



Spoleczne i psychiatryczne uwarunkowania prób samobójczych u młodzieży*

Social and psychiatric determinants of attempted suicide in the youth

AGNIESZKA GMITROWICZ

Z II Kliniki Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii AM w Łodzi

STRESZCZENIE. Celem badań była wieloaspektowa analiza zachowań samobójczych u młodocianych oraz ustalenie stopnia ryzyka ponowienia przez nich próby samobójczej (PS), w zależności od rozpoznania psychiatrycznego i poziomu funkcjonowania społecznego. Przebadano 84 osoby w wieku 14–21 lat, które zostały przyjęte do Kliniki Ostrych Zatrucí IMP w Łodzi po PS i nie były dotąd leczone psychiatrycznie. W badanej zbiorowości 70% stanowiły dziewczęta. Ustalono, że z podwyższonym ryzykiem samobójstwa u młodocianych wiążą się głównie takie zjawiska, jak: uzależnienie rodziców od alkoholu, zaburzone relacje w rodzinie, konflikty z osobami znaczącymi i odrzucenie. U prawie wszystkich badanych (poza 1 osobą), w czasie podejmowania przez nich PS, występowały różne zaburzenia psychiczne, były to przede wszystkim zaburzenia nastroju (u 2/3 badanych), zaburzenia emocji i zachowania (u 1/5) oraz zaburzenia psychotyczne (u co dziesiątego badanego). Ponadto stwierdzono, że im niższy poziom ogólnego funkcjonowania młodocianych po PS, tym wyższe ryzyko ponowienia PS.

SUMMARY. The aim of the study was a multidimensional analysis of suicidal behavior in adolescents and young adults as well as assessment of the risk of their attempted suicide (AS) resumption in relation to their psychiatric diagnosis and social functioning level. Subjects in the study were 84 patients (aged 14–21) admitted after their AS to the Department of Acute Poisoning, Institute of Occupational Medicine in Łódź, who had never received any psychiatric treatment before. 70% of the sample under study were girls. The following phenomena were found to be associated with increased risk of suicidal attempt in young people: parental alcohol dependence, disturbed family relations, conflicts with significant others, and rejection. In almost all cases (with one exception only) various mental disorders were present during their AS: the most frequent were mood disorders (in 2/3 of the patients), affective and behavior disorders (in 1/5) and psychotic disorders (in every tenth case). Moreover, it was found that the lower was the level of general functioning on young people after AS, the higher was the risk of their re-attempting suicide.

Słowa kluczowe: próby samobójcze / młodzież
Key words: attempted suicide / youth

Badania dotyczące zachowań samobójczych młodocianych wymagają ciągłej aktualizacji, ponieważ charakterystyczna jest dla nich duża zmienność wyników w zakresie większości uzyskiwanych informacji, głównie epidemiologicznych i demograficznych

[9]. Wynika to zapewne z dynamicznych przemian kulturowych, społeczno – ekonomicznych, jak również posługiwania się przez badaczy coraz bardziej precyzyjnymi narzędziami badawczymi oraz uwzględniania przez nich różnych czynników modyfikujących ryzyko samobójstwa.

* Temat zrealizowany w ramach badań własnych Akademii Medycznej w Łodzi nr 502–11–404.

W Polsce brakuje badań wielośrodkowych oraz centralnego rejestru informacji

na temat usiłowanych samobójstw u młodzieży. Dostępne statystyki policyjne dostarczają jedynie informacji wycinkowych, opartych na zgłoszonych i ujawnionych przypadkach, głównie samobójstw dokonanych. Wykazywane w statystykach próby samobójcze (PS) podejmowane przez młodzież, stanowią wierzchołek góry lodowej. Należałoby dążyć do obowiązkowego zgłaszania przez różne placówki medyczne i szkolno – wychowawcze wszystkich przypadków prób samobójczych, ponieważ dopiero wówczas można będzie ocenić skalę tego zjawiska. Wiadomo z piśmiennictwa, że samobójstwa stanowią podstawową przyczynę zgonów wśród młodzieży [1, 3, 9].

