

Rodzaj dyplomu / Diploma type	Rozprawa doktorska / PhD thesis
Tytuł / Title	Czynniki wpływające na ryzyko zachowań samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu
Autor / Author	Klimkiewicz Anna Karolina
Rok powstania / Year of creation	2012
Promotor / Supervisor	Wojnar Marcin
Jednostka dyplomująca / Certifying unit	Warszawski Uniwersytet Medyczny / Medical University of Warsaw
DOI wersji wydawcy / Published version DOI	http://dx.doi.org/10.48745/ppm.zjay-9d72
Adres publikacji w Repozytorium URL / Publication address in Repository	https://ppm.edu.pl/info/phd/WUMda9c86c6e47a4b038509f7f92563cfa9/
Data opublikowania w Repozytorium / Deposited in Repository on	2020-07-22
Rodzaj licencji / Type of licence	Uznanie Autorstwa - Użycie Niekomercyjne - Na tych samych warunkach CC BY-NC-SA / Attribution - NonCommercial-ShareAlike CC BY-NC-SA

Warszawski Uniwersytet Medyczny
Katedra i Klinika Psychiatryczna



Anna Klimkiewicz

**Czynniki wpływające na ryzyko zachowań samobójczych
u osób uzależnionych od alkoholu**

ROZPRAWA NA STOPIEŃ DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH

Promotor: Prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar

Warszawa 2012

Słowa kluczowe: samobójstwo, uzależnienie od alkoholu, czynniki ryzyka, zaburzenia snu

Key words: suicide, alcohol dependence, risk factors, sleep disorders

Praca była finansowana z grantów:

MNiSW 2P05D 004 29

NIH Fogarty International Center: D43 TW05818

NIAAA R21 AA016104

**Składam serdeczne podziękowania
mojemu promotorowi,
Profesorowi Marcinowi Wojnarowi
za cenne porady, życzliwość i poświęcony czas.
Dziękuję mojej Rodzinie i Przyjaciółom
za pomoc i okazane wsparcie.**

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW

5-HIAA - kwas 5-hydroksyindolooctowy

5-HT - 5-hydroksytryptamina, serotonina

5-HT1A - receptor serotoninowy typu 1A

5-HT1B - receptor serotoninowy typu 1B

5-HT2A - receptor serotoninowy typu 2A

5-HTT - transporter serotoniny

5HTR1A - gen receptora serotoninowego typu 1A

5HTR2A - gen receptora serotoninowego typu 2A

AIS - Ateńska Skala Bezsenności

ANOVA - jednoczynnikowa analiza wariancji

BDI-II – *Beck Depression Inventory* - Skala Depresji Becka, wersja II

BIS-11 – *Barratt Impulsiveness Scale* - Skala Impulsywności Barratta

BSI – *Brief Symptom Inventory* - Krótki Inwentarz Objawów

COMT – Katecholo-O-metylotransferaza

DSM-IV - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Ed*, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wersja 4

EEG - elektroencefalografia

FTND - *The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence* - Test Uzależnienia od Nikotyny Fagerstroma

GoRT – czas reakcji

GSI - Wskaźnik Ogólnego Nasilenia Objawów inwentarza BSI

KGP – Komenda Główna Policji

MAST – *Michigan Alcohol Screening Test* - test przesiewowy uzależnienia od alkoholu

MAO - monoaminooksydaza

MOSSSS - *Medical Outcomes Study - Social Support Survey* - Kwestionariusz Oparcia Społecznego

MRI - rezonans magnetyczny

NEO-FFI – *NEO - Five Factor Inventory* – pięcioczynnikowy inwentarz osobowości

NEO-PI-R - *Revised NEO Personality Inventory* – psychologiczny kwestionariusz osobowości

OS – odchylenie standardowe

OUN - ośrodkowy układ nerwowy

REM - faza snu z gwałtownymi ruchami gałek ocznych

SDQ-7 – *Sleep Disorders Questionnaire* - Kwestionariusz Zaburzeń Snu

SIP – *Short Inventory of Problems* – Krótki Inwentarz Problemów

StopRT - czas hamowania reakcji

TPH – hydroksylaza tryptofanu

WHO - Światowa Organizacja Zdrowia

SPIS TREŚCI

1. WPROWADZENIE	1
2. PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA	3
2.1. Zachowania samobójcze u osób uzależnionych od alkoholu	6
2.2. Czynniki ryzyka samobójstwa w uzależnieniu od alkoholu	7
2.2.1. Czynniki demograficzne	7
2.2.2. Czynniki psychopatologiczne	8
2.2.3. Czynniki psychologiczne	11
2.2.4. Czynniki społeczne	12
2.2.5. Przebieg uzależnienia	13
2.2.6. Stan somatyczny	15
2.2.7. Czynniki rodzinne	15
2.2.8. Czynniki biologiczne	15
2.2.9. Czynniki genetyczne	18
2.2.10. Wydarzenia życiowe	21
2.2.11. Terapia uzależnienia	22
3. PROBLEMATYKA I CEL PRACY	23
4. METODY BADAWCZE	27
4.1. Osoby badane	27
4.2. Przebieg badań	28
4.3. Narzędzia badawcze	29

4.4	Analiza statystyczna	32
5.	WYNIKI	34
5.1	Charakterystyka ogólna badanej grupy	34
5.1.1	Dane demograficzne	34
5.1.2	Cechy przebiegu uzależnienia	35
5.2	Porównanie pacjentów potwierdzających próbę samobójczą w przeszłości z osobami negującymi zachowania samobójcze	36
5.2.1	Związek czynników demograficznych z ryzykiem próby samobójczej	37
5.2.2	Związek czynników psychospołecznych i rodzinnych z ryzykiem próby samobójczej	37
5.2.3	Związek przebiegu i konsekwencji uzależnienia z ryzykiem próby samobójczej	42
5.2.4	Związek zaburzeń psychicznych i leczenia psychiatrycznego z ryzykiem próby samobójczej	44
5.2.5	Związek objawów psychopatologicznych i czynników psychologicznych z ryzykiem próby samobójczej	47
5.2.5.1	Ocena związku impulsywności z ryzykiem próby samobójczej	51
5.3	Charakterystyka podejmowanych prób samobójczych	52
5.4	Zaburzenia snu i myśli samobójcze w badanej grupie	57
6.	OMÓWIENIE WYNIKÓW	58
7.	WNIOSKI	72
8.	PIŚMIENNICTWO	73

9. STRESZCZENIE	87
10. SUMMARY	91
11. SPIS TABEL	94
12. SPIS RYCIN	96
13. ANEKS	97
a. Opinia Komisji Bioetycznej	97
b. Oświadczenie kierownika projektów	107

1. WPROWADZENIE

Ogólnoświatowe statystyki świadczą o tym, że samobójstwa są jedną z trzech głównych przyczyn śmierci ludzi między 15 a 34 rokiem życia. W jednej trzeciej krajów zajmują pod tym względem pierwsze miejsce [1]. Według danych WHO, co 40 sekund jedna osoba odbiera sobie życie, co oznacza niemal milion zgonów samobójczych rocznie na całym świecie i śmiertelność rzędu 16/100.000 [1, 2]. Jednocześnie szacuje się, że na jedno samobójstwo dokonane przypada od 10 do 20 prób samobójczych [3]. W ciągu ostatnich 45 lat liczba popełnianych samobójstw zwiększyła się o 60%, zaś WHO przewiduje dalszy wzrost ich udziału w śmiertelności z 1,8% w 1998 roku do 2,4% w roku 2020. Na przestrzeni roku samobójstwa są przyczyną większej liczby zgonów niż wszystkie konflikty zbrojne podliczone wspólnie. Inne statystyki świadczą o tym, że próby samobójcze prowadzą do porównywalnej lub nawet większej (m.in. w Polsce) liczby zgonów niż wypadki komunikacyjne [4].

Zaburzenia psychiczne, szczególnie depresja i uzależnienie od alkoholu są najistotniejszymi czynnikami ryzyka samobójstwa w Europie i Ameryce Północnej [1]. W jednej trzeciej państw, w tym w Polsce, największym ryzykiem obciążone są osoby w średnim wieku. W pozostałych krajach największe ryzyko samobójstwa dotyczy z reguły osób starszych [1]. Struktura wieku osób podejmujących zamachy samobójcze w Polsce różni się także od danych dotyczących pozostałych krajów Unii Europejskiej: Polacy, którzy próbują odebrać sobie życie, są młodszy [5].

Problem występowania myśli i tendencji samobójczych u osób z zaburzeniami psychicznymi jest od lat przedmiotem wielu badań. Profilaktyka zachowań samobójczych pozostaje ważnym elementem systemów opieki zdrowotnej, a jej skuteczność wymaga zidentyfikowania grup ryzyka i wzmożenia wobec tych grup działań profilaktycznych.

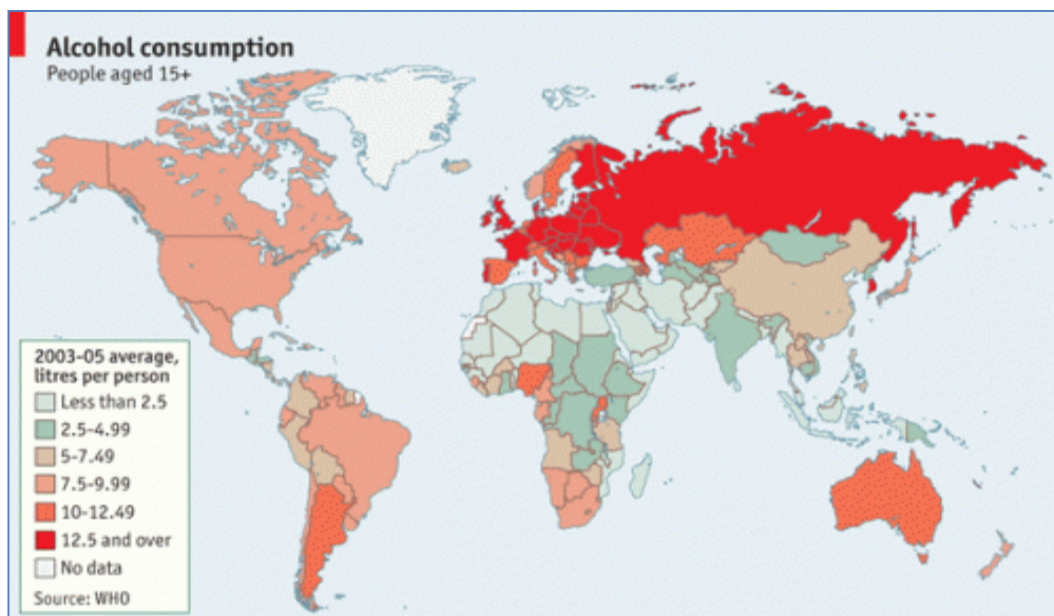
Najbardziej oczywistym i najprostszym rozwiązaniem może wydawać się zapewnienie wsparcia i leczenia osobom ujawniającym myśli lub tendencje samobójcze. Poradnie lekarskie nie są jednak jedynym miejscem, gdzie osoba rozważająca odebranie sobie życia sygnalizuje swoje zamiary. Dobrym przykładem wyjścia naprzeciw potrzebom osoby cierpiącej jest wykorzystanie Internetu. Portale poświęcone problemom alkoholowym, tworzące grupy wsparcia, wydają się skutecznie nawiązywać kontakt również z osobami zagrożonymi samobójstwem. Związek między alkoholem a samobójstwem jest tam bardzo widoczny i odważnie dyskutowany, czasem nawet przy dobitnym założeniu, że „alkohol = samobójstwo” [6]. Najłatwiejszym sposobem, aby uzyskać informację, gdzie szukać pomocy, jest skorzystanie ze strony poświęconej uzależnieniu od alkoholu (a więc mieć świadomość powiązania obydwu problemów). Osoby w kryzysie samobójczym, które piją problemowo, niestarájące się jednak długofalowo rozwiązać problemu szkodliwego używania alkoholu, mogą ograniczyć swoje poszukiwania w Internecie do tematu samobójstwa.

Rozpoznanie sytuacji, będących częstymi czynnikami precypitującymi decyzje samobójcze pozwoliłoby dotrzeć z pomocą do osób najbardziej zagrożonych. W Polsce, według szacunków Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, żyje od 600,000 do 900,000 osób spełniających kryteria uzależnienia od alkoholu oraz około dwóch milionów pijących ryzykownie lub szkodliwie [7]. W latach 1993 - 2009 spożycie alkoholu wzrosło w naszym kraju o prawie 50% [8], zaś badania dowodzą istotnego związku pomiędzy próbami samobójczymi podejmowanymi pod wpływem alkoholu a istnieniem uzależnienia [9]. Celem tej pracy jest określenie i wskazanie sytuacji wiążących się ze zwiększonym ryzykiem podjęcia próby samobójczej oraz poszukiwanie obszarów i czynników, które chronią osoby uzależnione od alkoholu przed samobójstwem.

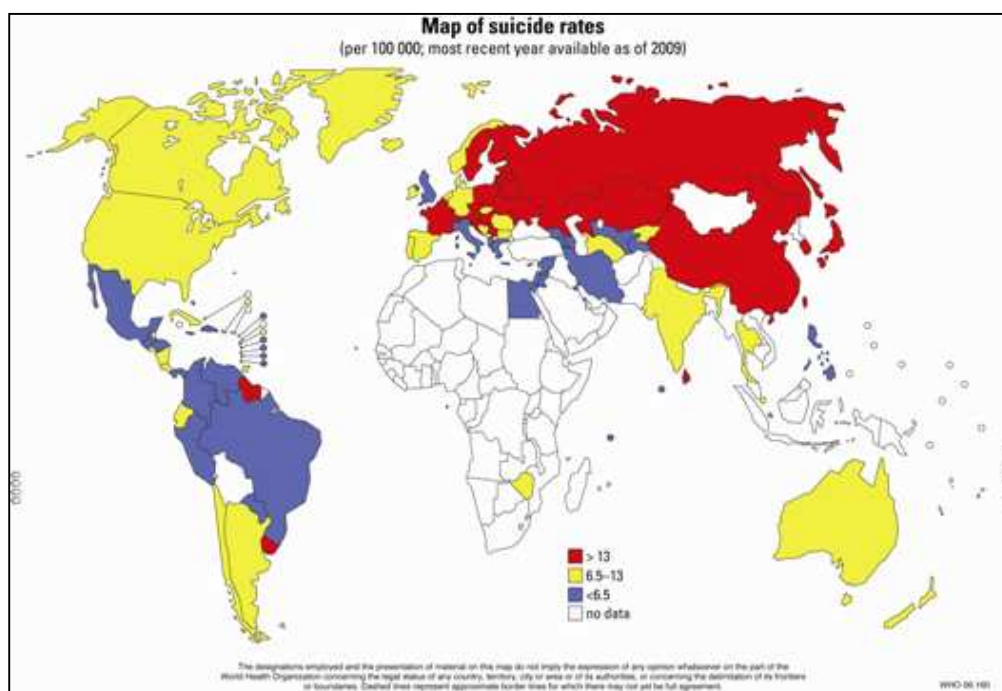
2. PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Zgodnie z powszechnie uznawaną definicją **samobójstwo** (łac. *suicidium*) jest „aktem celowego i świadomego odebrania sobie życia”. Objaśniając ten termin WHO wymienia również czynniki ryzyka samobójstwa: zaburzenia i choroby psychiczne (depresja, zaburzenia osobowości, uzależnienie od alkoholu, schizofrenia) oraz choroby somatyczne (zaburzenia neurologiczne, nowotwory, zakażenie wirusem HIV) [1].

Jako grupy o najwyższym ryzyku samobójstwa najczęściej wymieniani są pacjenci z zaburzeniami afektywnymi. Istnieją jednak badania sugerujące, że osoby uzależnione od alkoholu mogą być bardziej obciążone ryzykiem samobójstwa niż chorzy z depresją [10]. Mapy spożycia alkoholu (Ryc. 1.) oraz dokonanych samobójstw (Ryc. 2.) na świecie obrazują skalę współwystępowania obydwu problemów. Poszukiwanie czynników sprzyjających decyzjom samobójczym w grupie pacjentów uzależnionych od alkoholu jest zatem niezwykle ważne i może ułatwić udzielanie pomocy w sytuacjach kryzysowych.



Ryc. 1. Mapa spożycia alkoholu na świecie; za: <http://www.acus.org/content/alcohol-consumption-map>



Ryc. 2. Mapa samobójstw dokonanych na 100.000 osób.

za: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Większość ludzi doświadczających myśli samobójczych, planujących odebranie sobie życia lub podejmujących takie próby nie otrzymuje żadnej pomocy [11]. Niski odsetek osób obejmowanych opieką dotyczy zarówno obywateli krajów o niskim dochodzie, jak i tych wysoko rozwiniętych. Szacuje się, że w krajach rozwijających się pomoc dociera do 17%, a w państwach o wysokim dochodzie - do 56% osób z zagrożeniem samobójczym. Z cytowanego badania wynika również, że największy odsetek pacjentów relacjonujących myśli, plany czy dokonane próby samobójcze zgłasza się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, podczas gdy do lekarzy psychiatrów dociera zaledwie 15%. Największą szansę na leczenie mają osoby, które podjęły próbę samobójczą. Najczęstszą barierą w uzyskaniu wsparcia w sytuacji zagrożenia samobójstwem okazuje się brak potrzeby szukania pomocy oraz poczucie, że z tym problemem należy sobie poradzić samemu. U 7% badanych przeszkodą przed poszukiwaniem pomocy jest obawa przed stygmatyzacją jako „samobójca”.

Jedynie w 15% przypadków brak pomocy wynika z barier finansowych czy administracyjnych [11].

Z informacji opublikowanych przez Komendę Główną Policji wynika, że w 2010 roku samobójstwo popełniło w Polsce 4087 osób: 3517 mężczyzn i 570 kobiet; była to liczba niższa niż w poprzednim roku [12, 13]. Do 2008 roku można było zaobserwować, przebiegający z wahaniami, powolny spadek liczby samobójstw w Polsce. Najwyższą liczbę zgonów samobójczych w ostatnim dwudziestoleciu (5569) odnotowano w 1993 roku. Nie określono precyzyjnie liczby osób, które były pod wpływem alkoholu w chwili śmierci. Z danych KGP wynika jedynie, że wśród osób, które podjęły próbę samobójczą, 1341 było po wypiciu alkoholu, 79 osób - pod wpływem substancji psychotropowych (leków lub środków uzależniających), a 592 osób uznano za trzeźwe. Komenda Główna Policji nie przedstawia danych na temat obecności lub braku alkoholu we krwi u pozostałych 3472 osób podejmujących zamachy samobójcze [12].

Jako najczęstszą przyczynę śmierci samobójczej Komenda Główna Policji wymienia choroby psychiczne (765 zamachów samobójczych w 2010 roku). W niemal połowie przypadków nie udaje się ustalić przyczyny decyzji o odebraniu sobie życia. Z analizy tendencji obserwowanych na przestrzeni ostatnich lat wynika, że najczęściej śmiercią samobójczą giną ludzie młodzi (w wieku 16–21 lat) oraz osoby w wieku średnim (45–55 lat). Istotnie częściej są to mężczyźni. Najczęstszą metodą odebrania sobie życia jest powieszenie, stanowiące przyczynę około 75% przypadków śmierci. Skok z wysokości i zamierzone zatrucie środkami nasennymi sumują się w kolejne 10% przypadków. Rzadziej wybierane metody to: uszkodzenie naczyń krwionośnych i inne samookaleczenia, skok pod pojazd mechaniczny, utopienie się, postrzał, zatrucie gazem i innymi substancjami oraz porażenie prądem [12].

Samobójstwo, wzięwszy pod uwagę częstość występowania w populacji ogólnej, jest zjawiskiem względnie rzadkim, nawet w grupach zwiększonego ryzyka [14-16]. Myśli samobójcze w populacji Stanów Zjednoczonych w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie deklaruje 5,6% osób (5600/100.000), zaś historię prób samobójczych potwierdza 0,7% (700/100.000). Wywiad myśli i podejmowanych w przeszłości prób samobójczych wiąże się ze zwiększonym ryzykiem śmierci samobójczej [17]. Mimo tak dużego rozpowszechnienia skłonności samobójczych, ilość osób, które faktycznie odebrały sobie życie w populacji USA szacuje się na 10,7 na 100.000 [18]. W Polsce wartości te są podobne i wynoszą ok. 11,5 na 100.000 mieszkańców.

2.1 Zachowania samobójcze u osób uzależnionych od alkoholu

Ryzyko samobójstwa jest znacznie większe wśród osób uzależnionych niż w populacji ogólnej [19]. Szacuje się, że pacjenci z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu są obciążeni 60-120 razy większym ryzykiem popełnienia samobójstwa niż osoby bez żadnych zaburzeń psychicznych [20]. Według niektórych badaczy, ryzyko samobójstwa wśród osób uzależnionych od alkoholu jest nawet wyższe niż u osób z depresją [10]. Przeprowadzone badania wskazują, że około 24% osób uzależnionych podejmuje choć raz w życiu próbę samobójczą. Jednocześnie ryzyko samobójczej śmierci w ciągu życia wśród osób uzależnionych od alkoholu szacuje się na 7 do 15% [10, 21], a nawet 18% [22]. Dane te świadczą o bardzo dużym potencjale letalności prób samobójczych w grupie uzależnionych. Jedną z przyczyn takiej sytuacji jest fakt, iż osoby, które podejmują próby samobójcze będąc pod wpływem alkoholu, wybierają bardziej radykalne, a co za tym idzie - skuteczniejsze metody [23]. W badaniach przeprowadzonych u pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu w polskich ośrodkach terapeutycznych wykazano, że od 14 do 43% ankietowanych osób próbowało w przeszłości popełnić samobójstwo [24,

25]. Wyniki analogicznych prac prowadzonych w Stanach Zjednoczonych przez Weissman i wsp. [26] mówią, że 24% uzależnionych od alkoholu mieszkańców miast podejmowało w przeszłości próby samobójcze. Dla porównania problem ten dotyczył średnio 5% osób z rozpoznaniem innych zaburzeń psychicznych [26]. Ryzyko samobójstwa w zaburzeniach afektywnych szacowane jest na około 15%, zaś w schizofrenii i zaburzeniach z jej spektrum na 6,5% u mężczyzn i 6,9% u kobiet [27].

W badaniach nad samobójstwami, które nie dotyczyły wyłącznie osób uzależnionych, widać wyraźnie skalę problemu samobójstw związanych z piciem alkoholu. Szacuje się, że od 25 do 35% ofiar samobójstw to osoby uzależnione [28-33]. Według Borgesa i Rosovskiego [34] samo upojenie alkoholowe, niezależnie od obecności lub braku objawów uzależnienia, zwiększa ryzyko samobójstwa 90-krotnie. Choć większość prób samobójczych wśród osób uzależnionych ma charakter impulsywny, ich prawdopodobieństwo wzrasta znacznie u pacjentów z myślami lub planami samobójczymi [24, 25]. Jak silny jest związek samobójstw z alkoholem dowodzi między innymi Razvodovsky [35], przytaczając dane z Białorusi, które mówią, że u 60% ofiar samobójstw stwierdzano w chwili śmierci obecność alkoholu we krwi. W badaniach WHO wykazano, że 20% osób, które popełniły samobójstwo, było pod wpływem alkoholu. Polskie dane z Zakładu Medycyny Sądowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wskazują na obecność alkoholu w przypadku 39,5% zgonów samobójczych [9].

2.2 Czynniki ryzyka samobójstwa w uzależnieniu od alkoholu

2.2.1. Czynniki demograficzne

Liczne badania konsekwentnie wykazały, że mężczyźni częściej niż kobiety giną w wyniku zamachu samobójczego [12, 13, 20]. Są oni czterokrotnie bardziej narażeni na śmierć samobójczą [20]. Analogiczna zależność występuje w przypadku osób uzależnionych [20]. Kobiety natomiast około czterokrotnie częściej niż mężczyźni podejmują

próby samobójcze [36]. Badania prowadzone w Norwegii wykazują, że taka tendencja pojawia się już wśród młodzieży [37]. Wśród ofiar samobójstw obecność alkoholu stwierdzano u większego odsetka mężczyzn niż kobiet (43% vs 31,3%) [9].

Dane statystyczne nie pozostawiają wątpliwości, że samobójstwo częściej popełniają osoby samotne. Bardziej zagrożone są również osoby bezrobotne [20]. Osoby o niższym poziomie wykształcenia stanowią znaczną większość ofiar samobójstw w Polsce. Spośród przypadków samobójstw z 2010 roku, w których udało się ustalić dane dotyczące wykształcenia (n=1756), zaledwie 90 osób miało wykształcenie wyższe, natomiast najliczniej reprezentowaną grupą były osoby z wykształceniem zawodowym (645 osób) oraz podstawowym (635 osób) [12].

Jak wynika z danych KGP najczęściej samobójstwa popełniają osoby po 50-tym roku życia. Znamiennym jest także fakt, iż wraz z wiekiem znacząco wzrasta skuteczność podejmowanych prób. Zamachy samobójcze w szóstej, siódmej, ósmej czy dziewiątej dekadzie życia w zdecydowanej większości przypadków kończą się zgonem. Spośród 57 zamachów samobójczych, podjętych przez osoby po 85 roku życia w 2010 roku, 55 zakończyło się zgonem [12].

2.2.2 Czynniki psychopatologiczne

Większość pacjentów z zaburzeniami psychicznymi nigdy nie podejmuje próby samobójczej [38, 39]. Wśród osób uzależnionych od alkoholu, które zginęły śmiercią samobójczą, 45-70% przed odebraniem sobie życia spełniało kryteria dużego epizodu depresyjnego [28, 30, 40, 41]. Z kolei wśród pacjentów z depresją współistniejące uzależnienie od substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) zwiększa ryzyko samobójstwa [42].

Picie alkoholu jest uznawane za czynnik ryzyka rozwoju depresji. Ryzyko zachorowania na depresję jest u osób uzależnionych 1,5-2 razy większe niż u osób bez cech

uzależnienia [43, 44]. Badania dowodzą, że u większości - nawet 82% osób, które odebrały sobie życie, występowały objawy współistniejących zaburzeń psychicznych: najczęściej depresji i uzależnienia od alkoholu [30].

Badania mające na celu ocenę ryzyka samobójstwa dotyczyły również etiologii obserwowanych zaburzeń depresyjnych. Okazało się, że pacjenci z depresją endogenną są obciążeni większym ryzykiem zachowań samobójczych niż osoby, u których depresja pojawiła się w konsekwencji używania alkoholu. W pierwszej grupie częstość prób samobójczych sięga 30%, natomiast w drugiej - 24% [45]. Wśród pacjentów z depresją, zgłaszających myśli samobójcze, większe ich nasilenie stwierdzono u osób uzależnionych, niż u chorych bez wywiadu szkodliwego używania alkoholu [46].

Kolejnym czynnikiem zwiększającym ryzyko samobójstwa są zaburzenia snu [38, 39, 47], a ich rozpowszechnienie wśród osób uzależnionych od alkoholu jest szczególnie duże [48]. Badania przeprowadzone wśród pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu dowodzą, że 36 do 91% z nich cierpi z powodu zaburzeń snu [49-54]. Ich obecność wiąże się z cięższym przebiegiem uzależnienia, częstszym spożywaniem alkoholu w celu „samoleczenia” problemów ze snem (55% pacjentów z rozpoznaniem bezsenności vs 28% pacjentów bez takiego rozpoznania) oraz częstszymi nawrotami picia u pacjentów z bezsennością niż bez zaburzeń snu (60% vs 30%) [54]. Charakterystyczny i powszechny wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu wydaje się problem z zasypianiem [50, 51, 54-59] skłaniający do używania alkoholu jako środka nasennego. Z drugiej strony w wielu badaniach dowiedziono, że bezsenność jest jednym z istotnych czynników ryzyka samobójstwa także w populacji ogólnej [60]. Zaburzenia snu zostały uznane za niezależny czynnik ryzyka podjęcia próby samobójczej [61-69], mimo częstego związku z innymi zaburzeniami psychicznymi [62, 64, 70].

