

# ЭТНОПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.4:616.89-008.441.44|465\*15/\*80|-055.1-055.2(450.88):159.9.072.594

Для цитирования: Карта М.Д., Коссу Д., Кальцев Г., Тускони М., Урбан А., Ацени М., Кантоне Э., Эскин М. Гендерно-возрастное распределение суицидальной идеации и депрессивных симптомов в популяционной выборке Сардинии (Италия). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025. № 3 (128). С. 127-137. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-3\(128\)-127-137](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-3(128)-127-137)

## Гендерно-возрастное распределение суицидальной идеации и депрессивных симптомов в популяционной выборке Сардинии (Италия)

**Карта М.Д.<sup>1</sup>, Коссу Д.<sup>1</sup>, Кальцев Г.<sup>2</sup>, Тускони М.<sup>2</sup>,  
Урбан А.<sup>2</sup>, Ацени М.<sup>2</sup>, Кантоне Э.<sup>1</sup>, Эскин М.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Кафедра медицинских наук и общественного здоровья, Университет Кальяри  
Монсеррат Блокко I, 09042, Кальяри, Италия

<sup>2</sup> Университетская больница Кальяри  
SS554, 4, 09042 Монсеррат, Кальяри, Италия

<sup>3</sup> Кафедра психологии, Университет Коч  
Сарьер Румели Фенери Йолу, 34450 Стамбул, Турция

### РЕЗЮМЕ

**Актуальность.** Суициды продолжают оставаться значительной проблемой общественного здоровья, при этом в Италии в 2016 г. приводились данные о частоте приблизительно 7 на 100 000 человек с преобладанием (78,8%) суицидов, совершаемых мужчинами (средний уровень самоубийств в России 7,8 на 100 000). Несмотря на то что высокая частота суицидальной активности для данной популяции в большей мере характерна для лиц старшего возраста, суицид остается одной из ведущих причин смерти и среди молодых людей. Хотя суицидальные мысли являются признанным фактором риска, их связь с завершёнными суицидами не до конца ясна. Женщины чаще сообщают о суицидальных мыслях, в то время как мужчины чаще завершают суициды, что называют феноменом, известным как «половой парадокс суицида». **Цель:** изучение распределения суицидальных мыслей и намерений в зависимости от возраста и пола в представительной выборке обследованных, проживающих в одном из регионов Италии; анализ половых и возрастных различий в контексте суицидального поведения, определение их связи с симптомами депрессии. **Методы.** Проведен опрос граждан (n=1502) – жителей Сардинии (Италия), из них 774 женщины, 728 мужчин, в возрасте от 15 до 80 лет при помощи компьютеризированного телефонного интервью (КТИ). Наличие симптомов депрессии и идей о смерти и суициде оценивалось с помощью Опросника здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) из 9 утверждений. Для сравнения групп использовались статистические анализы, включая ANOVA и  $\chi^2$  тесты. **Результаты.** Оценка идей о смерти и суициде у женщин  $\geq 75$  лет показала более высокие средние баллы суицидальных мыслей по сравнению с группами женщин более молодого возраста. У мужчин значимых возрастных различий по наличию суицидальных мыслей не наблюдалось. У мужчин  $\geq 60$  лет обнаружен статистически значимо более высокий средний балл идей о смерти и суициде по сравнению с мужчинами  $\leq 60$  лет. **Дискуссия.** Полученные результаты отражают расхождение между современным представлением психиатрического сообщества и традиционным пониманием «парадокса суицида». Избыточная суицидальная настроенность у мужчин без симптомов депрессии свидетельствует о том, что субпороговые расстройства настроения, такие как рекуррентная краткая депрессия, дистимия, циклотимия, связанные с нарушением циркадных ритмов, могут вносить значимый вклад в риск суицида. Это подтверждает необходимость в стратегиях более широкого скрининга, чем традиционная диагностика депрессивных расстройств. **Выводы.** Определение специфических факторов риска, таких как биологические характеристики (возраст и пол), у пациентов с субпороговыми проявлениями расстройств настроения, может улучшить результаты усилий по превенции суицидов. Необходимо углубленное изучение роли рекуррентной краткой депрессии, дистимии, циклотимии, связанных с нарушением циркадных ритмов, для определения уровня суицидальных намерений.

**Ключевые слова:** расстройства настроения (аффективные расстройства), депрессия, опросник самооценки депрессии PHQ-9, суицидальная идеация, риск суицида, парадокс суицида.

## ВВЕДЕНИЕ

В 2016 г. в Италии частота суицидов на 100 000 населения составила 7 человек. Среди всех завершённых самоубийств 78,8% были совершены мужчинами. Частота суицидов стабильно повышается с возрастом как среди мужчин, так и среди женщин, достигая приблизительно 20 случаев на 100 000 жителей у мужчин и свыше 4 случаев на 100 000 среди женщин в возрасте 70 лет и старше. На суициды в Италии пришлось около 1,0% всех смертей у мужчин и 0,3% у женщин. Несмотря на реально высокий риск суицида среди людей более старшего возраста, вместе с тем обнаружено, что самоубийство является одной из ведущих причин смерти у молодых людей. Хотя наличие мыслей о смерти и суицидальных намерений считается фактором риска, актуальным элементом в понимании феномена суицида, в исследованиях по его профилактике прослеживается отсутствие явной прямой линейной связи между суицидами и наличием пассивных/активных суицидальных мыслей. Суицидальные мысли (идеи) и частота суицидов демонстрируют отличающиеся паттерны в разных возрастных группах и между полами. В то время как женщины чаще сообщают о появлении суицидальных мыслей, мужчины чаще имеют завершённые суициды в силу поведенческих шаблонов и стереотипов «мужского» поведения. Феномен, когда женщины более часто переживают суицидальные мысли и совершают попытки, в то время как мужчины имеют более высокую частоту завершённых суицидов, известен как «половой парадокс суицида» [1, 2]. Среди подростков и молодежи, по данным литературы, частота суицидов в 2-4 раза выше у лиц мужского пола, чем у лиц женского пола, в то время как суицидальные попытки в 3-9 раз чаще встречаются среди лиц женского пола [3]. Центрами контроля и профилактики болезней (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) приведены данные, что на лиц мужского пола в 2020 г. приходилось 79% всех суицидов в США, хотя женщины чаще сообщали о суицидальных мыслях и не приведших к смерти попытках [4]. Фактически настоящий набор данных отражает состояние на 2011-2012 гг., более поздние эпидемиологические данные (CDC 2020, ISTAT 2016) цитируются нами, чтобы представить полученные результаты в контексте современных тенденций здоровья общества. Тем не менее принципиально важно отметить, что большинство исследований по суицидальной настроенности концентрируются на личностях, которые совершили попытку и выжили. В противоположность этому исследования по суицидальной настроенности в общей популяции в опубликованных научно-практических материалах встречаются редко [5] или направлены на специфические сегменты популяций, такие как дети [6] и студенты [7].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение распределения суицидальных мыслей и намерений в зависимости от возраста и пола в представительной выборке обследованных, проживающих в одном из регионов Италии; анализ половых и возрастных различий в контексте суицидального поведения, определение их связи с симптомами депрессии.

## МАТЕРИАЛЫ

Исследовательская выборка была сформирована по материалам базы данных телефонного опроса жителей Сардинии (Италия). Выборка включала лиц от 15 лет до 80 лет. Выборочный контроль был достигнут при помощи методики послышного отбора, чтобы достигнуть репрезентативности выборки. Всё население региона было поделено на 16 географических и административных округов, представляющих столичные города 8 официальных провинций, а также поселки внутри каждой провинции. Каждая из 16 групп была разделена на 2 подгруппы по полу и 5 подгрупп по возрасту, в общем на 10 подгрупп. Информированное согласие считалось полученным, если потенциальный участник исследования соглашался пройти интервью. Сбор данных проводился с ноября 2011 г. по август 2012 г. Все интервью выполнялись в течение этого периода методом компьютеризированного телефонного интервьюирования (КТИ) [8]. Количество участников, набранных для каждой группы, соотносилось с возрастным и половым составом популяции, проживающей на территории столицы, провинции или поселка (в соответствии с Итальянским национальным институтом статистики, Italian National Institute of Statistics – ISTAT) [9]. На этапе сформированности каждой подгруппы потенциальные участники, не соответствовавшие возрастным и половым критериям, были исключены из базы данных. Соответственно в выборку исследования были включены респонденты, подходящие для участия в телефонном опросе (51% из числа тех, кто подходил для интервью, участвовали в опросе). Врачи и психологи проводили интервьюирование, касающееся навыков, знаний и опыта в сфере психического здоровья [8].

## МЕТОДЫ

Использовался метод компьютеризированного телефонного интервьюирования – автоматизированного проведения телефонных опросов с фиксацией вопросов и ответов. Главной целью протокола опроса населения сообщества было выявление симптомов депрессии среди всего населения; с этой целью был применен инструмент, включавший описания случаев, которые зарегистрированы и описаны в предыдущих работах [8], эти результаты не представляют актуальности для конкретного вторичного анализа.

Наличие симптомов депрессии за прошлые 2 недели оценивали с использованием Опросника здоровья пациента Patient Health Questionnaire (PHQ-9) [12], итальянская версия которого была утверждена ранее [13, 14]. Шкала самооценки PHQ-9 обладает диапазоном баллов от 0 до 27, при этом каждое из 9 утверждений оценивается от 0 (вообще нет) до 3 (почти каждый день). Каждое утверждение соответствует 9 ядерным симптомам депрессии, используемым для диагностики расстройств настроения (аффективных расстройств) по классификации DSM-IV-TR [15]. Итоговый балл PHQ-9, варьирующийся от 0 до 27, подсчитывался суммированием баллов по 9 пунктам в целом, включая пункт 9, оценивающий суицидальную настроенность. Выраженность каждого симптома измерялась по шкале Лайкерта от 0 (нет вообще) до 3 (почти каждый день). Наличие 4 из 5 пунктов определяло высокую вероятность симптомов депрессии, по меньшей мере легкой выраженности [12]. Утверждение 9 опросника PHQ-9 использовано для измерения наличия идей о смерти и суициде: «Мысли, что лучше бы умереть или причинить себе вред» (далее – П9 PHQ-9) с выраженностью по шкале Лайкерта в баллах: 0 (вообще нет), 1 (несколько дней), 2 (более чем половина дней), 3 (почти каждый день).

#### Статистический анализ

Частота ответов в соответствии со средним значением балла П9 PHQ-9 измерялась и сравнивалась в 5 возрастных и половых группах с применением однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Для этой цели группа лиц  $\geq 75$  лет использовалась как опорная для сравнения с другими возрастными группами мужчин и женщин. Частота симптомов депрессии без мыслей о смерти/суициде ( $<1$  балла по П9 PHQ-9) и частота П9 PHQ-9 с баллом ниже порогового значения с наличием симптомов депрессии сравнивались между группами по полу и возрасту. Статистический анализ выполнен с использованием критерия  $\chi^2$  с поправкой Йейтса на непрерывность при сравнении частот.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

В таблице 1 представлены характеристики выборки по полу и возрасту с преобладанием женщин (27,7%) и мужчин (30,0%) в возрасте 30-44 лет. В таблице 2 приведены средние балльные показатели по П9 PHQ-9 в зависимости от возраста и пола. Частота мыслей о смерти или суициде, измеряемая как средний балл по П9 PHQ-9, у женщин  $\geq 75$  лет ( $0,27 \pm 0,66$ ) оказалась статистически значимо выше, чем в других группах женского пола: 60-74 года ( $0,09 \pm 0,35$ ,  $p=0,006$ ), 45-59 лет ( $0,12 \pm 0,43$ ,  $p=0,023$ ), 30-44 года ( $0,12 \pm 0,32$ ,  $p=0,009$ ), 16-29 лет ( $0,09 \pm 0,31$ ,  $p<0,006$ ). В то время как у мужчин  $\geq 75$  лет ( $0,17 \pm 0,42$ ) не обнаружена более высокая частота на статистически значимом

уровне по сравнению с другими возрастными группами мужчин. Мужчины в возрастных группах  $\leq 59$  лет продемонстрировали тенденцию к более низкой частоте положительных ответов на П9 PHQ-9 ( $0,11 \pm 0,33$ ,  $0,09 \pm 0,39$ ,  $0,09 \pm 0,30$ ). Тогда как у мужчин  $\geq 60$  лет, напротив, отмечалась тенденция к более высокой частоте ( $0,18 \pm 0,46$ ) положительных ответов на П9 PHQ-9. По данным однофакторного анализа ANOVA, у мужчин  $\geq 60$  лет обнаружен статистически значимо ( $F=6,226$ ,  $p=0,022$ ) более высокий средний балл по П9 PHQ-9 по сравнению с мужчинами  $\leq 60$  лет ( $n=190$ ,  $0,18 \pm 0,4$  и  $n=528$ ,  $0,10 \pm 0,35$ ). Ни в одной из возрастных групп респондентов не выявлено статистически значимых различий в балльных показателях по П9 PHQ-9 между мужчинами и женщинами.