Na terenie Łodzi wiarygodnym źródłem informacji o samobójstwach młodocianych jest Klinika Ostrego Zatrucia Instytutu Medycyny Pracy (IMP), do którego trafia większość młodocianych po zatruciach samobójczych z makroregionu łódzkiego. Psychiatra często interweniuje dopiero w przedostatnim etapie procesu suicydologicznego (wyobrażenia → myśli → próby samobójcze → samobójstwo) [11], kiedy konieczne jest rozstrzygnięcie, czy młodociany po próbie samobójczej wymaga specjalistycznego leczenia. Z piśmiennictwa wynika, że około 90% osób podejmujących PS ujawnia różne zaburzenia psychiczne [5, 12]. Wprowadzenie na szeroką skalę programów edukacyjnych oraz powszechna dostępność dla młodzieży ośrodków kryzysowych, chroniłaby część młodocianych zagrożonych samobójstwem przed śmiercią oraz obniżałaby koszty leczenia związane z podjętą już próbą samobójczą.

CEL BADAŃ

Badania miały na celu wieloaspektową ocenę zachowań samobójczych młodocianych, którzy podjęli próbę samobójczą przez otrucie się oraz ustalenie, czy istnieje związek pomiędzy stwierdzonymi u nich czynnikami chorobowymi i społecznymi a ryzykiem ponowienia próby samobójczej.

OSOBY BADANE

Grupa badawcza (n=84) wyłoniona została z populacji młodocianych (n=112), w wieku 14–21 lat, przyjętych do Kliniki Ostrego Zatrucia IMP w Łodzi, w okresie 11 miesięcy (od stycznia do listopada 1998), z powodu zatrucia lekami bądź innymi substancjami w celach samobójczych, rozumianych jako: (1) jednoznaczne dążenie do śmierci lub (2) narażanie siebie na śmierć dla osiągnięcia jakiejś zmiany życiowej (próba instrumentalna).

Do badań włączano jedynie młodocianych zdrowych fizycznie, którzy do momentu podjęcia próby samobójczej nie byli leczeni z powodu zaburzeń psychicznych oraz wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu.

METODA

Od każdego młodocianego podejmującego próbę samobójczą i zakwalifikowanego do badań, uzyskiwano ustrukturalizowany wywiad, a pozyskane informacje zapisywano specjalnie opracowanym „Kwestionariuszu do oceny prób samobójczych u młodzieży”. Opracowując kwestionariusz uwzględniano wszystkie znaczące i powtarzające się w piśmiennictwie zjawiska mające wpływ na zachowania samobójcze u młodzieży [1, 6, 7, 8, 9]. Następnie prowadzono pełne badanie psychiatryczne, stosując się do kryteriów i zasad diagnostyki wieloosiowej przyjętej w DSM-IV [2]. Obraz psychopatologiczny oceniano także za pomocą MINI (*Mini-International Neuropsychiatric Interview-Clinician Rated*, wersja 4.3, 1994). Przy zbieraniu wywiadu chorobowego ustalano obecność wskaźników świadczących o patologii mózgowej, kierując się wyłonionymi przez ekspertów wskaźnikami organicznego uszkodzenia o.u.n. [4]. Do oceny poziomu ogólnego funkcjonowania, w okresie bezpośrednio poprzedzającym PS, stosowano skalę GAF (*Global Assessment of Functioning Scale*) [2], przy czym uwzględniono rozpiętość skali obejmującą tylko 10 przedziałów (tj. pełne dziesiątki: 10, 20... 100).

Ponadto, u każdego pacjenta oceniano ciężkość PS (wystąpienie utraty przytomności po zatruciu) oraz aktualne ryzyko samobójstwa, stosując skalę trzystopniową opartą na relacji pacjenta:

-
- (1) *ryzyko niskie* – pacjent podczas badania negował aktualne występowanie myśli i tendencji samobójczych (S) i/lub wyrażał żal z powodu podjętej PS,
 - (2) *ryzyko średnie* – pacjent nie był pewien czy nie powtórzy PS i/lub nie krytykował swojego zachowania S,
 - (3) *ryzyko wysokie* – pacjent potwierdzał podczas badania obecność myśli i tendencji S, twierdził, że i tak pozbawi siebie życia.
-

Do statystycznej analizy danych zastosowano program *Statistica Statsoft*.

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej grupy

W badanej grupie młodocianych ($n=84$) po zatruciach samobójczych, nie leczonych dotąd psychiatrycznie, było 59 kobiet (70,2%) oraz 25 mężczyzn (29,8%), przy czym średnia wieku dla kobiet wynosiła 17 ± 2 , dla mężczyzn – 18 ± 2 (ogólnie: średnia wieku – $17,6 \pm 1,8$).

Z terenu Łodzi pochodziło 55 badanych (65,5%), z innego miasta makroregionu łódzkiego – 25 osób (29,8%), a tylko 4 osoby ze wsi (4,85%). Większość badanych – 74 osoby (88,1%) w chwili podjęcia PS zamieszkiwało w domu rodzinnym, tylko 10 osób (11,9%) – w innych warunkach (w internacie, ośrodku szkolno-wychowawczym, u babki lub samotnie).

Sytuacja szkolna. W chwili podjęcia PS, badani uczyli się lub zakończyli naukę w liceum ogólnokształcącym – 25 osób (29,8%), szkole podstawowej – 22 osoby (26,2%) lub zasadniczej szkole zawodowej – 17 osób (20,2%), w średniej technicznej – 14 osób (16,7%). Trzy osoby studiowały (3,6%), a tylko pojedyncze osoby uczyły się

w innych rodzajach szkół (specjalnej, policealnej lub jedynie zawodu). W chwili badania do szkół uczęszczało w sumie 59 osób (70,2%), reszta albo zakończyła naukę (17 osób – 20,2%) albo porzuciła szkołę (8 osób – 9,6%). Spośród osób uczących się ($n=59$) problemy szkolne, zgłaszało 44 badanych (75%). Były to głównie wagarowanie (31 osób – 53%) oraz trudności w nauce (u 26 osób – 44%). Powtarzanie klas, jednorazowe lub częstsze, występowało u 23 osób (27,4% wszystkich badanych).

Kontakty z rówieśnikami – zdecydowana większość badanych oceniała je jako prawidłowe (61 osób, 72,6%). Reszta (23 osoby, 27,4%) skarżyła się głównie na trudności w nawiązywaniu kontaktów (11 osób) oraz unikanie kontaktów z powodu lęku (11 osób). Poczucie bycia „koźłem ofiarnym” było udziałem tylko 5 badanych, natomiast bycia „szarą myszką” – 4.

Sytuacja rodzinna. Ponad 1/3 badanych miała niepełną rodzinę (31 osób, 36,9%), z tego 13 osób (15,5%) straciło rodzica przed 15 rokiem życia. Separacja lub rozwód rodziców wydarzyły się u łącznie 25 badanych (29,7%). Sześcioro badanych (7,1%) miało jednego rodzica w więzieniu. Adoptowanych było 2 badanych (2,4%). Większość badanych określiła sytuację finansową rodziny jako dobrą (37 osób, 44%) lub zadawalającą (28 osób, 33,3%), natomiast jako złą – 13 osób (15,5%), a jako krytyczną – tylko 4 osoby. Ponad 2/3 badanych ($n=57$) miało 1 lub 2 rodzeństwa, z rodzin wielodzietnych pochodziło 11 osób.

Patologię rodzinną stwierdzono w 51 przypadkach (60,7%). Głównie był to alkoholizm jednego lub obojga rodziców ($n=27$, 32,1%), uzależnienie rodzica od innych środków psychoaktywnych – tylko w 8 przypadkach (9,5%). Chorobę psychiczną (schizofrenię lub depresję) rodzica potwierdziło 16 badanych (19%), samobójstwo rodzica – 10 (11,9%), a wykorzystanie seksualne przez rodzica – 4 osoby. Na nieprawidłowe relacje w rodzinie skarżyło się ponad 2/3 badanych (59 osób; 70,2%), głównie były to częste konflikty

z rodzicami ($n=39$; 46,4%) oraz ograniczanie przez nich swobody badanego ($n=25$; 29,8%), w dalszej kolejności poczucie braku oparcia w rodzinie (21 osób; 25%), braku akceptacji (25%), natomiast przemoc fizyczna zgłoszona była tylko przez 4 osoby (4,8%).

Analiza prób samobójczych

Sposób. Przeważająca liczba młodocianych ($n=81$, 96,4%) dokonała próby samobójczej przez zatrucie przypadkowymi lekami (głównie o działaniu uspokajającym, przeciwbólowym i nasercowym), tylko w pojedynczych przypadkach badani truli się doustnie innymi substancjami (trutkami). Jedna dziewczyna dodatkowo podcięła sobie żyły.

Czas. Największą ilość prób podjęli badani w poniedziałek (ponad dwukrotnie częściej niż w inne dni tygodnia – 27 przypadków zatruc, 32,1%), pomiędzy godziną 18.00 a 22.00 (prawie dwukrotnie częściej niż w pozostałych przedziałach czasowych – $n=27$; 32,1%).

Ciężkość. Ponad 1/3 badanych ($n=32$; 38,1%) oceniła swój stan po zatruciu samobójczym jako dobry, u 35 osób (41,7%) wystąpiła całkowita utrata przytomności potwierdzona w dokumentacji lekarskiej, natomiast u 17 osób (20,7%) – przymglenie świadomości lub senność patologiczna, z częściową niepamięcią okresu po intoksykacji.

Decyzja. Większość badanych podjęło decyzję o samobójstwie pod wpływem impulsu ($n=57$; 67,9%), mniej niż 1/3 wcześniej planowała samobójstwo ($n=26$; 31%); pod wpływem alkoholu działało 10 osób (11,9%), a tylko jedna pod wpływem amfetaminy. Ponad połowa badanych ($n=47$; 56%) poinformowała innych o swoich zamiarach samobójczych listownie (15,5%) lub ustnie (40,5%). Wcześniejsze zachowania samobójcze ujawniła prawie połowa badanych ($n=41$; 48,8%), przede wszystkim były to myśli samobójcze (27,4%) i/lub wyobrażanie sobie samobójstwa (22,6%), natomiast wcześniejsze PS ujawniło tylko dzieśięć spośród tych badanych osób (11,9%).

Motyw. Jako najczęstszy powód samobójstwa wskazywano trudną sytuację życiową (*motyw reaktywny*), która wystąpiła u 74 badanych (88,1%). Składały się na niego przede wszystkim ostre konflikty z osobami z najbliższego otoczenia (48 badanych, 57,1%), w dalszej kolejności poczucie odrzucenia (30 osób, 35,7%) i niepowodzenia szkolne (22 osób, 26,2%) oraz utrata osoby bliskiej (8 badanych, 9,5%) lub czegoś znaczącego np. psa (5 osób, 6%). Tylko dwie osoby jako główny powód wymieniły nieaprobowanie swej choroby. Należy zaznaczyć, że część badanych wskazywała więcej niż jedną przyczynę PS. Ponad 2/3 badanych (71,4%) traktowało PS jako sposób rozwiązywania sytuacji trudnych lub zaspokajania swoich potrzeb (*motyw instrumentalny*). Najczęściej występował motyw ucieczki od sytuacji trudnej (30 osób, 35,7%), a następnie – chęć zwrócenia uwagi najbliższego otoczenia (22 osób, 26,2%), wywarcia presji (17 osób, 20,2%) oraz ukarania kogoś znaczącego (16 osób, 19%). Wołanie o pomoc miało miejsce tylko w 5 przypadkach (6%). Uczucie beznadziejności potwierdziło aż 47 badanych (56%), a brak osiągnięć w życiu – 30 (35,7%). Tylko 4 osoby (4,8%) podały motyw *ideologiczny* (PS jako akt protestu), a dwie określiły PS jako rodzaj ofiary. Motyw *chorobowy* wystąpił u 16 osób (19%), w czterech przypadkach były to omamy imperatywne, a w trzech – urojeniowe poczucie zagrożenia ze strony innych, poza tym w pojedynczych przypadkach różne zaburzenia lękowe i glosy oskarżające.

Ocena psychiatryczna

Stresory. W trakcie zbierania wywiadu psychiatrycznego ustalano występowanie u badanych w okresie ostatniego roku określonych problemów psychospołecznych, tzn. stresorów (IV oś w DSM IV) [2]. Najczęściej badani (34 osoby, 43,9%) wymieniali problemy związane z otoczeniem (utrata przyjaciela, życie w izolacji, odrzucenie), w dalszej kolejności – trudności w rodzinie, jak: zaniedbywanie, niezgoda, nadmierna dyscy-

plina (29 osób, 34,6%), a następnie problemy związane ze szkołą (21 osób, 25%). U pojedynczych osób występowały jeszcze problemy mieszkaniowe, ekonomiczne, prawne. Kilkanaście osób wskazało na występowanie więcej niż jednego typu stresora, a tylko trzy osoby (3,6%) przeczyły przeżywaniu problemów psychospołecznych.

Uszkodzenie o.u.n. U 25 badanych (29,7%) ustalono obecność wskaźników organicznego uszkodzenia o.u.n., w tym u 6 osób występowały objawy poważnej dysfunkcji mózgowej.

Zaburzenia psychiczne. Tylko u jednej osoby nie stwierdzono żadnych zaburzeń psychicznych w okresie bezpośrednio poprzedzającym PS i w czasie badania psychiatrycznego. Zdecydowanie najczęściej, bo aż u 50% badanych można było rozpoznać zaburzenia adaptacyjne, pod postacią krótkiej bądź przedłużonej reakcji depresyjnej. W dalszej kolejności stwierdzano u badanych zaburzenia zachowania i emocji – u 20,2%. Kryteria dużego zespołu depresyjnego spełniało 9 badanych (10,7%), a zaburzeń psychotycznych – 10 osób, w tym 5 – schizofrenii (6%). Zespół uzależnienia od amfetaminy i kanabinoli stwierdzono w dwóch przypadkach, u pozostałych 3 osób ustalono rozpoznania pojedyncze. U 6 badanych postawiono drugie rozpozna-

nie na osi I (używanie substancji psychoaktywnych, nie pozostające w bezpośrednim związku przyczynowym z rozpoznaniem podstawowym), ponadto 45 osób spełniało kryteria diagnostyczne zaburzeń z osi II (głównie różnych zaburzeń osobowości, w tym u 10 osób o cechach impulsywnych oraz u 5 – upośledzenie umysłowe lekkie). Ze względu na przejrzystość opracowania, w analizie nie uwzględniano pełnych diagnoz (typu: ostra reakcja depresyjna u osoby z upośledzeniem umysłowym lekkim, czy zaburzeniami osobowości, z towarzyszącymi tikami lub zaburzeniami umiejętności szkolnych), ograniczono się jedynie do rozpoznania podstawowego.

Zależności

W tabl. 1 przedstawiono ocenę związku pomiędzy ciężkością PS, czyli wystąpieniem u badanych utraty przytomności po zatruciu samobójczym (niepamięć w relacji badanego oraz opis lekarski ilościowych zaburzeń świadomości u pacjenta przy przyjęciu do szpitala) a rodzajem stwierdzanych u nich zaburzeń psychicznych. Analiza statystyczna wykazała, że w badanej grupie nie występuje istotny związek pomiędzy ciężkością PS a ustalonym rozpoznaniem psychiatrycznym.

W tabl. 2 przedstawiono zależności pomiędzy rozpoznaniem zaburzeń psychicznych

Tablica 1. Ocena związku pomiędzy ciężkością próby samobójczej a rozpoznaniem psychiatrycznym u badanych po próbach samobójczych (PS)

Rozpoznanie	Osoby po PS		Osoby po PS z utratą przytomności		Test ¹ (p)
	n	%	n	%	
Duża depresja	9	10,7	4	44,4	p=0,7415
Reakcja depresyjna	42	50,0	19	45,2	p=0,8260
Zaburzenia emocji i zachowania	17	20,2	6	35,3	p=0,4156
Schizofrenia	5	6,0	1	20,0	p=0,5141
Inne zaburzenia psychotyczne	5	6,0	3	60,0	p=0,7822
Uzależnienia	2	2,4	2	100,0	p=0,3722
Inne	4	4,8	2	50,0	p=0,78698
Razem	84	100,0	37	44,0	

¹ Test chi² (* z poprawką Yatesa)

a podwyższonym ryzykiem podjęcia kolejnej PS (średni i wysoki stopień ryzyka samobójstwa). Analiza statystyczna wykazała, że podwyższone ryzyko samobójstwa występuje istotnie częściej u tych badanych po PS, u których stwierdzono albo zaburzenia psychiczne (w tym schizofrenię), albo zaburzenia depresyjne (w tym duży zespół depresyjny i reakcje depresyjne). Występowanie innych zaburzeń psychicznych raczej nie łączyło się z podwyższonym ryzykiem samobójstwa.

W tabl. 3 przedstawiono ocenę związku pomiędzy poziomem ogólnego funkcjonowania, określanym za pomocą skali GAF, a podwyższonym ryzykiem podjęcia kolejnej PS.

Analiza statystyczna wykazała, że badani o najniższym poziomie ogólnego funkcjonowania (0–30 wg skali GAF, np. nie posiadali przyjaciół, pracy, całe dni spędzali w łóżku) w czasie podejmowania PS przejawiali nadal (w trakcie badania, 2–3 dni po PS) statystycznie istotnie częściej podwyższone ryzyko samobójstwa, związane z groźbą ponowienia próby. Natomiast badani ze średnim globalnym funkcjonowaniem (31–60) rzadziej potwierdzali utrzymywanie się myśli lub tendencji samobójczych. U osób funkcjonujących na poziomie 61–100 wg skali GAF zagrożenie ponowną PS występowało statystycznie istotnie rzadziej.

Tablica 2. Ocena związku pomiędzy rozpoznaniem psychiatrycznym a podwyższonym ryzykiem samobójstwa u badanych po próbach samobójczych (PS)

Rozpoznanie	Osoby po PS		Osoby po PS z podwyższonym ryzykiem samobójstwa		Test ¹ (p)
	n	%	n	%	
Duża depresja	9	10,7	7	77,8	p = .0032
Reakcja depresyjna	42	50,0	4	9,5	p = .0001
Zaburzenia emocji i zachowania	17	20,2	3	17,6	p = .3543
Schizofrenia	5	6,0	4	80,0	p = .0424
Inne zaburzenia psychiczne	5	6,0	5	100,0	p = .0024
Uzależnienia	2	2,4	0	0,0	p = .8815
Inne	4	4,8	2	50,0	p = .7287
Razem	84	100,0	25	29,8	

¹ Test chi² (z poprawką Yatesa)

Tablica 3. Ocena związku pomiędzy poziomem ogólnego funkcjonowania a podwyższonym ryzykiem samobójstwa u badanych po próbach samobójczych (PS)

Poziom ogólnego funkcjonowania (wg skali GAF)	Liczba osób po PS		Liczba osób po PS z podwyższonym ryzykiem S		Test ¹ (p)
	n	%	n	%	
0– 30	8	9,5	8	29,8	p = .000
31– 60	43	51,2	14	32,6	p = .5659
61–100	33	39,3	3	9,1	p = .002
Razem	84	100,0	25	100,0	

¹ Test chi² (* z poprawką Yatesa)

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W przebadanej grupie 84 młodocianych (średnia wieku – 17,6) po zatruciach samobójczych, dziewczęta stanowiły 70%. Znacząca przewaga dziewcząt w prezentowanych badaniach odzwierciedla powszechnie wyrażaną opinię, że zachowania samobójcze są związane z płcią [5, 9]. O ile samobójstwa dokonane dotyczą częściej płci męskiej, to próby samobójcze (PS) częściej podejmowane są przez dziewczęta i kobiety.

Wielu autorów wskazuje na związek zachowań samobójczych z sytuacją rodzinną [1, 5, 7, 8, 10]. Ponad 1/3 badanych miała niepełną rodzinę. Rozwód rodziców miał miejsce u co trzeciego badanego, zgon rodzica przed 15 rokiem życia – u 15% badanych. Częstsze występowanie tych zjawisk w badanej populacji w porównaniu do populacji ogólnej, może świadczyć o ich wpływie na wzrost ryzyka samobójstwa. Również dane na temat występowania alkoholizmu u rodziców badanych (u 2/3 grupy) potwierdzają pogląd innych autorów [7, 8, 9] dotyczący związku pomiędzy wysokim ryzykiem samobójstwa u młodzieży a używaniem przez rodziców substancji psychoaktywnych. Poza tym co piąty badany miał rodzica chorego psychicznie, a co dziesiąty był obciążony samobójstwem rodzica (pewne zjawiska rodzinne występowały łącznie). Ponadto badani często zgłaszali nieprawidłowe relacje w rodzinie (2/3 grupy), przede wszystkim konflikty z rodzicami, ograniczanie swobody, a w dalszej kolejności brak oparcia i akceptacji w rodzinie.

W badanej grupie zaznaczył się też związek zachowania samobójczego z czasem jego wystąpienia. Badani podejmowali PS głównie w poniedziałki, między 18 a 22 godziną. Być może w weekendy dochodziło do kumulacji sytuacji konfliktowych i poczucia beznadziejności, które także występowało u znacznej części grupy, analogicznie do innych badań [5].

Tylko 1/3 badanych planowała swoje samobójstwo wcześniej. Większość działała

pod wpływem chwilowego impulsu, ale znaczna ich część informowała innych o swoim zamiarze wcześniej (najczęściej ustnie). Obala to mit podkreślany także w innych opracowaniach, że ten, kto mówi o samobójstwie nie chce tego zrobić [7]. Co dziesiąty badany miał w wywiadzie wcześniejszą PS. Z piśmiennictwa wynika, że co trzeci, czwarty młodociany zgłasza więcej niż dwie próby [5]. Niższe wyniki w zakresie ponawiania PS w badanej populacji mogą świadczyć o wyższej skuteczności profilaktyki suicydologicznej lub większych zdolnościach adaptacyjnych badanych.

Prawie 90% badanych wskazywało na reaktywny motyw próby samobójczej, głównie ostre konflikty z osobami z najbliższego otoczenia, a następnie odrzucenie i niepowodzenia szkolne. Trzeba zaznaczyć, że znaczna część badanych wymieniała więcej niż jedną przyczynę zachowania samobójczego. Najczęściej, jako współistniejący motyw samobójstwa, wymieniano motyw instrumentalny (ucieczka od trudnej sytuacji, chęć zwrócenia uwagi, wywarcie presji).

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że około 90% młodocianych po PS ujawnia różne zaburzenia psychiczne, przede wszystkim zaburzenia nastroju (u 2/3) i zachowania (u 1/2), w dalszej kolejności używanie substancji psychoaktywnych i zaburzenia lękowe (u 1/3), natomiast objawy schizofrenii tylko 3% [5, 12]. W badanej grupie częstość występowania zaburzeń nastroju była na analogicznym poziomie, jednak zdecydowanie częściej (dwukrotnie) rozpoznawano zaburzenia psychotyczne, w tym schizofrenię.

Podwyższone ryzyko samobójstwa w badanej grupie młodocianych znacząco częściej występowało u osób o najniższym poziomie ogólnego funkcjonowania oraz u tych, u których stwierdzono schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne oraz duży zespół depresyjny (u większości zjawiska te pokrywały się). Potwierdza to wyniki wcześniejszych badań o występowaniu wielokrotnych prób samobójczych u młodocianych z tymi rozpoznaniem [5].

WNIOSKI

1. Istnieją określone zjawiska społeczne, które niezmiennie wiążą się z podwyższonym ryzykiem samobójstwa u młodzieży; są to: alkoholizm rodziców, zaburzone relacje w rodzinie, konflikty z bliskimi osobami, odrzucenie.
2. Wczesne badanie psychiatryczne, nakierowane na rozpoznanie u młodocianych zaburzeń nastroju i zaburzeń psychotycznych oraz ich leczenie mogłoby skutecznie przeciwdziałać wielokrotnym próbom samobójczym.
3. Im niższy poziom funkcjonowania społecznego osób po próbie samobójczej, tym wyższe ryzyko ponowienia przez nich próby samobójczej.
4. Aby zapobiegać rosnącej stale liczbie samobójstw w okresie rozwojowym, należy opracować odpowiednie, całościowe programy edukacyjno-profilaktyczne, obejmujące młodzież, ich opiekunów, środowisko szkolne i medyczne oraz kładące szczególny nacisk na trening umiejętności społecznych.

PIŚMIENNICTWO

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington 1994.
3. Diekstra R.F.W.: The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993, 87, suppl. 371, 9–20.
4. Gmitrowicz A.: Wskaźniki organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego u dzieci i młodzieży – w opinii ekspertów. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1994, 3, 417–448.
5. Gmitrowicz A., Rabe-Jabłońska J., Warzocha D.: Rozpoznanie psychiatryczne u młodocianych po wielokrotnych i pojedynczych próbach samobójczych. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1998, 7, 419–428.
6. Harris E.C., Barraclough B.: Suicide as an outcome for mental disorders. *Br. J. Psychiatry* 1997, 170, 205–228.
7. Hołyst B. (red.): Samobójstwa nieletnich i młodocianych. PWN, Warszawa – Kraków 1989.
8. Hołyst B.: Samobójstwo przypadek czy konieczność. PWN, Warszawa 1983.
9. Jarosz M.: Samobójstwa. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1997.
10. Martin G., Rozanes P., Pearce C., Allison S.: Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995, 92, 336–344.
11. Runeson B.S., Beskow J., Waern M.: The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 93, 35–42.
12. Shaffer D., Gould M.S., Fisher P., Trautman P., Moreau D., Kleinman M., Flory M.: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch. Gen. Psychiatry* 1996, 53, 339–348.

*Adres: Dr Agnieszka Gmitrowicz, II Klinika Psychiatryczna Katedry Psychiatrii AM,
ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź*