

# Utjecaj anksioznosti i depresije u muškaraca na suicidalno ponašanje

## *Anxiety and Depression in Men and its Impact on Suicidal Behavior*

ANTE SILIĆ<sup>1,2</sup>, MARIN SILIĆ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika za psihijatriju, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, <sup>2</sup>Medicinski fakultet Hrvatskoga katoličkog sveučilišta, Zagreb

**SAŽETAK** Iako su i depresivni poremećaj i anksiozni poremećaji povezani sa suicidalnosti, važno je razlučiti kakav je njihov međuodnos te postoje li specifičnosti povezane sa spolom. Samoubojstvo ima velik utjecaj na društvo u cijelosti. Znamo da je rizični čimbenik suicidalnog ponašanja upravo dijagnosticirana psihička bolest. Specifičnost dijagnosticiranja psihičkih bolesti kod muškaraca, osobito depresije, jest u tome što se depresija kod njih prepoznaje rjeđe nego kod žena. Muškarcima se depresija dijagnosticira otprilike dvostruko rjeđe nego ženama, dok istovremeno muškarci tri do četiri puta češće počine samoubojstvo zbog depresije. Jasno je da postoji prostor za poboljšanje spolno specifične dijagnostike koja nam može omogućiti precizniju i raniju dijagnostiku psihičkih poremećaja u muškaraca te samim time raniju preventivnu reakciju s ciljem redukcije stope pokušaja samoubojstva. U vrijeme počinjenja samoubojstva, 60 – 70 % muškaraca bili su depresivni iako su mnogi simptomi kao što su iritabilnost, ljutnja, abuzus psihoaktivnih supstancija, bili „maskirani“ ili atipični, bez prisustva jasne tuge. S druge strane, tjeskoba je jasno povezana sa suicidalnim idejama, ali ne i s počinjenim samoubojstvom. Rizik od počinjenja samoubojstva kod tjeskobe se značajno povećava tek ako je ona komorbidna s depresivnim poremećajem.

**KLJUČNE RIJEČI:** suicidalnost, depresija, anksioznost, spolne razlike

**SUMMARY** Although both depressive disorder and anxiety disorders are associated with suicidality, it is important to distinguish the nature of their interrelationship and determine whether there are sex-specific characteristics. Suicide has a major impact on society as a whole. We know that a diagnosed mental illness is a significant risk factor for suicidal behavior. What is specific to the diagnosis of mental disorders in men, particularly depression, is that depression is diagnosed less frequently in men than in women. Depression is diagnosed in men twice as rarely as in women, while at the same time men die by suicide due to depression three to four times more often than women. It is therefore clear that there is room for improvement in sex-specific diagnostics, which could enable more accurate and earlier diagnosis of mental disorders in men and, consequently, earlier preventive interventions aimed at reducing the rate of suicide attempts. Sixty to seventy percent of men who die by suicide were depressed at the time of death, although many symptoms—such as irritability, anger, and abuse of psychoactive substances—were “masked” or atypical, without the presence of overt sadness. On the other hand, anxiety is clearly associated with suicidal ideation but not with a committed suicide. The risk of suicide in individuals with anxiety increases significantly when it is comorbid with a depressive disorder.

**KEY WORDS:** suicidality, depression, anxiety, men



### Uvod

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, više od milijun ljudi godišnje počini samoubojstvo (1). Samoubojstvo trenutno zauzima šesto mjesto među uzrocima mortaliteta kod osoba u dobnoj skupini između 15 i 59 godina starosti, a samoozljeđivanje bez smrtnog ishoda je među prvih deset zdravstvenih opterećenja u istoj dobnoj skupini (1).

Procjene na svjetskoj razini sugeriraju da će samoubojstvo i u nadolazećim desetljećima biti jedan od vodećih uzroka smrti i zdravstvenih opterećenja (2). Suicidalne ideje obično prethode planovima realizacije samoubojstva ili samom pokušaju samoubojstva. Velika većina svih prvih pokušaja samoubojstva događa se unutar prve godine nakon pojave suicidalnih misli i ili ideja (2). Sam pokušaj samoubojstva jedan je od najsnažnijih prediktora izvršenog samoubojstva

(1, 3). Zbog toga je istraživanje čimbenika rizika za pojavu suicidalnih ideja i pokušaja samoubojstva ključno za razvoj učinkovitih strategija prevencije.

Jedan od najvažnijih rizičnih čimbenika za suicidalnost jest prisustvo dijagnosticiranoga psihičkog poremećaja ili bolesti, osobito depresivnog poremećaja (2). Istodobno, suicidalne ideje čine jedan od simptoma koji su prisutni u dijagnostici depresivnog poremećaja (4), što dodatno naglašava snažnu povezanost između depresije i suicidalnog ponašanja.

Nasuprot tome, simptomi anksioznih poremećaja usmjereni su prema preživljavanju. Tjeskoba je sveprisutna u ljudskom rodu te ju smatramo patološkom tek kada ometa svakodnevno funkcioniranje (5). Primjeri su strah od smrti u paničnim napadajima i izbjegavajuće ponašanje. Unatoč ovoj temeljnoj razlici, depresivni i anksiozni poremećaji su

često istovremeno prisutni kod iste osobe (6). U pregledu literature, Levine 2001. g. grubo procjenjuje da oko 40 % osoba s doživotnim anksioznim poremećajem ima komorbidni doživotni veliki depresivni poremećaj, a 60 % osoba s doživotnom velikom depresijom ima komorbidni doživotni anksiozni poremećaj (7). Dakle, postoje jasni dokazi o bliskoj povezanosti depresije i anksioznosti.

Dokazi o povezanosti depresije i suicidalnosti s jedne strane, te anksioznosti i suicidalnosti s druge, pokazuju mješovite rezultate. U usporedbi s drugim mentalnim poremećajima ili poremećajima uzrokovanim zlouporabom tvari, depresivni poremećaji su najznačajniji prediktori suicidalne ideacije i pokušaja samoubojstva (5,6). Nasuprot tome, nalazi o povezanosti anksioznih poremećaja i suicidalnosti su nešto manje dosljedni. Iako su mnoga istraživanja pokazala pozitivnu korelaciju u zajednici i kliničkim uzorcima, i dalje postoji kontroverza oko toga jesu li anksiozni poremećaji neovisni čimbenici rizika za suicidalnost nakon što se u obzir uzme komorbidna depresija.

Subjektivna težina depresije ima snažnu i stabilnu povezanost sa suicidalnošću, dok povezanost težine anksioznosti i suicidalnosti varira kod nesuicidalnih osoba u usporedbi sa suicidalnim osobama. Neka istraživanja pokazala su povezanost pojave depresije ili anksioznog poremećaja u ranoj dobi sa suicidalnošću, dok druga istraživanja studije nisu potvrdila prisutnost takve povezanosti. Nadalje, nalazi o povezanosti trajanja poremećaja i suicidalnosti pokazali su mješovite rezultate. Općenito, nedostaju opsežna istraživanja među klinički dijagnosticiranim depresivnim i/ili anksioznim pacijentima koja su ispitivala povezanost specifičnih kliničkih karakteristika sa suicidalnim ponašanjem.

Brojne studije ispituju u kojoj su mjeri anksiozni i depresivni poremećaji neovisni čimbenici rizika za suicidalnu ideaciju i pokušaj samoubojstva, uzimajući u obzir sociodemografske podatke i komorbiditete (5, 6, 7).

Pregled literature upućuje:

- Osobe s depresivnim poremećajem imaju značajno veći rizik od trenutne suicidalne ideacije ili povijesti pokušaja samoubojstva u usporedbi s onima koji imaju samo anksiozni poremećaj.
- Iako su težina depresije i anksioznosti bili univarijantni indikatori rizika, u multivarijantnim analizama samo je težina depresije ostala indikator rizika.
- Dodatni indikatori rizika bili su: rana dob pojave poremećaja, muški spol (za suicidalnu ideaciju) i niže obrazovanje (za pokušaj samoubojstva).

Nalazi sugeriraju da se anksioznost i depresija, iako konvergiraju u mnogim područjima, ipak razilaze u pogledu prediktivne valjanosti za suicidalnost (2, 3, 5, 6, 7).

## Ključne razlike utjecaja depresije i anksioznosti na suicidalnost

Depresija: Otrprike 60 – 70 % muškaraca koji umru od samoubojstva bili su depresivni u vrijeme smrti. Međutim, često pokazuju „maskirane“ simptome poput iritabilnosti, bijesa ili zlouporabe psihoaktivnih tvari umjesto tuge (5, 6). Anksioznost: Iako je visoko korelirana sa suicidalnim mislima, sama anksioznost je slabiji prediktor smrti od samoubojstva. Rizik se dramatično povećava u komorbiditetu s depresijom, stvarajući „mješovito stanje“ agitacije i beznađa (6).

## Depresija i suicidalnost kod muškaraca

Značajan udio muškaraca koji pate od depresije ne dobiva pravovremenu dijagnozu (8). Dok se muškarcima depresija dijagnosticira upola manje nego ženama, oni umiru od samoubojstva 3 do 4 puta češće (9). Spolno specifični procesi socijalizacije utječu na to kako neki muškarci izražavaju depresiju. Spolne razlike u učestalosti adekvatnog postavljanja dijagnoze nestaju ili se značajno umanjuju kada se uključe simptomi specifični za muškarce (10).

**TABLICA 1.** Usporedna tablica specifičnih simptoma koji se često zanemaruju kod muškaraca, a ključni su za procjenu rizika suicidalnosti u depresiji s ili bez komorbidne anksioznosti. Autorska sinteza temeljena na literaturi (8, 9, 10, 11).

KATEGORIJA	STANDARDNI SIMPTOMI (ČESTO NISU PRISUTNI U MUŠKARACA)	SIMPTOMI SPECIFIČNI ZA MUŠKARCE (INDIKATORI RIZIKA)	ZAŠTO JE OVO VAŽNO ZA SUICIDALNOST?
<b>Emocije</b>	tuga, bezvrijednost, plakanje	iritabilnost, izljevi bijesa, neprijateljstvo	Bijes i agitacija daju "energiju" potrebnu za prelazak s misli na čin.
<b>Ponašanje</b>	gubitak interesa za hobije, povlačenje	rizično ponašanje, radoholizam, zlouporaba psihoaktivnih tvari	Ovi simptomi maskiraju patnju i često se pogrešno interpretiraju kao "stres" umjesto depresije.
<b>Kognicija</b>	poteškoće s koncentracijom	emocionalna ambivalencija i ruminacija	Prema Chenu (2025), nemogućnost izražavanja emocija stvara "zatvorenu mrežu" simptoma koju je teže liječiti (11).
<b>Fizički znakovi</b>	promjene u apetitu/spavanju	psihomotorna retardacija (usporenost) i umor	Muškarci češće prijavljuju fizičku iscrpljenost nego emocionalnu bol.

## Specifičnosti depresije u mladoj (studentskoj) populaciji s naglaskom na spolne razlike

Veliki depresivni poremećaj čest je među studentima, a simptomi depresije i ambivalencija oko emocionalnog izražavanja usko su povezani. Ukratko navodimo rezultate istraživanja provedenog na 1362 studenta koje je koristilo pristup mreža simptoma (11).

Najsnažnije veze uočene su između „poteškoća s koncentracijom“ (PHQ7) i „emocionalne ruminacije“ (AEQ1), kao i između „krivnje“ (PHQ6) i „žaljenja zbog izražavanja“ (AEQ5). Simptomi „mostovi“ upravo su oni (koncentracija, rumina-cija, krivnja i žaljenje) koji predstavljaju ključne točke povezivanja depresije i emocionalne blokade. Kod oba spola, krivnja je bila najsnažniji zajednički simptom „most“. Intervencije poput treninga kognitivne kontrole ili *mindfulnessa*, usmjerene na ove „mostove“, mogu prekinuti vezu između depresije i nemogućnosti izražavanja emocija te dovesti do povoljnijih terapijskih ishoda.

Ključni koncept ovog istraživanja naglašava ambivalenciju prema emocionalnom izražavanju. To nije samo potiskivanje osjećaja, već unutarnji konflikt. Osoba ima snažnu potrebu izraziti emocije, ali istovremeno osjeća snažan strah ili žaljenje ako to učini. Kod muškaraca je ovaj konflikt izraženiji zbog društvenih normi („muškarci ne plaču“), što stvara začarani krug – što je veća depresija, to je veći strah od njezina pokazivanja.

Mrežni pristup ne gleda na depresiju kao na jedan entitet, već kao na skupinu simptoma koji utječu jedni na druge. Kod muškaraca su poteškoće s koncentracijom i psihomotorna retardacija (osjećaj usporenosti) ključni čimbenici koji „drže“ cijelu mrežu depresije aktivnom. Simptom krivnje je najsnažniji most koji povezuje depresiju s emocionalnom blokadom. Ako pacijent osjeća krivnju, vjerojatnost da će šutjeti o svojoj boli dramatično raste.

Vezano uz ovo konkretno istraživanje (11), svakako treba

navesti i njegova ograničenja. Budući da je istraživanje presječno, ne mogu se utvrditi uzročne veze u interpretaciji nalaza unatoč činjenici da je korištenje mrežnog analitičkog pristupa temeljenog na parcijalnim korelacijskim mrežama statistički korektno. Nadalje, uzorak je relativno homogen (studenti) što ograničava generalizaciju nalaza na šire kliničke populacije, starije odrasle osobe ili pojedince iz kultura s različitim normama za emocionalno izražavanje. Osim toga, pristranosti u odgovorima poput pogreške mjerenja ili društvene poželjnosti u upitnicima za samoprocjenu mogle su utjecati na izvještavanje o simptomima.

## Zaključak

Suicidalnost kod muškaraca predstavlja specifičan klinički izazov jer depresija i anksioznost, iako usko povezane (komorbiditet 40 – 60 %), djeluju kroz različite mehanizme: depresija je primarni pokretač suicidalnih misli, dok anksiozna agitacija često služi kao katalizator za sam čin pokušaja. Zbog izraženog sukoba oko izražavanja emocija (emocionalna ambivalencija), muškarci često maskiraju patnju kroz „muško-tipične“ simptome poput bijesa i rizičnog ponašanja, što moguće dovodi do ozbiljne poddijagnosticiranosti unatoč visokom riziku. Ključ prevencije leži u korištenju specifičnih alata za probir i intervencijama koje ciljaju na kognitivne „mostove“ poput krivnje, pesimizma i samoprijezira, čime se prekida veza između unutarnje boli i njezine smrtonosne realizacije.

Važno je ne zaboraviti da kada govorimo o depresiji i anksioznosti, posebice u komorbiditetu, govorimo o sistemskim bolestima. Dakle, govorimo o bolestima koje zahvaćaju cijeli ljudski organizam te izazivaju visok stupanj patnje ne samo kod bolesnika nego i kod njegove okoline (12, 13). Ključ optimalnom dijagnostičkom, a samim time i timskom terapijskom pristupu, jest u individualizaciji imajući u vidu dob, spol te sve somatske i psihičke komorbiditete (14).

## LITERATURA

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease (GBD) 2021 [Internet]. Seattle (WA): IHME; 2024 Dostupno na: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (Pristupljeno 10. prosinca 2025.)
2. Cai H, Jin Y, Liu S, Zhang Q, Zhang L, Cheung T i sur. Prevalence of suicidal ideation and planning in patients with major depressive disorder: A meta-analysis of observation studies. *J Affect Disord.* 2021 Oct 1;293:148-158. doi: 10.1016/j.jad.2021.05.115.
3. Bolton JM, Pagura J, Enns MW, Grant B, Sareen J. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J Psychiatr Res.* 2010 Oct;44(13):817-26. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.01.003.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. p. 21.
5. Eikelenboom M, Smit JH, Beekman AT, Penninx BW. Do depression and anxiety converge or diverge in their association with suicidality? *J Psychiatr Res.* 2012 May;46(5):608-15. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.025.
6. Norton PJ, Temple SR, Pettit JW. Suicidal ideation and anxiety disorders: elevated risk or artifact of comorbid depression? *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008;39(4):515-25. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.10.010.
7. Levine J, Cole DA, Chengait J, Chengait R, Moorehead ME. A review of the relationship between depression and anxiety in children and adolescents. In: Goodyer IM, editor. *The Depressed Child and Adolescent*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. p. 189-216.
8. Swetlitz N. Depression's Problem With Men. *AMA J Ethics.* 2021 Jul 1;23(7):E586-589. doi: 10.1001/amajethics.2021.586.
9. Parker G, Fletcher K, Paterson A, Anderson J, Hong M. Gender differences in depression severity and symptoms across depressive sub-types. *J Affect Disord.* 2014;167:351-7. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.018.
10. Zülke AE, Kersting A, Dietrich S, Luck T, Riedel-Heller SG, Stengler K. Screeninginstrumente zur Erfassung von männerspezifischen Symptomen der unipolaren Depression – Ein kritischer Überblick [Screening Instruments for the Detection of Male-Specific Symptoms of Unipolar Depression - A Critical Overview]. *Psychiatr Prax.* 2018;45(4):178-87. German. doi: 10.1055/s-0043-120289.
11. Chen X. The interrelation between major depressive symptoms and ambivalence over emotional expression among college students: a network perspective on gender differences. *Front Psychiatry.* 2025 Sep 17;16:1658159. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1658159.
12. Silić A, Karlović D, Serretti A. Increased inflammation and lower platelet 5-HT in depression with metabolic syndrome. *J Affect Disord.* 2012 Dec 1;141(1):72-8. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.019.
13. Silić A, Karlović D, Serretti A. Increased inflammation and lower platelet 5-HT in depression with metabolic syndrome. *J Affect Disord.* 2012 Dec 1;141(1):72-8. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.019.
14. Vilibić M, Bergovec M, Karlović D, Nadalin S, Peitl V, Silić A i sur. Association between quality of life and severity of particular symptoms of major depressive disorder available to effective nursing intervention. *Arch Psychiatr Res.* 2025;61(1):35-44.



### ADRESA ZA DOPISIVANJE:

prof. dr. sc. Ante Silić, dr. med.  
Klinika za psihijatriju KBC Sestre milosrdnice  
Vinogradska cesta 29, 10 000 Zagreb  
e-mail: ante.silic@gmail.com

### PRIMLJENO/RECEIVED:

19. prosinca 2025./December 19, 2025

### PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

14. siječnja 2026./January 14, 2026