Wśród osób uzależnionych od alkoholu problem bezsenności nie ogranicza się jedynie do okresów picia. Również w czasie abstynencji utrzymuje się długo, nierzadko przez wiele miesięcy [71] lub lat [72]. Biorąc pod uwagę związek zaburzeń snu z występowaniem myśli i zachowań samobójczych, istotna jest stała obserwacja pacjenta oraz ewentualne interwencje profilaktyczne dotyczące zachowań samobójczych również w okresie wielomiesięcznej abstynencji. Niezależnie od występowania objawów depresyjnych monitorowanie ryzyka samobójstw wydaje się w tej populacji pacjentów szczególnie istotne. Ogromnym utrudnieniem, na jakie napotyka leczenie bezsenności w tej grupie pacjentów, jest jej przewlekłość oraz wieloczynnikowa etiologia, a także zagrożenie związane z potencjalnym krzyżowym uzależnieniem od stosowanych w takich przypadkach leków z grupy benzodwazepin [73].

Współistnienie uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych również wiąże się ze wzrostem prawdopodobieństwa zachowań samobójczych. Uzależnienie od wielu substancji (również nikotyny) zwiększa częstość podejmowania prób samobójczych do 48% [74, 75]. Badania populacji amerykańskiej wskazują, że 48% osób uzależnionych od alkoholu jest również uzależnionych od nikotyny. W grupie używającej nikotyny stwierdzono częstsze występowanie prób samobójczych, zaburzeń lękowych, depresyjnych oraz dwubiegunowych, a także większy odsetek zaburzeń osobowości o typie dyssocjalnym [75].

Zaburzenia psychiatryczne związane z używaniem alkoholu są kolejnym czynnikiem ryzyka samobójstw. Badania przeprowadzone przez Razvodovsky'ego na Białorusi [35] wykazały, że w okresie od 1970 do 2005 roku wzrostowi liczby rozpoznawanych psychoz alkoholowych towarzyszył wzrost liczby samobójstw. W wymienionym okresie liczba zgonów w wyniku zamachów samobójczych wzrosła niemal dwukrotnie (1,8 razy), zaś psychoz związanych z piciem szkodliwym alkoholu 3,5-krotnie. Nie wyjaśniono precyzyjnie natury tego związku. Przekonującą wydaje się teoria, która łączy wzrost spożycia

alkoholu i częstsze występowanie zaburzeń psychotycznych związanych z piciem, z przemianami społeczno-ekonomicznymi, które zaszły na Białorusi w latach 90-tych. Nagła zmiana sytuacji życiowej i towarzyszący jej stres mogły przyczynić się do powstania obserwowanych tendencji.

2.2.3. Czynniki psychologiczne

Wiele badań poświęcono określeniu psychologicznych czynników zwiększających ryzyko podjęcia próby samobójczej przez osoby uzależnione od alkoholu. Jako predysponujące stany wymienia się przede wszystkim: duże poczucie beznadziejności, wysokie nasilenie impulsywności i neurotyczności, niski poziom ugodowości [24, 38, 39, 47]. Neurotyczne cechy osobowości bywają uznawane za istotny czynnik w rozwoju uzależnienia. Picie alkoholu może być w takiej sytuacji metodą łagodzenia występujących nierzadko u tych osób objawów zaburzeń lękowych, obniżenia nastroju oraz tendencji do reagowania negatywnym afektem [76, 77].

Osoby z zaburzeniami osobowości, zwłaszcza o typie chwiejnym emocjonalnie oraz dysocjalnym, są bardziej zagrożone rozwojem uzależnienia od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych [78]. Jednocześnie ryzyko podjęcia przez te osoby próby samobójczej w przebiegu uzależnienia od alkoholu jest większe niż wśród osób uzależnionych, u których nie stwierdzono współistniejących cech nieprawidłowej osobowości [38, 39, 47, 79, 80]. Pojawiająca się w osobowości dysocjalnej skłonność do zachowań agresywnych jest również niezależnym czynnikiem ryzyka samobójstwa [38, 39, 47]. Podobnie niska samoocena pacjenta uzależnionego od alkoholu zwiększa ryzyko samobójstwa [38, 39, 47]. Przytoczone cechy w połączeniu z niskim poziomem ugodowości, dużą impulsywnością i neurotycznością oraz wysokim poziomem agresji są czynnikami predysponującymi do samobójstwa. Pozwala to wysunąć hipotezę, iż pewne cechy czy sytuacje mają tendencję do współwystępowania, wielokrotnie zwiększając przez

to prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej. Być może poprzez identyfikację kilku kluczowych czynników można doprowadzić do znacznego zredukowania ryzyka samobójstwa. Chociaż łatwiejsze wydaje się modyfikowanie czynników zewnętrznych, trudno ocenić trwałość takich interwencji. Być może wprowadzona zmiana (np. poprawa statusu ekonomicznego) nie zapewnia równie stałych efektów jak np. zmniejszenie poziomu agresji czy impulsywności. Praca nad cechami osobowości metodami psychologicznymi wydaje się stwarzać większe nadzieje na poprawę rokowania u osób uzależnionych przez swój bardziej kompleksowy wpływ na różne sfery funkcjonowania.

2.2.4. Czynniki społeczne

Wykazano, że niski status społeczny sprzyja podejmowaniu przez pacjentów uzależnionych decyzji samobójczych. Niewątpliwie jego ewentualne pogorszenie wynika zarówno z intensywności picia alkoholu, jak i czasu jego trwania. Istotne jest również to, w jakim wieku i na którym etapie edukacji czy rozwoju zawodowego pacjenta doszło do pojawienia się objawów uzależnienia. Wśród powodów odebrania sobie życia Komenda Główna Policji wymienia między innymi pogorszenie warunków ekonomicznych lub nagłą utratę źródeł utrzymania [12, 13]. Niski poziom oparcia społecznego, konflikty z prawem, negatywna ocena własnej sytuacji materialnej także w sposób naturalny związane z przebiegiem i ciężkością uzależnienia, zwiększają ryzyko podjęcia próby samobójczej [38, 39, 47].

Z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wynika, że osoby leczone z powodu uzależnień – także od alkoholu, częściej relacjonują myśli samobójcze, jeśli doświadczają przemocy ze strony partnera [81]. W innych badaniach stwierdzono, że osoby mieszkające z dzieckiem okazują się mniej narażone na ryzyko samobójstwa [38, 39, 47]. Jedną z możliwych interpretacji takiego stanu jest założenie, że mieszkanie z osobą niepełnoletnią może pośrednio świadczyć o utrzymaniu pewnego stopnia stabilności rodziny.

Mimo, iż takie uproszczenie nie może być uniwersalnym środkiem do zrozumienia tego zjawiska, nie można jednak wykluczyć, że to właśnie istnienie i jakość funkcjonowania rodziny ma zasadniczy wpływ na ryzyko podjęcia próby samobójczej przez osoby uzależnione. Przemawia za tym również obecność niskiego poziomu oparcia społecznego wśród czynników ryzyka próby samobójczej. Bez wątpienia w polskim, tradycyjnym kręgu kulturowym to właśnie rodzina stanowi podstawę takiego wsparcia.

2.2.5. Przebieg uzależnienia

Wykazano, że model picia u osób uzależnionych ma duże znaczenie dla określenia prawdopodobieństwa zachowań samobójczych. Wczesny początek uzależnienia (*early onset*) jest uznanym czynnikiem ryzyka samobójstwa [38, 39, 47]. Osoby, które spełniają kryteria uzależnienia od alkoholu przed 25 rokiem życia częściej pochodzą z rodzin, w których obecny był problem alkoholowy; osiągają one niższy status społeczno-ekonomiczny, częściej wchodzą w konflikty z prawem, mają mniejszą szansę na założenie rodziny [82].

Kolejnym niezależnym czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych jest intoksykacja alkoholem. Stan upojenia alkoholowego sprzyja podjęciu próby samobójczej zarówno przez osoby uzależnione, jak i pijące alkohol umiarkowanie [83, 84]. Inne badania dowodzą, że ostra intoksykacja alkoholem ma większe znaczenie w inicjowaniu zachowań agresywnych, niż jego przewlekłe używanie [84, 85]. Z badania Borgesa i Rosovskiego wynika nawet, że im większa jest ilość jednorazowo spożytego alkoholu, tym wyższe jest zagrożenie próbą samobójczą [34]. U osób pijących przewlekłe zwiększa się szansa częstych intoksykacji, a co za tym idzie narasta ryzyko sytuacji potencjalnie grożących samobójstwem.

Nawet jednorazowe spożycie alkoholu można traktować jako czynnik ryzyka samobójstwa. Potwierdzeniem tej koncepcji mogą być amerykańskie dane mówiące, że alkohol wykrywano we krwi nawet u 70% osób podejmujących próby samobójcze i do 66% osób, które zginęły śmiercią samobójczą [86]. Alkohol etylowy wywiera

wszechstronny wpływ na czynności psychiczne człowieka. Wypicie alkoholu sprzyja obniżeniu progu agresji, zmniejszeniu poziomu kontroli emocji i zachowań, obniżeniu nastroju i samooceny, pojawianiu się myśli samobójczych, osłabieniu zdolności radzenia sobie oraz upośledzeniu funkcji poznawczych (zwłaszcza koncentracji uwagi i zdolności do adekwatnej oceny sytuacji).

Istnieje związek między średnią ilością spożywanego alkoholu w populacji ogólnej a liczbą samobójstw. Jak wykazały liczne badania [87-91], wraz ze wzrostem średniej ilości alkoholu wypijanego "per capita" obserwowano wzrost liczby samobójstw. Nie dotyczy to jednak w równej mierze wszystkich narodowości. Sama średnia ilość spożywanego w populacji alkoholu nie pozwala przewidzieć ryzyka zachowań samobójczych, ponieważ nie mamy tu do czynienia z prostą zależnością liniową. Ważną rolę w kształtowaniu ryzyka samobójstwa, poza ilością wypitego alkoholu, ma również model picia i jego społeczny kontekst [92, 93]. Model polegający na częstym spożywaniu niewielkich ilości, jaki obserwuje się w krajach Europy południowej, niesie ze sobą mniejsze ryzyko samobójstwa niż model picia w krajach skandynawskich. Mieszkańcy tych krajów, spożywający alkohol jednorazowo w dużych ilościach, są obciążeni większym prawdopodobieństwem zachowań samobójczych związanych z piciem alkoholu [93, 94].

W zależności od miejsca badania różne są proporcje płci pod względem obecności alkoholu we krwi ofiar samobójstw. Jak wspomniano powyżej, w polskich badaniach alkohol stwierdzano u 31% kobiet i 43% mężczyzn. W porównaniu do badań fińskich i słoweńskich odsetek kobiet, które popełniły samobójstwo pod wpływem alkoholu, jest w Polsce stosunkowo wysoki. W Finlandii alkohol we krwi miało 19% kobiet w chwili śmierci samobójczej [95], a w Słowenii - 18% [96]. W Szkocji natomiast obecność alkoholu we krwi stwierdzono u 37% kobiet [97]. Związek pomiędzy wzrostem sprzedaży alkoholu i częstością zachowań samobójczych obserwowano szczególnie w społeczeństwach północnych [94].

W krajach byłego Związku Radzieckiego fluktuacjom średniego spożycia alkoholu towarzyszyły równoległe zmiany w liczbie przypadków samobójstw [98, 99].

2.2.6. Stan somatyczny

Badania dowiodły, że pacjenci z cięższym przebiegiem uzależnienia oraz dłuższym wywiadem używania alkoholu, którzy cierpią na uchwytnie zaburzenia somatyczne, w tym choroby związane z toksycznym działaniem alkoholu, są bardziej narażeni na podjęcie próby i śmierć samobójczą, niż osoby pijące alkohol, lecz zdrowe somatycznie [28, 40, 100, 101].

W cytowanych powyżej danych statystycznych, dotyczących samobójstw popełnionych w Polsce w 2010 roku, wśród przyczyn decyzji o odebraniu sobie życia na trzecim miejscu wymieniono chorobę przewlekłą, na jednym z kolejnych pojawia się „trwałe kalectwo” [12].

2.2.7. Czynniki rodzinne

Bardzo silnym predyktorem popełnienia samobójstwa jest podejmowanie prób samobójczych przez członków rodziny [24, 38, 39, 47]. Osoby spokrewnione w pierwszej linii z ofiarami zamachów samobójczych są dwukrotnie bardziej narażone na ryzyko popełnienia samobójstwa, niż jednostki, w których rodzinach nie było przypadków targnięcia się na swoje życie [102]. Amerykańscy badacze wskazują dodatkowo osierocenie przed 11. rokiem życia jako rodzinny czynnik ryzyka samobójstwa, co w większości nawet modelowych systemów opieki, oznacza znaczny spadek poziomu oparcia społecznego, uznanego za niezależny predyktor zachowań samobójczych [28, 40, 100, 101].

2.2.8. Czynniki biologiczne

Wśród biologicznych czynników ryzyka zachowań samobójczych wymienia się przede wszystkim niską aktywność układu serotoninowego [103], której laboratoryjnym wykładnikiem jest między innymi niski poziom metabolitu serotoniny, kwasu 5-hydroksyindoloctowego (5-HIAA) w płynie mózgowo-rdzeniowym [28, 40, 100, 101].

Układ serotoninowy jest najlepiej przebadany w kontekście zachowań samobójczych spośród

wszystkich układów przekąźnikowych ośrodkowego układu nerwowego. Prowadzone badania oceniały wpływ zmian czynności tego układu na prawdopodobieństwo samobójstwa niezależnie od obecności i rodzaju zaburzeń psychicznych. Niska aktywność układu serotoninowego jest związana ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa zarówno wśród osób zdrowych, jak i chorych [39, 103]. Z badań przeprowadzonych przez Shera i wsp. [104] wynika, iż niska aktywność układu serotoninowego jest związana z większym poziomem agresji i impulsywności, co niezależnie zwiększa ryzyko samobójstwa oraz poziom letalności prób samobójczych. W przeprowadzonych pośmiertnie badaniach porównywano stężenie serotoniny w pniu mózgu u osób, które zginęły śmiercią samobójczą ze stężeniem u osób, których przyczyna śmierci była inna. U osób, które zmarły w wyniku samobójstwa, stężenie serotoniny, podobnie jak poziom 5-HIAA, było niższe [105, 106]. Wśród osób uzależnionych od alkoholu niskie stężenie kwasu 5-hydroksyindolooctowego w płynie mózgowo-rdzeniowym, świadczące o niskiej aktywności układu serotoninowego, jest również związane z podwyższonym ryzykiem samobójstwa. Jest ono „laboratoryjnym” predyktorem zachowań samobójczych także wśród osób z rozpoznaniem depresji, schizofrenii i zaburzeń osobowości. Pacjenci cierpiący z powodu wymienionych zaburzeń, którzy nigdy nie podejmowali próby samobójczej, mieli w płynie mózgowo-rdzeniowym znamienne wyższe stężenie 5-HIAA niż osoby z wywiadem próby samobójczej [39, 105, 106]. Skuteczność podejmowanych prób samobójczych jest ujemnie skorelowana ze stężeniem 5-HIAA w płynie mózgowo-rdzeniowym [107].

Wykazano, że uzależnienie od alkoholu ma związek z obniżeniem stężenia 5-HIAA w płynie mózgowo-rdzeniowym. Co interesujące, zależność taką uwidoczniono dla wszystkich pacjentów uzależnionych, niezależnie od długości abstynencji. Ta prawidłowość dotyczyła zarówno mężczyzn jak i kobiet [108]. Warto jednak podkreślić w tym kontekście zacytowane wcześniej dane wskazujące, że im dłuższe i intensywniejsze

picie alkoholu, tym większe jest zagrożenie samobójstwem. Zachowywanie abstynencji mimo utrzymującego się obniżenia stężenia 5-HIAA w płynie mózgowo-rdzeniowym pozwala zredukować ryzyko samobójstwa, między innymi eliminując inny, bardzo istotny, czynnik ryzyka, jakim jest intoksykacja alkoholem.

Stwierdzono również zależność pomiędzy obniżonym stężeniem 5-HIAA w płynie mózgowo rdzeniowym a impulsywnością, która uważana jest za niezależny czynnik ryzyka zachowań samobójczych wśród osób uzależnionych od alkoholu [107]. Inne badania dowiodły, że pacjenci z depresją, którzy mają niższy poziom 5-HIAA w płynie mózgowo-rdzeniowym, podejmując próbę samobójczą, wybierają bardziej gwałtowne (i potencjalnie śmiertelne) metody niż osoby z wyższym stężeniem 5-HIAA. Badania dotyczące tego zagadnienia przeprowadzono wśród osób z podwójnym rozpoznaniem – depresji i uzależnienia od alkoholu [104].

Płyn mózgowo-rdzeniowy ofiar samobójstw badano również pod kątem wahań stężenia przeciwciał klasy IgG przeciwko dopaminie (DA-IgG). Okazało się, że osoby, które odebrały sobie życie, miały znamienne wyższy poziom tych przeciwciał niż pozostali pacjenci [109]. Sugeruje to potencjalny wpływ czynników autoimmunologicznych na zachowania samobójcze oraz związek tych zachowań z funkcjonowaniem układu dopaminergicznego. W badaniu nie wyróżniono jednak grupy osób uzależnionych.

Badanie Roya i wsp. [110] z udziałem pacjentów uzależnionych od alkoholu nie potwierdziło istnienia istotnego związku pomiędzy stężeniem metabolitu dopaminy, kwasu homowanilinowego (HVA), w płynie mózgowo-rdzeniowym a podejmowaniem prób samobójczych. We wspomnianej pracy nie uwidoczniiono różnic w stężeniu HVA pomiędzy uzależnionymi od alkoholu pacjentami podejmującymi próby samobójcze, a pacjentami bez zachowań samobójczych w wywiadzie oraz zdrowymi ochotnikami. Natomiast Istotne statystycznie różnice w poziomie HVA w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzili badacze

u pacjentów uzależnionych od alkoholu z rozpoznaniem depresji [111]. Osoby uzależnione ze współistniejącymi zaburzeniami depresyjnymi, podejmujące próby samobójcze, miały istotnie niższy poziom HVA niż pacjenci uzależnieni z depresją, którzy nie podejmowali prób samobójczych [111].

Badania związku pomiędzy obniżeniem stężenia cholesterolu w surowicy krwi a zwiększonym ryzykiem samobójczym u osób uzależnionych nie dały jednoznacznych rezultatów [112, 113]. Poziom cholesterolu okazał się mniej wartościowym czynnikiem predykcyjnym zachowań samobójczych [114] niż oczekiwano na podstawie badań prowadzonych wśród pacjentów z depresją [115]. Hibbeln i wsp. [116] stwierdzili natomiast obecność dodatniej korelacji pomiędzy poziomem wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w osoczu a stężeniem metabolitów serotoniny i dopaminy w płynie mózgowo rdzeniowym, zarówno osób uzależnionych od alkoholu, jak i zdrowych ochotników.

U pacjentów uzależnionych od alkoholu, u których opisywano w wywiadzie próby samobójcze, stwierdzano ponadto obniżony poziom monoaminooksydazy typu B (MAO B) w płytkach krwi [117]. Monoaminooksydazy są enzymami zaangażowanymi w katabolizm serotoniny, zatem ich mniejsza aktywność powoduje obniżenie stężenia metabolitów serotoniny. Związek obniżonego stężenia kwasu 5-hydroksyindolooctowego w płynie mózgowo-rdzeniowym z ryzykiem zachowań samobójczych pozostaje więc w zgodzie z zależnością niższej aktywności MAO B i ryzyka samobójstwa wśród uzależnionych.

2.2.9. Czynniki genetyczne

Z przeglądu literatury dotyczącej czynników genetycznych związanych z zachowaniami samobójczymi osób uzależnionych wynika, że najszerszej opisane pozostają badania dotyczące genów układu serotoninowego. Dysfunkcja tego neuroprzekaźnika w ośrodkowym układzie nerwowym jest związana z wieloma zaburzeniami psychicznymi oraz samobójstwami. Badanie polimorfizmów genów receptora serotoninowego *HTR1A* (C

1019G), *HTR1B* (G861C i A161T), *HTR1F* (C78T) i *HTR2A* (C1420T) oraz transportera serotoniny (polimorfizmu promotorowego 5-HTTLPR oraz VNTR drugiego intronu) nie przyniosło jednak dowodów na ich związek z samobójstwami u osób uzależnionych [118].

W kolejnych badaniach poszukiwano powiązania między genami wpływającymi na aktywność układu serotoninowego a uzależnieniem od alkoholu, współistniejącą depresją i zachowaniami samobójczymi. Nie potwierdzono w nich związku depresji w przebiegu uzależnienia od alkoholu z krótkim allelem funkcjonalnego polimorfizmu promotora transportera serotoninowego (5-HTTLPR)[119]. Wykazano natomiast, że obecność krótkiego allelu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem prób samobójczych. Wraz ze wzrostem liczby krótkich alleli (0, 1, 2) rośnie zarówno częstość, jak i potencjalna skuteczność [119, 120]. Wpływ polimorfizmu promotora 5-*HTT* został przebadany i potwierdzony w dwóch niezależnych badaniach. Obecność allelu-S obserwowano istotnie częściej u pacjentów potwierdzających próby samobójcze w wywiadzie w porównaniu z osobami negującymi takie działania [121].

Zwiększona liczba receptorów 5-HT_{2A} w ośrodkowym układzie nerwowym jest uznawana za wykładnik osłabienia przekazywania serotoniny [122, 123]. Wynikające z tego zainteresowanie Preussa i wsp. doprowadziło do analizy oraz wykluczenia związku polimorfizmu T102C genu *HTR2A* z próbami samobójczymi wśród osób uzależnionych od alkoholu [124]. W innym badaniu, oceniano asocjację zachowań samobójczych z tym samym polimorfizmem T102C genu *HTR2A*, a także C1019G genu *HTR1A* oraz rs1386494 genu *TPH2*. Analiza przeprowadzona na 150 pacjentach wykazała istotny związek pomiędzy występowaniem genotypu C102C genu *HTR2A* a podejmowaniem prób samobójczych przez kobiety uzależnione od alkoholu. Dystrybucja wymienionych genotypów genu *HTR1A* oraz

TPH2 nie różniła natomiast pacjentów potwierdzających i negujących zachowania samobójcze [125].

Aktywność hydroksylazy tryptofanu (TPH) – enzymu kluczowego dla syntezy serotoniny – wpływa na skłonność do zachowań impulsywnych. W badaniu polimorfizmu w intronie 7 genu *TPH* obecność długiego allelu okazała się być związana ze zwiększonym ryzykiem uzależnienia od alkoholu oraz zachowań samobójczych [126]. W badaniach przeprowadzonych na ofiarach samobójstw nie stwierdzono różnic w częstości genotypów i alleli polimorfizmów genów hydroksylazy tryptofanu typu 1 (*TPH1*), transportera serotoniny *SLC6A4* i enzymu konwertującego angiotensynę (*ACE*) między osobami, u których w badaniu pośmiertnym stwierdzono obecność alkoholu we krwi a osobami, u których nie stwierdzano obecności etanolu. Różnice między tymi grupami obserwowano natomiast w polimorfizmie (rs1386483) genu hydroksylazy tryptofanu typu 2 (*TPH2*). Genotyp TT występował istotnie częściej u osób, które popełniły samobójstwo nie będąc pod wpływem alkoholu. Również prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa po spożyciu alkoholu było w przypadku osób z genotypem TT czterokrotnie większe niż wśród pacjentów z pozostałymi wariantami genu *TPH2* [9].

Jako kolejny czynnik powiązany z zachowaniami samobójczymi wymieniany jest funkcjonalny polimorfizm genu *COMT* (katecholo-O-metylotransferazy). Wykazano, iż warianty *COMT* Val108/158Met wpływają na działanie tego enzymu. Odmiana Val wiąże się z jego wyższą aktywnością, podczas gdy Met - z niższą. Dowiedziono, iż u uzależnionych od alkoholu mężczyzn, którzy podejmowali próby samobójcze istotnie statystycznie częściej występował genotyp Met/Met, co związane było również z wyższym poziomem agresji i objawów depresyjnych u badanych. Autorzy zasugerowali nawet, że allel Met

w polimorfizmie Val108/158Met *COMT* mógłby zostać uznany za biomarker ryzyka samobójstwa u pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi [127].

Szersza perspektywa analizy wpływu czynników genetycznych na zachowania samobójcze uzależnionych proponowana przez Marusica [128] zakłada istnienie wspólnej, wrodzonej predyspozycji do rozwoju uzależnienia oraz większej wrażliwości na szkodliwe następstwa picia (w tym samobójstwa). Teoria ta została poparta badaniami populacyjnymi. Marusic postuluje, iż osoby predysponowane genetycznie do abstynencji, które znalazły się w środowisku, gdzie spożywanie alkoholu ma długą historię i jest powszechne, są szczególnie narażone na rozwój negatywnych następstw picia. Zakłada nawet, że największy wpływ na zjawisko równoległego wzrostu spożycia alkoholu *per capita* z liczbą samobójstw w niektórych obszarach Europy ma migracja społeczeństw o tradycjach abstynenckich. W grupach tych w krótkim czasie dochodzi do rozwoju uzależnienia oraz innych zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu. Liczba samobójstw jest w takich środowiskach szczególnie wysoka, co doprowadziło autora do konkluzji, iż wszelkie badania populacyjne dotyczące samobójstw nie mogą obejść się bez analizy ich związku z piciem alkoholu [128]

2.2.10. Wydarzenia życiowe

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej jest wyższe u osób, które doświadczyły w przeszłości przemocy fizycznej bądź wykorzystania seksualnego [24, 38, 39, 47]. Sytuacja w rodzinie i relacje z najbliższymi osobami wydają się odgrywać jedną z kluczowych ról w kształtowaniu ryzyka samobójstwa. KGP w danych z 2009 roku wymienia nieporozumienia rodzinne i zawody miłosne, jako kolejne po zaburzeniach psychicznych powody decyzji o odebraniu sobie życia [13]. Straty bliskich osób są opisywane przez Shera [20] jako niezależny czynnik ryzyka samobójstw.

Uogólniając, problemy interpersonalne zwiększają ryzyko prób samobójczych dokonywanych przez osoby uzależnione. Dotyczy to zwłaszcza konfliktów, do których dochodzi w relacjach małżeńskich [28, 40, 100, 101]. Problemy w związku – sytuacje konfliktowe, separacja, rozwód – nierzadko poprzedzają samobójstwo i są uważane za najczęstsze stresujące doświadczenia życiowe związane z próbą samobójczą u osób uzależnionych [100]. Używanie alkoholu jest z kolei powszechnie uznawane za jedną z najważniejszych przyczyn problemów w związkach małżeńskich. Jak dowodzą Murphy i Robins, w przypadku osób uzależnionych rozłam w relacjach z partnerem jest częstszym czynnikiem precypitującym samobójstwo niż w przypadku pacjentów z innymi zaburzeniami psychicznymi [129]. Wiele badań wskazuje na trudne sytuacje i wydarzenia życiowe jako zagadnienia konieczne do uwzględnienia w profilaktyce zachowań samobójczych [130].

2.2.11. Terapia uzależnienia

W badaniach wykazano, że osoby uzależnione od alkoholu, które były leczone w placówkach odwykowych, częściej podejmują próby samobójcze niż te, które nigdy się nie leczyły. Dotyczy to zarówno pacjentów objętych terapią stacjonarną, jak i ambulatoryjną oraz uczestników spotkań Anonimowych Alkoholików [102]. Jednym z możliwych wyjaśnień takiej zależności jest rodzaj motywacji pacjentów do podjęcia leczenia. Niejednokrotnie stają się nią straty, jakich doświadczają osoby uzależnione w wyniku picia alkoholu. Osoby, które zgłaszają się na terapię z powodu problemów w relacjach rodzinnych, zagrożenia rozwodem, utraty pracy, spadku poziomu oparcia społecznego czy pogorszenia statusu materialnego są, jak wynika z przytoczonych wcześniej danych, obciążone większym ryzykiem samobójstwa. Tym samym okazuje się, że czynniki ryzyka zachowań samobójczych są jednocześnie przyczyną podjęcia leczenia.

3. PROBLEMATYKA I CEL PRACY

Cel ogólny pracy:

Ocena czynników wpływających na ryzyko i charakter zachowań samobójczych u pacjentów uzależnionych od alkoholu.

Cele szczegółowe:

Cel 1

Ocena związków pomiędzy czynnikami demograficznymi, psychospołecznymi, psychopatologicznymi, rodzinnymi i przebiegiem uzależnienia a myślami i zachowaniami samobójczymi pacjentów uzależnionych od alkoholu.