Т а б л и ц а 1. Характеристики исследовательской выборки респондентов по полу и возрасту

| Возраст, лет | Женщины     | Мужчины     |
|--------------|-------------|-------------|
| $\geq 75$    | 92 (11,9%)  | 58 (8,0%)   |
| 60-74        | 150 (20,2%) | 132 (18,1%) |
| 45-59        | 190 (25,5%) | 185 (25,4%) |
| 30-44        | 206 (27,7%) | 211 (30,0%) |
| 16-29        | 136 (17,6%) | 142 (19,5%) |
| Всего        | 774         | 728         |

У женщин  $\geq 75$  лет частота встречаемости мыслей о смерти или суициде (П9 PHQ-9  $>1$ ) (7,6%) была выше, чем в других возрастных группах женщин без симптомов депрессии. У мужчин  $\geq 75$  лет частота встречаемости мыслей о смерти или суициде (10,3%) превышала таковую у мужчин других возрастных групп без симптомов депрессии. В целом в группах респондентов с отсутствием симптомов депрессии у женщин статистически значимо встречалась более низкая частота мыслей о смерти или суициде (П9 PHQ 9  $>1$ ), чем у мужчин (5,5% и 7,8%,  $\chi^2=3,122$ ,  $p=0,079$ , OR=0,69, CI 95% 0,5-1,0). У женщин 16-29 лет с отсутствием мыслей о смерти или суициде преобладала (85,7%) высокая частота симптомов депрессии в сравнении с другими возрастными группами, полученное распределение свидетельствует об устойчивой, но легкой тенденции к снижению проявлений депрессии с увеличением возраста. У мужчин статистически значимо более низкий удельный вес симптомов депрессии в сочетании с отсутствием мыслей о смерти или суициде зарегистрирован в возрасте 60-74 года по сравнению с группой мужчин  $\geq 75$  лет (69,23% и 94,4%;  $\chi^2$ ,  $df=4,156$ ,  $p=0,041$ ). Не обнаружено статистически значимых различий между мужчинами и женщинами по частоте симптомов депрессии без мыслей о смерти или суициде (79,8% у женщин и 83,22% у мужчин,  $\chi^2=0,702$ ,  $p=0,402$ , OR=0,80, CI 95% 0,5-1,3).

Т а б л и ц а 2. Средний балл по П9 PHQ-9 в разных группах респондентов в зависимости от возраста и пола

| Возраст, лет | 1         | 2                            | 3          | 4                           | Мужчины против женщин       |
|--------------|-----------|------------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ≥75          | 0,27±0,66 | Pivot                        | 0,17±0,42* | Pivot                       | df 1,148 F=1,059<br>p=0,305 |
| 60-74        | 0,09±0,35 | df=1, 240 F=7,660<br>p=0,006 | 0,18±0,46* | df 1,188 F=0,020<br>p=0,888 | df 1,280 F=3,464<br>p=0,064 |
| 45-59        | 0,12±0,43 | df 1, 280 F=5,236<br>p=0,023 | 0,11±0,33  | df 1,241 F=1,273<br>p=0,260 | df 1,373 F=0,064<br>p=0,801 |
| 30-44        | 0,12±0,32 | df 1, 431 F=6,986<br>p<0,009 | 0,09±0,39  | df 1,267 F=1,851<br>p=0,175 | df 1,415 F=0,735<br>p=0,392 |
| 16-29        | 0,09±0,31 | df 1, 226 F=7,638<br>p<0,006 | 0,09±0,30  | df 1,198 F=2,394<br>p=0,131 | df 1,276 F=0,001<br>p=0,999 |

П р и м е ч а н и е. В колонках приведены обозначения: 1 – женщины П9 PHQ-9; 2 – различия между возрастными группами женщин по данным ANOVA; 3 – мужчины П9 PHQ-9; 4 – различия между возрастными группами мужчин по данным ANOVA; \* – мужчины ≥60 лет (n=190; средний балл 0,18±0,45) против мужчин <60 лет (n=528; средний балл 0,10±0,35); F=6,226, p=0,022 (однофакторный ANOVA 1,716 df).

Т а б л и ц а 3. Распределение респондентов по возрасту и полу в зависимости от показателей П9 PHQ-9(&gt;0, &lt;5), по наличию/отсутствию депрессивных симптомов в зависимости от показателей П9 PHQ-9 (&gt;4, =0)

| Возраст, лет          | 1                                             | 2                | 3                                              | 4                | 5                | 6                | 7                   | 8                |
|-----------------------|-----------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------|------------------|
| ≥75                   | 7,6%<br>(7/92)                                | Pivot            | 71,0%<br>(27/38)                               | Pivot            | 10,3%<br>(6/58)  | Pivot            | 94,4%<br>(17/18)    | Pivot            |
| 60-74                 | 6,0%<br>(9/150)                               | 0,239<br>p=0,325 | 79,4%<br>(31/39)                               | 0,737<br>p=0,391 | 9,8%<br>(13/132) | 0,011<br>p=0,916 | 69,23%<br>(18/26)   | 4,156<br>p=0,041 |
| 45-59                 | 3,7%<br>(7/190)                               | 2,023<br>p=0,155 | 78,0%<br>(57/73)                               | 0,671<br>p=0,413 | 9,7%<br>(18/185) | 0,019<br>p=0,891 | 86,8%<br>(33/38)    | 0,738<br>p=0,390 |
| 30-44                 | 6,3%<br>(13/206)                              | 0,171<br>p=0,679 | 83,0%<br>(49/59)                               | 0,671<br>p=0,413 | 4,3%<br>(9/211)  | 3,193<br>p=0,074 | 78,4%<br>(29/37)    | 2,284<br>p=0,131 |
| 16-29                 | 5,1%<br>(7/136)                               | 0,577<br>p=0,447 | 85,7%<br>(42/49)                               | 2,804<br>p=0,094 | 7,7%<br>(11/142) | 0,357<br>p=0,550 | 90,0%<br>(27/30)    | 0,291<br>p=0,590 |
| Итого                 | 5,5%<br>(43/774)                              |                  | 79,8%<br>(206/258)                             |                  | 7,8%<br>(57/728) |                  | 83,22%<br>(124/149) |                  |
| Женщины против мужчин | Chi sq=3,122*<br>p=0,079<br>OR=0,69 (0,5-1,0) |                  | Chi sq=0,702**<br>p=0,402<br>OR=0,80 (0,5-1,3) |                  |                  |                  |                     |                  |

П р и м е ч а н и е. В колонках приведены обозначения: 1 – женщины с мыслями о смерти или суициде (П9 PHQ-9 ≥1), без симптомов депрессии; 2 – женщины по возрасту (Chi-square 1 df) p; 3 – женщины с симптомами депрессии (PHQ-9 ≥1) без мыслей о смерти или суициде; 4 – женщины по возрасту (Fisher Exact Test) p; 5 – мужчины с мыслями о смерти или суициде (П9 PHQ-9 ≥1) без симптомов депрессии; 6 – мужчины по возрасту (Fisher Exact Test) p; 7 – мужчины с симптомами депрессии (PHQ-9 <1) без мыслей о смерти или суициде, 8 – мужчины по возрасту (Fisher Exact Test) p.

Рассчитано как: \* – распространенность, \*\* – грубые частоты по симптомам депрессии.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно результатам опроса жителей острова Сардиния, показатель частоты ответов о симптомах депрессии и мыслях о смерти по опроснику самодиагностики PHQ-9 имеет различия в зависимости от возраста и пола респондентов.

В ранее опубликованном исследовании, проведенном нами с использованием той же базы данных, частота симптомов депрессии (10,6% и 4,4%) и нарушений сна (18,7% и 9,6%) у женщин была статистически значимо (p<0,0001) в 2 раза выше, чем у мужчин; наиболее высокие значения данных показателей выявлены у женщин ≥75 [16].

В настоящем исследовании установлено, что средний балл, обнаруженный при опросе респондентов без симптомов депрессии о наличии мыс-

лей о смерти или суициде оказался выше у мужчин, чем у женщин. В этих группах мужчин и женщин именно мысли о смерти могут быть единственным проявлением подавленного состояния, т.е. признаком скрытой депрессии, что требует развернутого психопатологического обследования после скрининга. Частота встречаемости симптомов депрессии при отсутствии мыслей о смерти или суициде не имела различий между группами женщин и мужчин, хотя в большинстве литературных источников указывается на более высокую подверженность женщин развитию депрессии в сочетании с повышенной тревожностью. Максимальный средний балл о наличии мыслей о смерти или суициде зарегистрирован у женщин ≥75 лет по сравнению с другими возрастными группами

женщин, так как патологическое старение на фоне прогрессирования хронических болезней приводит к мрачным размышлениям о завершении жизни. В мужской выборке наибольший средний балл о наличии мыслей о смерти или суициде приходился на возраст 60-74 года в сравнении с мужчинами более молодого возраста, неотступные повторяющиеся мысли о смерти могут свидетельствовать о возможной депрессии, что требует после первичного скрининга психиатрической помощи. Констатируется более высокая частота симптомов депрессии без мыслей о смерти или о самоубийстве у мужчин в возрасте до 60 лет.

По данным популяционного исследования (муниципальные архивы) нами определена связь между субъективным качеством жизни и проживанием в сельской/городской местности в 6 регионах Италии ( $n=4\,999$ ,  $\geq 18$  лет). Проинтервьюировано по SF-12 3 398 человек (68% от общей выборки). Мужчины демонстрируют более высокое субъективное качество жизни, чем женщины. Субъективное качество жизни снижается с возрастом у представителей обоих полов. Мужчины более чувствительны к проживанию в городе/селе, чем женщины. Молодые мужчины лучше живут в городах, пожилые мужчины – в сельской местности [17].

Положительный результат скрининга выявляет спектр биполярного расстройства, включая субпороговые случаи БАР, не соответствующие диагностическим критериям. Часто положительный результат совпадает с проявлениями БАР по полу, возрасту, уровню дистресса, низкому социальному функционированию и уровню занятости, коморбидности со злоупотреблением ПАВ, частой обращаемости в медицинские учреждения, использованию стабилизаторов настроения и антидепрессантов, риску суицидальных попыток, высокой частоте рецидивов депрессивных эпизодов, ухудшению качества жизни [18].

Гендерный парадокс суицидов недавно стал критической проблемой мирового общественного здравоохранения. Несмотря на более высокую смертность от самоубийств у мужчин, считается, что женщины проявляют более высокую частоту суицидальных мыслей. Мужчины демонстрируют более высокий уровень самоубийств, реже распознаются как находящиеся в группе риска, с ними сложнее связаться для профилактических мероприятий по суициду. По данным психологического аутопсийного интервью респондентов, потерявших близкого родственника мужского пола, установлено, что у большинства мужчин до самоубийства имелись изменения в поведении (социальная изоляция, раздражительность, общее ухудшение психического здоровья, возросшее употребление алкоголя и других ПАВ), они косвенно сообщали о суицидальных мыслях [1].

Госпитализированные после попытки самоубийства ( $n=177$ ) мужчины и женщины различались по способу попытки самоубийства, баллам суицидального риска (шкалы оценки риска/спасения), продолжительности госпитализации после попытки самоубийства [2]. С позиций гендерного парадокса другими авторами подчеркивается важность выявления и устранения ключевых, однако недооцененных психосоциальных факторов женской суицидальности, и использования экологического подхода для изучения взаимодействия биологических, психологических, социальных и культурных факторов, связанных с суицидальными попытками женщин [19]. Около 30 лет назад проанализирована обоснованность гендерного парадокса суицидального поведения как явления, в большей степени обусловленного культурой, чем традиционно предполагалось. Гендерный разрыв более выражен в сообществах, где от женщин и мужчин ожидают разного суицидального поведения, что может определять разный выбор сценария будущего самоубийства [20]. Изучена связь послеродовой депрессии (ПРД) с материнским самоубийством среди населения Тайваня. ПРД ассоциирована с более высокой частотой суицида, более коротким периодом времени до совершения суицида после родов, более молодым возрастом, зимним временем года, субклинической депрессией, тревогой, сопутствующими заболеваниями (гипертония, сахарный диабет, гиперлипидемия, инсульт) [21]. В 2016 г. среди жителей Италии  $\geq 15$  лет зарегистрировано 3 780 случаев смерти от самоубийств, 78,4% из которых мужчины; уровень смертности от самоубийств значительно снизился за последние 30 лет, причем снижение было выше среди женщин, чем среди мужчин, что увеличило гендерный разрыв [22].

Изменения уровня концентрации нейроактивных стероидов в плазме крови связаны с нейропсихиатрическими расстройствами. Женщины с БД или БДР в состоянии благополучия показали более высокие плазменные концентрации прогестерона, 3-альфа, 5-альфа THPROG в лютеиновой фазе, чем здоровые женщины. Эти различия вызваны совокупностью факторов: медикаментозной терапией, коморбидностью с другими психическими заболеваниями, гиперандрогенией у женщин с гормональными нарушениями [23]. По данным европейских рандомизированных контролируемых испытаний (2000-2014 гг.), в группах детей и подростков от 3 до 18 лет представлена эффективность программ умеренной и интенсивной физической активности, направленных на профилактику ожирения и сердечно-сосудистых рисков среди молодежи; достигнуты положительные результаты по метаболическим параметрам и физической подготовке [24].

В выполненном нами рандомизированном контролируемом исследовании физическая активность пожилых людей  $\geq 65$  лет рекомендована для защиты от снижения когнитивных навыков и функциональных нарушений, лучшие результаты обнаружены по подшкалам памяти и визуально-пространственных навыков [25]. Носители генетического риска БАП подвержены большому риску из-за влияния шума, светового загрязнения на режим сна и циркадные биоритмы. Бремя низкого качества жизни, тенденция к росту продолжительности жизни, преждевременной смертности связаны с расстройствами настроения [26]. Активно обсуждаемые в научном сообществе исследования объясняют значительно возросшее количество суицидов, но не комментируют значительный разрыв между незавершенными/завершенными попытками у женщин по сравнению с мужчинами.

Тот же аргумент может быть выдвинут в отношении предполагаемой роли нейробиологических реакций на стресс у разных полов, т.е. большей активации мозговых сетей при стрессе у женщин, таких как миндалевидное тело и лобная область, включая вентральную переднюю поясную и медиальную префронтальную кору. У женщин наблюдались более высокие показатели rsFC миндалевидного тела при социальной изоляции, чем при стрессе достижения, и по сравнению с мужчинами; для женщин чувство социальной принадлежности может быть более значимым, чем для мужчин [27].

Выполненное нами исследование представляет собой вторичный анализ телефонного опроса жителей Сардинии (2011-2012 гг.), повторно изученного в свете более поздних эпидемиологических данных и научной литературы. Результаты исследования предлагают новые элементы для понимания феномена. Хотя обследование сообщества по самоопроснику диагностики и оценки тяжести депрессии подтвердило у женщин более высокую частоту депрессивных расстройств [16], однако в контексте вторичного анализа общая частота мыслей о смерти или суициде вне текущих симптомов депрессии чаще встречается у мужчин, у которых в критическом возрасте физиологических и поведенческих нарушений риск самоубийства и частота депрессии без суицидальных идей выше, чем в других возрастных группах [6, 28, 29].

Опираясь на гипотезу о том, что мысли о смерти или суициде даже вне актуальных симптомов депрессии могут указывать на принадлежность к группе риска, мы учитывали следующие аспекты: 1) значение диагностики и остаточных симптомов в течение жизни, 2) значение спектра и концепция, что даже расстройства, рассматриваемые как субпороговые, согласно официальной номенклатуре, могут представлять собой потенциальную угрозу самоубийства.

Что касается первого пункта, в дебатах в журнале JAMA Psychiatry [30] сообщалось, что большинство опросов населения и нескольких клинических исследований идентифицируют депрессивные расстройства на основе таких инструментов, как PHQ-9, которые проверяют текущие эпизоды, но не обеспечивают пожизненную диагностику, или используют высокоструктурированные диагностические интервью с сильной предвзятостью откликов, особенно в отношении эпизодов гипомании и легких депрессивных эпизодов [18]. Это означает, что многие люди не признаны страдающими расстройствами настроения в течение жизни, потому что на момент обследования них отсутствуют текущие эпизоды, в то же время в течение жизни страдают большим депрессивным или биполярным расстройством, что также подвергает их более высокому риску самоубийства.

Если рассматривать спектр расстройств настроения как интерпретированный с неокрепелиновской точки зрения [18, 31, 32, 33], мы находим в этой структуре некоторые расстройства, хотя и не достигающие минимального уровня депрессивного эпизода, но гипотетически они могут повлечь риск самоубийства. Среди этих первых эпизодов выделена краткая рекуррентная депрессия, впервые описанная Жюлем Ангстом, характерная для мужчин и признанная состоянием с высокой настроенностью к суициду [33, 34]. Вероятно, часть избыточных идей о смерти и самоубийстве, обнаруженных у мужчин по сравнению с женщинами вне депрессивного эпизода, можно отнести к эпизодам рекуррентной краткой депрессии, которая клинически определяется как полный депрессивный эпизод с более короткой продолжительностью ( $< 2$  недели; МКБ-10 F38.10; DSM-5 311 – другое указанное депрессивное расстройство). Не являясь субпороговым в нозографическом отношении, оно часто остается необнаруженным с помощью инструментов скрининга, таких как PHQ-9, согласно которым симптомы должны сохраняться как минимум 2 недели. В спектре расстройств настроения был выявлен синдром нарушения регуляции ритмов и гиперэнергетики, называемый «DYMERS» [36, 37]. Данный субпороговый синдром, касающийся большого депрессивного расстройства, характеризуется положительными тестами на гиперактивность, некоторой генетической связью с биполярным расстройством [28], выступает триггером для развития более серьезных расстройств. Условия гиперактивации с субпороговыми симптомами депрессии (легко выраженная смешанная тревожно-депрессивная симптоматика) и нарушением регуляции ритмов могут быть фактором риска для мыслей о смерти и совершения самоубийства у людей с отсутствием диагноза большого депрессивного расстройства.

Нарушение регуляции биологических и социальных ритмов – известный фактор риска рецидива расстройств настроения в ремиссии [25, 26, 38, 39], но оно также представляет собой состояние, которое подвергает людей с расстройствами настроения и без них риску самоубийства [40, 41, 42].

Наше исследование имеет ограничения: 1) оно не было предназначено для изучения конкретных гипотез, представленных во вторичном анализе; 2) пункт 9 PHQ-9, как и многие скрининговые тесты, не отличает мысли о смерти от суицидальных мыслей и классифицирует тяжесть на основе частоты. Это означает, что частые мысли о смерти считаются менее серьезными, чем спорадические суицидальные мысли; 3) использование компьютеризированного телефонного интервью (САТИ) для сбора данных. Хотя этот метод эффективен для получения больших и репрезентативных выборок, он может привести к искажению самоотчетов и не может полностью заменить очную клиническую оценку, потенциально влияя на точность диагностической классификации; 4) ответы по пункту 9 PHQ-9 могут не следовать нормальному распределению, что подтверждается относительно большими стандартными отклонениями. Поскольку данные индивидуального уровня не были доступны для непараметрического повторного анализа, результаты представлены как среднее  $\pm$  стандартное отклонение и должны интерпретироваться как сравнения исследовательских групп, а не точные оценки центральной тенденции. Несмотря на эти ограничения, результаты вторичного анализа предполагают внимание к проблеме и необходимость проверки того, можно ли объяснить такое явление, как парадокс самоубийства, наличием суицидальных идей/импульсов в субпороговых условиях, которые чаще встречаются у мужчин, и считать фактором риска самоубийства наличие рекуррентной кратковременной депрессии.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Более высокая частота идей самоубийства и смерти вне рамок депрессивных расстройств в выборке населения в целом предполагает необходимость проверки того, можно ли феномен парадокса самоубийства трактовать наличием суицидальных идей и импульсов в субпороговых состояниях, более частых у мужчин, а также включать в разряд факторов риска самоубийства рекуррентную кратковременную депрессию и причислять к вероятности суицидального риска, такой синдром как нарушение регуляции ритмов и гиперактивности. Выявление конкретных гендерных характеристик людей с более высоким риском самоубийства может позволить реализовать конкретные стратегии профилактики самоубийств и снизить риск будущего суицидального поведения.

#### **КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

#### **ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ ДАННЫХ**

Представленные в исследовании данные доступны по запросу от автора, ответственного за переписку. В силу конфиденциальности и этических проблем данные не являются общедоступными.

#### **СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ**

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА. Было получено словесное информированное согласие, так как участники явно согласились принять участие в телефонном интервью в соответствии с одобренным протоколом этического комитета Университетской больницы (Кальяри, Италия, 2011).

#### **ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES**

1. Innamorati M, Erbuto D, Rogante E, Sarubbi S, Trocchia MA, Cifrodelli M, Migliorati M, Comparelli A, Berardelli I, Pompili M. Mental states and temperaments contributing to suicidal crisis in psychiatric inpatients: a cross-sectional and validation study. *BMC Psychiatry*. 2025 Feb 17;25(1):140. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06482-3>. PMID: 39962407; PMCID: PMC11834284.
2. Berardelli I, Rogante E, Sarubbi S, Erbuto D, Cifrodelli M, Concolato C, Pasquini M, Lester D, Innamorati M, Pompili M. Is lethality different between males and females? Clinical and gender differences in inpatient suicide attempters. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 15;19(20):13309. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013309>. PMID: 36293891; PMCID: PMC9602518.
3. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, Cebrià A, Gabilondo A, Gili M, Lagares C, Piqueras JA, Rodríguez-Jiménez T, Rodríguez-Marín J, Roca M, Soto-Sanz V, Vilagut G, Alonso J. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. 2019 Mar;64(2):265-283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>. Epub 2019 Jan 12. PMID: 30635683; PMCID: PMC6439147.
4. CDC National Center for Health Statistics. Suicide rising across the US. 2023 [cited 2025 June 9]. Suicide Mortality in the United States, 2002-2022. Available from: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/vs-0618-suicide-H.pdf>
5. Jung HW, Park HJ. The effects of socio-economic and environmental factors on Korean suicidal ideation: A Bayesian multilevel analysis. *Public Health*. 2025 Feb;239:193-200. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.01.001>. Epub 2025 Jan 27. PMID: 39874634.
6. Kovess-Masfety V, Pilowsky DJ, Goelitz D, Kuijpers R, Otten R, Moro MF, Bitfoi A, Koç C, Lesinskiene S, Mihova Z, Hanson G, Fermanian C, Pez O, Carta MG. Suicidal ideation and mental health disorder.

- ders in young school children across Europe. *J Affect Disord.* 2015 May 15;177:28-35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.008>. Epub 2015 Feb 19. PMID: 25745832.
7. Eskin M, Kujan O, Voracek M, Shaheen A, Carta MG, Sun JM, Flood C, Poyrazli S, Janghorbani M, Yoshimasu K, Mechri A, Khader Y, Aidoudi K, Bakhshi S, Harlak H, Ahmead M, Moro MF, Nawafleh H, Phillips L, Abuderman A, Tran US, Tsuno K. Cross-national comparisons of attitudes towards suicide and suicidal persons in university students from 12 countries. *Scand J Psychol.* 2016 Dec;57(6):554-563. <https://doi.org/10.1111/sjop.12318>. Epub 2016 Aug 18. PMID: 27538761.
8. Moro MF, Angermeyer MC, Matschinger H, Holzinger A, Piras AP, Cutrano F, Mura G, Carta MG. Whom to ask for professional help in case of major depression? Help-seeking recommendations of the Sardinian public. *Adm Policy Ment Health.* 2015 Nov;42(6):704-13. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0604-y>. PMID: 25344847.
9. ISTAT. 2011 [cited 2025 June 11]. Censimento della Popolazione Italiana 2011. Available from: <http://dati-censimentopopolazione.istat.it/Index.aspx>
10. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2013 Nov 27;310(20):2191-4. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>. PMID: 24141714.
11. World Medical Association declaration of Helsinki. Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. *JAMA.* 1997 Mar 19;277(11):925-6. PMID: 9062334.
12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606-13. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>. PMID: 11556941; PMCID: PMC1495268.
13. Rizzo R, Piccinelli M, Mazzi MA, Bellantuono C, Tansella M. The Personal Health Questionnaire: a new screening instrument for detection of ICD-10 depressive disorders in primary care. *Psychol Med.* 2000 Jul;30(4):831-40. <https://doi.org/10.1017/s0033291799002512>. PMID: 11037091.
14. Mazzotti E, Fassone G, Picardi A, Sagoni E, Ramieri L, Lega I et al. II Patient Health Questionnaire (PHQ) per lo screening dei disturbi psichiatrici: uno studio di validazione nei confronti della Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV asse I (SCID-I). *Ital J Psychopatol.* 2003 Sept 26 [cited 2024 Aug 4]; Available from: <https://old.jpsychopathol.it/article/il-patient-health-questionnaire-phq-per-lo-screening-dei-disturbi-psichiatrici-uno-studio-di-validazione-nei-confronti-della-intervista-clinica-strutturata-per-il-dsm-iv-asse-i-scid-i/>
15. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association; 2000:994.
16. Congiu P, Carta MG, Perra A, Cantone E, Lorrari S, Pintus E, Tusconi M, Cossu G, Redolfi S, Sancassiani F. Prevalence and risk by age and sex of sleep dysregulation and depressive episodes in bipolar and depressive disorders in a community survey in Sardinia, Italy. *J Clin Med.* 2024 Aug 18;13(16):4870. <https://doi.org/10.3390/jcm13164870>. PMID: 39201012; PMCID: PMC11355541.
17. Carta MG, Aguglia E, Caraci F, Dell'Osso L, Di Sciascio G, Drago F, Del Giudice E, Faravelli C, Hardoy MC, Lecca ME, Moro MF, Calò S, Casacchia M, Angermeyer M, Balestrieri M. Quality of life and urban / rural living: preliminary results of a community survey in Italy. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2012;8:169-74. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010169>. Epub 2012 Nov 30. Erratum in: *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2013;9:148. PMID: 23248678; PMCID: PMC3522089.
18. Carta MG, Angst J. Screening for bipolar disorders: A public health issue. *J Affect Disord.* 2016 Nov 15;205:139-143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.072>. Epub 2016 Jun 21. PMID: 27442457.
19. Qu D, Zhu A, Chen R. Addressing the gender paradox: Effective suicide prevention strategies for women. *Cell Rep Med.* 2024 Jun 18;5(6):101613. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2024.101613>. PMID: 38897169; PMCID: PMC11228777.
20. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1998 Spring;28(1):1-23. PMID: 9560163.
21. Lee YL, Tien Y, Bai YS, Lin CK, Yin CS, Chung CH, Sun CA, Huang SH, Huang YC, Chien WC, Kang CY, Wu GJ. Association of postpartum depression with maternal suicide: A nationwide population-based study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Apr 23;19(9):5118. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095118>. PMID: 35564525; PMCID: PMC9099720.
22. Ghirini S, Vichi M. Caratteristiche e andamento temporale della mortalità per suicidio in Italia: uno studio descrittivo sugli ultimi 30 anni (Patterns and trends in suicide mortality in Italy: a 30-year descriptive study). *Boll Epidemiol Naz.* 2020;1(2):1-8. [https://doi.org/10.53225/BEN\\_001](https://doi.org/10.53225/BEN_001).
23. Hardoy MC, Serra M, Carta MG, Contu P, Pisu MG, Biggio G. Increased neuroactive steroid concentrations in women with bipolar disorder or major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2006 Aug;26(4):379-84. <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000229483.52955.ec>. PMID: 16855455.
24. Mura G, Rocha NB, Helmich I, Budde H, Machado S, Wegner M, Nardi AE, Arias-Carrión O, Vellante M, Baum A, Guicciardi M, Patten SB, Carta MG. Physical activity interventions in schools for improving lifestyle in European countries. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2015 Feb 26;11(Suppl 1 M5):77-101. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010077>. PMID: 25834629; PMCID: PMC4378026.

25. Carta MG, Cossu G, Pintus E, Zaccheddu R, Callia O, Conti G, Pintus M, Aviles Gonzalez CI, Massidda MV, Mura G, Sardu C, Contu P, Minerba L, Demontis R, Pau M, Finco G, Cocco E, Penna MP, Orr G, Kalcev G, Cabras F, Lorrai S, Loviselli A, Velluzzi F, Monticone M, Cacace E, Musu M, Rongioletti F, Cauli A, Ruggiero V, Scano A, Crisafulli A, Cosentino S, Atzori L, Massa E, Mela Q, Fortin D, Migliaccio G, Machado S, Romano F, Preti A. Moderate exercise improves cognitive function in healthy elderly people: Results of a randomized controlled trial. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2021 Sep 16;17:75-80. <https://doi.org/10.2174/1745017902117010075>. PMID: 34733346; PMCID: PMC8493830.
26. Carta MG, Preti A, Akiskal HS. Coping with the new era: Noise and light pollution, hyperactivity and steroid hormones. towards an evolutionary view of bipolar disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2018 Feb 28;14:33-36. <https://doi.org/10.2174/1745017901814010033>. PMID: 29541149; PMCID: PMC5838624.
27. Bürger Z, Müller VI, Hoffstaedter F, Habel U, Gur RC, Windischberger C, Moser E, Derntl B, Kogler L. Stressor-specific sex differences in amygdala-frontal cortex networks. *J Clin Med*. 2023 Jan 22;12(3):865. <https://doi.org/10.3390/jcm12030865>. PMID: 36769521; PMCID: PMC9918214.
28. Kalcev G, Scano A, Orrù G, Primavera D, Cossu G, Nardi AE, Carta MG. Is a genetic variant associated with bipolar disorder frequent in people without bipolar disorder but with characteristics of hyperactivity and novelty seeking? *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2023 May 15;19:e174501792303280. <https://doi.org/10.2174/17450179-v19-e230419-2022-53>. PMID: 37916199; PMCID: PMC10351339.
29. Carta MG, Kalcev G, Scano A, Primavera D, Orrù G, Gureye O, Cossu G, Nardi AE. Is bipolar disorder the consequence of a genetic weakness or not having correctly used a potential adaptive condition? *Brain Sci*. 2022 Dec 22;13(1):16. <https://doi.org/10.3390/brainsci13010016>. PMID: 36671999; PMCID: PMC9856125.
30. Carta MG, Moro MF. Autoimmune thyroiditis and depression. *JAMA Psychiatry*. 2018 Nov 1;75(11):1203-1204. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1801>. PMID: 30304336.
31. Akiskal HS. The emergence of the bipolar spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. *Psychopharmacol Bull*. 2007;40(4):99-115. PMID: 18227781.
32. Ghaemi SN. Bipolar spectrum: a review of the concept and a vision for the future. *Psychiatry Investig*. 2013 Sep;10(3):218-24. <https://doi.org/10.4306/pi.2013.10.3.218>. Epub 2013 Sep 16. PMID: 24302943; PMCID: PMC3843012.
33. Ghaemi SN, Dalley S. The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 Apr;48(4):314-24. <https://doi.org/10.1177/0004867413504830>. Epub 2014 Mar 7. PMID: 24610031.
34. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord*. 2003 Jan;73(1-2):133-46. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00322-1](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00322-1). PMID: 12507746.
35. Pezawas L, Angst J, Gamma A, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Recurrent brief depression – past and future. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2003 Feb;27(1):75-83. [https://doi.org/10.1016/s0278-5846\(02\)00318-4](https://doi.org/10.1016/s0278-5846(02)00318-4). PMID: 12551729.
36. Primavera D, Cossu G, Marchegiani S, Preti A, Nardi AE. Does the dysregulation of social rhythms syndrome (DYMERS) be considered an essential component of panic disorders? *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2024 Apr 19;20:e17450179293272. <https://doi.org/10.2174/0117450179293272240328053722>. PMID: 38774791; PMCID: PMC11107449.
37. Carta MG, Kalcev G, Scano A, Aviles Gonzalez CI, Ouali U, Pinna S, Carrà G, Romano F, Preti A, Orrù G, Minerba L, Cossu G, Nardi AE, Primavera D. The impact of MDQ positivity on quality-of-life impairment: Does it support the hypothesis of “Dysregulation of Mood, Energy, and Social Rhythms Syndrome” (DYMERS)? *J Public Health Res*. 2023 Nov 3;12(4):22799036231208356. <https://doi.org/10.1177/22799036231208356>. PMID: 37927350; PMCID: PMC10625312.
38. Carta MG, Ouali U, Perra A, Ben Cheikh Ahmed A, Boe L, Aissa A, Lorrai S, Cossu G, Aresti A, Preti A, Nacef F. Living with bipolar disorder in the time of Covid-19: Biorhythms during the severe lockdown in Cagliari, Italy, and the moderate lockdown in Tunis, Tunisia. *Front Psychiatry*. 2021 Feb 24;12:634765. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.634765>. PMID: 33716829; PMCID: PMC7943838.
39. Carta MG, Colom F, Erfurth A, Fornaro M, Grunze H, Hantouche E, Nardi AE, Preti A, Vieta E, Karam E. In memory of Hagop Akiskal. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2021 May 31;17:48-51. <https://doi.org/10.2174/1745017902117010048>. PMID: 34249138; PMCID: PMC8227446.
40. Liu D, Zhang M, Ding L, Huang J, Wang Y, Su Y, Chen Z, Cai Y, He S, Peng D. Relationship between biological rhythm dysregulation and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*. 2024 Jan 31;24(1):87. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05528-2>. PMID: 38297264; PMCID: PMC10832079.
41. Palagini L, Geoffroy PA, Miniati M, Riemann D, Gemignani A, Marazziti D. Insomnia and circadian rhythms dysregulation in people who have attempted suicide: correlations with markers of inflammation and suicidal lethality. *World J Biol Psychiatry*. 2024 Sep; 25(7):408-416. <https://doi.org/10.1080/15622975.2024.2391456>. Epub 2024 Aug 20. PMID: 39163256.
42. Walsh RFL, Maddox MA, Smith LT, Liu RT, Alloy LB. Social and circadian rhythm dysregulation and suicide: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2024 Mar;158:105560. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105560>. Epub 2024 Jan 23. PMID: 38272337; PMCID: PMC10982958.

Поступила в редакцию 02.06.2025

Утверждена к печати 15.09.2025

Мауро Джованни Карта, доктор медицины, психиатр, профессор кафедры медицинских наук и общественно-го здоровья, Университет Кальяри, Кальяри, Италия. ORCID iD 0000-0003-0706-9687. Author iD Scopus 7006714673. ResearcherID D-9624-2012. maurogcarta@gmail.com

Джулия Коссу, доктор психологии, доктор философии, клинический психолог, психотерапевт, научный сотрудник кафедры медицинских наук и общественного здоровья, Университет Кальяри, Кальяри, Италия. ORCID iD 0000-0002-1245-016X. Author iD Scopus 57358675900. ResearcherID AIC-4641-2022. giuliaci@hotmail.com

Гоче Кальцев, доктор медицины, врач, Университетская больница Кальяри, Кальяри, Италия. ORCID iD 0000-0002-0351-6577 Author iD. Scopus 57218516043. ResearcherID AAO-5967-2020. gocekcalcev@yahoo.com

Массимо Тускони, доктор медицины, психиатр, Университетская больница Кальяри, Кальяри, Италия. ORCID iD 0000-0002-9155-4740. Author iD Scopus 57216244835. ResearcherID M-9150-2013.

Антонио Урбан, специалист по экологической и профессиональной профилактике, Университетская больница Кальяри, Кальяри, Италия. ORCID iD 0009-0000-4948-8076. Author iD Scopus 24449809000. ResearcherID GNC-4441-2022. a.urban@aoucagliari.it

Микела Ацени, доктор философии, специалист по психиатрической реабилитации, кафедра медицинских наук и общественного здоровья, Университет Кальяри, Кальяри, Италия. ORCID iD 0000-0002-0645-3006. Author iD Scopus 55179525900. ResearcherID IAR-5381-2023. michela.atzeni93@gmail.com

Элиза Кантоне, доктор психологии, клинический психолог, психотерапевт, кафедра медицинских наук и общественного здоровья, Университет Кальяри, Кальяри, Италия. ORCID iD 0009-0001-5049-4614. Author iD Scopus 56574114600. ResearcherID KKC-1500-2024. elisa.cantone@libero.it

Мехмет Эскин, доктор психологии, профессор, клинический психолог, психотерапевт, профессор кафедры психологии, Университет Коч, Стамбул, Турция. ORCID iD 0000-0001-9916-9268. Author iD Scopus 6701646872. ResearcherID AAG-9269-2020. meskin@ku.edu.tr



Массимо Тускони, massimotusconi@yahoo.com

UDC 616.895.4:616.89-008.441.44|465\*15/\*80|-055.1-055.2(450.88):159.9.072.594

For citation: Carta M.G., Cossu G., Kalcev G., Tusconi M., Urban A., Atzeni M., Cantone E., Eskin M. Age and gender distribution of suicide ideation and depressive symptoms in a Sardinian community sample (Italy). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2025; 3 (128): 127-137. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-3\(128\)-127-137](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-3(128)-127-137)

## Age and gender distribution of suicide ideation and depressive symptoms in a Sardinian community sample (Italy)

**Carta M.G.<sup>1</sup>, Cossu G.<sup>1</sup>, Kalcev G.<sup>2</sup>, Tusconi M.<sup>2</sup>,  
Urban A.<sup>2</sup>, Atzeni M.<sup>2</sup>, Cantone E.<sup>1</sup>, Eskin M.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari  
Montserrato Blocco I, 09042 Cagliari, Italy

<sup>2</sup> University Hospital of Cagliari, 09042 Cagliari, Italy

<sup>3</sup> Department of Psychology, Koç University, Sarıyer Rumeli Feneri Yolu, 34450 İstanbul, Türkiye

## ABSTRACT

**Background.** Suicide continues to be a significant public health problem, with Italy in 2016 reporting a rate of approximately 7 per 100,000 people, with a predominance (78.8%) of suicides committed by men (the average suicide rate in Russia is 7.8 per 100,000). Although the high incidence of suicidal activity in this population is more typical among older people, suicide remains a leading cause of death among young people as well. Although suicidal ideation is a recognized risk factor, its relationship with completed suicides is not entirely clear. Women are more likely to report suicidal ideation, while men are more likely to complete suicide, a phenomenon known as the “sex paradox of suicide”. **Objective:** To study the distribution of suicidal ideation and intent according to age and sex in a representative sample of respondents living in one of the regions of Italy; To analyze gender and age differences in the context of suicidal behavior and determine their relationship with depressive symptoms. **Methods.** A survey of citizens (n=1502) living in Sardinia (Italy), including 774 women and 728 men, aged 15 to 80 years, was conducted using a computer-assisted telephone interview (CTI). The presence of depressive symptoms and ideation of death and suicide was assessed using the 9-item Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Statistical analyses, including ANOVA and  $\chi^2$  tests, were used to compare groups. **Results.** An assessment of death and suicide ideation in women aged  $\geq 75$  years revealed higher mean scores for suicidal ideation compared to younger women. No significant age differences in suicidal ideation were observed in men. Men aged  $\geq 60$  years had a statistically significantly higher mean score for death and suicide ideation compared to men aged  $\leq 60$  years. **Discussion.** The obtained results reflect a discrepancy between the current understanding of the psychiatric community and the traditional understanding of the “suicide paradox”. Excessive suicidal ideation in men without depressive symptoms suggests that subthreshold mood disorders, such as recurrent brief depression, dysthymia, and cyclothymia, associated with circadian rhythm disruption, may significantly contribute to the risk of suicide. This confirms the need for broader screening strategies than traditional diagnosis of depressive disorders. **Conclusions.** Identifying specific risk factors, such as biological characteristics (age and gender), in patients with subthreshold manifestations of mood disorders may improve the results of suicide prevention efforts. An in-depth study of the role of recurrent brief depression, dysthymia, and cyclothymia associated with circadian rhythm disturbances is needed to determine the level of suicidal intent.

**Keywords:** mood disorders (affective disorders), depression, self-rating questionnaire for depression PHQ-9, suicidal ideation, suicide risk, suicide paradox.

Received June 02, 2025

Accepted September 15, 2025

Mauro Giovanni Carta, M.D. (Medical Doctor), Psychiatrist, Full Professor, Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari, Cagliari, Italy. ORCID iD 0000-0003-0706-9687. Author ID Scopus 7006714673. D-9624-2012. maurogcarta@gmail.com

Giulia Cossu, Psy.D (Psychological Doctor), Ph.D, Clinical Psychologist, Psychotherapist, Researcher Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari, Cagliari, Italy. ORCID iD 0000-0002-1245-016X. Author ID Scopus 57358675900. ResearcherID AIC-4641-2022. giuliaci@hotmail.com

Goce Kalcev, M.D., Medical Doctor, University Hospital of Cagliari, Cagliari, Italy. ORCID iD 0000-0002-0351-6577. Author ID Scopus 57218516043. ResearcherID AAO-5967-2020. gocekalcev@yahoo.com

Massimo Tusconi, Degree M.D. (Medical Doctor), Psychiatrist, University Hospital of Cagliari, Cagliari, Italy. ORCID iD 0000-0002-9155-4740. Author ID Scopus 57216244835. ResearcherID M-9150-2013.

Antonio Urban, Environmental and Occupational Prevention Technician, University Hospital of Cagliari, Cagliari, Italy. ORCID iD 0009-0000-4948-8076. Author ID Scopus 24449809000. ResearcherID GNC-4441-2022. a.urban@aoucagliari.it

Michela Atzeni, Psychiatric Rehabilitation Technician, PhD, Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari, Cagliari, Italy. ORCID iD 0000-0002-0645-3006. Author ID Scopus 55179525900. ResearcherID IAR-5381-2023. michela.atzeni93@gmail.com

Elisa Cantone, PsyD (Psychological Doctor), Clinical Psychologist, Psychotherapist, Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari, Cagliari, Italy. ORCID iD 0009-0001-5049-4614. Author ID Scopus 56574114600. ResearcherID KKC-1500-2024. elisa.cantone@libero.it

Mehmet Eskin, PsyD (Psychological Doctor), Professor, Clinical Psychologist, Psychotherapist, University Professor, Department of Psychology, Koc University, Istanbul, Turkey. ORCID iD 0000-0001-9916-9268. Author ID Scopus 6701646872. ResearcherID AAG-9269-2020. meskin@ku.edu.tr

✉ Massimo Tusconi, massimotusconi@yahoo.com