,2% wciąż planowało samobójstwo, 10,8% podejmowało gesty samobójcze i 15,4% próby samobójcze. Osoby, które w pierwszym pomiarze NCS miały myśli samobójcze, w drugim były mniej skłonne do planowania (OR = 0,4) i podejmowania prób samobójczych (OR = 0,2). Istotny statystycznie był związek wcześniejszych prób samobójczych z późniejszymi próbami (OR = 8,8). Stwierdzenie jakiegokolwiek zaburzenia wg DSM-III w trakcie pierwszego badania było istotnym predyktorem myśli samobójczych podczas drugiego badania (OR = 1,0–2,1). Natomiast jedynie diagnozy zaburzeń afektywnych, uogólnionego zaburzenia lękowego, uzależnienia od alkoholu lub zachowań dyssocjalnych w wieku dorosłym były predyktorem późniejszego planowania samobójstwa. Żadne rozpoznane zaburzenie nie wiązało się ze zwiększonym ryzykiem gestów czy prób samobójczych. Inne badanie pokazało, że mimo większej liczby osób, które podczas pierwszego badania NCS podejmowały gesty i próby samobójcze, w międzyczasie skorzystały z pomocy specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego, liczba myśli, planów, gestów i prób samobójczych się nie zmniejszyła [16]. Wyniki te odnoszą się do czynników ryzyka samobójstw jako takich, natomiast omawiane wcześniej badania korzystające z metody analizy skupień wskazują, że trafniejsze może być rozpatrywanie samobójstw w kontekście różnorodnych grup ryzyka.

Celem pracy jest wyodrębnienie na podstawie diagnoz i danych socjodemograficznych odrębnych skupień osób, które dokonały nieskutecznej próby samobójczej, które pozwolą zidentyfikować możliwe do uwzględnienia w praktyce klinicznej zespoły cech grup osób o wysokim ryzyku popełnienia zachowań samobójczych.

Jakkolwiek badanie zostało przeprowadzone na amerykańskiej próbie, jego wyniki mogą być interesujące także dla polskiego czytelnika. Taki wybór próby podyktowany był brakiem analogicznych danych dotyczących polskiej populacji, w tym danych z badania przeprowadzonego na tak dużej i reprezentatywnej grupie.

Metoda

W tym badaniu posłużono się danymi pochodzącymi z National Comorbidity Survey, badania przeprowadzonego w latach 1990–1992 wśród przedstawicieli reprezentatywnej grupy 5 977 Amerykanów, w wieku 15–54 lat, którego celem było zbadanie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych według klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-III-R oraz ocena czynników z nim związanych. Ze szczegółowym opisem metodologii NCS czytelnik może zapoznać się w publikacjach Kesslera i wsp. [13, 17, 18].

Osoby uwzględnione w badaniu to jednostki, które odpowiedziały twierdząco na pytanie, czy kiedykolwiek w ciągu swojego życia usiłowały popełnić samobójstwo. Było ich 366, co stanowi 4,6% wszystkich osób badanych [18]. W badaniu uwzględniono szereg zmiennych socjodemograficznych (wiek, płeć, zarobki, wykształcenie i stan cywilny). Osoby badane odpowiedziały na pytania dotyczące przeszłych doświadczeń i sytuacji życiowej. Wśród pytań dotyczących okoliczności ostatniego samobójstwa

znalazło się pytanie o jego planowanie oraz prośba o opisanie go za pomocą jednego z trzech stwierdzeń: (a) „miałem poważny zamiar odebrać sobie życie i tylko przypadek sprawił, że nie udało mi się”, (b) „chciałem odebrać sobie życie, ale wiedziałem, że metoda nie jest niezawodna”, (c) „moja próba była wołaniem o pomoc, nie chciałem umrzeć”, które to odpowiedzi były wskaźnikiem letalności próby [18]. Odpowiedzi na pytania dotyczące prób samobójczych i objawów depresji u matki i ojca zostały zrekodowane na zmienne dotyczące obojga rodziców łącznie.

Diagnozy według DSM-III-R zostały postawione na podstawie zmodyfikowanej wersji ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Dotyczą one występowania zaburzeń na przestrzeni życia i postawione zostały bez zachowania reguł hierarchii diagnostycznej¹. W analizach uwzględniono także odczuwanie w ciągu życia objawów subklinicznych takich jak: nastrój depresyjny, lęk, nastrój maniackalny oraz irytacja. Osoby badane były pytane o chorowanie na jakiegokolwiek schorzenia somatyczne. Kolejnymi zmiennymi były: subiektywna ocena swojego zdrowia fizycznego i psychicznego oraz ocena zdrowia psychicznego w porównaniu z innymi osobami. Na podstawie odpowiedzi na pytania dotyczące (a) konsultacji z lekarzem, (b) z innym specjalistą, (b) zażywania leków lub (d) hospitalizacji, w związku z poszczególnymi objawami psychicznymi stworzono cztery zmienne, w których kodowane było wystąpienie przynajmniej jednej takiej sytuacji.

Mierzono szereg zmiennych psychologicznych. Właściwości psychometryczne tych skal były wcześniej badane na podstawie danych NCS i zostały opisane przez ich autorów, dlatego nie będą tu szczegółowo opisywane. Wśród tych zmiennych znajdziemy impulsywność/agresywność będącą ważnym predyktorem samobójstw [1]. Za jej wskaźnik uznano wdawanie się w bójki, które wymagały udzielenia pomocy medycznej którejs z stron w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Wskaźnik emocjonalnego negatywnego stresu (dystresu) jest skalą mierzącą objawy odczuwanego stresu [19]. Wsparcie społeczne i negatywne aspekty kontaktów z innymi były mierzone na sześciu skalach pozytywizmu i negatywizmu w relacjach z partnerem, rodziną i przyjaciółmi [20]. Trzy z pięciu wymiarów Wielkiej Piątki: (a) neurotyzm, (b) introwersja (vs. ekstrawersja) i (c) otwartość na doświadczenie mierzone były na podstawie skal przymiotnikowych [14, 21, 22]. Zależność od innych była mierzona na trzech skalach: (a) zależności emocjonalnej od innych, (b) braku społecznej pewności siebie i (c) przeświadczenia o własnej autonomii [22]. W badaniu uwzględniono też skalę samokrytycyzmu i poczucia beznadziejności [14]. Punktacja w tych skalach została odwrócona tak, by wyższe wyniki odzwierciedlały wyższe natężenie tych wymiarów. Pytania dotyczące subiektywnej oceny zdrowia fizycznego i psychicznego oraz poczucia beznadziejności zostały zrekodowane do zmiennych dychotomicznych opisujących wystąpienie bądź nie ich nadmiernie zawyżonych wartości (tj. większych o jedno odchylenie standardowe od średniej dla populacji osób po próbie samobójczej) [14].

Do obliczeń statystycznych użyto programu R, wraz z biblioteką poLCA. Podstawową metodą statystyczną w tym badaniu była analiza klas ukrytych (latent class analysis – LCA) będąca metodą analizy skupień używaną wobec danych kategoryalnych.

¹ Oznacza to, że nie stosowano kryteriów wykluczających współwystępowanie niektórych diagnoz DSM-III-R.

WLCA uwzględniono dwadzieścia wybranych zmiennych, w tym dane demograficzne, diagnozy psychiatryczne (rys. 1). Przetestowano modele składające się z od jednej do dwunastu klas, z których każdy został dopasowany dziesięć razy przy użyciu różnych parametrów wejściowych. Na podstawie Akaike Information Criterion został wybrany najlepiej dopasowany model, który następnie dopasowano pięćdziesiąt razy przy użyciu różnych parametrów wejściowych². Ostateczny model zweryfikowano przez porównanie skupień na podstawie zmiennych nieuwzględnionych w analizie klas ukrytych.

Wyniki

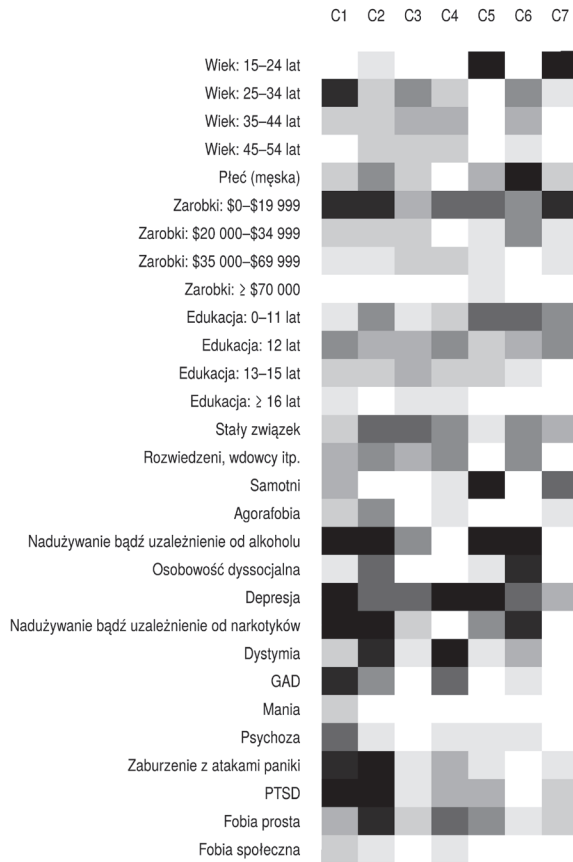
Najlepiej dopasowanym modelem LCA okazał się model 7-klasowy: maksymalny wskaźnik wiarygodności = -4020,13; $df = 185$; $G2 = 3748,30$; $\chi^2 = 730150,10$. Prawdopodobieństwa przynależności do danego skupienia przedstawia rysunek 1. Poszczególne skupienia różniły się między sobą na podstawie wielu zmiennych, jednak we wszystkich wysokie były odsetki diagnoz depresji (34,9–100%) i PTSD (27,2–67,7%). Nie zaobserwowano istotnych różnic między skupieniami pod względem letalności ostatniej próby samobójczej ani w ogólnej ocenie zdrowia somatycznego i psychicznego jako gorszego w porównaniu ze zdrowiem innych osób.

Poniżej została przedstawiona zwięzła i uproszczona charakterystyka osób należących do wyróżnionych grup.

Młodzi dorośli z depresją, co najmniej pięcioma zaburzeniami psychicznymi w ciągu życia, z silnym lękiem i chorobami somatycznymi oraz niskimi zarobkami (C1)

To osoby w wieku 25–34 lat (65,22%), mające niskie zarobki (65,22%) i chorujące somatycznie (82,61%). Osobom tym towarzyszy silne poczucie beznadziejności, są silnie krytyczne wobec siebie, zależne emocjonalnie i neurotyczne. Odczuwają silny stres, a w przeszłości były ofiarą nawet kilku różnych zdarzeń traumatycznych (średnio cztery takie wydarzenia). Ich relacje z bliskimi są nacechowane negatywnie. Wszystkie osoby z tej grupy miały w ciągu życia objawy co najmniej pięciu zaburzeń psychicznych (średnio 8, maksymalnie 11). Wszystkie chorowały na depresję i nadużywały substancji psychoaktywnych, a znaczna większość nadużywała alkoholu (82,61%) i miała fobię społeczną (82,61%) oraz inne zaburzenia lękowe (65–70%). Jest to największa grupa osób chorujących na psychozy (26,1%). Prawie wszystkie osoby z tej grupy odczuwały silny lęk (91,3%). Większość z nich była hospitalizowana w związku z objawami psychicznymi (65,2%) oraz konsultowała się ze specjalistami zdrowia psychicznego (82,6%). W 2/3 przypadków ostatnia próba samobójcza była w tej grupie zaplanowana (60,9%).

² Więcej informacji na temat tej metody i pakietu polLCA polski czytelnik znajdzie m.in. w książce: E. Gatnar, M. Walesiak (red.) *Analiza danych jakościowych i symbolicznych z wykorzystaniem programu R* (2011) oraz w książce: A. Pokropek (red.) *Analiza cech ukrytych w psychologii, socjologii i badaniach edukacyjnych. Teoria i zastosowania* (książka w przygotowaniu).



Rysunek 1. **Zmienne uwzględnione w modelu analizy klas ukrytych.**

Jaśniejsze kolory wskazują na niższe, a ciemniejsze na wyższe prawdopodobieństwo przynależności do danej klasy ukrytej.

Uzależnieni od alkoholu, z co najmniej czterema zaburzeniami psychicznymi w ciągu życia i nastrojami depresyjnymi (C2)

Ponad połowa osób z tej grupy ma niskie zarobki (58,1%). To osoby odczuwające silne poczucie beznadziei, silny krytycyzm wobec siebie, neurotyczne i zależne emocjonalnie. Większość z nich chorowała somatycznie (67,7%). Osoby te odczuwają silny stres i padły ofiarą traumatycznych doświadczeń (średnio trzy takie wydarzenia). Ich relacje z bliskimi są nacechowane negatywnie. Wszystkie osoby z tej grupy miały objawy co najmniej czterech zaburzeń psychicznych w ciągu życia (średnio 8, maksimum 10). Wszyscy byli uzależnieni od alkoholu, a znaczna większość chorowała na fobię prostą (77,4%), fobię społeczną (77,4%), była uzależniona od substancji psychoaktywnych (74,2%), chorowała na dystymię (67,5%) lub depresję (61,3%)

oraz PTSD (67,5%). Wszyscy mieli nastroje depresyjne, a większość odczuwała silną irytację (83,9%). Mimo to mniej niż połowa z nich ocenia swoje zdrowie psychiczne jako gorsze od zdrowia innych ludzi (38,5%). Znaczna większość z nich konsultowała się ze specjalistami zdrowia psychicznego (70,97%) lub brała leki z powodu objawów psychicznych (74,2%), a połowa z nich była hospitalizowana psychiatrycznie (48,4%). Znaczna większość osób z tej grupy zaplanowała ostatnią próbę samobójczą (74,2%).

Osoby bez zaburzeń psychicznych oraz z jednym lub dwoma zaburzeniami psychicznymi, w czwartej dekadzie życia (C3)

Osoby między 30. a 40. rokiem życia. Są mało pewne siebie, a większość odczuwała w ciągu życia nastroje depresyjne (80%). To grupa o stosunkowo dobrym zdrowiu psychicznym w porównaniu z pozostałymi grupami. Wiele osób nie miało zaburzeń psychicznych (9,6%), miało jedno (25,6%) lub dwa (18,4%). Połowa chorowała na depresję (52%), nieco mniejsza część była uzależniona lub nadużywała alkoholu (43,2%), 1/5 nadużywała substancji psychoaktywnych (20,8%), co trzecia osoba w tej grupie miała PTSD (27,2%). Nie było tu osób z diagnozą manii lub osobowości dyssocjalnej.

Niemal wyłącznie kobiety, które wszystkie chorują na depresję, które miały inne zaburzenia psychiczne, często lękowe (C4)

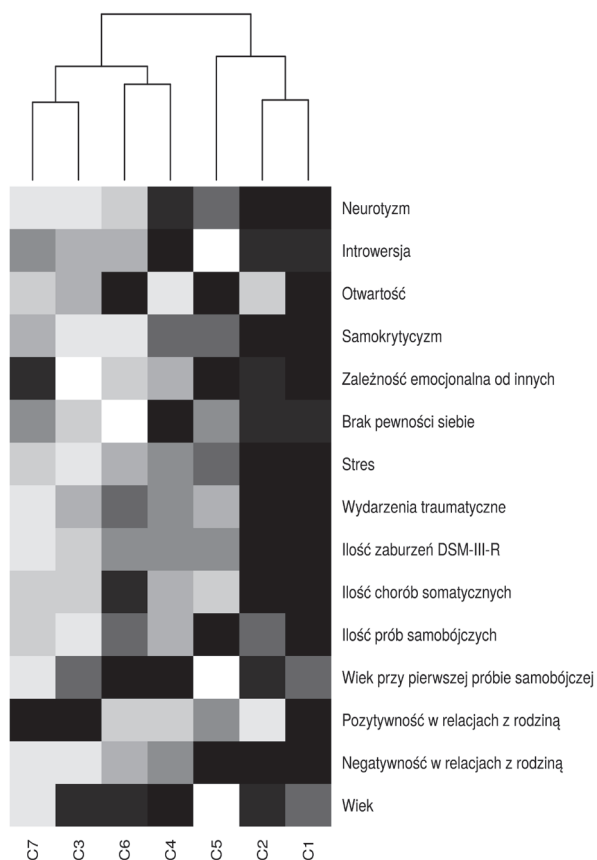
Grupa prawie w całości złożona z kobiet (94%) w wieku powyżej 25 lat. Odczuwają silną beznadziejność, są krytyczne wobec siebie, silnie neurotyczne i introwertyczne. Wszystkie chorowały na depresję, większość na dystymię (84%), ponad połowa na GAD (56%) i PTSD (52%), jest to druga grupa z największym odsetkiem osób z psychozami (12%), żadna z osób w tej grupie nie nadużywała substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu). Przedstawicielki tej grupy miały w ciągu życia objawy co najmniej trzech (90%) lub dwóch zaburzeń psychicznych (10%).

Osoby młode z różnorodnymi zaburzeniami psychicznymi, nadużywające alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, z próbą samobójczą w przeszłości, niebędące w stałym związku intymnym (C5)

Grupa składająca się wyłącznie z osób młodych (od 15 do 25 lat, średnia wieku to 20 lat), Większość z nich nigdy nie była w stałym związku (83%). To osoby odczuwające silne poczucie beznadziejności, silnie neurotyczne, zależne emocjonalnie, samokrytyczne, odczuwające silny stres. Ich relacje z bliskimi są nacechowane negatywnie. Większość w tej grupie miała w ciągu życia objawy co najmniej trzech zaburzeń psychicznych (80,9%), w tym większość nadużywała alkoholu (83%) i chorowała na depresję (72,3%), wiele osób nadużywało substancji psychoaktywnych (48,9%) i chorowało na PTSD (44,7%). Pierwsza próba samobójcza następowała w tej grupie w młodym wieku (średnio w wieku 16 lat), znalazły się tu osoby, które miały za sobą więcej niż jedną próbę samobójczą (od 1 do 7).

Niemal wyłącznie mężczyźni, w czwartej dekadzie życia, nadużywający alkoholu i narkotyków, mający nastroje depresyjne, z których większość ma osobowość dys socjalną i miała co najmniej trzy zaburzenia psychiczne (C6)

To grupa składająca się prawie wyłącznie z mężczyzn (92,6%) w wieku między 30. a 40. rokiem życia, znalazła się tu tylko jedna osoba w wieku poniżej 25 lat. Tylko dwie osoby z tej grupy miały wysokie zarobki. Znaczna większość miała w ciągu życia objawy co najmniej trzech zaburzeń psychicznych (92,6%), w tym osobowość



Rysunek 2. Porównanie wyodrębnionych skupień na podstawie zmiennych nieuwzględnionych w modelu LCA.

Wszystkie zmienne przedstawione na rysunku, z wyjątkiem ilości prób samobójczych, różnicowały poszczególne skupienia w sposób istotny na podstawie testu ANOVA ($p < 0,05$). W celach wizualizacyjnych zastosowano algorytm analizy skupień. Ciemniejsze kolory oznaczają wyższy, a jaśniejsze niższy poziom nasilenia danej zmiennej. Natężenie odcieni jest zrelatywizowane rzędami, tak by lepiej odzwierciedlać różnice między klasami ukrytymi.

dysocjalną (70,4%), nadużywała alkoholu (96,3%) i inne substancji psychoaktywnych (77,8%), a połowa z nich chorowała na depresję (51,95%), żadna z osób w tej grupie nie miała fobii społecznej i była to grupa z najmniejszą ilością rozpoznań PTSD (18,5%). Prawie wszystkie osoby z tej grupy miały nastroje depresyjne (92,6%). Większość z nich konsultowała się ze specjalistami zdrowia psychicznego (81,5%) i była hospitalizowana w związku z objawami psychicznymi (65,4%). Ponad połowa z tych osób zaplanowała swoją ostatnią próbę samobójczą (59,3%).

Osoby młode, bez zaburzeń psychicznych, z jednym lub dwoma zaburzeniami psychicznymi, silnie zależne emocjonalnie (C7)

To grupa składająca się w większości z osób młodych (79,4% ma 15–24 lat, średnia wieku to 24 lata), silnie zależnych emocjonalnie. To jedna z dwóch grup o dobrym zdrowiu psychicznym, większość nie miała zaburzeń psychicznych (25,4%), miała jedno (25,4%) lub dwa (28,6%). Co trzecia osoba z tej grupy chorowała na depresję (34,9%), fobię społeczną (31,8%) lub PTSD (28,6%), znalazło się w niej bardzo mało osób z osobowością dysocjalną (1,6%) lub nadużywających alkoholu (1,6%), żadna z osób nie nadużywała substancji psychoaktywnych, nie miała objawów manii lub zaburzenia lękowego z napadami paniki.

Skupienia różniły się między sobą na podstawie nieuwzględnionych w modelu LCA zmiennych (rys. 2, tab. 1). Zaobserwowano różnice między skupieniami w natężeniu poziomu neurotyzmu: $F(6; 355) = 6,08; p < 0,001$, introwersji: $F(6; 348) = 3,95; p < 0,001$, otwartości na doświadczenie: $F(6; 352) = 2,21; p = 0,04$, samokrytycyzmu: $F(6; 348) = 7,63; p < 0,001$, zależności emocjonalnej: $F(6; 353) = 4,4; p < 0,001$, braku pewności siebie: $F(6; 353) = 3,31; p < 0,001$; pozytywność i negatywność w relacjach z rodziną różnicowały skupienia: $F(6; 355) = 2,38; p = 0,03$ oraz $F(6; 354) = 3,60; p < 0,001$; natężeniem objawów stresu: $F(6; 353) = 9,00; p < 0,001$, ilością doświadczeń traumatycznych: $F(6; 104,2) = 4,83; p < 0,001$, ilością zaburzeń psychicznych: $F(6; 359) = 103,79; p < 0,001$, ilością chorób somatycznych: $F(6; 104,56) = 2,33; p = 0,04$, wiekiem, w którym nastąpiła pierwsza próba samobójcza: $F(6; 97,95) = 20,31; p < 0,001$, a także na poziomie trendu statystycznego ilością prób samobójczych: $F(6; 103,41) = 2,05; p = 0,07$.

Tabela 1. Wyniki analizy klas ukrytych danych NCS dotyczących osób po próbie samobójczej: prawdopodobieństwa przynależności do poszczególnych klas

		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
N (%)		23 (6,28)	31 (8,47)	125 (34,15)	50 (13,66)	47 (12,84)	27 (7,38)	63 (17,21)
Wiek:	15–24	0,00	0,17	0,00	0,10	0,97	0,04	0,74
	25–34	0,62	0,29	0,44	0,25	0,03	0,41	0,15
	35–44	0,28	0,27	0,33	0,35	0,00	0,37	0,05
	45–54	0,10	0,27	0,23	0,30	0,00	0,18	0,07

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
Płeć (męska)		0,29	0,43	0,24	0,06	0,37	0,91	0,24
Zarobki:	\$0–\$19 999	0,62	0,61	0,37	0,59	0,59	0,44	0,64
	\$20 000–\$34 999	0,24	0,29	0,30	0,10	0,16	0,48	0,17
	\$35 000–\$69 999	0,14	0,11	0,24	0,28	0,12	0,09	0,19
	≥ \$70 000	0,00	0,00	0,09	0,03	0,13	0,00	0,00
Wykształcenie:	0–11 lat	0,13	0,41	0,12	0,21	0,51	0,53	0,45
	12 lat	0,45	0,34	0,39	0,43	0,25	0,35	0,41
	13–15 lat	0,25	0,24	0,34	0,23	0,25	0,12	0,09
	≥ 16 lat	0,18	0,00	0,14	0,14	0,00	0,00	0,05
Stan cywilny:	Stały związek	0,30	0,57	0,55	0,43	0,11	0,42	0,37
	Rozwiedzeni, wdowcy itp.	0,32	0,43	0,37	0,44	0,05	0,48	0,07
	Samotni	0,38	0,00	0,08	0,14	0,83	0,10	0,56
Agorafobia		0,24	0,44	0,07	0,18	0,03	0,06	0,19
Nadużywanie bądź uzależnienie od alkoholu		0,82	1,00	0,42	0,00	0,79	0,96	0,04
Osobowość dysocjalna		0,15	0,55	0,00	0,02	0,19	0,65	0,02
Depresja		1,00	0,60	0,52	1,00	0,73	0,52	0,36
Nadużywanie bądź uzależnienie od narkotyków		1,00	0,73	0,21	0,00	0,49	0,68	0,01
Dystymia		0,25	0,66	0,14	0,78	0,17	0,32	0,05
GAD		0,66	0,45	0,10	0,55	0,04	0,17	0,04
Mania		0,30	0,00	0,00	0,04	0,02	0,07	0,00
Psychoza		0,59	0,15	0,08	0,17	0,16	0,14	0,00
Zaburzenie z atakami paniki		0,68	0,74	0,16	0,36	0,17	0,07	0,16
PTSD		0,81	0,76	0,15	0,33	0,35	0,00	0,30
Fobia prosta		0,38	0,67	0,27	0,55	0,43	0,17	0,29
Fobia społeczna		0,22	0,12	0,01	0,12	0,02	0,04	0,07

Uwaga: N = 366

Omówienie wyników

Badanie to ujawniło dużą różnorodność wśród osób, które podejmowały próby samobójcze.

W dwóch skupieniach (C1 i C2) znalazły się osoby najbardziej zaburzone psychicznie. Grupy te odpowiadają opisywanej w literaturze grupie najbardziej zaburzonych psychicznie samobójców [7]. Cechy ich osobowości, takie jak introwersja, mała pewność siebie, zależność emocjonalna i silny samokrytycyzm, powodują trudności w kontaktach z innymi ludźmi [9]. Możliwe, że przeżywają one silne wahania nastroju w związku z konfliktem między silną zależnością emocjonalną i strachem przed odrzuceniem, który ostatecznie prowadzi do wycofania społecznego [7, 8]. Biorąc pod uwagę podwyższone wyniki w skalach osobowościowych i dużą ilość zachowań dysocjalnych, przez analogię do jednego ze skupień zaobserwowanych przez Engströma i wsp. (skupienie 3) [9] możemy podejrzewać, że w skupieniu C2 częściej znajdują się osoby z zaburzeniami osobowości. Większa ilość zachowań dysocjalnych sprawia, że skupienie C2 bardziej przypomina skupienie osób negatywistycznych-unikających-schizoidalnych, zaobserwowane przez Ellisa i wsp. [8], charakteryzujących się większym wycofaniem społecznym i konfliktowością. Natomiast C1 może być bliższe skupieniu osób unikających-zależnych-schizoidalnych, przejawiających profil osobowości typowy dla pacjentów psychiatrycznych i wynikającą z niego silną ambiwalencję w kontaktach z innymi wynikającą z poczucia nieadekwatności, zależności emocjonalnej i równocześnie antycypujących odrzucenie.

Dwa inne skupienia (C3 i C7), w których znalazły się osoby najbardziej zdrowe psychicznie, stanowiły łącznie połowę wszystkich osób badanych. Znalazły się tu wszystkie osoby niespełniające kryteriów diagnostycznych żadnego zaburzenia oraz 90% spośród tych, które spełniały kryteria tylko jednego zaburzenia. Osoby te dobrze oceniają swoje zdrowie psychiczne i stosunkowo rzadko kontaktują się z przedstawicielami służby zdrowia w związku z objawami psychicznymi, co jest zbieżne z wynikami uzyskanymi przez O'Connora i wsp. [6]. Co ciekawe, grupy te składają się w dużej części z kobiet, podobny wynik uzyskano w innym badaniu [10]. Możliwe, że przyczyną prób samobójczych w tych grupach był stres lub kryzys psychologiczny, jednak jest to najbardziej zagadkowa grupa. Brak widocznych czynników ryzyka w tych grupach sprawia, że ryzyko samobójstwa może być w ich przypadku niedoceniane.

Dwa kolejne skupienia (C5 i C7) były do siebie podobne z powodu najmłodszego wieku, najniższego wieku podczas pierwszej próby samobójczej oraz wysokich wyników na skali zależności emocjonalnej. W tych skupieniach znalazło się 90% spośród wszystkich osób w wieku 15–24 lat. Na podstawie wcześniejszych badań wiemy, że nastolatki przejawiające tendencje samobójcze różnią się od nieprzejawiających takich tendencji stylami przywiązania. Częstsze są u nich style: lękowy, zaabsorbowany-unikający i zaabsorbowany [23, 24]. Style te charakteryzują się m.in. zależnością od aprobaty otoczenia i strachem przed odrzuceniem wynikającymi z negatywnego obrazu siebie, a cechy te są zbliżone do tego, co opisuje skala zależności emocjonalnej. Co więcej, w skupieniach C5 i C7 znalazło się najwięcej osób samotnych, więc sytuacja społeczna tych osób równocześnie odzwierciedlała ich obawy związane z brakiem akceptacji i odrzuceniem przez innych ludzi.

Wyniki tego badania pokazały specyfikę samobójstw związaną z poszczególnymi zaburzeniami psychicznymi [2, 5].

W skupieniu C4 znalazły się introwertyczne i mało pewne siebie kobiety chorujące głównie na depresję i dystymię. Grupa ta była już opisywana w literaturze [9]. W tej grupie nastrój depresyjny utrzymywał się długotrwale, co jest zgodne z odkryciami, że czynnikiem ryzyka samobójstwa dla depresji jest brak remisji [25]. Skupienie C5 to grupa zgodna z profilem ryzyka samobójstw u osób uzależnionych od alkoholu [26]. Osoby te oprócz uzależnień chorują na depresję, a wiele z nich to prawdopodobnie osoby agresywne i impulsywne: obserwujemy u nich nastrój maniackalny i irytację, jest to największa grupa osób, które wdawały się w ostatnim roku w bójkę. W tej grupie wysokie jest również nasilenie stresu. Skupienie C6 odzwierciedla profil ryzyka samobójstw u osób z osobowością dysocjalną [2, 5]. W tym kontekście zachowań dysocjalnych ekstrawersja, pewność siebie i niezależność emocjonalna tych osób może odzwierciedlać specyficzny układ cech osobowości cechujący się negatywnym postrzeganiem ludzi i wynikającymi z tego konfrontacyjnymi zachowaniami [7, 8].

Przedstawione dane rzucają światło na międzypłciową charakterystykę samobójstw. Skupienie C4 składało się prawie wyłącznie z kobiet, a skupienia C1, C3 i C7 były przez nie zdominowane. Znalazła się tu łącznie połowa spośród wszystkich kobiet. Grupy te łączy fakt chorowania na depresję, ale też, choć w dużo mniejszym stopniu, zaburzenia lękowe. Natomiast skupienie C6 składało się prawie wyłącznie z mężczyzn, a C2 było przez nich zdominowane. Znalazła się w nich 1/3 spośród wszystkich mężczyzn. Przedstawiciele tych grup najczęściej byli uzależnieni, mieli dysocjalną osobowość i chorowali na depresję. Wcześniejsze badania wskazują, że depresja częściej występuje u kobiet popełniających samobójstwa, a uzależnienia i zaburzenia osobowości u mężczyzn [25]. Należy tu jednak zaznaczyć, że skupienia różniły się wielkością, tak więc surowe odsetki przedstawicieli danych grup mogą być mylące.

Porównanie skupień wynikających z analizy danych NCS z grupami z przeglądu piśmiennictwa [12] wskazuje na pewne podobieństwa między nimi. Skupienia C1 i C2 są podobne do grupy osób z bardzo poważnymi zaburzeniami psychicznymi, skupienia C3 i C7 – bez stwierdzonych zaburzeń lub z niezbyt mocno nasilonymi zaburzeniami psychicznymi, C6 – z zaburzeniami osobowości i tendencją do spostrzegania przyczyn własnych problemów jako niezależnych od nich (tendencja do eksternalizacji), C4 – osób depresyjnych. W tym badaniu nie ujawniło się skupienie osób wycofanych społecznie z zaburzeniami osobowości, z tendencją do unikania kontaktów ze źródłem stresu. Można to tłumaczyć tym, że grupa ta ujawniała się jedynie w badaniach, w których stosowano wielowymiarowe kwestionariusze osobowości i na ich podstawie wyróżniano skupienia.

Identyfikowane do tej pory czynniki ryzyka samobójstwa – pojedyncze, a także współwystępujące w skupieniach, mają zasadnicze znaczenie w badaniach epidemiologicznych i profilaktycznych, natomiast nie mają one istotnego znaczenia w praktyce klinicznej, w postępowaniu z konkretnym pacjentem. Zapamiętanie współwystępujących w skupieniach czynników ryzyka w sposób umożliwiający wykorzystanie tej wiedzy w rutynowym postępowaniu jest trudne. W takich przypadkach zasadnicze znaczenie ma ocena źródła cierpienia oraz poczucia bezsilności w stosunku do jego przyczyny i braku nadziei na zmianę sytuacji [27]. Jednak w budzących szczególnie wątpliwości sytuacjach sięgnięcie po opisane w niniejszej pracy prawidłowości może być

pomocne w podjęciu decyzji dotyczących postępowania z osobą z ryzykiem popełnienia samobójstwa. Współwystępowanie zidentyfikowanych czynników ryzyka może być argumentem wpływającym na decyzję o hospitalizacji pacjenta.

Wnioski

Jedynie depresja i zaburzenia stresowe pourazowe pojawiały się w różnym stopniu we wszystkich skupieniach. Na podstawie wykrytych skupień możemy mówić raczej o zróżnicowanych specyficznych grupach ryzyka: (C1) młodzi dorośli z pięcioma zaburzeniami psychicznymi w ciągu życia, z silnym lękiem i chorobami somatycznymi oraz niskim zarobkami, (C2) uzależnieni od alkoholu, z co najmniej czterema zaburzeniami psychicznymi w ciągu życia i nastrojami depresyjnymi, (C3) osoby bez zaburzeń psychicznych oraz z jednym lub dwoma zaburzeniami psychicznymi, w czwartej dekadzie życia, (C4) niemal wyłącznie kobiety, które wszystkie chorują na depresję, które miały inne zaburzenia psychiczne, często lękowe, (C5) osoby młode z różnorodnymi zaburzeniami psychicznymi, nadużywające alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, z próbą samobójczą w przeszłości, niepozostające w związku, (C6) niemal wyłącznie mężczyźni, w czwartej dekadzie życia, nadużywający alkoholu i narkotyków, mający nastroje depresyjne, z których większość ma osobowość dysocjalną i miała co najmniej trzy zaburzenia psychiczne, (C7) osoby młode bez zaburzeń, z jednym lub dwoma zaburzeniami psychicznymi, silnie zależne emocjonalnie.

Porównanie uzyskanych wyników z przeglądami piśmiennictwa obejmującego analizy skupień czynników ryzyka samobójstwa wskazało, że cztery z pięciu grup opisanych w przeglądzie ujawniły się także w tym badaniu. Jedyną z grup omawianych w przeglądzie piśmiennictwa, która nie została stwierdzona w tym badaniu, były osoby wycofane społecznie. Mogło to być spowodowane niezastosowaniem w omawianym badaniu narzędzi mierzących cechy typowe dla tej grupy.

Ważnym wnioskiem z badania jest potwierdzenie opisywanej wcześniej obserwacji, że osoby podejmujące zachowania samobójcze nie są jednorodną grupą. Opisywanie takich osób na podstawie ogólnych czynników ryzyka samobójstwa może prowadzić do niedoceniań tego ryzyka u osób niewykazujących najczęstszych czynników ryzyka samobójstwa.

Przedstawione analizy dotyczą stosunkowo nielicznej grupy badanych, którzy zostali włączeni do badania epidemiologicznego mającego inne zasadnicze cele niż identyfikacja czynników ryzyka samobójstwa. Jednak podobne analizy na większej grupie osób z zastosowaniem narzędzi ukierunkowanych na czynniki ryzyka samobójstwa mogą pozwolić na uzyskanie wyników o jeszcze większym praktycznym znaczeniu.

Piśmiennictwo

1. *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2003.
2. Stukan J. *Diagnoza ryzyka samobójstwa*. Opole: Prometeusz; 2008.
3. 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.
4. Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M, Hawton K. *Suicide in psychiatric hospital in-patients*. Br. J. Psychiatry 2000; 176: 266–272.
5. Kleespies PM, Dettmer EL. *An evidence-based approach to evaluating and managing suicidal emergencies*. J. Clin. Psychol. 2000; 56(9): 1109–1130.
6. O'Connor RC, Sheehy NP, O'Connor DB. *The classification of completed suicide into subtypes*. J. Ment. Health 1999; 8(6): 629–637.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Arensman E, Kerkhof JFM. *Classification of attempted suicide: A review of empirical studies, 1963–1993*. Suicide Life Threat. Behav. 1996; 26(1): 46–67.
12. Wołodźko T, Kokoszka A. *Cechy próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień*. Psychiatr. Pol. 48(4): 823–834.
13. 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.
14. Cox BJ, Enns MW, Clara IP. *Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the National Comorbidity Survey*. Suicide Life Threat. Behav. 2004; 34(3): 209–219.
15. Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Kessler RC. *Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys*. J. Affect. Disord. 2008; 105(1–3): 25–33.
16. Kessler RC, Berglund PA, Borges G, Nock M, Wang PS. *Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States 1990–92 to 2001–03*. J. Am. Med. Assoc. 2005; 293(2): 2487–2495.
17. Kessler RC. *National Comorbidity Survey: Baseline (NCS-1), 1990–1992*. <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/studies/06693> [dostęp: 28.11.2014].
18. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes MES, Wittchen HU. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51(1): 8–19.
19. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. *Psychometric properties of an index of emotional distress in the U.S. National Comorbidity Survey*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2003; 38(5): 256–261.

20. Bertera EM. Mental health in U.S. adults: *The role of positive social support and social negativity in personal relationships*. J. Soc. Pers. Relat. 2005; 22(1): 33–48.
21. Cox BJ, McPherson PSR, Enns MW, McWilliams LA. *Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample*. Behav. Res. Ther. 2004; 42: 105–114.
22. Cox BJ, McWilliams LA, Enns MW, Clara IP. *Broad and specific personality dimensions associated with major depression in a nationally representative sample*. Compr. Psychiatry 2004; 45(4): 246–253.
23. Adam KS, Sheldon-Keller AE, West M. *Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents*. J. Consult. Clin. Psychol. 1996; 64(2): 264–272.
24. Lessard JC, Moretti MM. *Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications*. J. Adolesc. 1998; 21(4): 383–395.
25. 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.
26. Conner KL, Duberstein PR. *Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: Empirical review and conceptual integration*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2004; 28(5): 6S–17S.
27. Kokoszka A. *Postępowanie w stanach nagłych*. W: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. red. Psychiatria. Tom III. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012. s. 385–405.

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

Otrzymano: 1.05.2012
Zrecenzowano: 15.11.2012
Otrzymano po poprawie: 2.09.2014
Przyjęto do druku: 14.10.2014