Hipoteza 1

Uznane czynniki ryzyka samobójstwa w populacji ogólnej mają istotne znaczenie wśród osób uzależnionych od alkoholu.

Cel 2

Analiza rodzaju i okoliczności prób samobójczych podejmowanych w stanie upojenia alkoholowego.

Hipoteza 2

Próby samobójcze podejmowane okresie intensywnego picia mają częściej charakter impulsywny.

Cel 3

Analiza czynników ryzyka podjęcia próby samobójczej w okresie intensywnego picia.

Hipoteza 3

Cieężkość oraz czas trwania uzależnienia od alkoholu, a także płeć męska są czynnikami ryzyka podjęcia próby samobójczej w okresie intensywnego picia.

Ad.1

Osoby uzależnione od alkoholu są uznawane za jedną z grup o największym zagrożeniu samobójczym. Jednocześnie brakuje w powszechnym użyciu klinicznym i terapeutycznym jasno sformułowanych wytycznych, pozwalających na ocenę i modyfikację czynników ryzyka w tej szczególnej grupie. Wyodrębnienie stanów ostrzegawczych dla omawianej populacji pacjentów może stać się istotną pomocą podczas obierania kierunku pracy z osobami uzależnionymi. Dotyczy to zarówno pracy terapeuty, jak i pielęgniarki, lekarza czy też pracownika opieki społecznej. Spośród opisanych w literaturze czynników ryzyka można wyodrębnić kilka podstawowych grup (demograficzne, psychologiczne, społeczno-ekonomiczne itd.), z których każda wydaje się dotyczyć nieco innej sfery opieki nad pacjentem. Istotnym pozostaje ustalenie w każdej z nich kluczowych determinant, mających największe znaczenie dla zagrożenia samobójstwem. Poznanie siły wpływu rozmaitych okoliczności na prawdopodobieństwo odebrania sobie życia przez osobę uzależnioną od alkoholu pozwala bowiem na skoncentrowanie się na najskuteczniejszych aspektach profilaktyki. Nie mniej istotne pozostają determinanty niemodyfikowalne, których znajomość pomaga we właściwej ocenie pacjentów jako mniej lub bardziej zagrożonych samobójstwem. Znane z literatury dane mówiące o wpływie modelu spożywania alkoholu na ryzyko samobójstwa pozwalają na postawienie hipotezy o istnieniu wspólnych uwarunkowań odpowiedzialnych zarówno za ciężkość uzależnienia jak i ryzyko samobójstwa. Być może zatem modyfikacja czynników

wpływających na zagrożenie odebraniem sobie życia wpłynęłyby pozytywnie również na wyniki terapii, zwiększając szanse utrzymania abstynencji.

Ad. 2

Podczas analizy zachowań samobójczych opartej na próbach, nie zaś na samobójstwach dokonanych, równie istotnym co oszacowanie ryzyka podjęcia próby wydaje się ocena jej potencjalnej skuteczności. Zapobieganie śmierci (ratowanie życia) pacjenta czy też podopiecznego jest bowiem nadrzędnym celem osób sprawujących opiekę. Jak wspomniano we wprowadzeniu, wiele badań wskazuje na dodatnią korelację spożywania alkoholu przed próbą samobójczą z jej skutecznością. Wg De Jong'a wśród osób, które odebrały sobie życie odsetek będących pod wpływem alkoholu, jest dwukrotnie wyższy (52%) aniżeli wśród podejmujących próby o niskim ryzyku śmierci (25%) [131]. Warto w tym kontekście poddać analizie próby samobójcze podjęte przez osoby uzależnione w stanie intoksykacji. Spożycie alkoholu zwiększa bowiem groźbę skuteczności nie tylko poprzez wpływ na podejmowane działania, ale również w przypadku prób polegających na zamierzonym zatruciu, poprzez możliwe interakcje z przedawkowaną substancją. Wpływ alkoholu na ośrodkowy układ nerwowy skutkuje wzrostem poziomu impulsywności, a więc również nieplanowanych wcześniej działań, w tym samobójczych. Próby podejmowane pod wpływem alkoholu są często nieplanowane, a co za tym idzie trudne do przewidzenia – zarówno dla pacjenta, jak i terapeuty czy lekarza. Działania profilaktyczne stają się zatem jeszcze bardziej skomplikowane w tej grupie pacjentów. Świadomość przynależności do grupy szczególnego ryzyka mogłaby stać się dla pacjenta silną motywacją do intensywnej pracy nad utrzymaniem abstynencji.

Innym aspektem zagadnienia jest wskazanie takiej grupy wśród osób uzależnionych od alkoholu, która podejmuje próby samobójcze w okresie abstynencji. Jest to bowiem kolejna, szczególna populacja chorych uzależnionych, którzy wymagają interwencji; nie tylko w zakresie doskonalenia umiejętności powstrzymania się od spożywania alkoholu, ale również w innych sferach zwiększających ryzyko samobójcze.

Ad.3

Istnienie wśród osób uzależnionych podgrup o różnorodnej charakterystyce skłania do dostosowania do ich szczególnych potrzeb zarówno programów terapeutycznych jak i opieki psychiatrycznej. Umiejętność przewidywania zagrożeń, a także szacowanie ryzyka, na jakie narażony jest pacjent, stała się domeną wszystkich dziedzin medycyny. Koncentrowanie działań profilaktycznych na osobach z grup ryzyka wydaje się tego naturalną konsekwencją. Nie mniej jednak istnieją sfery, trudne do jednoznacznego opisanie i oszacowania. Jedną z nich są działania impulsywne, których ocena pozostaje jednym z przedmiotów tego badania. Nieplanowane próby samobójcze podejmowane pod wpływem alkoholu są wypadkową ostrej intoksykacji alkoholem etylowym oraz uwarunkowań psychologicznych, w tym poziomu impulsywności. Model picia alkoholu oraz jego negatywne konsekwencje zdają się mieć istotny wpływ na ryzyko targnięcia się na życie w stanie upojenia alkoholowego.

4. METODY BADAWCZE

4.1 Osoby badane

Niniejsze badanie zrealizowano w ramach międzynarodowego projektu „Nastrój i genetyka a wyniki leczenia problemów alkoholowych” prowadzonego w Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego we współpracy z Ośrodkiem Badań nad Uzależnieniami Uniwersytetu Michigan w latach 2003-2008, a następnie kontynuowanego w latach 2008-2011 jako projekt „Nastrój, czynność bioelektryczna mózgu i genetyka a wyniki leczenia problemów alkoholowych”. Badanie przedstawione w tej rozprawie przeprowadzono na grupie 364 pacjentów: 268 mężczyzn i 96 kobiet, w wieku od 20 do 76 lat (średnio 43,7 lat $\pm$ 9,9), leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu w ośrodkach terapii uzależnień. W badaniu uczestniczyło 330 pacjentów z dwóch oddziałów całodobowych (w Szpitalu Tworzkowskim i przy ul. Kolskiej 2/4 w Warszawie) oraz 34 osoby leczone w ośrodkach ambulatoryjnych: w Poradniach Terapii Uzależnienia przy ul. Solec 30a i w Alejach Jerozolimskich 47/3 („Petra”) w Warszawie. Do udziału w badaniu zaproszono wszystkich leczonych tam wówczas pacjentów. Proces kwalifikacji był każdorazowo poprzedzony spotkaniem informacyjnym opisującym charakter badania, jego cel, przebieg kolejnych etapów, a także zasady udziału pacjentów. Każdy uczestnik projektu wyraził świadomą zgodę na udział w badaniu. Dokumentacja wszystkich pacjentów była poufna, kodowana numerem placówki, w której przeprowadzono badanie oraz pierwszą literą imienia oraz dwoma początkowymi literami nazwiska pacjenta.

Pacjentów kwalifikowano do udziału w badaniu posługując się następującymi kryteriami:

Kryteria włączające:

1. Uzależnienie od alkoholu zdiagnozowane wg kryteriów klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV [44];
2. Wiek powyżej 18 roku życia;
3. Aktualny udział w terapii odwykowej;
4. Zapoznanie z programem i celami badania oraz podpisanie formularza świadomej zgody.

Kryteria wyłączające:

1. Brak spełnionych kryteriów diagnostycznych DSM-IV dla uzależnienia od alkoholu;
2. Wiek poniżej 18 roku życia;
3. Objawy schizofrenii lub zaburzeń afektywnych dwubiegunowych;
4. Objawy alkoholowego zespołu abstynencyjnego lub jego powikłań;
5. Aktualne leczenie współwystępujących zaburzeń psychicznych;
6. Zaburzenia uniemożliwiające współpracę z pacjentem:
 - zachowania zagrażające pacjentowi lub innym osobom
 - zaburzenia funkcji poznawczych. Ocena przy użyciu skali MMSE (*Mini-Mental State Examination*): poniżej 25 punktów [11].

4.2 Przebieg badań

Badanie odbywało się w ośrodkach terapeutycznych, w których leczeni byli uczestnicy. Na jego przeprowadzenie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej w Warszawie. Po zapoznaniu pacjentów z celem i przebiegiem badania

przeszkolone osoby przeprowadzały z pacjentami dokładny wywiad. Ustrukturyzowany kwestionariusz dotyczył używania alkoholu, środków psychoaktywnych, obecności chorób współistniejących i ich leczenia oraz historii medycznej. Podczas bezpośredniego wywiadu badano nastroj oraz myśli i tendencje samobójcze. Pacjenci otrzymywali do samodzielnego wypełnienia ankietę dotyczącą danych demograficznych, sytuacji ekonomicznej, rodzinnej, społecznej, przebytych chorób, używania alkoholu, dotychczasowej terapii uzależnienia. Przy pomocy kwestionariuszy samooceny uzyskano dane dotyczące cech osobowości pacjentów, obecności zaburzeń snu oraz poziomu impulsywności.

4.3 Narzędzia badawcze

1. **Kwestionariusz demograficzny**, oparty na *Substance Abuse Outcome Module (SAOM)* składający się z pytań dotyczących wykształcenia, sytuacji rodzinnej i ekonomicznej, więzi społecznych, doświadczenia wykorzystania seksualnego oraz przemocy fizycznej [132].
2. **Skala Depresji Becka** (*Beck Depression Inventory version II, BDI-II*), podstawowy kwestionariusz stosowany w celu oceny nasilenia i monitorowania obecności objawów depresyjnych [133]. Wersja polska została opracowana metodą symultanicznego tłumaczenia z języka angielskiego. Tekst tłumaczenia ponownie przełożono na język angielski w celu kontroli jego poprawności [134-136].
3. **Skala oceny klinicznej tendencji samobójczych** – zawierająca pytania o dokonane próby samobójcze – ich okoliczności, metody oraz liczbę, a także obecność myśli lub tendencji samobójczych w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie oraz w chwili badania.

4. **Skala Impulsywności Barratta** (*Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11*) 30-punktowa skala, oceniająca różne wymiary impulsywności, w której pacjenci samodzielnie określali częstość opisywanych zachowań: rzadko lub nigdy, czasami, często, zawsze [137].
5. **Test Stop-signal task** - test neuropsychologiczny służący ocenie kontroli hamowania reakcji przy pomocy interaktywnego programu komputerowego [138]. Badanie obejmowało dwa rodzaje prób: reakcji na bodziec i reakcji na sygnał stop. Reakcja na bodziec polegała na możliwie szybkim naciśnięciu określonego klawisza klawiatury w odpowiedzi na pojawiający się na ekranie znak. Reakcja stop polegała na powstrzymaniu się od naciśnięcia jakiegokolwiek klawisza, jeśli po pojawieniu się znaku (bodźca) pacjent usłyszał sygnał dźwiękowy. Latencja sygnału dźwiękowego wobec bodźca wzrokowego była zmienna - im dłuższa tym większa była trudność z zahamowaniem reakcji. Badanie obejmowało dwie sesje treningowe pozwalające pacjentom na zapoznanie się z działaniem programu, zaś w kolejnych sesjach wszystkie reakcje pacjenta były rejestrowane. W wyniku przeprowadzonego badania uzyskano dwie wartości: czas reakcji (Stop-signal Task GoRT) – (ms) od pojawienia się bodźca do naciśnięcia klawisza oraz czas hamowania reakcji (Stop-signal task StopRT). Czas hamowania reakcji jest wskaźnikiem funkcji wykonawczych. Dłuższy wskazuje na trudności w hamowaniu reakcji, tzn. wyższy poziom impulsywności.
6. **Kwestionariusz Oparcia Społecznego** (*Medical Outcomes Study Social Support Survey; MOSSSS*) [139] – inwentarz oceniający poziom oparcia społecznego pacjenta.
7. **Test Przesiewowy Uzależnienia od Alkoholu** (*Michigan Alcoholism Screening Test, MAST*), oceniający nasilenie uzależnienia od alkoholu w ciągu całego życia pacjenta [140].

8. **Kwestionariusz dotyczący używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych** – zawierający pytania dotyczące okoliczności, w jakich pojawiły się problemy z kontrolą picia alkoholu oraz oceniający używanie różnych substancji psychoaktywnych w okresie ostatnich 4 tygodni.
9. **Ateńska Skala Bezsenności (Athens Insomnia Scale, AIS)** – ośmiopunktowy kwestionariusz pozwalający pacjentowi na subiektywną ocenę problemów ze snem w okresie ostatnich 30 dni [141].
10. **Kwestionariusz Zaburzeń Snu (Sleep Disorders Questionnaire, SDQ-7)** - siedmiopunktowy kwestionariusz pozwalający pacjentowi na subiektywną ocenę problemów ze snem w ciągu ostatnich sześciu miesięcy. Kwestionariusz powstał z obszernego narzędzia SDQ [142] poprzez pozostawienie siedmiu kluczowych pytań [143].
11. **Krótki Inwentarz Objawów (Brief Symptom Inventory, BSI)**, 53–punktowa ankieta stosowana w celu oceny nasilenia objawów psychopatologicznych. W analizie używano Wskaźnika Ogólnej Ciężkości Objawów - (*General Severity Index, GSI*), który wylicza się sumując wartości uzyskane dla wszystkich punktów kwestionariusza i następnie dzieli przez liczbę wypełnionych punktów [144].
12. **Test Uzależnienia od Nikotyny Fagerstroma** – oceniający nasilenie objawów uzależnienia od nikotyny [145].
13. **NEO-FFI** – pięcioczynnikowy kwestionariusz oceniający cechy osobowości. Zbudowany z pięciu modułów badających poziom: neurotyczności, ekstrawersji, otwartości, zgodności i odpowiedzialności [146]. Pytania dotyczące impulsywności pochodzą z obszerniejszego, kwestionariusza osobowości **NEO-PI-R** (Revised NEO Personality Inventory) [146].
14. **Krótki Inwentarz Problemów (Short Inventory of Problems, SIP)**, 15–punktowy kwestionariusz oceniający niekorzystne następstwa picia alkoholu [147].

15. **MMSE** (*Mini-Mental State Examination*) - test przesiewowy oceny zaburzeń funkcji poznawczych. Składa się z trzydziestu pytań i poleceń, ocenia kilka wymiarów funkcji poznawczych: orientację w czasie i miejscu, zapamiętywanie, uwagę, liczenie, przypominanie, funkcje językowe, powtarzanie oraz wykonywanie czynności złożonych [11].

4.4 Analiza statystyczna

Analiza statystyczna ukierunkowana była na ocenę wpływu badanych zmiennych na ryzyko występowania zachowań samobójczych. W pierwszej kolejności oceniano związek zmiennych niezależnych - demograficznych, psychospołecznych, psychopatologicznych oraz przebiegu uzależnienia od alkoholu z podejmowaniem w przeszłości prób samobójczych (zmienna zależna). Kolejnym etapem było pogłębienie analizy pacjentów potwierdzających podjęcie w przeszłości próby samobójczej. Grupę tę podzielono w zależności od tego czy próba samobójcza miała miejsce podczas intensywnego picia czy też w okresie abstynencji. Następnie obydwie grupy porównano pomiędzy sobą. Analiza dotyczyła próby samobójczej uznanej przez badającego oraz pacjenta za najbardziej niebezpieczną i potencjalnie śmiertelną.

Przystąpienie do analizy statystycznej poprzedzono badaniem rozkładu zmiennych ciągłych i ich zgodności z rozkładem normalnym przy pomocy testu Kołmogorowa-Smirnowa. Zmienne mające rozkład normalny w badanej populacji analizowano przy użyciu testu t-Studenta; wyniki przedstawiano w postaci średniej arytmetycznej wraz z odchyleniem standardowym. Zmienne ciągłe, których rozkład nie był zgodny z rozkładem normalnym analizowane były testem Manna-Witney'a. Zgodnie z wynikiem testu Kołmogorowa-Smirnowa rozkład odbiegający od normalnego miały następujące zmienne: wiek, sumaryczny

wynik krótkiego inwentarza objawów BSI, wskaźnik ogólnego nasilenia objawów psychopatologicznych (wskaźnik GSI inwentarza BSI, nasilenie objawów somatyzacji, obsesyjno-kompulsywnych, depresyjnych oraz nasilenie objawów lękowych w inwentarzu BSI, poziom ekstrawersji (NEO-FFI), a także ciężkość uzależnienia (MAST), wiek rozpoczęcia szkodliwego używania alkoholu oraz liczba lat intensywnego picia. Dane uzyskane w wyniku ich analizy przedstawiono w postaci mediany i kwartyli, a także średniej arytmetycznej.

Analiza różnic częstości występowania zmiennych kategorycznych była przeprowadzona przy użyciu testu chi-kwadrat Pearsona. W celu porównania związku poszczególnych zmiennych z ryzykiem wystąpienia próby samobójczej, a w dalszym etapie z ryzykiem podjęcia próby samobójczej w okresie intensywnego picia przeprowadzono analizę wieloczynnikowej regresji logistycznej. Z uwagi na istotną eliminację analizowanych przypadków (z powodu pojedynczych braków danych) przed wykonaniem wieloczynnikowej regresji logistycznej dotyczącej ryzyka prób samobójczych uzupełniono brakujące dane przy pomocy średnich w programie SPSS 19. Procent wariancji badanej zależności, jaką można określić przy pomocy zaproponowanego modelu wyznaczono za pomocą współczynnika R^2 . Baza danych została utworzona w programie Microsoft Excel. Analizy statystyczne przeprowadzano w pakiecie PASW Statistics 19 (SPSS 19). Za istotne statystycznie uznano zależności, dla których wartość p wyniosła mniej niż 0,05.

5. WYNIKI

5.1 Charakterystyka ogólna badanej grupy

5.1.1 Dane demograficzne

W badaniu wzięły udział 364 osoby z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu. Mężczyźni stanowili 73,2% (268 pacjentów), a kobiety 26,8% (96 pacjentek) badanej grupy. Średnia wieku wyniosła $43,7 \pm 9,9$ lat. Najstarszy badany miał 76, najmłodszy 20 lat. Podstawowe dane demograficzne badanych pacjentów przedstawiono w tabeli 1. W czasie udziału w badaniu 137 (38,1%) pacjentów pracowało zawodowo, 222 (60,7%) pozostawało bez pracy, nie uzyskano danych dotyczących zatrudnienia pozostałych 5 pacjentów. Poziom wykształcenia nie różnił się istotnie w zależności od płci. Średnio wynosił on 12 lat nauki, co odpowiada ukończeniu szkoły średniej.

Struktura stanu cywilnego badanej grupy przedstawia się następująco: 159 (43,4%) pacjentów pozostawało w związku małżeńskim, 65 (17,8%) - deklarowało stan wolny, 23 (6,3%) żyło w konkubinacie, 25 (6,8%) w separacji, 75 (20,5%) osób było rozwiedzionych, a 16 (4,4%) owdowiałych. W związku małżeńskim lub partnerskim pozostawało 134 mężczyzn (50%) oraz 48 kobiet (50,5%). Mieszkanie we wspólnym gospodarstwie domowym z innymi osobami deklarowało 278 (76%) osób, a 65 (17,8%) mieszkało samotnie. Nie uzyskano danych dotyczących zamieszkania od pozostałych 21 pacjentów. Osoby bezdomne stanowiły 3,3% badanej grupy, a 63,3% (228 osób) deklarowało brak wystarczających środków do życia.

Tabela 1. Charakterystyka ogólna badanej grupy.

	Grupa badana n = 364	Kobiety n = 96 (26,8%)	Mężczyźni n = 268 (73,2%)	p*
Wiek (lata)	43,7 (± 9,9)	43,7 (± 9,3)	43,7(± 10,1)	0,997
Wykształcenie (liczba ukończonych klas)	12,1 (± 2,8)	12,0 (± 3,0)	12,2 (± 2,7)	0,637
W związku mażeńskim/partnerskim	182 (50%)	48 (50,5%)	134 (50%)	0,512
Dochody pokrywające potrzeby finansowe	132 (36,6%)	44 (46,6%)	88 (33,2%)	0,016
Zatrudnionych	137 (38,1%)	38 (41%)	99 (37%)	0,275

Wartości przedstawiono w kolumnach danych w postaci średniej ± odchylenie standardowe dla zmiennych ciągłych oraz liczby badanych (wraz z odsetkiem) dla zmiennych kategoriycznych.

* - wartości p wyliczono porównując grupy testem t-Studenta (zmienne ciągłe) lub Chi kwadrat (zmienne kategoriyczne).

5.1.2 Cechy przebiegu uzależnienia

Podstawowe dane dotyczące przebiegu uzależnienia badanych pacjentów przedstawiono w tabeli 2. Okres trwania uzależnienia od alkoholu pacjenci określali średnio na 19 lat (±10). Początek szkodliwego używania alkoholu przypadał średnio na 24. rok życia. Wśród mężczyzn obserwowano istotnie dłuższy okres szkodliwego używania alkoholu ($p<0,001$) i wcześniejszy początek uzależnienia ($p<0,001$) niż u kobiet. Ciężkość uzależnienia (MAST) ($p<0,001$) oraz jego negatywne konsekwencje (SIP) ($p=0,006$) były istotnie większe w grupie mężczyzn. Do chwili badania 51,9% (190 pacjentów) nie podejmowało żadnej formy leczenia odwykowego. Problem alkoholowy u członków rodziny potwierdziły 223 osoby (60,9%).

Tabela 2. Cechy przebiegu uzależnienia w badanej grupie.

	Grupa badana n = 364	Kobiety n = 96 (26,8%)	Mężczyźni n = 268 (73,2%)	p*
Wiek, w jakim rozpoczęło się szkodliwe używanie alkoholu (lata)	24,3 (± 9,2)	29,4 (± 11,3)	22,5 (± 7,7)	p<0,001
Czas trwania intensywnego picia (lata)	19,2 (± 10,1)	14,1 (± 8,4)	21,1 (± 10,1)	p<0,001
Ciężkość uzależnienia (MAST)	34,3 (± 9,3)	28,8 (± 10,1)	36,2 (± 8,2)	p<0,001
Krótki inwentarz problemów (SIP)	23,6 (± 10,9)	21 (± 10,8)	24,5 (± 10,8)	p=0,006

MAST – *Michigan Alcohol Screening Test* - test przesiewowy uzależnienia od alkoholu,

SIP – *Short Inventory of Problems* – krótki inwentarz problemów.

Wartości przedstawiono w kolumnach danych w postaci średniej ± odchylenie standardowe.

* - wartości p wyliczono porównując grupy testem t-Studenta.

5.2 Porównanie pacjentów potwierdzających próbę samobójczą w przeszłości z osobami negującymi zachowania samobójcze

Spośród 364 pacjentów uczestniczących w badaniu, 117 (32,14%) deklarowało podejmowanie w przeszłości próby samobójczej. Analizowano potencjalne czynniki ryzyka zachowań samobójczych w badanej grupie, otrzymane wyniki przedstawiono w poniższych tabelach. Z uzyskanych danych wynika, że grupa pacjentów potwierdzająca próbę samobójczą w przeszłości różniła się istotnie od grupy bez wywiadu zachowań samobójczych w zakresie zmiennych demograficznych oraz psychospołecznych, a także przebiegu uzależnienia, przebytego leczenia psychiatrycznego, obecności objawów psychopatologicznych, czynników psychologicznych i poziomu impulsywności. W dalszej

kolejności szczegółowej analizie poddano próbę, którą zarówno pacjent jak i osoba badająca uznali za niosącą największe ryzyko zgonu.

5.2.1 Związek czynników demograficznych z ryzykiem próby samobójczej

Osoby deklarujące w przeszłości podejmowanie prób samobójczych były w chwili badania istotnie statystycznie młodsze niż osoby bez prób w wywiadzie (Tabela 3) ($p=0,003$). Średnia wieku osób z wywiadem samobójczym wynosiła 41,42 lata (mediana 42), podczas gdy średni wiek w grupie bez zachowań samobójczych wynosił 44,85 lat (mediana 46). Kobiety stanowiły 27,3% wśród pacjentów potwierdzających próby samobójcze w wywiadzie i 25,9% w grupie negującej zachowania samobójcze. Obserwowana różnica w liczbie kobiet nie była istotna statystycznie.

Tabela 3. Porównanie liczby badanych, którzy podejmowali w przeszłości próby samobójcze z badanym negującymi próbę samobójczą w zależności od płci i wieku.

	Próba samobójcza w wywiadzie n = 117	Bez próby samobójczej n = 247	p*
Płeć (kobiety)	32 (27,3%)	64 (25,9%)	0,8
Wiek	41,4 ($\pm 9,6$)	44,8 ($\pm 9,9$)	0,003

Wartości przedstawiono w kolumnach danych w postaci średniej $\pm$ odchylenie standardowe dla zmiennych ciągłych oraz liczby badanych (wraz z odsetkiem) dla zmiennych kategoriycznych.

* - wartości p wyliczono porównując grupy testem t-Studenta (zmienne ciągłe) lub Chi kwadrat (zmienne kategoriyczne).

5.2.2 Związek czynników psychospołecznych i rodzinnych z ryzykiem próby samobójczej

Analizując czynniki psychospołeczne w porównywanych grupach (Tabela 4.), stwierdzono istotną statystycznie korelację pomiędzy doświadczeniem wykorzystania

seksualnego przed uzyskaniem pełnoletności a występowaniem w późniejszym okresie prób samobójczych (Ryc. 3). Wśród pacjentów deklarujących podejmowanie prób 14,6% stanowiły osoby wykorzystywane seksualnie w dzieciństwie, podczas gdy wśród negujących próby samobójcze było ich 5,6% ($p=0,008$).

Kolejnym czynnikiem, który okazał się być związany z występowaniem próby samobójczej były zachowania samobójcze w rodzinie pacjenta (Ryc.4). Wśród badanych podejmujących próby 23,1% stanowiły osoby potwierdzające samobójstwo lub próbę samobójczą u krewnych, podczas gdy w grupie negującej zachowania samobójcze stanowiły one 10,5% ($p=0,002$).

W badanej populacji osób uzależnionych od alkoholu 228 osób deklarowało brak wystarczających środków do życia. Zmienna ta okazała się być jednym z istotnych czynników różnicujących grupy porównywane pod względem wywiadu prób samobójczych (Ryc. 5.). Osoby deklarujące w chwili badania brak wystarczających środków do życia stanowiły 76,9% grupy z próbą samobójczą w wywiadzie oraz 56% grupy negującej próbę ($p<0,001$). Oceny związku środowiska pacjentów z ryzykiem podjęcia próby samobójczej dokonano analizując poziom oparcia społecznego oraz wsparcia emocjonalnego, na jakie mogą liczyć. Osoby badane, które podejmowały próby samobójcze deklarowały istotnie niższy poziom oparcia społecznego niż pacjenci, którzy nie próbowali nigdy odebrać sobie życia. Średnia liczba punktów w skali MOSSSS oceniającej subiektywne poczucie oparcia społecznego wyniosła 57,2 ($\pm 19,7$) wśród potwierdzających próbę i 63,1 ($\pm 17,3$) wśród negujących ($p=0,009$). W podskali MOSSSS oceniającej wsparcie emocjonalne i poznawcze pacjenci z próbą samobójczą w wywiadzie uzyskali istotnie mniej punktów niż negujący próbę: 24,31 ($\pm 8,68$) vs. 27,08 ($\pm 7,67$); $p=0,004$. Analiza wieloczynnikowej regresji logistycznej (Tabela 5) wykazała, iż wśród badanych czynników psychospołecznych i rodzinnych doświadczenie

przemocy seksualnej, samobójstwo lub próba samobójcza w rodzinie oraz relacjonowany brak wystarczających środków do życia najistotniej wpływały na ryzyko prób samobójczych u pacjentów ($r^2 = 0,118$). Osoby wykorzystywane seksualnie przed osiągnięciem pełnoletności miały niemal trzykrotnie większe ryzyko próby samobójczej niż pacjenci negujący takie doświadczenia (OR=2,741; 95% CI: 1,221-6,154; $p=0,015$). Wywiad rodzinny potwierdzający zachowania samobójcze zwiększał ryzyko ponad dwukrotnie (OR= 2,023 95%CI: 1,071-3,819; $p=0,03$). Pacjenci relacjonujący brak wystarczających środków do życia ponad dwukrotnie częściej potwierdzali podejmowanie prób samobójczych aniżeli ci, którzy mieli w swojej ocenie wystarczające zasoby finansowe (OR=2,257; 95%CI: 1,339-3,803; $p=0,002$).

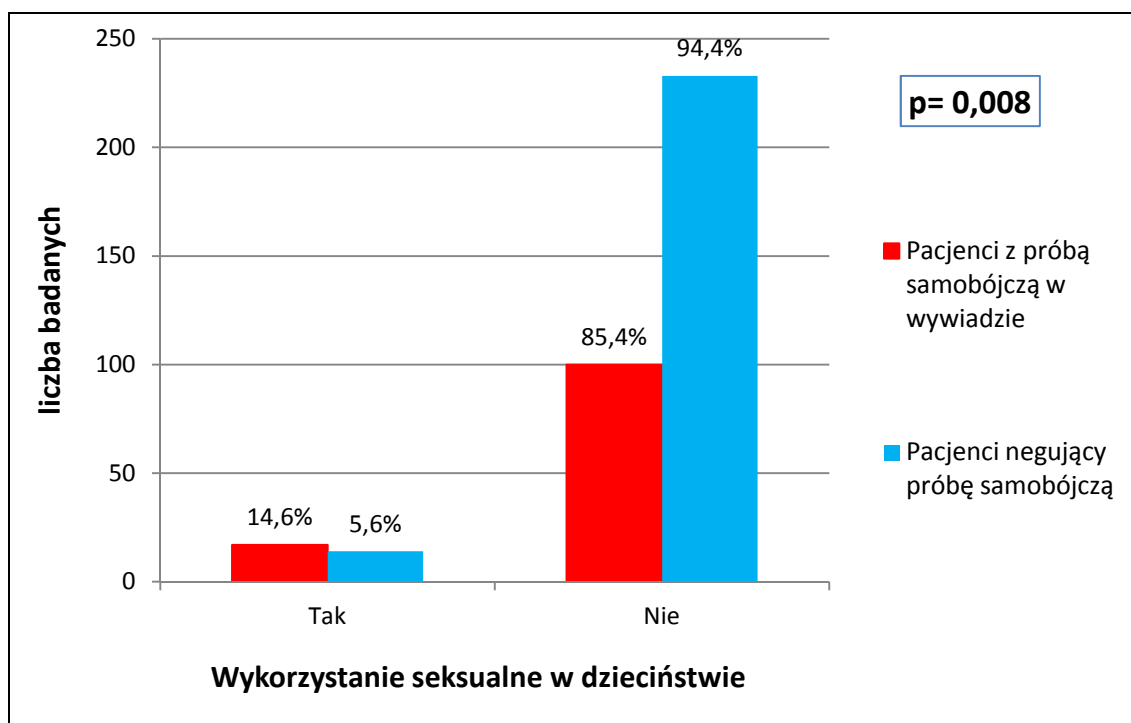
Tabela 4. Związek czynników psychospołecznych i rodzinnych z ryzykiem próby samobójczej.

	Próba samobójcza w wywiadzie N=117	Bez próby samobójczej N=247	p*
Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie	17 (14,6%)	14 (5,6%)	0,008
Samobójstwo w rodzinie	27 (23,1%)	26 (10,5%)	0,002
Brak wystarczających środków do życia	90 (76,9%)	138 (56%)	<0,001
Poziom oparcia społecznego MOSSSS	57,26 (+/-19,77)	63,15 (+/- 17,34)	0,009
Wsparcie emocjonalne i poznawcze	24,31 (+/- 8,68)	27,08(+/- 7,67)	0,004

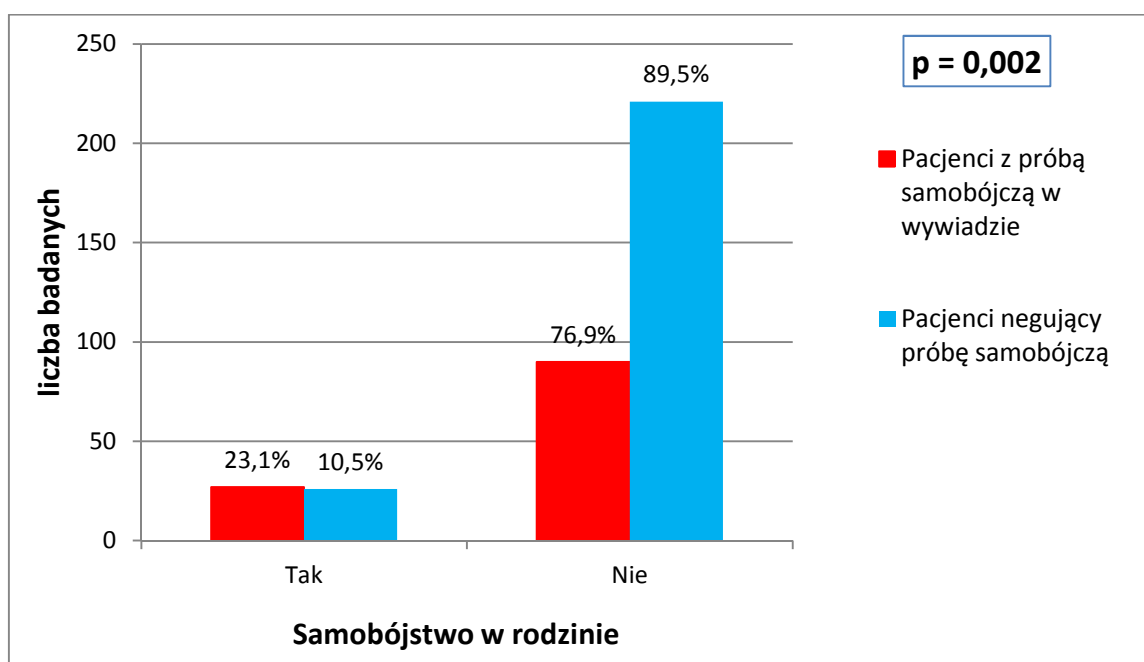
MOSSSS – Kwestionariusz Oparcia Społecznego.

Wartości przedstawiono w kolumnach danych w postaci średniej +/- odchylenie standardowe dla zmiennych ciągłych oraz liczby badanych (wraz z odsetkiem) dla zmiennych katerycznych.

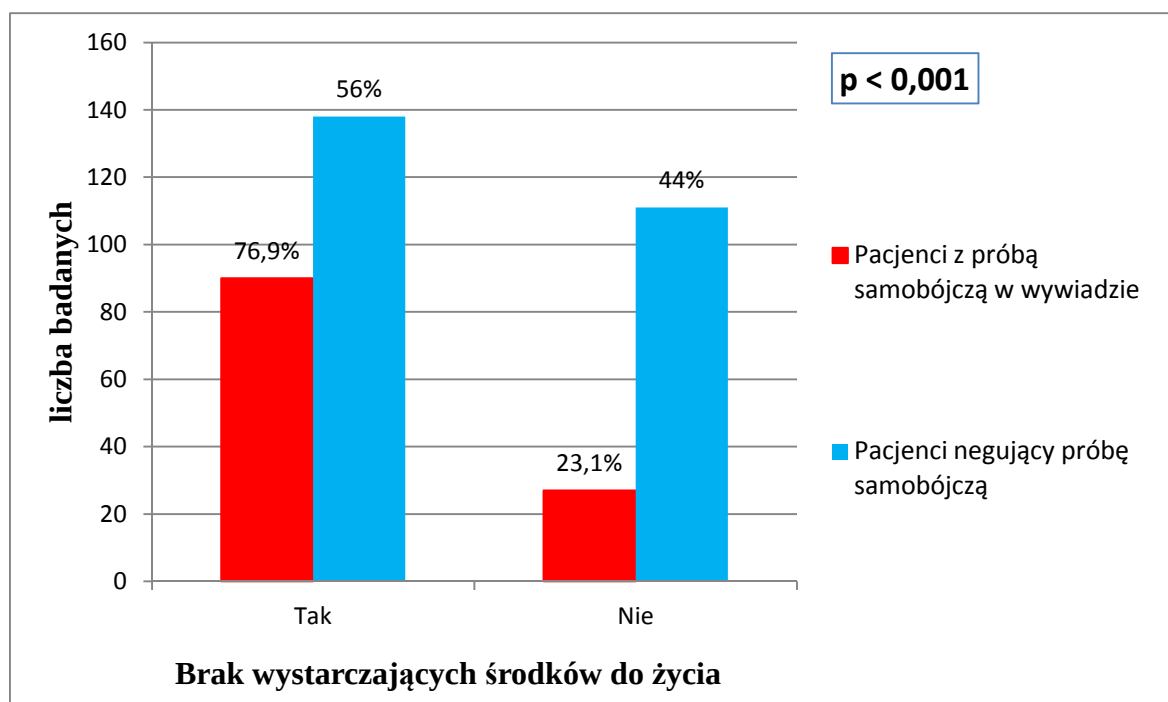
* - wartości p wyliczono porównując grupy testem t-Studenta (zmienne ciągłe) lub Chi kwadrat (zmienne kateryczne).



Ryc. 3. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a doświadczeniem wykorzystania seksualnego.



Ryc. 4. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a obecnością zachowań samobójczych w rodzinie.



Ryc. 5. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a sytuacją ekonomiczną.

Tabela 5. Analiza związku czynników psychospołecznych i rodzinnych z ryzykiem próby samobójczej.

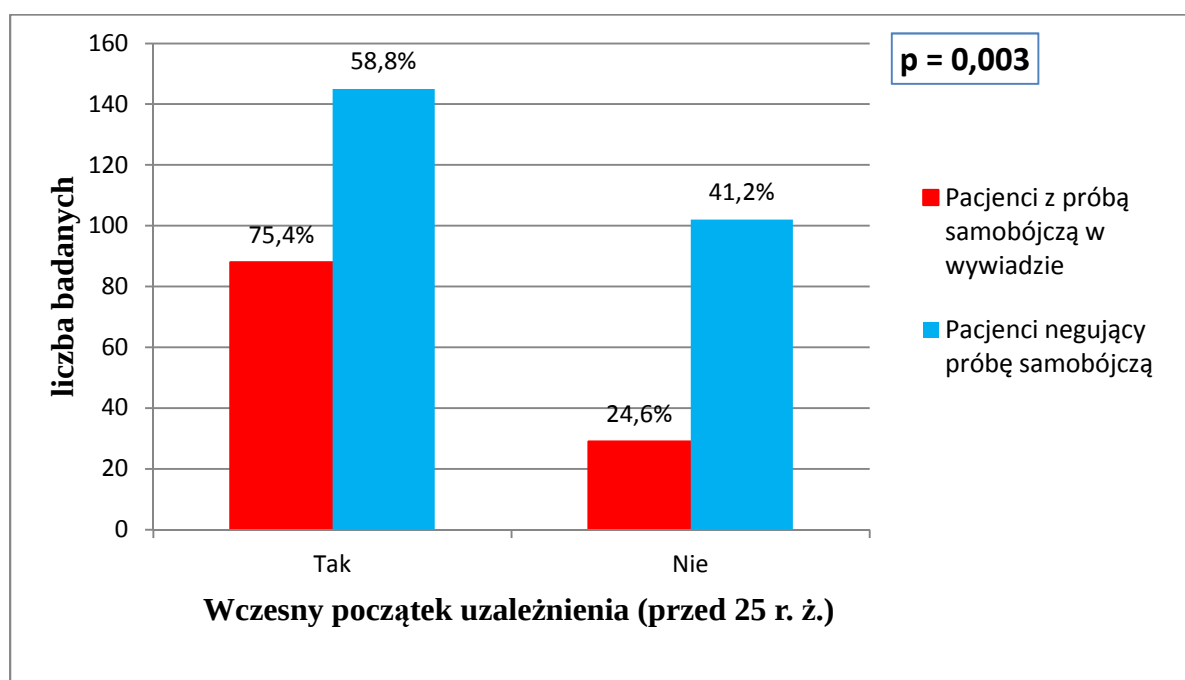
	OR (95% CI)	P
Poziom oparcia społecznego MOSSSS	1,019 (0,973 – 1,066)	0,431
Wsparcie emocjonalne i poznawcze MOSSSS	0,933 (0,842 - 1,034)	0,188
Wykorzystanie seksualne przed 18 rokiem życia	2,741 (1,221 - 6,154)	0,015
Brak wystarczających środków do życia	2,257 (1,339 - 3,802)	0,002
Samobójstwo lub próba samobójcza w rodzinie	2,023 (1,071 - 3,819)	0,030

MOSSSS – Kwestionariusz Oparcia Społecznego.

Model: Pseudo r^2 (Nagelkerke) = 0,118; $\chi^2=31,529$; $df = 5$; $p < 0,001$.

5.2.3 Związek przebiegu i konsekwencji uzależnienia z ryzykiem próby samobójczej

Model picia alkoholu obserwowany w badanej populacji uzależnionych okazał się pozostawać w istotnym związku z podejmowaniem prób samobójczych (Tabela 6). Wczesny początek uzależnienia (*early onset alcoholism*), definiowany jako rozpoczynający się przed 25 rokiem życia, towarzyszył znamienne większemu prawdopodobieństwu podjęcia próby samobójczej wśród badanych pacjentów (Ryc. 6). Osoby deklarujące, że do rozwoju uzależnienia doszło u nich przed ukończeniem 25 roku życia, stanowiły 75,4% w grupie z próbą samobójczą w wywiadzie i 58,8% w grupie negującej próbę (p=0,003).



Ryc. 6. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a wiekiem rozwoju uzależnienia.

Obserwacja ta pozostaje w zgodzie z kolejnym spostrzeżeniem. Średni wiek rozpoczęcia szkodliwego używania alkoholu wyniósł 21,3 lat (mediana 19) u osób z próbą samobójczą, a 25,6 lat (mediana 22) u osób bez próby (p<0,001). W toku dalszej analizy okazało się, że fakt podjęcia próby samobójczej nie jest skorelowany w sposób statystycznie

istotny z intensywnością picia alkoholu. W badanej populacji zaobserwowano niewielkie różnice w tym zakresie: liczba lat intensywnego picia u pacjentów z wywiadem próby samobójczej wynosiła średnio 19,6 roku (mediana = 19), podczas gdy w grupie negującej próbę 19,15 roku (mediana = 18). Ciężkość uzależnienia oraz jego negatywne konsekwencje mierzone za pomocą skali MAST różniły się istotnie między opisywanymi grupami. Pacjenci, którzy w przeszłości próbowali odebrać sobie życie uzyskiwali w skali MAST istotnie więcej punktów niż pacjenci bez próby samobójczej w wywiadzie. Średnia liczba punktów w pierwszej grupie wyniosła 36,9 (mediana = 39), natomiast w drugiej 33,1 (mediana = 34) ($p < 0,001$). W badanej grupie osób uzależnionych od alkoholu zaobserwowano ponadto istotny związek pomiędzy nasileniem negatywnych konsekwencji picia a występowaniem w wywiadzie prób samobójczych. Pacjenci deklarujący próby uzyskiwali w Krótkim Inwentarzu Problemów (SIP) średnio 26 punktów (mediana = 28), podczas gdy średnia u pozostałych pacjentów wynosiła 22,4 (mediana = 23,5) ($p = 0,003$). Analizowane grupy nie różniły się istotnie pod względem występowania uzależnienia od nikotyny.

Tabela 6. Związek przebiegu i konsekwencji uzależnienia z ryzykiem próby samobójczej.

	Próba samobójcza w wywiadzie n = 117	Bez próby samobójczej n = 247	p*
Ciężkość uzależnienia od alkoholu (MAST)	36,91 ($\pm$ 9,28) 39 (31; 43,5)	33,09 ($\pm$ 9,19) 34 (27; 40)	<0,001
Wiek rozpoczęcia szkodliwego używania alkoholu	21,36 ($\pm$ 7,7) 19 (16; 24,25)	25,6 ($\pm$ 9,6) 22 (19; 30)	<0,001
Liczba lat intensywnego picia	19,6 ($\pm$ 9,5) 19 (12; 28)	19,15 ($\pm$ 10,46) 18 (11; 28)	0,612
Krótki inwentarz problemów (SIP)	26,01 ($\pm$ 10,78) 28 (19; 34)	22,49 ($\pm$ 10,85) 23,5 (15; 31)	0,003

MAST – *Michigan Alcohol Screening Test* - test przesiewowy uzależnienia od alkoholu, SIP – *Short Inventory of Problems* – krótki inwentarz problemów.

Wartości przedstawiono w kolumnach danych w postaci średniej $\pm$ odchylenie standardowe oraz mediany i kwartyli. * - wartości p wyliczono porównując grupy testem Manna-Whitney'a.

Tabela 7. Analiza znaczenia przebiegu i konsekwencji uzależnienia dla ryzyka próby samobójczej.

	OR (95% CI)	p
Cieężkość uzależnienia od alkoholu (MAST)	1,027 (0,999 - 1,057)	0,063
Liczba lat intensywnego picia	0,978 (0,953 - 1,004)	0,100
Wiek początku uzależnienia	0,948 (0,915 - 0,982)	0,003
Obecność problemów związanych z piciem (SIP)	1,019 (0,996 - 1,043)	0,111

MAST – test przesiewowy uzależnienia od alkoholu, SIP – krótki inwentarz problemów.
Model: Pseudo r^2 (Nagelkerke) = 0,103; $\chi^2 = 26,881$; $df = 4$; $p < 0,001$.

Analiza wieloczynnikowej regresji logistycznej wykazała (Tabela 7), iż spośród ocenianych czynników charakteryzujących model używania alkoholu ($r^2=0,103$), wiek początku uzależnienia okazał się mieć najsilniejszy związek z ryzykiem próby samobójczej. Każdy rok opóźnienia pojawienia się problemów z piciem zmniejszał szansę podjęcia próby samobójczej o 5% (OR = 0,948 95%CI: 0,915-0,982, $p=0,003$).

5.2.4 Związek zaburzeń psychicznych i leczenia psychiatrycznego z ryzykiem próby samobójczej.

Pacjenci leczeni z powodu zaburzeń psychicznych w przeszłości istotnie częściej podejmowali próby samobójcze niż osoby nigdy nieleczone psychiatrycznie ($p<0,001$) (Tabela 8; Ryc. 8). Analogicznych wyników dostarczyła analiza dotycząca wywiadu leczenia zaburzeń depresyjnych ($p<0,001$; Ryc. 9). Wśród pacjentów po próbie samobójczej 30,7% deklarowało przebyte leczenie psychiatryczne, a 26,5% było leczonych z powodu depresji, podczas gdy w grupie negującej zachowania samobójcze stanowili oni odpowiednio 13% i 11,4%. Również historia leczenia uzależnienia korelowała z deklarowanymi próbami samobójczymi (Ryc.7). Pacjenci będący uczestnikami AA stanowili 89,5% pacjentów podejmujących próby samobójcze i 78,2% osób negujących je ($p=0,012$). Średni wiek

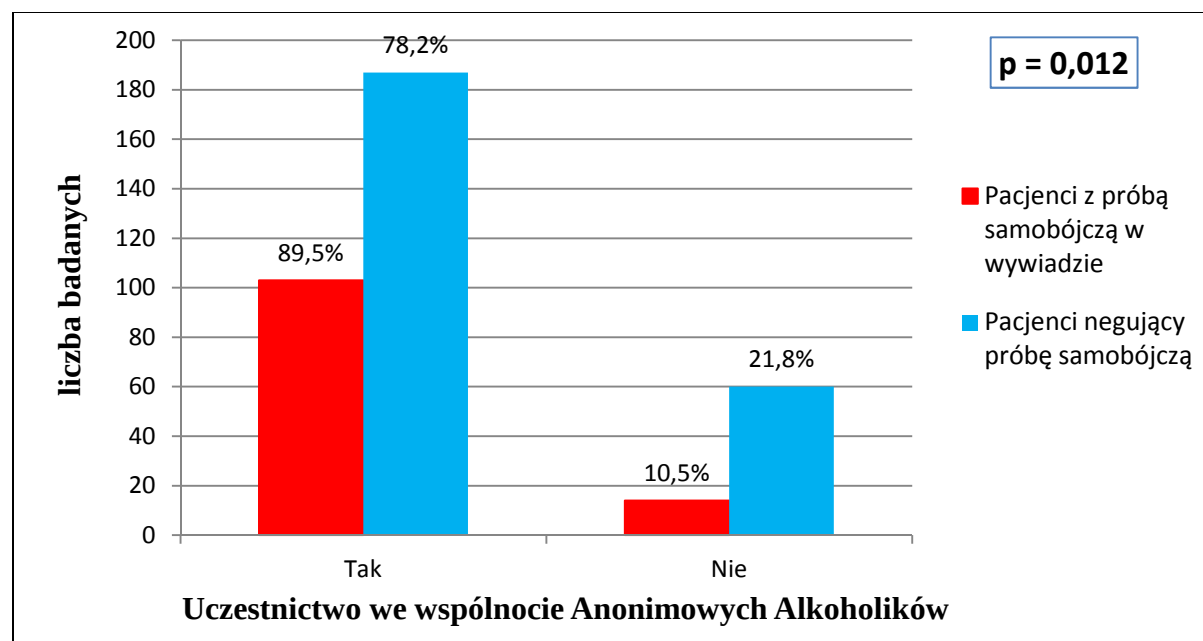
pojawienia się myśli samobójczych (u 128 pacjentów) wynosił 27 ($\pm$ 10) lat wśród osób potwierdzających próby samobójcze oraz 37 ($\pm$ 12) lat wśród negujących takie zachowania.

Tabela 8. Związek zaburzeń psychicznych i leczenia psychiatrycznego z ryzykiem próby samobójczej.

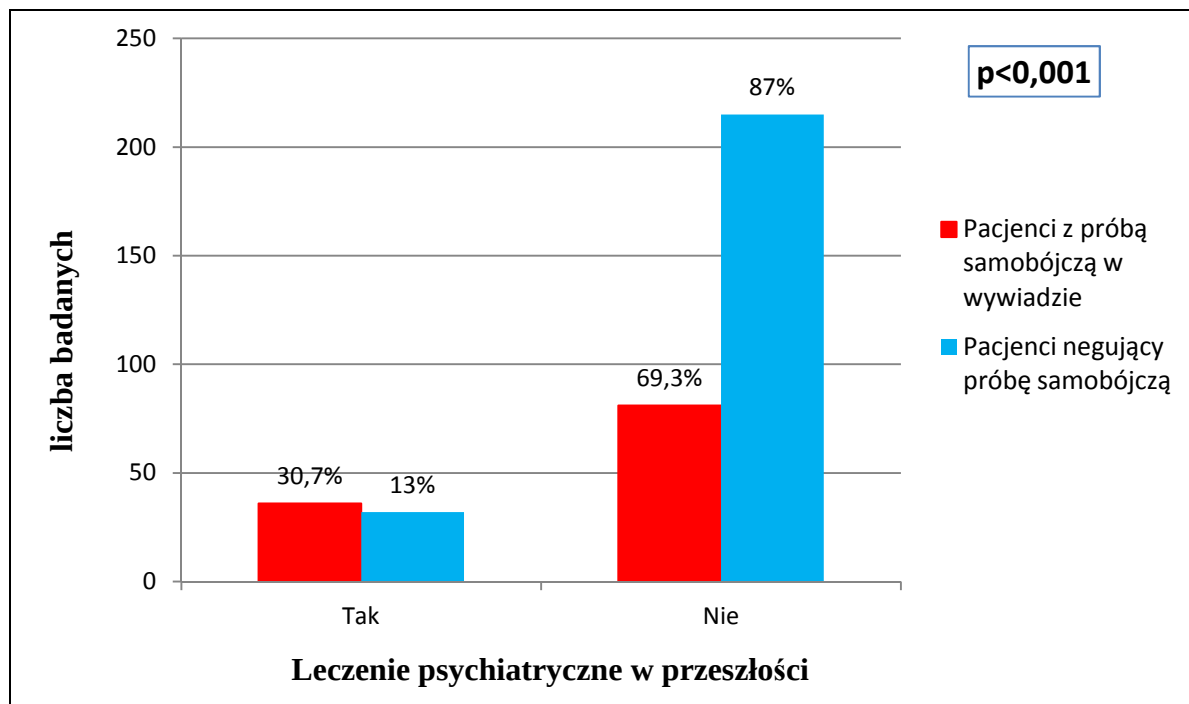
	Próba samobójcza w wywiadzie n = 117	Bez próby samobójczej n = 247	p*
Uczestnictwo w AA	103 (89,5%)	187 (78,2%)	0,012
Leczenie psychiatryczne w przeszłości	36 (30,7%)	32 (13%)	<0,001
Leczenie z powodu depresji w przeszłości	31(26,5%)	28(11,4%)	<0,001
Wiek pojawienia się pierwszych myśli samobójczych (n = 128)	27 ($\pm$ 10)	37 ($\pm$ 12)	0,001

Wartości przedstawiono w kolumnach danych w postaci średniej $\pm$ odchylenie standardowe dla zmiennych ciągłych oraz liczby badanych (wraz z odsetkiem) dla zmiennych kategoriycznych.

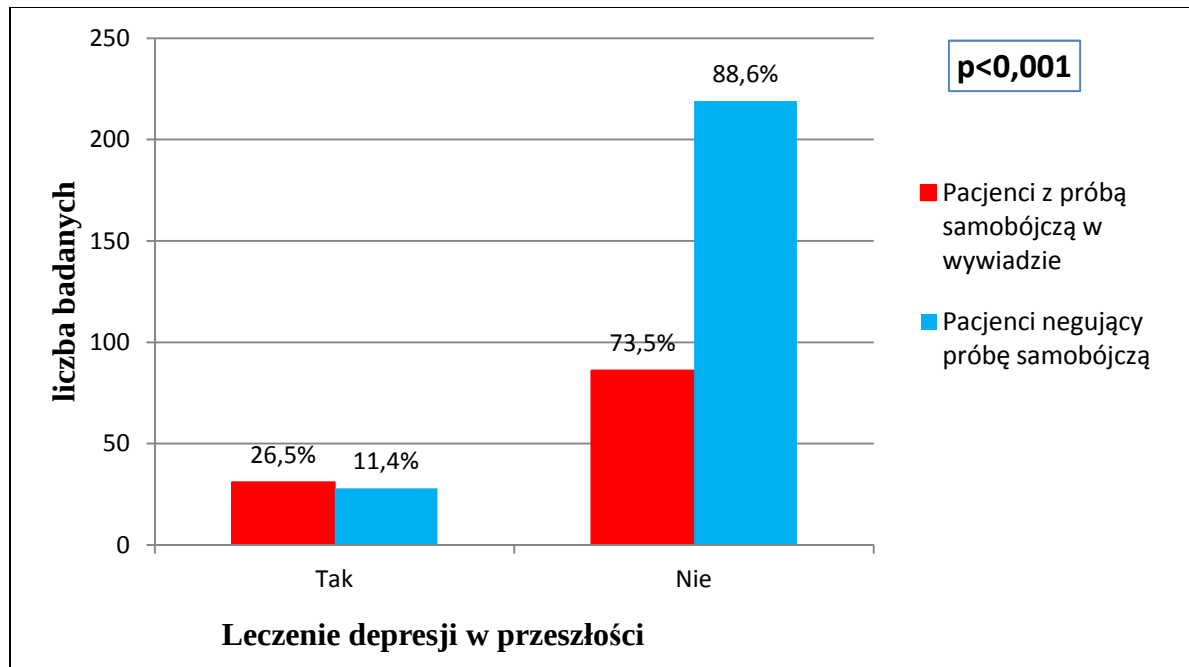
* - wartości p wyliczono porównując grupy testem t-Studenta (zmienne ciągłe) lub Chi kwadrat (zmienne kategoriyczne).



Ryc. 7. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a uczestnictwem we wspólnocie Anonimowych Alkoholików.



Ryc. 8. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a leczeniem psychiatrycznym w wywiadzie.



Ryc. 9. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a leczeniem depresji w wywiadzie.

Tabela 9. Analiza związku zaburzeń psychicznych i leczenia psychiatrycznego z wywiadem próby samobójczej.

	OR (95% CI)	p
Wiek pojawienia się pierwszych myśli samobójczych	0,938 (0,898 – 0,981)	0,005
Leczenie psychiatryczne w wywiadzie	0,171 (0,013 – 2,193)	0,175
Leczenie depresji w wywiadzie	0,938 (0,120 – 7,343)	0,951
Udział w spotkaniach AA w wywiadzie	0,724 (0,164 – 3,188)	0,669

Model: Pseudo r^2 (Nagelkerke) = 0,209; $\chi^2 = 16,025$; $df = 4$; $p = 0,003$.

Wieloczynnikowa regresja logistyczna analizująca istotność związku zaburzeń psychicznych i leczenia psychiatrycznego ($r^2=0,209$) z ryzykiem podejmowania prób samobójczych wykazała istotne znaczenie jedynie wieku pojawienia się pierwszych myśli samobójczych (Tabela 9). Na każdy rok opóźnienia pojawienia się myśli samobójczych obserwowano redukcję ryzyka próby samobójczej o 6% (OR = 0,938; 95%CI: 0,898-0,981; $p=0,005$).

5.2.5 Związek objawów psychopatologicznych i czynników psychologicznych z ryzykiem próby samobójczej

Analiza danych uwidoczniła istotny statystycznie związek pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych a próbami samobójczymi w wywiadzie. Pacjenci relacjonujący zachowania samobójcze uzyskiwali w chwili badania średnio 75,53 punkty (mediana = 71) w skali BSI w porównaniu do 45,93 punktów (mediana = 35) w grupie osób bez wywiadu w kierunku zachowań samobójczych ($p<0,001$). Podobne wyniki przyniosło porównanie wskaźników ogólnego nasilenia objawów psychopatologicznych (GSI): w grupie z wywiadem samobójczym pacjenci uzyskali średnio 1,42 (mediana = 1,33), natomiast pozostali - 0,87 (mediana = 0,66) ($p<0,001$).

W dalszej kolejności analizie poddano poszczególne grupy objawów psychopatologicznych. Istotne statystycznie różnice uzyskano porównując nasilenie objawów somatyzacji, depresji, lęku oraz obsesyjno-kompulsywnych. W badanej grupie uwidoczniono znamienne statystycznie korelację pomiędzy próbami samobójczymi w przeszłości a większym nasileniem objawów somatyzacji (średnia: 0,94 vs 0,58 punktu; mediana: 0,71 vs 0,28) w porównaniu do pacjentów negujących próbę ($p < 0,001$). Zgodnie z wynikami podskali depresji kwestionariusza BSI, objawy depresyjne były bardziej nasilone w grupie z wywiadem próby samobójczej (średnia: 1,74 vs 1,02; mediana 1,5 vs 0,83; $p < 0,001$). Analogiczne wyniki uzyskano porównując nasilenie objawów depresyjnych w skali depresji Becka - średnia w grupie z wywiadem próby samobójczej wynosiła 23,98, podczas gdy pozostali badani uzyskiwali średnio 16,37 ($p < 0,001$).

Badani z próbą samobójczą w wywiadzie uzyskiwali także więcej punktów w podskali lęku BSI (średnia: 1,5 vs 0,89; mediana: 1,33 vs 0,66; $p < 0,001$). W części inwentarza BSI dotyczącej objawów obsesyjno-kompulsywnych uczestnicy badania deklarujący próbę samobójczą w wywiadzie uzyskiwali średnio 1,78 punktu (mediana = 1,83), podczas gdy osoby negujące zachowania samobójcze uzyskiwały średnio 1,15 punktu (mediana = 0,91) ($p < 0,001$). Analiza korelacji czynników psychologicznych z próbami samobójczymi (Tabela 10.) u badanych pacjentów wykazała, iż osoby deklarujące próby samobójcze w wywiadzie prezentowały się bardziej neurotycznie i mniej ekstrawertywnie, wykazując jednocześnie wyższą wrażliwość interpersonalną niż pozostali badani. W podskali inwentarza pięcioczynnikowego NEO-FFI oceniającej wrażliwość interpersonalną pacjenci z próbą samobójczą w wywiadzie uzyskali średnio 1,71 ($\pm 1,06$), podczas gdy negujący próbę - 1,01 ($\pm 0,92$) ($p < 0,001$). Średni poziom neurotyczności w skali NEO-FFI wynosił 30,68 ($\pm 7,38$) u podejmujących próbę vs. 25,41 ($\pm 7,43$) u pozostałych badanych ($p < 0,001$).

Poziom ekstrawersji różnicował istotnie porównywane grupy pacjentów. Pacjenci deklarujący próbę samobójczą uzyskiwali średnio 23,9 ($\pm$ 6,9) zaś negujący - 25,77 ($\pm$ -6,6) ($p=0,025$).

Tabela 10. Związek objawów psychopatologicznych i wymiarów osobowości z ryzykiem próby samobójczej.

	Próba samobójcza w wywiadzie n = 117	Bez próby samobójczej n = 247	p*
Krótki Inwentarz Objawów (BSI)	75,53 ($\pm$ 44,49) 71 (44; 104,5)	45,93 ($\pm$ 38,84) 35 (15; 60,75)	<0,001
Wskaźnika Ogólnego Nasilenia Objawów (GSI)	1,42 ($\pm$ 0,84) 1,33 (0,83; 1,97)	0,87 ($\pm$ 0,73) 0,66 (0,28; 1,16)	<0,001
Nasilenie objawów somatyzacji (BSI)	0,94 ($\pm$ 0,87) 0,71 (0,28; 1,57)	0,58 ($\pm$ 0,73) 0,28 (0,0; 0,71)	<0,001
Nasilenie objawów obsesyjno-kompulsywnych (BSI)	1,78 ($\pm$ 1,05) 1,83 (0,91; 2,50)	1,15 ($\pm$ 0,92) 0,91 (0,50; 1,66)	<0,001
Nasilenie objawów depresyjnych (BSI)	1,74 ($\pm$ 1,09) 1,50 (0,83; 2,66)	1,02 ($\pm$ 0,87) 0,83 (0,33; 1,5)	<0,001
Nasilenie objawów depresyjnych (BDI-II)	23,98 ($\pm$ 12,12)	16,37 ($\pm$ 10,26)	<0,001
Nasilenie objawów lęku (BSI)	1,5 ($\pm$ 0,96) 1,33 (0,66; 2,16)	0,89 ($\pm$ 0,86) 0,66 (0,33; 1,33)	<0,001
Wrażliwość interpersonalna (BSI)	1,71 ($\pm$ 1,06)	1,01 ($\pm$ 0,92)	<0,001
Neurotyczność (NEO-FFI)	30,68 ($\pm$ 7,38)	25,41 ($\pm$ 7,43)	<0,001
Ekstrawersja (NEO-FFI)	23,9 ($\pm$ 6,9) 24,5 (18,25; 28)	25,77 ($\pm$ 6,6) 26 (22; 30)	0,025

Wartości w tabeli przedstawiono pod postacią średniej ($\pm$ OS) dla zmiennych o rozkładzie normalnym oraz średniej ($\pm$ OS), mediany i kwartyli dla zmiennych o rozkładzie innym niż normalny. * - wartości p wyliczono porównując grupy testem t-Studenta lub Manna-Whitney'a.

BSI - Krótki Inwentarz Objawów; GSI - Wskaźnik Ogólnego Nasilenia Objawów inwentarza BSI; BDI-II – Skala depresji Becka; NEO-FFI – NEO - Five Factor Inventory – pięcioczynnikowy inwentarz osobowości.

Analiza metodą regresji logistycznej porównywanych czynników psychopatologicznych i psychologicznych wykazała, iż poziom neurotyczności określany przy pomocy kwestionariusza pięcioczynnikowego NEO-FFI miał najsilniejszy związek z podjęciem próby samobójczej przez pacjentów ($r^2=0,187$; Tabela 11). Wzrostowi poziomu neurotyczności towarzyszył wzrost prawdopodobieństwa próby samobójczej o 5% na każdy dodatkowy punkt uzyskany w kwestionariuszu (OR=1.05; 95% CI: 1,007-1,099). Wpływ pozostałych czynników okazał się być mniej znaczący.

Tabela 11. Analiza związku objawów psychopatologicznych i czynników osobowościowych z ryzykiem próby samobójczej.

	OR (95% CI)	p
Objawy depresyjne (BDI-II)	1,025 (0,996 – 1,055)	0,088
Poziom neurotyczności (NEO-FFI)	1,052 (1,007 – 1,099)	0,022
Poziom ekstrawersji (NEO-FFI)	1,033 (0,963 – 1,045)	0,876
Ogólne nasilenie objawów psychopatologicznych (GSI)	2,821 (0,823 – 9,663)	0,099
Objawy somatyzacji (BSI)	0,756 (0,439 – 1,301)	0,313
Objawy obsesyjno-kompulsywne (BSI)	0,835 (0,472 – 1,477)	0,535
Objawy lękowe (BSI)	0,821 (0,407 – 1,653)	0,580

BDI – skala depresji Becka, NEO-FFI – pięcioczynnikowy inwentarz osobowości, GSI - Wskaźnik Ogólnego Nasilenia Objawów inwentarza BSI, BSI – krótki inwentarz objawów.
Model: Pseudo r^2 (Nagelkerke) = 0,187; $\chi^2=51,434$; $df = 7$; $p < 0,001$.

5.2.5.1 Ocena związku impulsywności z ryzykiem próby samobójczej

Spośród uwarunkowań psychologicznych znaczący związek z ryzykiem podjęcia próby samobójczej okazało się mieć nasilenie impulsywności [24, 148]. Z tego względu szczegółowej analizie poddano zmienne odzwierciedlające poziom impulsywności w badanej grupie. Pacjentów potwierdzających podejmowanie w przeszłości prób samobójczych porównano z pozostałymi pod względem impulsywności mierzonej za pomocą Skali Impulsywności Barratta (BIS), podskali impulsywności Inwentarza Osobowości NEO-PI-R oraz testu Stop-signal task. Badane grupy różniły się w sposób istotny statystycznie przy ocenie z użyciem wszystkich wymienionych narzędzi (Tabela 12). Poziom impulsywności mierzony w Skali Barratta był istotnie wyższy w grupie relacjonującej próbę samobójczą w wywiadzie niż u pozostałych pacjentów: 74,99 ($\pm 10,61$) vs. 69,73 ($\pm 9,99$); $p < 0,001$. Podobnie w module oceniającym impulsywność inwentarza NEO-PI-R pacjenci negujący próbę uzyskali istotnie mniej punktów 16,20 ($\pm 3,97$) vs. 18,02 ($\pm 3,66$); $p < 0,001$. W badaniu Stop-signal task pacjenci, którzy próbowali w przeszłości odebrać sobie życie wykazali się krótszym czasem reakcji: 667,85 ($\pm 121,60$) vs. 697,14 ($\pm 124,23$); $p = 0,048$, i dłuższym czasem hamowania reakcji 226,47 ($\pm 69,82$) vs. 208,61 ($\pm 67,34$); $p = 0,023$ niż osoby negujące zachowania samobójcze.

Analiza uzyskanych danych metodą wieloczynnikowej regresji logistycznej wskazała istotny statystycznie udział poszczególnych miar impulsywności na ryzyko próby ($r^2 = 0,137$) (Tabela 13). Wzrost poziomu impulsywności mierzonej Skalą Barratta zwiększał ryzyko próby samobójczej o 4% na każdy punkt skali BIS (OR: 1,041; $p = 0,004$). W przypadku impulsywności mierzonej kwestionariuszem NEO-PI-R obserwowano wzrost ryzyka próby samobójczej o 11% na każdy punkt w skali (OR: 1,106; $p = 0,004$). Impulsywność mierzona przy pomocy testu Stop-signal task nie okazała się istotnym predyktorem prób samobójczych w analizie regresji logistycznej.

Tabela 12. Związek poziomu impulsywności z ryzykiem podjęcia próby samobójczej.

	Próba samobójcza w wywiadzie n = 117	Bez próby samobójczej n = 247	p*
Poziom impulsywności (BIS-11)	74,99 (± 10,61)	69,73 (± 9,99)	<0,001
Impulsywność (NEO-PI-R)	18,02 (± 3,66)	16,20 (± 3,97)	<0,001
Stop Task GoRT czas reakcji (msec)	667,85 (± 121,60)	697,14 (± 124,23)	0,048
Stop Task StopRT czas hamowania reakcji (msec)	226,47 (± 69,82)	208,61 (± 67,34)	0,023

Wartości w tabeli przedstawiono pod postacią średniej (± OS). * - wartości p wyliczono porównując grupy testem t-Studenta. BIS-11 - Skala Impulsywności Barratta, NEO-PI-R - *Revised NEO Personality Inventory* – psychologiczny kwestionariusz osobowości.

Tabela 13. Analiza związku różnych parametrów impulsywności z ryzykiem podjęcia próby samobójczej.

	OR (95% CI)	p
Poziom impulsywności (BIS-11)	1,041 (1,013 – 1,069)	0,004
Poziom impulsywności (NEO-PI-R)	1,106 (1,033 – 1,185)	0,004
Stop Task Mean GO czas reakcji (msec)	0,999 (0,997 – 1,001)	0,247
Stop Task STOP czas hamowania reakcji (msec)	1,004 (1,000 – 1,007)	0,062

BIS-11 - Skala Impulsywności Barratta, NEO-PI-R - *Revised NEO Personality Inventory* – psychologiczny kwestionariusz osobowości.

Model: Pseudo r2 (Nagelkerke) = 0,137; Chi2=34,216; df = 4; p < 0,001

5.3 Charakterystyka podejmowanych prób samobójczych

Spośród 117 pacjentów relacjonujących podejmowanie w przeszłości prób samobójczych z analizy wyłączono 4 osoby z powodu braku danych dotyczących okoliczności próby. Kobiety stanowiły 28% omawianej grupy (Tabela 14). Średnia wieku wyniosła 41,62 (± 9,72) lat u mężczyzn i 40,88 (± 9,42) lat u kobiet. Podjęcie próby samobójczej podczas intensywnego picia alkoholu potwierdziło 79 osób (69,9%). Średnia

wieku (w chwili badania) pacjentów podejmujących próby samobójcze pod wpływem alkoholu wynosiła 39,8 ($\pm$ 9.3) lat, zaś negujących intensywne picie w okresie poprzedzającym próbę - 5,1 ($\pm$ 9.2) lat; $p=0,006$. Liczba podjętych w przeszłości prób samobójczych nie różniła się w stopniu istotnym statystycznie pomiędzy pacjentami podejmującymi próby podczas (średnio 2,15) i poza okresami intensywnego picia (średnio 2,09). Większość prób podejmowanych w okresie intensywnego picia miało charakter nieplanowany (Ryc. 11).

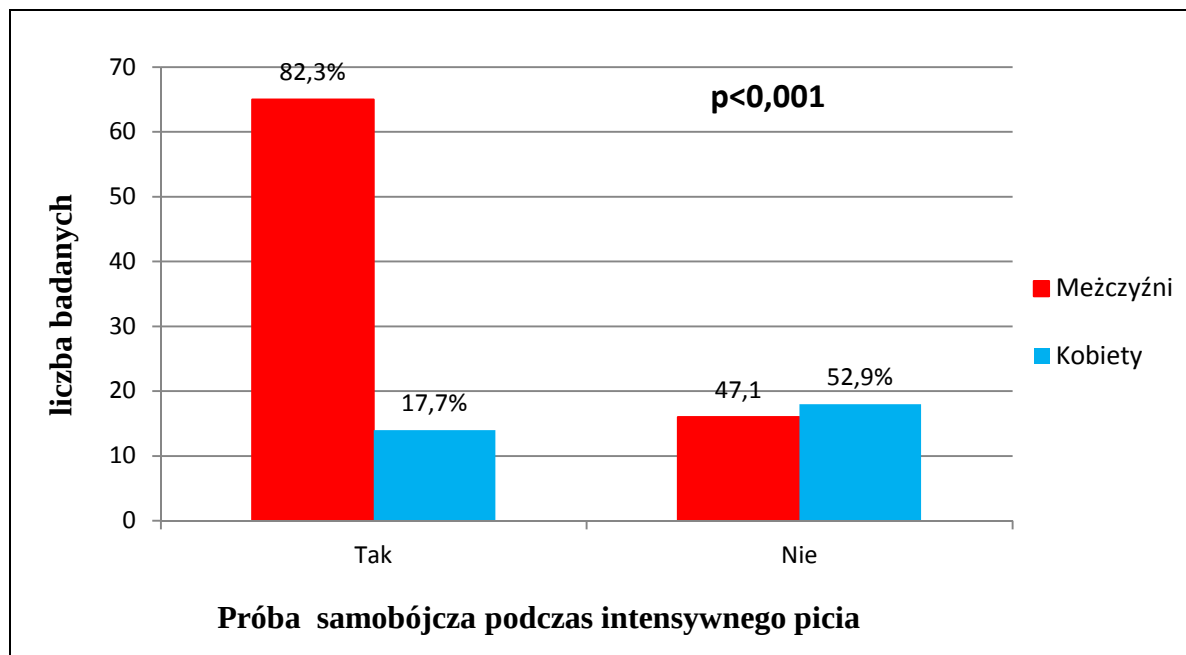
Mężczyźni stanowili istotnie wyższy odsetek w grupie podejmującej próby samobójcze podczas intensywnego picia (82,3% vs 47,1% wśród negujących intensywne spożywanie alkoholu przed próbą; $p<0,001$) (Ryc.10). Kolejną cechą różniącą omawiane grupy był wiek, w jakim rozpoczęły się problemy z używaniem alkoholu. Spośród pacjentów podejmujących próbę samobójczą w okresie intensywnego picia 81,6% zostało zaklasyfikowanych jako osoby o wczesnym początku uzależnienia, podczas gdy wśród negujących intensywne używanie alkoholu przed próbą stanowili oni 58,5% ($p=0,017$) (Ryc. 12). Również ciężkość uzależnienia oceniana przy pomocy kwestionariusza MAST różniła się istotnie statystycznie. Osoby potwierdzające zamach samobójczy podczas ciągu picia charakteryzowały się znacznie cięższym przebiegiem uzależnienia, uzyskując średnio 38,9 ($\pm$ 8,2) punktów w skali MAST, podczas gdy osoby negujące intensywne picie w okresie poprzedzającym próbę uzyskały średnio 31,9 ($\pm$ 10,2) punktu ($p <0,001$).

Tabela 14. Porównanie pacjentów, którzy podjęli próbę samobójczą podczas intensywnego picia alkoholu z osobami negującymi intensywne picie poprzedzające próbę.

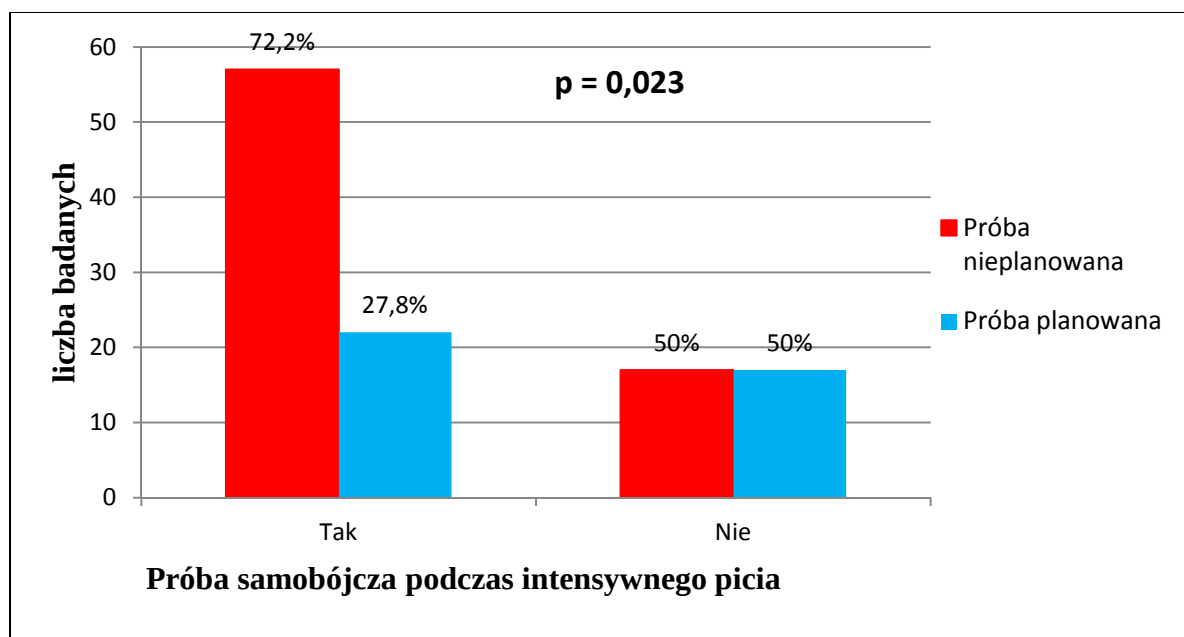
	Próba samobójcza podczas okresu intensywnego picia n = 79	Próba samobójcza podjęta poza okresem intensywnego picia n = 34	p*
Kobiety	14 (17,7%)	18 (52,9%)	< 0,001
Próba nieplanowana	57 (72,2%)	17 (50,0%)	0,023
Wczesny początek problemowego używania alkoholu (przed 25 r. ż.)	62 (81,6%)	20 (58,8%)	0,017
Terapia uzależnienia w przeszłości	49 (62%)	15 (44,1%)	0,099
Samobójstwo dokonane lub próba samobójcza w rodzinie	21 (26,5%)	4 (11,8%)	0,091
Leczenie psychiatryczne w przeszłości	25 (31,6%)	9 (26,5%)	0,659
Wiek w chwili badania	39,8 (± 9,3)	45,1 (± 9,2)	0,006
Ciężkość uzależnienia (MAST)	38, 9 (± 8,2)	31,85 (± 10,2)	< 0,001
Poziom wykształcenia (liczba ukończonych klas)	12,1 (± 3,2)	12,5 (± 3,5)	0,489

Wartości przedstawiono w kolumnach danych w postaci średniej ± odchylenie standardowe dla zmiennych ciągłych oraz liczby badanych (wraz z odsetkiem) dla zmiennych kategoriycznych.

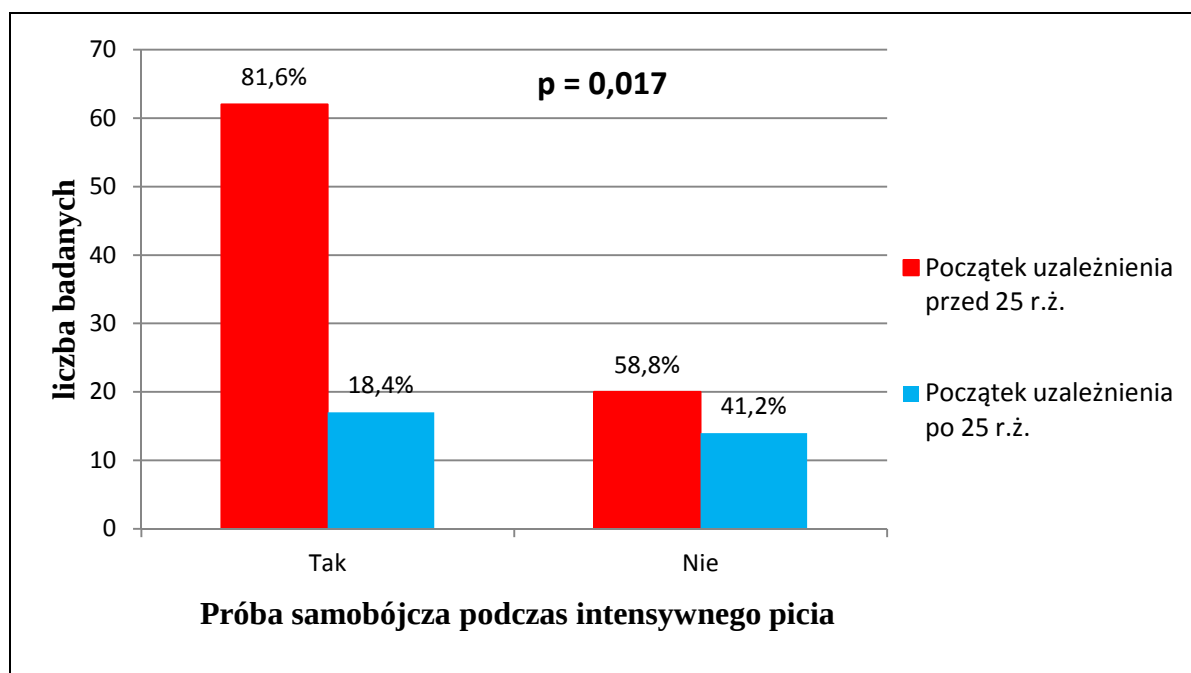
* - wartości p wyliczono porównując grupy testem t-Studenta (zmienne ciągłe) lub Chi kwadrat (zmienne kategoriyczne).



Ryc. 10. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych w okresie intensywnego picia a płcią badanych.



Ryc. 11. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych w okresie intensywnego picia a impulsywnością próby.



Ryc. 12. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych w okresie intensywnego picia a wiekiem rozwoju uzależnienia.

Tabela 15. Analiza związku badanych czynników z ryzykiem podjęcia próby samobójczej podczas intensywnego picia.

	OR (95% CI)	p
Kobiety	0,25 (0,07 - 0,86)	0,028
Próba nieplanowana	4,43 (1,49 - 13,16)	0,007
Wczesny początek problemowego używania alkoholu (przed 25 r. ż.)	1,37 (0,41 - 4,63)	0,611
Wiek w chwili badania	0,92 (0,87 - 0,97)	0,006
Ciężkość uzależnienia (MAST)	1,06 (1,00 - 1,13)	0,038

MAST – test przesiewowy uzależnienia od alkoholu.

Model: Pseudo r^2 (Nagelkerke) = 0,398; $\chi^2 = 36,472$, $df = 5$; $p < 0,001$.

Analizę związku wymienionych czynników z ryzykiem podjęcia próby samobójczej w okresie intensywnego picia przeprowadzono przy pomocy regresji logistycznej, której wyniki przedstawiono w Tabeli 15. Spośród wymienionych cech różniących badane podgrupy

jedynie wczesny początek problemowego używania alkoholu nie był istotnym predyktorem próby. Iloraz szans podjęcia próby samobójczej w czasie intensywnego picia alkoholu różnił się istotnie dla pozostałych zmiennych: prób nieplanowanych: OR=4,43 (95% CI: 1,49 - 13,16), wieku w chwili badania: OR=0,92 (95% CI: 0,87 - 0,97) oraz ciężkości uzależnienia wg kwestionariusza MAST: OR=1,06 (95% CI: 1,00 - 1,13). Płeć żeńska zmniejszała ryzyko próby samobójczej w okresie intensywnego picia czterokrotnie (OR=0,25; 95%CI:0,07-0,86).

5.4 Zaburzenia snu i myśli samobójcze w badanej grupie

W badanej grupie 81 osób (22,6%) potwierdziło obecność myśli lub planów samobójczych w okresie 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. Uczestnicy relacjonujący myśli samobójcze doświadczali głębszych zaburzeń snu niż pacjenci negujący myśli samobójcze. Istotną statystycznie różnicę odnotowano porównując poziom zaburzeń snu mierzony zarówno w Ateńskiej Skali Bezsenności jak i Kwestionariuszu Problemów ze Snem (Tabela 16). W grupie potwierdzającej myśli samobójcze średnia liczba punktów w Ateńskiej Skali Bezsenności wyniosła 10,96 ($\pm$ 5,79), zaś w Kwestionariuszu Problemów ze Snem - 15,06 ($\pm$ 7,80). W grupie pacjentów niezgłaszających myśli samobójczych wynosiły one odpowiednio: 7,31 ($\pm$ 4,69; $p < 0,001$) oraz 11,34 ($\pm$ 7,09; $p < 0,001$).

Tabela 16. Porównanie nasilenia zaburzeń snu u badanych w zależności od zgłaszanych myśli samobójczych 14 dni przed rozpoczęciem leczenia

Skala Bezsenności	Pacjenci potwierdzający myśli samobójcze n = 81 (22,6%)	Pacjenci negujący myśli samobójcze n = 277 (77,4%)	p*
AIS	10,96 ($\pm$ 5,79)	7,31 ($\pm$ 4,69)	<0,001
SDQ-7	15,06 ($\pm$ 7,80)	11,34 ($\pm$ 7,09)	<0,001

AIS – Ateńska Skala Bezsenności, SDQ-7 – Kwestionariusz Zaburzeń Snu.

Wartości przedstawiono w kolumnach danych w postaci średniej $\pm$ odchylenie standardowe

* - wartości p wyliczono porównując grupy testem t-Studenta

6. OMÓWIENIE WYNIKÓW

Z uwagi na wagę społeczną problemów związanych z piciem alkoholu w Polsce i ich istotny wpływ na myśli i zachowania samobójcze [10, 20, 30, 149, 150], w prezentowanym badaniu poddano szczegółowej ocenie czynniki związane z ryzykiem podjęcia próby samobójczej przez osoby uzależnione od alkoholu. Badano okoliczności zwiększające prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej w okresie intensywnego picia, a także związek myśli samobójczych z występowaniem zaburzeń snu. W przeprowadzonych analizach uwzględniono wpływ czynników demograficznych, psychospołecznych i rodzinnych, przebytych zaburzeń psychicznych, obecności objawów psychopatologicznych, psychologicznych (ze szczególnym uwzględnieniem impulsywności) oraz przebiegu uzależnienia. Porównując dwie grupy pacjentów leczonych w ośrodkach terapii uzależnienia od alkoholu, różniących się pod względem zachowań samobójczych w wywiadzie, wyszczególniono cechy i okoliczności, które zwiększały ryzyko podjęcia próby odebrania sobie życia.

W pierwszej kolejności poddano analizie czynniki demograficzne i stwierdzono, iż badani pacjenci potwierdzający w przeszłości próbę samobójczą byli istotnie młodsi niż pacjenci negujące próby samobójcze. Jedną z możliwych interpretacji tej różnicy jest hipoteza, iż podjęta próba samobójcza przyspiesza zgłoszenie się do leczenia czy też szerzej rozumiane poszukiwanie pomocy. Z jednej strony doświadczenie próby odebrania sobie życia może stawać się dla pacjentów bodźcem do poszukiwania pomocy psychiatrycznej, z drugiej zaś strony może przyspieszyć identyfikację problemowego używania alkoholu jako jednego z wiodących problemów. Wydaje się również, iż próba samobójcza będąca bezpośrednią konsekwencją zachowań związanych z piciem, pozwala pacjentom i ich bliskim

ocenić aktualne i namacalne zagrożenie życia płynące z uzależnienia. Być może obserwowana różnica wieku jest skutkiem wcześniejszego podjęcia leczenia przez osoby obciążone wywiadem zachowań samobójczych. Wydaje się, że próba odebrania sobie życia może stać się widocznym, negatywnym, a zarazem niezwykle niebezpiecznym następstwem szkodliwego używania alkoholu, motywującym pacjentów do podjęcia leczenia.

W niniejszym badaniu oceniano również uwarunkowania rodzinne i społeczne mające wpływ na ryzyko samobójcze. Wszystkie analizowane czynniki istotnie różnicowały porównywane grupy. Pacjenci, którzy podejmowali w przeszłości próby samobójcze relacjonowali znacznie niższy poziom oparcia społecznego, w tym wsparcia w zakresie emocjonalnym i poznawczym. Jednym z przykładów negatywnego i traumatyzującego wpływu otoczenia, mającego miejsce jeszcze przed osiągnięciem pełnoletności oraz w większości przypadków rozpoczęcia picia alkoholu, jest doświadczenie wykorzystania seksualnego przed 18 rokiem życia. Pacjenci będący ofiarą przemocy seksualnej w okresie dzieciństwa lub adolescencji okazali się być obciążeni znacznie większym ryzykiem próby samobójczej. Badania przeprowadzone Stanach Zjednoczonych dowodzą, że 96% spośród dzieci będących ofiarami przemocy seksualnej znało napastnika, w 20% byli to ojcowie, a w 16% - inni krewni [151]. Trudno spodziewać się, iż sytuacja w Polsce znacznie różni się od opisanych powyżej danych. Zakładając, że badani pacjenci doświadczający przemocy seksualnej w przed uzyskaniem pełnoletności byli zwykle ofiarami osób dobrze im znanych, można założyć, iż nie funkcjonowali w okresie dzieciństwa w bezpiecznym środowisku. Niejako naturalną konsekwencją może stać się w tej sytuacji unikanie czy też nieumiejętność sformułowania oczekiwań emocjonalnych wobec otoczenia.

Związek sytuacji ekonomicznej analizowano jedynie pośrednio, badając aktualną sytuację finansową pacjentów, bez odniesienia się do ich statusu w okresie próby odebrania sobie życia. Osoby badane, które deklarowały w chwili badania brak wystarczających

środków do życia, istotnie częściej próbowały w przeszłości odebrać sobie życie niż osoby z satysfakcjonującą sytuacją ekonomiczną. Może to świadczyć jedynie pośrednio o trudnej sytuacji finansowej jako czynnika ryzyka próby samobójczej, przy założeniu, że sytuacja ta nie uległa od czasu próby istotnej zmianie. Rozbieżność czasu jest jednak istotnym ograniczeniem i nie pozwala wysuwać w pełni wartościowych wniosków.

Pacjenci, w których rodzinie popełniono lub próbowano popełnić samobójstwo okazali się być obciążeni większym ryzykiem próby samobójczej niż osoby negujące takie zachowania wśród krewnych. Podobne wnioski przynoszą dotychczasowe badania wskazujące, iż samobójstwo w rodzinie jest czynnikiem ryzyka odebrania sobie życia wśród osób uzależnionych od alkoholu, a także chorych z zaburzeniami afektywnymi [38, 47]. Jedną z możliwych hipotez wyjaśniających takie obserwacje jest istnienie wrodzonej predyspozycji do zachowań samobójczych ujawniającej się u osób spokrewnionych. Poparcie tej tezy można odnaleźć w badaniach (omówionych w rozdziale „Czynniki genetyczne”), w których stwierdzono związek między polimorfizmami niektórych genów a zwiększonym ryzykiem odebrania sobie życia. Kolejnym potencjalnym wyjaśnieniem jest istnienie wspólnych czynników środowiskowych, wpływających na członków rodziny. Argumentem popierającym taką tezę jest analiza przypadków pacjentów hospitalizowanych z powodu zachowań samobójczych w Japonii w latach 2003-2008. Niezależnie od rozpoznania klinicznego osoby, których krewni odebrali sobie życie, byli obciążeni ponad dwukrotnie większym ryzykiem samobójstwa, którego motywem były trudności w relacjach z najbliższymi [152]. Może to sugerować istnienie zaburzeń w funkcjonowaniu środowisk domowych, prowadzących do decyzji samobójczych predysponowanych członków rodziny.

Wyniki przeprowadzonych dotychczas badań dowodzą, że wśród osób, które odebrały sobie życie, problemowe używanie alkoholu jest znacznie bardziej rozpowszechnione aniżeli wśród osób, których śmierć nie była wynikiem samobójstwa [32, 153]. Ponadto, używanie

alkoholu jest uznanym czynnikiem ryzyka samobójstw zarówno dla osób pijących szkodliwie jak i tych bez problemu alkoholowego [83-85]. Ostra intoksykacja alkoholem uznawana jest za stan sprzyjający występowaniu myśli samobójczych u osób będących w grupie zwiększonego ryzyka samobójczego [154]. Spożywanie alkoholu poprzedzające działanie samobójcze jest powszechne w całej populacji. W badaniach przeprowadzonych przez Roizena stwierdzono obecność alkoholu we krwi 70% osób podejmujących próby samobójcze oraz 65% tych, którzy zmarli w wyniku zamachu samobójczego [86]. Prace innych badaczy mówią, iż od 10 do 54% ofiar samobójczego zamachu miało pozytywny wynik badania na obecność alkoholu we krwi [96, 155]. Dla porównania, pośmiertne badania retrospektywne wskazują, iż wśród zgonów spowodowanych samobójstwem "jedynie" u 20 do 35% ofiar stwierdzono problem szkodliwego używania alkoholu [32, 153]. Fakt, iż obecność alkoholu stwierdzano u ofiar samobójstw niemal dwukrotnie częściej niż rozpoznanie uzależnienia od alkoholu uzasadnia hipotezę, iż alkohol sprzyja występowaniu zachowań samobójczych niezależnie od obecności objawów uzależnienia.

Ważnym aspektem pozostaje również wpływ intoksykacji alkoholem na skuteczność podejmowanych prób. Istnieją trudne do podważenia dane [131, 155, 156] sugerujące, iż spożycie alkoholu poprzedzające próbę odebrania sobie życia jest czynnikiem znacznie zwiększającym jej potencjalną skuteczność. Badania dowiodły, iż odsetek badanych, którzy używali alkoholu lub narkotyków przed próbą samobójczą różnił się w zależności od jej potencjalnej śmiertelności. Spośród osób, które wybrały metody niosące małe ryzyko zgonu, 25% znajdowało się pod wpływem alkoholu lub narkotyków, podczas gdy wśród osób wybierających metody o średnim ryzyku śmierci było to 36%, zaś wśród ofiar śmiertelnych zamachów samobójczych - aż 52% [131]. W omawianym badaniu kontrolowano również wpływ nasilenia objawów depresyjnych na potencjalne niebezpieczeństwo prób odebrania sobie życia. Okazało się jednak, że nie miało ono istotnego znaczenia, co stawia użycie

alkoholu w roli niezależnego czynnika ryzyka śmierci w efekcie próby samobójczej. Podobne wyniki przynoszą opracowania dotyczące młodzieży [155, 156].

Jak dotychczas niewiele wiadomo o różnicach w charakterystyce pacjentów podejmujących próby samobójcze pod wpływem alkoholu i poza okresem picia. Z opublikowanych prac wynika, że bezpośrednio przed próbą odebrania sobie życia alkohol piją częściej mężczyźni, nigdy niekorzystający z pomocy psychiatrycznej, osoby młodsze oraz te, które doświadczyły niedawno zerwania relacji z partnerem [155]. Problemem metodologicznym utrudniającym interpretację tych danych jest fakt, iż brak w nim podziału na osoby pijące sporadycznie i problemowo. Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki pozwalają uniknąć tego problemu poprzez włączenie do niego jedynie osób uzależnionych. Jedynym dostępnym w literaturze analogicznym opracowaniem pozostaje badanie Schuckita z 1984 roku na mężczyznach uzależnionych od alkoholu. Wynika z niego, że jedynie 15% podejmowanych zamachów samobójczych miało miejsce poza okresami intoksykacji [157]. W niniejszej pracy ponad 30% analizowanych prób miało miejsce poza okresami intensywnego picia alkoholu. Obserwowana rozbieżność otrzymanych wyników z danymi Schuckita może być związana z obecnością kobiet w analizowanej w niniejszym badaniu grupie. Kobiety bowiem, znacznie częściej niż mężczyźni podejmowały próby w okresie abstynencji, zmniejszając tym samym ogólny odsetek tych obserwowanych w okresie intensywnego picia. Pozwala to z kolei wysnuć hipotezę, iż mniej powszechne używanie alkoholu w okresie poprzedzającym próbę może wyjaśniać mniejszą liczbę dokonanych samobójstw w populacji kobiet mimo częściej podejmowanych prób.

Pacjentów podejmujących próby w okresie intensywnego picia charakteryzował cięższy przebieg uzależnienia, wczesny początek problemowego używania alkoholu, płeć męska, samobójstwo lub próba samobójcza w rodzinie oraz młodszy wiek w chwili badania. Analiza okoliczności podejmowanych prób zaowocowała obserwacją, iż próby samobójcze

podjęte pod wpływem alkoholu były w większości przypadków nieplanowane. Podkreśla to rolę intoksykacji, jako czynnika ryzyka podejmowania impulsywnych działań w celu odebrania sobie życia i pozostaje w zgodzie z przeprowadzonymi wcześniej badaniami [158]. Fakt, iż mężczyźni częściej podejmują próby samobójcze w stanie intoksykacji alkoholem może tłumaczyć, dlaczego czterokrotnie częściej niż kobiety giną w jego wyniku. Będąc pod wpływem alkoholu częściej skutecznie odbierają sobie życie, mimo, iż to kobiety trzykrotnie częściej podejmują próby [159]. Podobna proporcja jest obserwowana wśród osób uzależnionych [156].

Wśród wyników niniejszego badania alarmujące pozostaje spostrzeżenie, iż w badanej grupie 364 pacjentów aż 79 (21%) podejmowało w okresie intensywnego picia próby samobójcze, spośród których 72% opisano jako nieplanowane. Niniejsze badanie może uzupełnić istniejącą w literaturze lukę dotyczącą bezpośredniego związku intoksykacji alkoholem z zachowaniami samobójczymi [160].

Istotnym wnioskiem, jaki nasuwają uzyskane w niniejszym badaniu wyniki jest konieczność właściwego identyfikowania pacjentów z wysokim ryzykiem samobójstwa oraz kierowanie ich do dalszej opieki. Analiza prób podejmowanych pod wpływem alkoholu dowodzi również, iż utrzymywanie abstynencji ma większe znaczenie w zapobieganiu samobójstwom mężczyzn aniżeli kobiet. Wydaje się, iż w przypadku uzależnionych od alkoholu kobiet równie wnikliwa ocena ryzyka samobójstwa niezbędna jest w okresach abstynencji. Częstość podejmowanych przez nie poza okresami intensywnego picia prób jest bowiem znacznie większa aniżeli u mężczyzn. Wskazuje to na istnienie innych ważnych, niezależnych od abstynencji czynników ryzyka w tej grupie.

W prezentowanym badaniu wiek, w którym doszło do rozwoju uzależnienia, okazał się mieć istotny wpływ na ryzyko odebrania sobie życia. Dłuższy czas trwania problemowego używania alkoholu oraz jego cięższy przebieg sprzyjają zachowaniom samobójczym. Spośród

czynników określających ciężkość oraz przebieg uzależnienia wiek, w jakim rozpoczęły się problemy z alkoholem, okazał się mieć największe znaczenie w ocenie ryzyka zachowań samobójczych. Można spodziewać się, iż rozpoczęcie picia szkodliwego w młodym wieku prowadzi do szybko narastających powikłań uzależnienia zarówno zdrowotnych, jak i psychologicznych czy społecznych. Osoby pijące problemowo przed 25-tym rokiem życia są obciążone dużym ryzykiem niepowodzeń w sferze edukacji, zakładania rodziny czy funkcjonowania na rynku pracy. Szkodliwe używanie alkoholu w okresie podejmowania pracy, kończenia edukacji czy tworzenia relacji partnerskich może negatywnie wpłynąć na sytuację osobistą, społeczną i finansową, co z kolei przyczynia się do pojawiania się kolejnych okoliczności sprzyjających zachowaniom samobójczym.

Wyniki niniejszego badania wskazują również, iż osoby relacjonujące przebyte leczenie psychiatryczne oraz udział w mityngach AA częściej potwierdzały podejmowanie prób samobójczych. Ryzyko odebrania sobie życia było wyższe u pacjentów doświadczających w młodszym wieku myśli samobójczych. Zmienna ta okazała się być jednocześnie jedynym z wymienionych w omawianej kategorii czynnikiem istotnie zwiększającym ryzyko targnięcia się na własne życie.

Uzyskane dane pozwalają przypuszczać, iż osoby planujące odebranie sobie życia częściej niż pozostali uzależnieni zgłaszają się po profesjonalną pomoc. Niestety metodologia badania nie pozwala na ustalenie czy uzyskanie opieki psychiatrycznej nastąpiło przed próbą samobójczą czy też było jej konsekwencją. Wiadomo natomiast, że osoby uzależnione ze współistniejącymi skłonnościami samobójczymi częściej mają kontakt z placówkami opieki zdrowotnej. Stwarza to możliwość monitorowania ryzyka samobójstwa lub włączania odpowiedniej profilaktyki i leczenia w grupach ryzyka. Zwłaszcza, iż kolejne wyniki niniejszego badania dowodzą istotnych różnic w obecności i nasileniu objawów psychopatologicznych między pacjentami negującymi i potwierdzającymi działania

samobójcze. Analiza wpływu czynników psychologicznych i psychopatologicznych wykazała, że osoby uzależnione, które próbowały w przeszłości odebrać sobie życie prezentowały większe nasilenie objawów lękowych, depresyjnych, obsesyjno-kompulsywnych, somatyzacyjnych, a także wyższy poziom neurotyczności, ekstrawersji oraz wrażliwości interpersonalnej niż pozostali pacjenci. Wskaźnik ogólnego nasilenia objawów psychopatologicznych również był u tych badanych wyższy.

Wydaje się, że znane psychopatologiczne czynniki ryzyka samobójstwa dla populacji ogólnej [161] znajdują odzwierciedlenie również wśród osób uzależnionych od alkoholu. Wiadomo, że zaburzenia depresyjne są niezależnym i bardzo istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko odebrania sobie życia [161]. Ich współistnienie z uzależnieniem od alkoholu, jak wynika z niniejszego badania, znacznie zwiększało ryzyko zachowań samobójczych wśród badanych pacjentów. Obszerna analiza zachowań samobójczych w badaniach amerykańskich wskazuje, że również diagnoza zaburzeń lękowych zwiększa ryzyko podjęcia próby odebrania sobie życia niemal dwukrotnie [162]. Zaskakuje wysoki odsetek – aż 70% uczestników potwierdzających w przeszłości zachowania samobójcze spełniało w chwili badania kryteria zaburzeń lękowych [162]. Być może osoby uzależnione od alkoholu ze współistniejącymi objawami depresyjnymi, lękowymi czy obsesyjno-kompulsyjnymi częściej podejmują próby samobójcze w wyniku zaistnienia dużego nasilenia objawów, co prowadzi do decyzji samobójczych. Używanie alkoholu może jednakże działać w tych sytuacjach spustowo i doprowadzać u obciążonych pacjentów do zachowań samobójczych, nawet w przypadku niewielkich zaburzeń. Wydaje się, iż u niektórych osób pojawienie się czynników ryzyka, które w obserwowanym natężeniu nie powodują zagrożenia samobójczego, może w obecności dodatkowych okoliczności, np. upojenia alkoholowego stać się wystarczającym bodźcem do podjęcia próby.

Choroby somatyczne, będące uznanym czynnikiem ryzyka samobójstwa w populacji ogólnej, mogą stanowić podstawę wysunięcia hipotezy wyjaśniającej mechanizm wpływu objawów somatyzacyjnych na ryzyko samobójcze. Przekonanie o istnieniu poważnej choroby może zwiększać zagrożenie samobójcze także w przypadkach, gdy wynika ono z objawów psychopatologicznych.

Mimo, iż spośród analizowanych wymiarów osobowościowych jedynie poziom neurotyczności okazał się istotny statystycznie w wieloczynnikowej analizie regresji logistycznej, również pozostałe mogą stanowić istotny cel terapii i zapobiegania zachowaniom samobójczym. Dotyczy to w równej mierze próbie obniżenia poziomu impulsywności, która również ma istotne znaczenie w podejmowaniu decyzji samobójczych. Warto mieć w tym kontekście na uwadze, iż najbardziej niebezpieczne próby samobójcze, niosące największe ryzyko śmierci są w większości przypadków (72% w niniejszym badaniu) wynikiem impulsywnego, nieplanowanego działania pod wpływem alkoholu osoby uzależnionej. Każda z wymienionych cech u pacjenta poddanego opiece psychiatrycznej i psychologicznej może podlegać różnego stopnia modyfikacji. O ile modyfikacja czynników i uwarunkowań psychologicznych wymaga długotrwałej terapii, o tyle zaburzenia lękowe czy depresyjne nierzadko mogą być z powodzeniem leczone przy pomocy farmakoterapii.

Na podstawie przeprowadzonych w wielu ośrodkach badań można oczekiwać, że leczenie lekami przeciwdepresyjnymi współistniejących z uzależnieniem od alkoholu zaburzeń depresyjnych i lękowych może przynosić korzyści w kontekście zagrożenia samobójczego. Leki przeciwdepresyjne, zarówno z grupy środków trójpierścieniowych jak i selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), są skuteczne w terapii depresji u osób uzależnionych od alkoholu, niezależnie od tego czy jest ona zaburzeniem pierwotnym czy wtórnym [163-166]. Z uwagi na duże ryzyko samobójstwa wśród chorych uzależnionych od alkoholu, niskie ryzyko zgonu w przypadku przedawkowania jest bardzo

istotnym czynnikiem przy podejmowaniu decyzji o wyborze leku przeciwdepresyjnego. Ponadto pacjenci uzależnieni od alkoholu są niejednokrotnie bardziej podatni na pojawienie się objawów niepożądanych wynikających z farmakoterapii przeciwdepresyjnej niż pacjenci z „czystą” depresją, u których nie mamy do czynienia ze współistniejącym uzależnieniem od alkoholu [167].

Spośród przeprowadzonych dotychczas badań klinicznych dotyczących leków przeciwdepresyjnych, w niewielu z nich brali udział pacjenci uzależnieni od alkoholu. Wynika z tych badań, że stosowanie leków z grupy SSRI u pacjentów depresyjnych z problemem alkoholowym redukuje nasilenie objawów depresji, myśli samobójczych oraz zmniejsza ilość wypijanego alkoholu [165, 166]. Jednak niektóre badania nie potwierdziły efektywności SSRI w ograniczaniu picia [168].

Wyzwaniem, jakie pojawia się w opiece psychiatrycznej nad uzależnionymi od alkoholu, są często występujące zaburzenia snu. W niniejszym badaniu wykazano ich związek z obecnością myśli samobójczych. Okazało się, iż pacjenci potwierdzający myśli samobójcze relacjonowali znacznie bardziej nasiloną bezsenność niż osoby negujące takie rozważania. Zaburzenia snu mogą świadczyć w tym przypadku pośrednio o współistnieniu innych objawów, przede wszystkim depresyjnych i lękowych. Jednocześnie mogą być jednak niezależnym czynnikiem ryzyka myśli, a co za tym idzie zachowań samobójczych. Wiele doniesień z literatury wskazuje, iż niezależnie od istnienia innych zaburzeń, diagnoza bezsenności stanowi ważny element w ocenie ryzyka odebrania sobie życia przez pacjenta [62-64]. Bez względu na mechanizm wiążący bezsenność z zagrożeniem samobójczym uzyskane wyniki nasuwają wniosek o konieczności ich monitorowania i leczenia.

W farmakoterapii zaburzeń snu zaleca się unikanie leków z grupy benzodwazepin; zasada ta ma szczególne zastosowanie u osób uzależnionych od alkoholu. Z jednej strony, jak

wynika z przedstawionych wyżej wyników, bezsenność sprzyja występowaniu myśli samobójczych, z drugiej zaś zagrożenie rozwojem uzależnienia krzyżowego nie może być pomijane, szczególnie, że bezsenność u osób uzależnionych od alkoholu ma w większości przypadków przewlekły charakter. Obiecujące są efekty stosowania leków przeciwdepresyjnych i przeciwpadaczkowych w leczeniu bezsenności [169]. Stanowią one bezpieczniejszą, jakkolwiek nieco mniej skuteczną, alternatywę dla leków z grupy benzodwazepin.

Kluczową rolę w leczeniu i profilaktyce zachowań samobójczych ma prawidłowo postawione rozpoznanie. Próba samobójcza u pacjentów uzależnionych od alkoholu może być między innymi wynikiem niepoprzedzonych myślami samobójczymi zachowań wynikających z upojenia alkoholowego, zaburzeń lękowych i depresyjnych, odpowiedzią na imperatywne doznania omamowe w przebiegu halucynozy alkoholowej czy działaniem podjętym pod wpływem omamów w majaczeniu alkoholowym z zaburzeniami świadomości. Oprócz koniecznej w sytuacji próby samobójczej hospitalizacji psychiatrycznej i intensywnego leczenia ewentualnych współwystępujących zaburzeń psychicznych ważne jest podjęcie działań profilaktycznych mających na celu zapobieganie kolejnym zachowaniom samobójczym. Większość z wymienionych stanów, będących przyczyną decyzji samobójczej, wymaga kontynuowania farmakoterapii po wypisie ze szpitala. Dotyczy to w głównej mierze zaburzeń lękowych, depresyjnych czy przewlekłej halucynozy. Uzyskanie i zaplanowanie dalszej współpracy z pacjentem wymaga utrzymywania przez niego abstynencji, z czego wynika konieczność kierowania chorych do placówek terapii uzależnienia. Ważne jest również, aby osoby z wywiadem lub czynnikami ryzyka zachowań samobójczych, miały świadomość możliwości uzyskania interwencji kryzysowej czy skorzystania z telefonów zaufania w sytuacji pojawienia się myśli czy planów samobójczych. Praktyka kliniczna wskazuje, że pacjenci nie mają wiedzy o możliwości uzyskania szybkiej pomocy w szpitalach

psychiatrycznych. Powszechne wydaje się być ich przekonanie o konieczności odbycia długiej drogi przed ewentualną hospitalizacją. Zwiększenie dostępności różnych form opieki, zwłaszcza środowiskowej, w sytuacjach wymagających interwencji psychiatrycznej oraz dostarczenie pacjentom informacji dotyczących zasad świadczenia tej opieki mogłyby uczynić profilaktykę zachowań samobójczych skuteczniejszą. Nadzieję na poprawę sytuacji przynosi Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz tworzony w Polsce Projekt Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom.

Profilaktyka zachowań samobójczych jest trudnym zadaniem dla każdego systemu opieki zdrowotnej. Populacja osób uzależnionych stanowi szczególnie duże wyzwanie, z uwagi między innymi na znacznie większą częstość samobójstw w tej grupie chorych, nakładanie się licznych czynników ryzyka oraz duże trudności, na jakie napotyka utrzymanie tych pacjentów w stałym kontakcie z placówkami terapeutycznymi. Analizując dotychczas określone czynniki ryzyka, należy podkreślić szczególne znaczenie leczenia uzależnienia i jego powikłań, opieki środowiskowej oraz szeroko rozumianego wsparcia społecznego. Pomoc w powrocie na rynek pracy, leczenie współistniejących zaburzeń psychicznych, dostępne poradnictwo rodzinne, jak można wnioskować z analizy wymienionych badań, mogłoby zapobiec wielu przypadkom śmierci samobójczej. Ułatwienia na rynku pracy, na jakie może liczyć coraz więcej chorych przewlekle, wciąż pozostają niedostępne dla znacznej liczby osób uzależnionych od alkoholu.

W większości prowadzonych dotychczas badań, jak i w organizacji opieki nad pacjentami uzależnionymi, niezależnie od ich płci, wieku czy innych różniących ich cech, osoby uzależnione od alkoholu są traktowane jako grupa całkowicie jednorodna. Pojawia się w tej sytuacji pytanie czy znaczenie czynników ryzyka samobójstwa rzeczywiście w każdej podgrupie uzależnionych jest podobne. Czy schematy leczenia odwykowego i metody zapobiegania samobójstwom uwzględniają różnice w poszczególnych populacjach?

Przy dużym rozpowszechnieniu problemu picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu w Polsce należałoby tworzyć programy terapeutyczne dostosowane do wymagań szczegółowo określonych grup. Potrzebę taką nasuwa chociażby ogromna trudność, na jaką napotykają uzależnieni poszukujący możliwości równoczesnej terapii odwykowej i leczenia zaburzeń osobowości. Sprecyzowanie czynników ryzyka samobójstwa i ich indywidualnego znaczenia w różnych podgrupach pozwoliłoby w praktyce terapeutycznej skoncentrować wysiłki na tych najbardziej istotnych.

W przeglądzie badań poświęconych tematyce samobójstw u osób uzależnionych od alkoholu zwraca uwagę relatywnie mała liczba opracowań na temat czynników protekcyjnych. Być może ich precyzyjniejsze określenie mogłoby pomóc określić obszary, których wzmacnianie byłoby równie skuteczne w zapobieganiu samobójstwom, co oddziaływanie na trudno modyfikowalne czynniki ryzyka, a niewykluczone, iż okazałoby się bardziej efektywne i spotkało z większym zaangażowaniem ze strony pacjentów. Wydaje się również, że odpowiednio wcześnie włączone leczenie przeciwdepresyjne, jak wynika z przytoczonych wyżej badań, może zapobiec utrzymywaniu się objawów depresyjnych. Rozpoczynając odpowiednio wcześnie farmakoterapię można ograniczyć zachowania samobójcze wynikające ze współistnienia depresji. Otwartym pozostaje pytanie, w jakim momencie utrzymywania abstynencji włączenie leczenia przeciwdepresyjnego byłoby najbardziej skuteczne? Niejednokrotnie objawy depresyjne czy lękowe traktowane są jako naturalne składowe procesu trzeźwienia, element zespołu abstynencyjnego w początkowym etapie leczenia, czy głodu alkoholowego w późniejszych jego fazach. Podobnie interpretowanie innych objawów psychopatologicznych jako symptomu uzależnienia opóźnia nierzadko wdrożenie właściwego leczenia farmakologicznego. Poszerzenie opieki środowiskowej pozwoliłoby na obserwację pacjentów nie tylko w sytuacjach kryzysowych, jak to ma obecnie miejsce zazwyczaj w szpitalu, ale również w warunkach bardziej dla

pacjenta naturalnych. Tak pojmowane szersze rozumienie problemów osób uzależnionych pozwoliłoby uniknąć pomyłek w interpretacji ich stanu.

Zasadniczym ograniczeniem metodologicznym niniejszego badania pozostaje wyselekcjonowana grupa jego uczestników. Wszyscy oni byli pacjentami programów odwykowych; ponadto do współpracy przystąpili jedynie ochotnicy, co sprawia, iż interpretacja wyników w kontekście całej populacji osób uzależnionych od alkoholu musi być ostrożna. Oprócz tego większość danych uzyskano z kwestionariuszy samodzielnie wypełnianych przez pacjentów, co uniemożliwia całkowicie obiektywną ocenę badanych cech. Jednoznaczna diagnoza zaburzeń osobowości pacjentów była w tym przypadku niemożliwa do przeprowadzenia. Mimo, iż grupa badana nie odzwierciedla w pełni polskiej populacji osób uzależnionych od alkoholu, otrzymane wyniki mogą mieć istotny wpływ na ocenę ryzyka i zapobieganie samobójstwom. Wskazano powyżej na istnienie ważnych czynników związanych z zagrożeniem samobójczym wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu. Wielopłaszczyznowość badania umożliwiła wskazanie okoliczności wpływających na ryzyko odebrania sobie życia, zarówno wśród uwarunkowań demograficznych, jak i psychospołecznych, rodzinnych, psychologicznych, psychopatologicznych czy związanych z przebiegiem uzależnienia. O ile znajomość czynników demograficznych pozostaje wartościowa jedynie w ocenie zagrożenia, o tyle pozostałe czynniki mogą podlegać różnego stopnia modyfikacji. Ponadto, niniejsze badanie jako jedno z nielicznych pozwala na dość kompleksowe scharakteryzowanie grupy osób uzależnionych od alkoholu w Polsce oraz wskazuje na potencjalne obszary interwencji profilaktycznych.

7. WNIOSKI

1. Pacjenci uzależnieni od alkoholu są obciążeni wysokim ryzykiem prób samobójczych.
2. Na ryzyko samobójstwa osób uzależnionych mają wpływ czynniki demograficzne, społeczne, rodzinne, psychologiczne i psychopatologiczne, a także przebieg, czas trwania oraz ciężkość uzależnienia.
3. Wysokie ryzyko próby samobójczej towarzyszy osobom uzależnionym od alkoholu, w których rodzinie popełniono lub próbowano popełnić samobójstwo.
4. Większość prób samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu jest podejmowana w stanie intoksykacji alkoholem i ma charakter impulsywny.
5. Szczególnym ryzykiem odebrania sobie życia w stanie intoksykacji alkoholem są mężczyźni, których problemy z alkoholem rozpoczęły się przed 25-tym rokiem życia, z ciężkim przebiegiem i widocznymi konsekwencjami uzależnienia.

8. PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization (WHO):
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html, 2011.
2. World Health Organization (WHO): Data and Statistics, www.who.int/research/en/, 2010.
3. World Health Organization (WHO): Preventing suicide. A resource for police, firefighters and other first line responders.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598439_eng.pdf, 2009.
4. World Health Organization (WHO): First ever Global Report on Violence and Health released. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr73/en/>, 2011.
5. Mazur J: Zgony z powodu samobójstw w Polsce na tle Unii Europejskiej – aktualne tendencje i uwarunkowania demograficzne. *Przegl Epidemiol* 2007; 61(4): 777-84.
6. Portal Społeczny http://niepijemy.pl/viewpage.php?page_id=8, 2011.
7. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA):
http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=8, 2011.
8. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA):
http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=16, 2011.
9. Fudalej S, Ilgen M, Fudalej M, Wojnar M, Matsumoto H, Barry KL, Ploski R, Blow FC: Clinical and genetic risk factors for suicide under the influence of alcohol in a Polish sample. *Alcohol Alcohol* 2009; 44(5): 437-42.
10. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B: Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172(1): 35-37.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189-98.
12. Policja Polska: <http://statystyka.policja.pl/porta/st/954/>, 2011.

13. Komenda Główna Policji, Dane Statystyczne 2010; www.policja.pl, 2010.
14. Sher L: Preventing suicide. *QJM* 2004; 97(10): 677-80.
15. Maris RW: Suicide. *Lancet* 2002; 360(9329): 319-26.
16. Hughes DH: Can the clinician predict suicide? *Psychiatr Serv* 1995; 46(5): 449-51.
17. Crosby AE, Cheltenham MP, Sacks JJ: Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29(2): 131-40.
18. Minino AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL: Deaths: final data for 2000. *Natl Vital Stat Rep* 2002; 50(15): 1-119.
19. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED: Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2004; 76 Suppl: S11-9.
20. Sher L: Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113(1): 13-22.
21. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L: Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(6): 459-63.
22. Roy A, Linnoila M: Alcoholism and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1986; 16(2): 244-73.
23. Brent DA, Perper JA, Allman CJ: Alcohol, firearms, and suicide among youth. Temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. *Jama* 1987; 257(24): 3369-72.
24. Wojnar M, Ilgen MA, Czyz E, Strobbe S, Klimkiewicz A, Jakubczyk A, Glass J, Brower KJ: Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *J Affect Disord* 2009; 115(1-2): sh131-9.
25. Brodniak W, Zwoliński M: Rozpowszechnienie myśli i zachowań samobójczych wśród pacjentów leczenia odwykowego. *Alkoholizm i Narkomania* 2006; 19(1): 25-34.
26. Weissman MM, Myers JK, Harding PS: Prevalence and psychiatric heterogeneity of alcoholism in a United States urban community. *J Stud Alcohol* 1980; 41(7): 672-81.
27. Carlborg A, Jokinen J, Jonsson EG, Nordstrom AL, Nordstrom P: Long-term suicide risk in schizophrenia spectrum psychoses: survival analysis by gender. *Arch Suicide Res* 2008; 12(4): 347-51.
28. Cheng AT: Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(7): 594-603.

29. Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C: Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 175-9.
30. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK: Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150(6): 935-40.
31. Murphy GE, Wetzel RD: The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(4): 383-92.
32. Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME, Lonnqvist JK: Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol Alcohol* 2000; 35(1): 70-5.
33. Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, Minnai GP, Salis P, Scamonatti L, Masia M, Ghiani C, Mannu P: Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2: 63-9.
34. Borges G, Rosovsky H: Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *J Stud Alcohol* 1996; 57(5): 543-8.
35. Razvodovsky YE: Suicide and alcohol psychoses in Belarus 1970-2005. *Crisis* 2007; 28(2): 61-6.
36. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA: Samobójstwo, zachowania gwałtowne i inne stany nagłe w psychiatrii. [W] *Psychiatria kliniczna*. Red: Sidorowicz SK, 2004. Urban&Partner: Wrocław. s. 315
37. Wichstrom L, Rossow I: Explaining the gender difference in self-reported suicide attempts: a nationally representative study of Norwegian adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32(2): 101-16.
38. Sher L, Oquendo MA, Mann JJ: Risk of suicide in mood disorders. *Clin Neurosci Res* 2001; 1(337-344).
39. Sher L, Mann JJ: Neurobiology of suicide. [W]: *Textbook of Medical Psychiatry*. Red: Soares JC, Gershon S, 2003. Marcel Dekker: New York. s. 701-711.
40. Murphy GE.: *Suicide in alcoholism*. 1992. Oxford University Press. New York.
41. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y: Age-related patterns of factors associated with completed suicide in men with alcohol dependence. *Am J Addict* 1999; 8: 312-318.
42. Ilgen MA, Downing K, Zivin K, Hoggatt KJ, Kim HM, Ganoczy D, Austin KL, McCarthy JF, Patel JM, Valenstein M: Exploratory data mining analysis identifying

subgroups of patients with depression who are at high risk for suicide. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(11): 1495-500.

43. Schuckit MA: Alcohol-related disorders. [W]: *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Red: Sadock BJ, Sadock VA, 2000. Lippincott, Williams & Wilkins. New York. s. 953-971.
44. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, Text Revision*. 4 ed., 2000, Washington, D.C.
45. Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, Reich W, Hesselbrock VM, Smith TL: Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 1997; 154(7): 948-57.
46. Sher L, Oquendo MA, Galfalvy HC, Grunebaum MF, Burke AK, Zalsman G, Mann JJ: The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addict Behav* 2005; 30(6): 1144-53.
47. Mann JJ: Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003; 4: 819-828.
48. Crum RM, Ford DE, Storr CL, Chan YF: Association of sleep disturbance with chronicity and remission of alcohol dependence: data from a population-based prospective study. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(10): 1533-40.
49. Brower KJ: Insomnia, alcoholism and relapse. *Sleep Med Rev* 2003; 7(6): 523-39.
50. Baekeland F, Lundwall L, Shanahan TJ, Kissin B: Clinical correlates of reported sleep disturbance in alcoholics. *Q J Stud Alcohol* 1974; 35(4 Pt A): 1230-41.
51. Cohn TJ, Foster JH, Peters TJ: Sequential studies of sleep disturbance and quality of life in abstaining alcoholics. *Addict Biol* 2003; 8(4): 455-62.
52. Foster JH, Peters TJ: Impaired sleep in alcohol misusers and dependent alcoholics and the impact upon outcome. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23(6): 1044-51.
53. Arnedt JT, Conroy DA, Armitage R, Brower KJ: Cognitive-behavioral therapy for insomnia in alcohol dependent patients: a randomized controlled pilot trial. *Behav Res Ther* 2011; 49(4): 227-33.
54. Brower KJ, Aldrich MS, Robinson EA, Zucker RA, Greden JF: Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *Am J Psychiatry* 2001; 158(3): 399-404.
55. Williams HL, Rundell OH, Jr.: Altered sleep physiology in chronic alcoholics: reversal with abstinence. *Alcohol Clin Exp Res* 1981; 5(2): 318-25.
56. Feuerlein W: The acute alcohol withdrawal syndrome: findings and problems. *Br J Addict Alcohol Other Drugs* 1974; 69(2): 141-8.

57. Caetano R, Clark CL, Greenfield TK: Prevalence, trends, and incidence of alcohol withdrawal symptoms: analysis of general population and clinical samples. *Alcohol Health Res World* 1998; 22(1): 73-9.
58. Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ Predictors of relapse to heavy drinking in alcohol dependent subjects following alcohol detoxification-The role of quality of life measures, ethnicity, social class, cigarettes and drug use. *Addict Biol* 1998; 3: 333-43.
59. Mello NK, Mendelson JH: Behavioral studies of sleep patterns in alcoholics during intoxication and withdrawal. *J Pharmacol Exp Ther* 1970; 175(1): 94-112.
60. Wojnar M, Ilgen MA, Wojnar J, McCammon RJ, Valenstein M, Brower KJ: Sleep problems and suicidality in the National Comorbidity Survey Replication. *J Psychiatr Res* 2009; 43(5): 526-531.
61. Wojnar M, Ilgen MA, Wojnar J, McCammon RJ, Valenstein M, Brower KJ: Sleep problems and suicidality in the National Comorbidity Survey Replication. *J Psychiatr Res* 2009; 43(5): 526-31.
62. Agargun MY, Kara H, Solmaz M: Sleep disturbances and suicidal behavior in patients with major depression. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(6): 249-51.
63. Bernert RA, Joiner TE, Jr., Cukrowicz KC, Schmidt NB, Krakow B: Suicidality and sleep disturbances. *Sleep* 2005; 28(9): 1135-41.
64. Chellappa SL, Araujo JF: Sleep disorders and suicidal ideation in patients with depressive disorder. *Psychiatry Res* 2007; 153(2): 131-6.
65. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R: Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147(9): 1189-94.
66. Goldstein TR, Bridge JA, Brent DA: Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(1): 84-91.
67. Hall RC, Platt DE: Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics* 1999; 40(1): 18-27.
68. McGirr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, Benkelfat C, Lesage A, Turecki G: An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *J Affect Disord* 2007; 97(1-3): 203-9.

69. Rocha FL, Hara C, Rodrigues CV, Costa MA, Castro e Costa E, Fuzikawa C, Santos VG: Is insomnia a marker for psychiatric disorders in general hospitals? *Sleep Med* 2005; 6(6): 549-53.
70. Danel T, Vilain J, Roelandt JL, Salleron J, Vaiva G, Amarie A, Plancke L, Duhamel A: Suicide risk and suicide attempt in North Pas de Calais Region. Lessons from the survey Mental Health in General Population. *Encephale* 2010; 36(3 Suppl): 39-57.
71. Brower K, Krentzman A, Robinson E: Persistent insomnia, abstinence, and moderate drinking in alcohol-dependent individuals. *Am J Addict* 2011; 20(5): 435-40.
72. Drummond SP, Gillin JC, Smith TL, DeModena A: The sleep of abstinent pure primary alcoholic patients: natural course and relationship to relapse. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22(8): 1796-802.
73. Arnedt JT, Conroy DA, Brower KJ: Treatment options for sleep disturbances during alcohol recovery. *J Addict Dis* 2007; 26(4): 41-54.
74. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P: What characterizes substance abusers who commit suicide attempts? Factors related to Axis I disorders and patterns of substance use disorders. A study of treatment-seeking substance abusers in Norway. *Eur Addict Res.* 2006; 12(2): 102-108.
75. Le Strat Y, Ramoz N, Gorwood P: In alcohol-dependent drinkers, what does the presence of nicotine dependence tell us about psychiatric and addictive disorders comorbidity? *Alcohol Alcohol* 2010; 45(2): 167-72.
76. Widiger TA, Costa PTJ: Personality and personality disorders. *J Abnorm Psychol* 1994; 103: 78-91.
77. Sher KJ TT, Bartholow BD, Vieth A.: Personality and alcoholism: issues, methods, and etiological processes. *Leonard KE, Blane HT, eds. Psychological theories of drinking and alcoholism* (2).
78. Mellos E, Liappas I, Paparrigopoulos T: Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. *In Vivo* 2010; 24(5): 761-9.
79. Hesselbrock M, Hesselbrock V, Syzmanski K, Weidenman M: Suicide attempts and alcoholism. *J Stud Alcohol* 1988; 49(5): 436-42.
80. Verona E, Joiner T, Patrick CJ.: Psychopathy, antisocial personality and suicide risk. *J Abnorm Psychol* 2001; 110: 462-470.

81. Ilgen MA, Chermack ST, Murray R, Walton MA, Barry KL, Wojnar M, Blow FC: The association between partner and non-partner aggression and suicidal ideation in patients seeking substance use disorder treatment. *Addict Behav* 2009; 34(2): 180-6.
82. Se-Won Lima K-SO, Young-Chul Shina, Seung-Gul Kangb, Leen Kimb, Young-Min Parkc, Won Kimc, Heon-Jeong Leeb: Clinical and temperamental differences between early- and late-onset alcoholism in Korean men *Comprehensive Psychiatry* 2008; 49: 94-97.
83. Hufford MR: Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev* 2001; 21(5): 797-811.
84. Giancola: Irritability, acute alcohol consumption and aggressive behavior in men and women. *Drug Alcohol Depend* 2002; 68: 263-274.
85. Wiley J, Weisner C: Drinking in violent and nonviolent events leading to arrest: evidence from a survey of arrestees. *J Crim Just* 1995; 23: 461-476.
86. Roizen J: Issues in the epidemiology of alcohol and violence. *Alcohol and interpersonal violence: fostering multidisciplinary perspectives* 1993. NIAAA Research Monograph , No. 24. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
87. Caces P, Harford T: Time series analyses of alcohol consumption and suicide mortality in the U.S., 1984-1987. *Journal of Studies on Alcohol* 1998; 59: 455-461.
88. Lester D: The association between alcohol consumption and suicide and homicide rates: a study of 13 nations. *Alcohol Alcohol* 1995; 30(4): 465-8.
89. Razvodovsky YE: Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia. *Crisis* 2009; 30(4): 186-91.
90. Rossow I: Suicide, alcohol, and divorce; aspects of gender and family integration. *Addiction* 1993; 88(12): 1659-65.
91. Skog: Alcohol and the 1950-1990 suicide trend - Is there a causal connection? . *Acta Sociologica* 1993; 36: 33-46.
92. Lester D: Suicide in an international perspective. *Suicide Life Threat Behav* 1997; 27(1): 104-11.
93. Norstrom T: Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden. *Addiction* 1995; 90(11): 1463-9.
94. Ramstedt M: Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 2001; 96 Suppl 1: S59-75.

95. Ohberg A, Vuori E, Ojanpera I, Lonngvist J: Alcohol and drugs in suicides. *Br J Psychiatry* 1996; 169(1): 75-80.
96. Bilban M, Skibin L: Presence of alcohol in suicide victims. *Forensic Sci Int* 2005; 147 Suppl: S9-12.
97. Crombie IK, Pounder DJ, Dick PH: Who takes alcohol prior to suicide? *J Clin Forensic Med* 1998; 5(2): 65-8.
98. Pridemore WA: Heavy Drinking and Suicide in Russia. *Soc Forces* 2006; 85(1): 413-430.
99. Wasserman D, Varnik A, Eklund G: Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89(5): 306-13.
100. Conner KR, Duberstein PR: Predisposing and Precipitating Factors for Suicide Among Alcoholics: Empirical Review and Conceptual Integration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2004; 28(s1): 6S-17S.
101. Berglund M: Suicide in alcoholism. A prospective study of 88 suicides: I. The multidimensional diagnosis at first admission. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41(9): 888-91.
102. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Buckman K, Bierut L, Bucholz KK, Hesselbrock MN, Hesselbrock VM, Reich T: Comparison of 3190 Alcohol-Dependent Individuals With and Without Suicide Attempts. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2002; 26(4): 471-477.
103. Mann JJ, Brent DA, Arango V: The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology* 2001; 24(5): 467-77.
104. Sher L, Oquendo MA, Grunebaum MF, Burke AK, Huang YY, Mann JJ: CSF monoamine metabolites and lethality of suicide attempts in depressed patients with alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17(1): 12-5.
105. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Huang YY, Ellis SP, Mann JJ: Aggressivity, suicide attempts, and depression: relationship to cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels. *Biol Psychiatry* 2001; 50(10): 783-91.
106. Roy A, De Jong J, Linnoila M: Cerebrospinal fluid monoamine metabolites and suicidal behavior in depressed patients. A 5-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(7): 609-12.

107. Asberg M, Nordstrom P, Traskman-Bendz L: Cerebrospinal fluid studies in suicide. An overview. *Ann N Y Acad Sci* 1986; 487: 243-55.
108. Ratsma JE, Van Der Stelt O, Gunning WB: Neurochemical markers of alcoholism vulnerability in humans. *Alcohol Alcohol* 2002; 37(6): 522-33.
109. Bergquist J, Traskman-Bendz L, Lindstrom MB, Ekman R: Suicide-attempters having immunoglobulin G with affinity for dopamine in cerebrospinal fluid. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002; 12(2): 153-8.
110. Roy A, Lamparski D, De Jong J, Adinoff B, Ravitz B, George DT, Nutt D, Linnoila M: Cerebrospinal fluid monoamine metabolites in alcoholic patients who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81(1): 58-61.
111. Roy A, DeJong J, Lamparski D, George T, Linnoila M: Depression among alcoholics. Relationship to clinical and cerebrospinal fluid variables. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(5): 428-32.
112. Iribarren C, Reed DM, Wergowske G, Burchfiel CM, Dwyer JH: Serum cholesterol level and mortality due to suicide and trauma in the Honolulu Heart Program. *Arch Intern Med* 1995; 155(7): 695-700.
113. Janik M, Lewandowska-Stanek H, Szponar J: Czy stężenie cholesterolu całkowitego jest dobrym markerem próby samobójczej? *Przegl Lek* 2003; 60(4): 251-4.
114. Gorwood P: Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. *European Psychiatry* 2001; 16(7): 410-417.
115. Sullivan PF, Joyce PR, Bulik CM, Mulder RT, Oakley-Browne M: Total cholesterol and suicidality in depression. *Biol Psychiatry* 1994; 36(7): 472-7.
116. Hibbeln JR, Linnoila M, Umhau JC, Rawlings R, George DT, Salem N, Jr.: Essential fatty acids predict metabolites of serotonin and dopamine in cerebrospinal fluid among healthy control subjects, and early- and late-onset alcoholics. *Biol Psychiatry* 1998; 44(4): 235-42.
117. Rommelspacher H, May T, Dufeu P, Schmidt LG: Longitudinal observations of monoamine oxidase B in alcoholics: differentiation of marker characteristics. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18(6): 1322-9.
118. Zupanc T, Pregelj P, Tomori M, Komel R, Paska AV: No association between polymorphisms in four serotonin receptor genes, serotonin transporter gene and alcohol-related suicide. *Psychiatr Danub* 2010; 22(4): 522-7.

119. Gorwood P, Batel P, Ades J, Hamon M, Boni C: Serotonin transporter gene polymorphisms, alcoholism, and suicidal behavior. *Biol Psychiatry* 2000; 48(4): 259-64.
120. Gorwood P, Batel P, Ades J, Hamon M, Boni C: Association between suicide attempts and 5-HTTLPR-S-allele in alcohol-dependent and control subjects: further evidence from a German alcohol-dependent inpatient sample. *Biol Psychiatry* 2001; 50(8): 636-9.
121. Preuss UW, Koller G, Soyka M, Bondy B: Association between suicide attempts and 5-HTTLPR-S-allele in alcohol-dependent and control subjects: further evidence from a German alcohol-dependent inpatient sample. *Biol Psychiatry* 2001; 50(8): 636-9.
122. Arango V, Underwood MD, Mann JJ: Postmortem findings in suicide victims. Implications for in vivo imaging studies. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 836: 269-87.
123. Rao ML, Hawellek B, Papassotiropoulos A, Deister A, Frahnert C: Upregulation of the platelet Serotonin2A receptor and low blood serotonin in suicidal psychiatric patients. *Neuropsychobiology* 1998; 38(2): 84-9.
124. Preuss UW, Koller G, Bahlmann M, Soyka M, Bondy B: No association between suicidal behavior and 5-HT2A-T102C polymorphism in alcohol dependents. *Am J Med Genet* 2000; 96(6): 877-8.
125. Wrzosek M, Lukaszkiwicz J, Serafin P, Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Matsumoto H, Brower KJ, Wojnar M: Association of polymorphisms in HTR2A, HTR1A and TPH2 genes with suicide attempts in alcohol dependence: a preliminary report. *Psychiatry Res* 2011; 190(1): 149-51.
126. Nielsen DA, Virkkunen M, Lappalainen J, Eggert M, Brown GL, Long JC, Goldman D, Linnoila M: A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(7): 593-602.
127. Nedic G, Nikolac M, Sviglin KN, Muck-Seler D, Borovecki F, Pivac N: Association study of a functional catechol-O-methyltransferase (COMT) Val108/158Met polymorphism and suicide attempts in patients with alcohol dependence. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011; 14(3): 377-88.
128. Marusic A: History and geography of suicide: could genetic risk factors account for the variation in suicide rates? *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005; 133C(1): 43-7.
129. Murphy GE, Robins E: Social factors in suicide. *Jama* 1967; 199(5): 303-8.

130. Foster T: Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res* 2011; 15(1): 1-15.
131. DeJong TM, Overholser JC, Stockmeier CA: Apples to oranges?: a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord* 2010; 124(1-2): 90-7.
132. Smith GE, Ross RL, Rost KM, Psychiatric outcomes module: substance abuse outcomes module (SAOM)[W] *Outcome assessment in clinical practice*, Red: Sederer LI, Dickey B 1996, Williams and Wilkins: Baltimore, MD. s. 85-88.
133. Beck AT, Steer RA, Brown G, *Brown manual for the beck depression inventory II*. 1996, Psychological Corporation: San Antonio, TX.
134. Cella DF, Lloyd SR, Wright BD, Cross-Cultural Instrument Equating: Current Research and Future Directions, [W] *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Second Edition*, Red: Spilker B. 1996, Lippincott-Raven: Philadelphia. s. 707-714.
135. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D: Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(12): 1417-1432.
136. Hunt SM: A methodology for the translation of health measures. *Manchester: Galen Research and Consultancy* 1988: 1-8.
137. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES: Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51(6): 768-74.
138. Logan GD, Schachar RJ, Tannock R: Impulsivity and inhibitory control. *Psychological Science* 1997; 8(1): 60-64.
139. Sherbourne CD, Stewart AL: The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32(6): 705-14.
140. Selzer ML: The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 1971; 127(12): 1653-8.
141. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ: Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res* 2000; 48(6): 555-60.
142. Brower KJ: Alcohol's effects on sleep in alcoholics. *Alcohol Res Health* 2001; 25(2): 110-25.

143. Douglass AB, Bornstein R, Nino-Murcia G, Keenan S, Miles L, Zarcone VP, Jr., Guilleminault C, Dement WC: The Sleep Disorders Questionnaire. I: Creation and multivariate structure of SDQ. *Sleep* 1994; 17(2): 160-7.
144. Derogatis LR, Melisaratos N: The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983; 13(3): 595-605.
145. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO: The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86(9): 1119-27.
146. Costa P, McCrae RR, *NEO PI-R Professional manual*. 1992, Psychological Assessment Resources: Odessa, FL.
147. Project M: Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1993; 17(6): 1130-45.
148. Conner KR, Duberstein PR: Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(5 Suppl): 6S-17S.
149. Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsa ET, Heikkinen ME, Aro HM, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK: Mental disorders in elderly suicide. *Int Psychogeriatr* 1995; 7(2): 275-86.
150. Ilgen MA, Bohnert AS, Ignacio RV, McCarthy JF, Valenstein MM, Kim HM, Blow FC: Psychiatric diagnoses and risk of suicide in veterans. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(11): 1152-8.
151. The National Center for Victims of Crime:
<http://www.ncvc.org/ncvc/main.aspx?dbName=DocumentViewer&DocumentID=32315#2, 2011>
152. Nakagawa M, Kawanishi C, Yamada T, Iwamoto Y, Sato R, Hasegawa H, Morita S, Odawara T, Hirayasu Y: Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 32.
153. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED: Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996; 153(8): 1001-8.
154. Moscicki EK: Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20(3): 499-517.

155. Hayward L, Zubrick SR, Silburn S: Blood alcohol levels in suicide cases. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46(3): 256-60.
156. Arnau MM: Differential features of female alcoholism. *Adicciones* 2010; 22(4): 339-52.
157. Schuckit MA: Primary men alcoholics with histories of suicide attempts. *J Stud Alcohol* 1986; 47: 78-81.
158. Lejoyeux M, Huet F, Claudon M, Fichelle A, Casalino E, Lequen V: Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. *Arch Suicide Res* 2008; 12(1): 30-8.
159. Center for Disease Control and Prevention. Preventing Suicide: Program Activities Guide. *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)* 2007, <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>, 2011
160. Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC: Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(5 Suppl): 18S-28S.
161. National Institute of Mental Health (NIMH): Suicide in the U.S.: Statistics and Prevention. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention/index.shtml#factors>, 2012.
162. Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J: The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety* 2010; 27(9): 791-8.
163. Cornelius JR, Clark DB, Salloum IM, Bukstein OG, Kelly TM: Interventions in Suicidal Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2004; 28(s1): 89S-96S.
164. Naranjo CA, Knoke DM: The role of selective serotonin reuptake inhibitors in reducing alcohol consumption. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 Suppl 20: 18-25.
165. Cornelius JR, Salloum IM, Cornelius MD, Perel JM, Thase ME, Ehler JG, Mann JJ: Fluoxetine trial in suicidal depressed alcoholics. *Psychopharmacol Bull* 1993; 29(2): 195-9.
166. Cornelius JR, Salloum IM, Ehler JG, Jarrett PJ, Cornelius MD, Perel JM, Thase ME, Black A: Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(8): 700-5.

167. Thase ME, Salloum IM, Cornelius JD: Comorbid alcoholism and depression: treatment issues. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 Suppl 20: 32-41.
168. Johnson BA: Role of the serotonergic system in the neurobiology of alcoholism: implications for treatment. *CNS Drugs* 2004; 18(15): 1105-18.
169. Kolla BP, Mansukhani MP, Schneekloth T: Pharmacological treatment of insomnia in alcohol recovery: a systematic review. *Alcohol Alcohol* 2011; 46(5): 578-85.

9. STRESZCZENIE

1. Wstęp

Samobójstwa są jedną z trzech wiodących przyczyn śmierci ludzi między 15 a 34 rokiem życia, w jednej trzeciej krajów zajmując pierwsze miejsce. Według danych WHO, co 40 sekund jedna osoba odbiera sobie życie, co daje niemal milion osób rocznie na całym świecie i śmiertelność rzędu 16/100.000. Szacuje się, że częstość prób samobójczych jest od 10 do 20 razy większa. W ciągu ostatnich 45 lat liczba popełnianych samobójstw zwiększyła się o 60%, zaś WHO przewiduje dalszy wzrost ich udziału w śmiertelności z 1,8% w 1998 roku do 2,4% w roku 2020. Zaburzenia psychiczne, szczególnie depresja, są najistotniejszymi czynnikami ryzyka samobójstwa. Istnieją jednak badania sugerujące, że osoby uzależnione od alkoholu mogą być bardziej obciążone ryzykiem śmierci samobójczej niż chorzy z depresją. Ryzyko podjęcia próby samobójczej jest znacznie większe wśród osób uzależnionych niż w populacji ogólnej; szacunkowo pacjenci z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu są obciążeni 60-120 razy większym ryzykiem samobójstwa niż osoby bez zaburzeń psychicznych. Poszukiwanie czynników sprzyjających decyzjom samobójczym w tej grupie pacjentów jest zatem niezwykle ważne i może ułatwić udzielanie pomocy w sytuacjach kryzysowych. Większość ludzi doświadczających myśli samobójczych, planujących odebranie sobie życia lub podejmujących takie próby nie otrzymuje żadnej pomocy.

2. Cel pracy

Celem ogólnym pracy była ocena czynników wpływających na ryzyko i charakter zachowań samobójczych pacjentów uzależnionych od alkoholu. Zostały sformułowane następujące cele szczegółowe:

- 1) Ocena związków pomiędzy czynnikami demograficznymi, psychospołecznymi, psychopatologicznymi, rodzinnymi i przebiegiem uzależnienia a myślami i zachowaniami samobójczymi pacjentów uzależnionych od alkoholu.
- 2) Analiza rodzaju i okoliczności prób samobójczych podejmowanych w stanie upojenia alkoholowego.
- 3) Analiza czynników ryzyka podjęcia próby samobójczej w okresie intensywnego picia.

3. Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w grupie 364 pacjentów: 268 mężczyzn i 96 kobiet, w wieku od 20 do 76 lat, leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu w ośrodkach terapii uzależnień (2 oddziałach stacjonarnych oraz w 2 poradniach terapii uzależnienia w Warszawie). Udział w badaniu był dobrowolny, zapraszano wszystkich leczonych tam pacjentów. W czasie spotkań z badanymi, za pomocą ustrukturuowanych kwestionariuszy uzyskiwano dane demograficzne i społeczno-ekonomiczne oraz przeprowadzano wywiad dotyczący nadużywania alkoholu i innych środków psychoaktywnych. Podczas rozmowy z uczestnikami oceniano nastrój, myśli i tendencje samobójcze, a także gromadzono informacje dotyczące ewentualnych chorób somatycznych oraz uprzedniego leczenia. Pacjenci samodzielnie uzupełniali ankiety dotyczące oparcia społecznego, zaburzeń snu, poziomu impulsywności, cech psychologicznych oraz przebiegu dotychczasowego leczenia psychiatrycznego. Przy pomocy testu komputerowego *Stop-signal Task* oceniano poziom impulsywności badanych pacjentów. Uzyskane w ten sposób dane zostały przeanalizowane pod kątem ich wpływu na ryzyko zachowań samobójczych. Ponadto analizowano czynniki ryzyka podejmowania prób samobójczych w okresie intensywnego picia. W analizie statystycznej oceniano obszary funkcjonowania, cechy i okoliczności związane z podejmowaniem przez pacjentów prób samobójczych. Z uwagi na ich dużą liczbę i różnorodność w każdej z nich wskazano metodą wieloczynnikowej regresji logistycznej czynniki mające największy wpływ na ryzyko

zachowań samobójczych. W dalszej kolejności poddano analizie próby samobójcze podejmowane przez badanych w okresie intensywnego picia alkoholu.

4. Wyniki

Pacjenci potwierdzający podejmowanie prób samobójczych: 1) byli młodsi, 2) doświadczali mniejszego wsparcia społecznego, 3) mieli cięższy przebieg uzależnienia oraz więcej problemów z niego wynikających, 4) w młodszym wieku rozpoczynali szkodliwe picie alkoholu, 5) mieli bardziej nasilone objawy: somatyzacji, obsesyjno-kompulsywne, depresyjne, lękowe; cechowali się wyższym poziomem neurotyczności i ekstrawersji, 6) byli bardziej impulsywni niż osoby negujące zachowania samobójcze w wywiadzie. Ponadto badani z wywiadem samobójczym znacznie częściej niż negujący zamach na swoje życie: 1) doświadczali w dzieciństwie przemocy seksualnej, 2) byli spokrewnieni z osobami, które popełniły samobójstwo, 3) nie dysponowali wystarczającymi do życia środkami finansowymi, 4) byli leczeni psychiatrycznie, w tym z powodu depresji, 5) byli członkami wspólnot Anonimowych Alkoholików. Analiza charakterystyki podejmowanych prób samobójczych wykazała, iż pacjenci, którzy próbowali odebrać sobie życie w okresie intensywnego picia alkoholu byli istotnie młodsi w chwili badania, a także mieli cięższy przebieg i wcześniejszy początek uzależnienia niż podejmujący próby samobójcze w okresie abstynencji. Zamachy pod wpływem alkoholu znacznie częściej miały charakter impulsywny i w większości przypadków były podejmowane przez mężczyzn. Zaobserwowano również, że uczestnicy badania potwierdzający obecność myśli samobójczych mieli znacznie bardziej nasilone zaburzenia snu aniżeli pozostali badani.

5. Wnioski

1. Pacjenci uzależnieni od alkoholu są obciążeni wysokim ryzykiem prób samobójczych.
2. Na ryzyko samobójstwa osób uzależnionych mają wpływ czynniki demograficzne, społeczne, rodzinne, psychologiczne i psychopatologiczne, a także przebieg, czas trwania oraz ciężkość uzależnienia.
3. Wysokie ryzyko próby samobójczej towarzyszy osobom uzależnionym od alkoholu,
4. w których rodzinie popełniono lub próbowano popełnić samobójstwo.
5. Większość prób samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu jest podejmowana
6. w stanie intoksykacji alkoholem i ma charakter impulsywny.
7. Szczególnym ryzykiem odebrania sobie życia w stanie intoksykacji alkoholem są mężczyźni, których problemy z alkoholem rozpoczęły się przed 25-tym rokiem życia, z ciężkim przebiegiem i widocznymi konsekwencjami uzależnienia.

10. SUMMARY

Risk factors for suicidal behavior in alcohol-dependent individuals

1. Introduction

Suicide is among the three most common causes of death in people aged 15 through 34. In one third of the countries worldwide suicide is the leading cause of death. According to the WHO every 40 seconds somebody is committing suicide all over the world. That gives almost 1 million of suicide deaths per year and a mortality rate of 16/100.000. The frequency of suicide attempts is estimated to be 10 to 20 times higher. In the past 45 years the number of suicide deaths has increased by 60%; WHO predicts a trend of increasing rates of mortality due to suicide from 1.8% in 1998 to 2.4% in 2020. Mental disorders, especially depression, are the most important risk factors for suicide. However, there are studies indicating that alcohol dependence is even more important risk factor for suicide than depression. The risk of suicide attempts is higher among addicted persons than in the general population. It has been estimated that patients diagnosed with alcohol dependence have a risk of suicide 60 to 120 times higher than people without any psychiatric disorder. Therefore, search for risk factors of suicide is extremely important in this group of patients and can lead to more efficient crisis interventions. It is even more important as we know that majority of people with suicidal thoughts or suicide attempts receive no such support.

2. Objectives

The general aim of the study was to examine factors influencing risk and character of suicide behavior in alcohol-dependent patients. The specific aims of the study were:

- 1) Assessment of relationships between demographic, psychosocial, psychopathological and family factors as well as history of addiction, and suicide behavior in alcohol-dependent patients.
- 2) The analysis of the methods and circumstances of suicide attempts during alcohol intoxication.
- 3) Analysis of risk factors for suicide attempt during heavy drinking episode.

3. Material and methods

The study was performed in a group of 364 patients: 268 men and 96 women aged 20 through 76 years treated for alcohol dependence in both inpatient and outpatient addiction treatment centers in Warsaw, Poland. All patients were invited to participate in the study across the period of recruitment. After receiving informed consent, demographic and socioeconomic data as well as medical history were collected using structured questionnaires. The detailed interview focused on history of alcohol and other psychoactive substances use. Also, mood, detailed history of suicide attempts and current thoughts were evaluated. Self-report questionnaires covered also information on social support, sleep disorders, impulsivity, personality profile and past psychiatric treatment. In addition, the subjects' level of impulsivity was measured using *Stop-signal Task*. The collected data were analyzed to indicate potential correlates of suicide behavior. Factors related to suicide attempts in the lifetime were identified first. Because there were many factors in each of the categories multinomial logistic regression was performed to indicate factors with the highest levels of association with suicidal behavior. Finally, risk factors for suicide attempts during heavy drinking episodes were analyzed.

4. Results

Those participants who reported suicide attempts in the lifetime: 1) were younger, 2) had less social support, 3) had more severe course of alcohol dependence and drinking-

related problems, 4) had earlier age of onset of drinking problems, 5) had more somatization, obsessive-compulsive, depressive, and anxiety symptoms, higher levels of neuroticism and extraversion, and 6) were more impulsive than those who had no history of suicide behavior.

Moreover, patients who attempted suicide in the past more frequently: 1) experienced sexual abuse in childhood, 2) had family history of suicide, 3) reported poor economic status, 4) were treated for psychiatric problems including depression, 5) participated in meetings of Alcoholics Anonymous than individuals without suicide attempts in the lifetime. Detailed assessment of past suicide attempts during heavy drinking episode indicated that those individuals were significantly younger, had more severe course of alcohol dependence and earlier onset of drinking problems than patients who attempted suicide during abstinence. Attempts while intoxicated were more often unplanned and performed by male participants. Patients with current suicidal thoughts reported more severe sleep problems than those with no suicidal ideation.

5. Conclusions

1. Alcohol-dependent patients have high risk of suicide attempts.
2. Demographic, social, family, psychological and psychopathological factors are associated with high risk of suicide in alcohol dependence. Moreover, severity and duration of alcohol dependence influence risk of suicide.
3. A risk of suicide is also high in individuals having a family member who committed or attempted suicide in the past.
4. Majority of suicide attempts in alcohol-dependent patients are impulsive and performed while intoxicated.
5. Male individuals with early onset of alcohol problems, severe course of dependence and high number of alcohol-related problems are in high risk of suicide under the influence of alcohol.

11. SPIS TABEL

1. Charakterystyka ogólna badanej grupy.
2. Cechy przebiegu uzależnienia badanej grupy.
3. Porównanie liczby badanych, którzy podejmowali w przeszłości próby samobójcze z badanym negującymi próbę samobójczą w zależności od płci i wieku.
4. Związek czynników psychospołecznych i rodzinnych z ryzykiem próby samobójczej.
5. Analiza związku czynników psychospołecznych i rodzinnych z ryzykiem próby samobójczej.
6. Związek przebiegu i konsekwencji uzależnienia z ryzykiem próby samobójczej.
7. Analiza znaczenia przebiegu i konsekwencji uzależnienia dla ryzyka próby samobójczej.
8. Związek zaburzeń psychicznych i leczenia psychiatrycznego z ryzykiem próby samobójczej.
9. Analiza związku zaburzeń psychicznych i leczenia psychiatrycznego z wywiadem próby samobójczej.
10. Związek objawów psychopatologicznych i wymiarów osobowości z ryzykiem próby samobójczej.
11. Analiza związku objawów psychopatologicznych i czynników osobowościowych z ryzykiem próby samobójczej.
12. Związek poziomu impulsywności z ryzykiem podjęcia próby samobójczej.
13. Analiza związku różnych parametrów impulsywności z ryzykiem podjęcia próby samobójczej.
14. Porównanie pacjentów, którzy podjęli próbę samobójczą podczas intensywnego picia alkoholu z osobami negującymi intensywne picie poprzedzające próbę.

15. Analiza związku badanych czynników z ryzykiem podjęcia próby samobójczej podczas intensywnego picia.
16. Porównanie nasilenia zaburzeń snu u badanych w zależności od zgłaszanych myśli samobójczych 14 dni przed rozpoczęciem leczenia.

12. SPIS RYCIN

1. Mapa spożycia alkoholu na świecie; za: <http://www.acus.org/content/alcohol-consumption-map>
2. Mapa samobójstw dokonanych na 100.000 osób
za: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
3. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a doświadczeniem wykorzystania seksualnego.
4. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a obecnością zachowań samobójczych w rodzinie.
5. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a sytuacją ekonomiczną.
6. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a wiekiem rozwoju uzależnienia.
7. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a uczestnictwem we wspólnocie Anonimowych Alkoholików.
8. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a leczeniem psychiatrycznym w wywiadzie.
9. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych a leczeniem depresji w wywiadzie.
10. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych w okresie intensywnego picia a picią badanych.
11. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych w okresie intensywnego picia a impulsywnością próby.
12. Zależność między podejmowaniem prób samobójczych w okresie intensywnego picia a wiekiem rozwoju uzależnienia.

KB/84...../2003

KOMISJA BIOETYCZNA
PRZY AKADEMII MEDYCZNEJ
W WARSZAWIE, ul. ŻWIRKI I WIGURY 61

Komisja Bioetyczna przy Akademii Medycznej w Warszawie
po zapoznaniu się z wnioskiem /wymienić wnioskodawcę/ - w dniu 15 kwietnia 2003r.
Prof. dr hab. Waldemar Szelenberger, Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej,
ul. Nowowiejska 27, Warszawa

Badacz Główny- Dr n. med. Marcin Wojnar.

dotyczącym: wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania pt. "Nastrój i genetyka a wyniki leczenia
problemów alkoholowych."

• Uwaga Komisji:

wyraża następującą
opinie

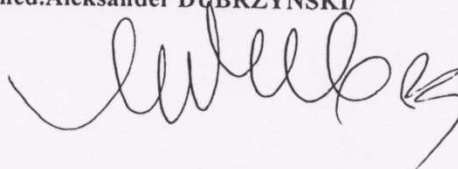
- stwierdza, że są one dopuszczalne i zgodne z zasadami naukowo-etycznymi*.
- ~~stwierdza, że są one niedopuszczalne i niezgodne z zasadami naukowo-etycznymi*.~~

KOMISJA ZATWIERDZIŁA ZAŁĄCZNIKI W/G WYKAZU KARTA NR 2.
Pouczenie-w ciągu 14 dni od otrzymania decyzji wnioskodawcy przysługuje Prawo
odwołania do Komisji Odwoławczej za pośrednictwem Komisji Bioetycznej przy Akademii
Medycznej w Warszawie.

Komisja działa na podstawie art.29 ustawy z dnia 5.12.1996r. o zawodzie lekarza /Dz.U.nr 28/97 poz.152
wraz z późn.zm./, zarządzenia MZiOS z dn.11.05.1999r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i
finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych /Dz.U.nr 47 poz.480/, zarządzenia Rektora Akademii
Medycznej w Warszawie – regulamin Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej w Warszawie.
Komisja działa zgodnie z zasadami GCP .

W załączeniu- skład Komisji oraz lista obecności.

Przewodniczący
Komisji Bioetycznej
/Prof.dr hab.med.Aleksander DUBRZYŃSKI/



- niepotrzebne skreślić

Komisja wyraża pozytywną opinię w sprawie przeprowadzenia wnioskowanych badań- na warunkach określonych we wniosku oraz dodatkowo zastrzegając:

1/ "Zleceniodawca zobowiązuje się do naprawienia szkody, jaką osoba uczestnicząca w eksperymencie może ponieść w następstwie jego przeprowadzenia."

2/ obowiązek przedstawienia Komisji:

- wszystkich zmian w protokole mających wpływ na przebieg oraz ocenę badania,
- wszystkich przypadków zdarzeń niepożądanych,
- zawiadomienia o przyczynach przedwczesnego zakończenia badania,
- sprawozdania w toku przeprowadzonych badań-za sześć miesięcy,
- raportu końcowego.

LISTA OBECNOŚCI
z posiedzenia Komisji Bioetycznej
które odbyło się w dniu 15 kwietnia 2003 roku

1. Prof.dr hab.med.Aleksander DUBRZYŃSKI
2. Prof.dr hab.med.Maria BŁASZCZYK-KOSTANECKA
3. Prof.dr hab.farm.Mirosław SZUTOWSKI
4. Prof.dr hab.med.Jadwiga KOMENDER
5. Prof.dr hab.med.Bożenna WOCIAL
6. Prof. dr hab.Bożena TARCHALSKA-KRYŃSKA
7. Prof.dr hab.med.Bogdan CISZEK
8. Prof. dr hab. Andrzej KAŃSKI
9. Dr n.med.Zygmunt JAMROZIK
10. Dr hab. n.med.Zbigniew WIERZBICKI
11. Prof. dr hab. Joanna GÓRNICKA-KALINOWSKA
12. Mec. Ryszard PŁACZKOWSKI
13. Alicja JAWORSKA
14. Ksiądz kapelan Władysław GRĘDOWSKI
15. mgr Ewa KACPRZYŃSKA – sekretarz
16. mgr Aneta KARDAS –sekretarz

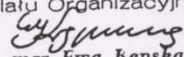
[Handwritten signatures and initials corresponding to the list above]

SKŁAD OSOBOWY KOMISJI BIOETYCZNEJ
przy AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE, ul.Żwirki i Wigury 61

1. Prof.dr hab.med.Aleksander DUBRZYŃSKI - przewodniczący
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
02-007 Warszawa, ul.Oczki 1
specjalizacja: medycyna sądowa
2. Prof.dr hab.med.Maria BŁASZCZYK-KOSTANECKA
Katedra i Klinika Dermatologiczna
02-008 Warszawa, ul. Koszykowa 82a
specjalizacja: dermatologia i wenerologia
NIEOBECNA
3. Prof.dr hab.farm.Mirosław SZUTOWSKI
Katedra i Zakład Toksykologii
02-097 Warszawa, ul.Banacha 1
specjalizacja: toksykologia
4. Prof.dr hab.med.Jadwiga KOMENDER
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego
00-576 Warszawa, ul.Marszałkowska 24
specjalizacja: psychiatria
NIEOBECNA
5. Prof.dr hab.med.Bożenna WOCIAŁ
Katedra i Klinika Nadciśnienia Tętniczego
i Chorób Naczyń
02-097 Warszawa, ul.Banacha 1
specjalizacja: biochemia kliniczna
6. Prof. dr hab.Bożena TARCHALSKA-KRYŃSKA
Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej
00-325 Warszawa, ul.Krakowskie Przedmieście 26/28
specjalizacja: farmakologia kliniczna, otolaryngologia
7. Prof.dr hab.med.Bogdan CISZEK
Zakład Anatomii Prawidłowej
02-004 Warszawa, ul.Chałubińskiego 5
Specjalizacja: neurochirurgia
NIEOBECNY
8. Dr n.med.Zygmunt JAMROZIK
Katedra i Klinika Neurologii
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1
specjalizacja: neurologia

9. Prof. dr hab. Andrzej KAŃSKI
II Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a
specjalizacja: anestezjologia
10. Dr hab. n. med. Zbigniew WIERZBICKI
Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej
02-006 Warszawa, ul. Nowogrodzka 59
specjalizacja: chirurgia ogólna.
11. Mec. Ryszard PŁACZKOWSKI
radca prawny
12. Prof. dr hab. Joanna GÓRNICKA-KALINOWSKA
Zakład Etyki Instytutu Filozofii,
Wydział Filozofii i Socjologii
Uniwersytetu Warszawskiego
13. Alicja JAWORSKA
Oddział Intensywnej Terapii Kardiologii
Klinika Nadciśnienia Tętniczego
Przełożona pielęgniarek
14. Ksiądz Władysław GRĘDOWSKI
kapelan CSK
15. mgr Ewa KACPRZYŃSKA - sekretarz
Dział Organizacyjny Akademii Medycznej w Warszawie
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61/pok. 111/
tel. 5720111, fax 5720169
16. mgr Aneta KARDAS - sekretarz
Dział Organizacyjny Akademii Medycznej w Warszawie
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61/pok. 111/
tel. 5720111, fax 5720169

za zgodność 15. 04. 2003

K I E R O W N I K
Działu Organizacyjnego

mgr Ewa Kępska



Komisja Bioetyczna przy Akademii Medycznej w Warszawie

Tel.: 022/ 57 - 20 -303

Fax: 022/ 57 - 20 -165

ul. Żwirki i Wigury nr 61

02-091 Warszawa

e-mail: komisja.bioetyczna@am.edu.pl

www.komisja.bioetyczna.am.edu.pl

KB/.....⁹...../2008

Komisja Bioetyczna przy Akademii Medycznej w Warszawie
po zapoznaniu się z wnioskiem /wymienić wnioskodawcę/ - w dniu 22 stycznia 2008r.

**Dr hab. n. med. Marcin Wojnar, Katedra i Klinika Psychiatryczna,
ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa**

dotyczącym: wyrażenia opinii w sprawie badania pt.: "Nastrój, czynność bioelektryczna mózgu
i genetyka a wyniki leczenia problemów alkoholowych."

Uwagi Komisji-verte

wyraża następującą opinię

- stwierdza, że są one dopuszczalne i zgodne z zasadami naukowo-etycznymi*.
- stwierdza, że są one niedopuszczalne i niezgodne z zasadami naukowo-etycznymi.*

Pouczenie-w ciągu 14 dni od otrzymania decyzji wnioskodawcy przysługuje Prawo odwołania do Komisji Odwoławczej za pośrednictwem Komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej w Warszawie.

Komisja działa na podstawie art.29 ustawy z dnia 5.12.1996r. o zawodzie lekarza /Dz.U.nr 28/97 poz.152 wraz z późn.zm./, zarządzenia MZiOŚ z dn.11.05.1999r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych /Dz.U.nr 47 poz.480/, Ustawy prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001r. (Dz.U.Nr 126, poz. 1381 z późn. zm.) Zarządzenie nr 78/2006 z dnia 26 września 2006 r. w sprawie działania Komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej w Warszawie /Regulamin Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej w Warszawie/.

Komisja działa zgodnie z zasadami GCP.

W załączeniu- skład Komisji oraz lista obecności.

Przewodniczący
Komisji Bioetycznej

Prof. dr hab. med. Bożena Tarchalska-Kryńska

- niepotrzebne skreślić

Komisja wyraża pozytywną opinię w sprawie przeprowadzenia wnioskowanych badań- na warunkach określonych we wniosku oraz dodatkowo zastrzegając:

1/ obowiązek przedstawienia Komisji:

- wszystkich zmian w protokole mających wpływ na przebieg oraz ocenę badania,
- wszystkich przypadków zdarzeń niepożądanych,
- zawiadomienia o przyczynach przedwczesnego zakończenia badania,
- sprawozdania w toku przeprowadzonych badań-za sześć miesięcy,
- raportu końcowego.

**LISTA OBECNOŚCI
NA POSIEDZENIU KOMISJI BIOETYCZNEJ
W DNIU 22 STYCZNIA 2008r.**

- | | |
|---|-------|
| 1. Prof. dr hab. med. Bożena TARCHALSKA-KRYŃSKA | ..... |
| 2. Prof. dr hab. Barbara GAJKOWSKA | ..... |
| 3. Prof.dr hab.med.Jadwiga KOMENDER | ..... |
| 4. Prof.dr hab. med.Bożenna WOCIAL | ..... |
| 5. Prof. dr hab. med. Andrzej KAŃSKI | ..... |
| 6. Prof. dr hab. med. Maria ROSZKOWSKA-BLAIM | ..... |
| 7. Prof. dr hab. med. Jadwiga DWILEWICZ-TROJACZEK | ..... |
| 8. Prof. dr hab. med. Zbigniew WIERZBICKI | ..... |
| 9. Dr hab. med. Krzysztof FILIPIAK | ..... |
| 10. Dr n. med. Zygmunt JAMROZIK | ..... |
| 11. Dr n. med. Mariusz JASIK | ..... |
| 12. Mec. Ryszard PŁACZKOWSKI | ..... |
| 13. Prof. dr hab. Joanna GÓRNICKA-KALINOWSKA | ..... |
| 14. Alicja JAWORSKA | ..... |
| 15. Ksiądz Władysław GRĘDOWSKI | ..... |
| 16. mgr Rafał KITTEL | ..... |
| 17. inż. Iwona SIUDALSKA | ..... |

- 10 Dr hab. n. med. Krzysztof J. FILIPIAK
I Katedra i Klinika Kardiologii
Ul. Banacha 1a, Warszawa
specjalizacja: kardiologia
11. Dr n. med. Mariusz JASIK
Katedra i Klinika Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa
specjalizacja: choroby wewnętrzne, farmakologia kliniczna
12. Mec. Ryszard PŁACZKOWSKI
radca prawny
13. Prof. dr hab. Joanna GÓRNICKA-KALINOWSKA
Zakład Etyki Instytutu Filozofii,
Wydział Filozofii i Socjologii
Uniwersytetu Warszawskiego
14. Alicja JAWORSKA
Oddział Intensywnej Terapii Kardiologii
Klinika Nadciśnienia Tętniczego
Przełożona pielęgniarek
15. Ksiądz Władysław GRĘDOWSKI
kapelan CSK
16. inż. Iwona SIUDALSKA -sekretarz
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61/pok.214a/
tel. 5720303, fax 5720165
17. mgr Rafał KITTEL -sekretarz
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61/pok.214a/
tel. 5720303, fax 5720165

za zgodność

Prof. dr hab. med. Bożena Tarchalska-Kryńska

Przewodnicząca Komisji Programowej
przy Akademii Medycznej w Warszawie



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

KATEDRA I KLINIKA PSYCHIATRYCZNA

00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska 27 tel: 22-825-1236 fax: 22-825-1315 www.psych.waw.pl

Prof. dr hab. Marcin Wojnar
Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Warszawa, dn. 09.01.2012

Prof. dr hab. Cezary Kowalewski
Prodziekan I Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

OŚWIADCZENIE

Informuję, że badanie będące przedmiotem rozprawy doktorskiej lek. Anny Klimkiewicz pt. „Czynniki wpływające na ryzyko zachowań samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu” stanowi fragment dużego międzynarodowego projektu „Nastój i genetyka a wyniki leczenia problemów alkoholowych” prowadzonego w Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2003-2008, a następnie kontynuowanego w latach 2008-2011 jako badanie pt. „Nastój, czynność bioelektryczna mózgu i genetyka a wyniki leczenia problemów alkoholowych”. Lek. Anna Klimkiewicz była wykonawcą w obu projektach badawczych. Dane uzyskane w wymienionych badaniach zostały przeanalizowane w kontekście zachowań samobójczych osób badanych i przedstawione w pracy doktorskiej lek. Anny Klimkiewicz.

Z poważaniem,

KIEROWNIK
Katedry Psychiatrii


Prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar