



## Dynamika zmian czynników społeczno-demograficznych i psychologicznych u młodocianych po próbach samobójczych\*

*Dynamics of changes in socio-demographic and psychological characteristics  
of the youth after attempted suicide*

KRZYSZTOF ROSA<sup>1</sup>, AGNIESZKA GMITROWICZ<sup>2</sup>

- Z: 1. Kliniki Ostrych Zatrucí Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi
2. II Kliniki Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii AM w Łodzi

**STRESZCZENIE.** *Celem analizy było porównanie pod kątem wybranych czynników społeczno-demograficznych i cech psychologicznych dwóch zbiorowości młodocianych po próbach samobójczych (PS), nie leczonych psychiatrycznie, którzy trafiali do Kliniki Ostrych Zatrucí Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi w ciągu dwóch kolejnych lat badań. Pierwsze badanie, obejmujące zbiorowość 93 młodocianych po PS, przeprowadzono na przełomie 1989–1990 r., drugie, dotyczące 84 badanych, w okresie od stycznia do grudnia 1998 r. Wyniki badań dwóch analogicznych zbiorowości młodocianych po PS, ocenianych w odstępach 8 lat wykazały, że pomimo pewnych różnic struktury demograficzno-społecznej badanych grup (wiek, miejsce zamieszkania, typ szkół), zachowania samobójcze młodocianych wiążą się z tymi samymi czynnikami psychologicznymi i społecznymi, głównie z szeroko rozumianą patologią rodzinną i trudnościami szkolnymi.*

**SUMMARY.** *The aim of the analysis was to compare two samples of young people after attempted suicide (AS) in terms of selected socio-demographic factors and psychological traits. None of the subjects had received any psychiatric treatment prior to their admission to the Department of Acute Poisoning, Institute of Occupational Medicine in Łódź. The two samples consisted of young patients admitted after AS during two consecutive years: the first cohort (N=93) in the years 1989–1990, and the second one (N=84) from January to December 1998. Assessment of the two equivalent AS samples at eight years' interval indicated that despite some differences in the socio-demographic structure of the two groups (concerning age, place of residence, type of school), young people's suicidal behavior was related to the same psychological and social factors, mostly to family pathology in a broad sense of the term and to problems at school.*

---

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

---

Istotnym aspektem perspektywy socjologicznej w badaniach zachowań samobójczych jest określenie grup społecznych, spośród których najczęściej pochodzą osoby podejmujące działania samobójcze oraz stworzenie

ich szczegółowej charakterystyki [Jarosz 1997]. W przypadku młodocianych po próbach samobójczych ważne jest również poznanie ich relacji z osobami z najbliższego otoczenia, a także opisanie funkcjonowania w różnych rolach i grupach społecznych [Rosa 1996]. Struktura i dynamika samobójstw ulegają różnym transformacjom (tendencjom

---

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

wzrostowym lub malejącym, zmianom w zakresie cech demograficznych osób podejmujących próby samobójcze oraz przyczyn samobójstw), które z reguły odzwierciedlają przemiany gospodarcze i społeczno-polityczne zachodzące w danym kraju [Hołyst 1991, Jarosz 1997].

## CEL

Celem pracy była analiza wybranych czynników społeczno-demograficznych i psychologicznych w dwóch zbiorowościach osób młodocianych po próbach samobójczych (PS) oraz ocena dynamiki tych czynników w odstępie 8 lat.

## OSOBY BADANE

Badaniami objęto dwie zbiorowości młodocianych z Łodzi i makroregionu łódzkiego, w wieku 14–21 lat, których po zatruciach samobójczych hospitalizowano w Klinice Ostrych Zatrucí Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Pierwsza zbiorowość (IZ) pacjentów po próbach samobójczych, licząca 93 osoby, została wyłoniona w okresie jednego roku – na przełomie lat 1989–1990, a zbiorowość druga (IIZ – 84 osoby), po upływie 8 lat, w okresie od stycznia do listopada 1998 roku. Należy podkreślić, że w wymienionym okresie ośmiu lat, w makroregionie łódzkim nie powstał żaden inny oddział o podobnym profilu, jak również nie zmieniała się rejonizacja szpitala. Można więc przyjąć, że przebadane grupy były w pewien sposób jednorodne. Do badań włączano tylko młodocianych wcześniej nie leczonych psychiatrycznie.

## METODA

Informacje zbierano za pomocą wywiadów kwestionariuszowych. Badania przeprowadzono w czasie 2–3 dnia pobytu respondentów w Klinice Ostrych Zatrucí. Obydwie zbiorowości porównano pod względem następujących zagadnień:

- 
- (1) *cech społeczno-demograficznych* (płeć, wiek, aktualne zajęcie, miejsce stałego zamieszkania, miejsce aktualnego przebywania, rodzaj szkoły),
  - (2) *sytuacji szkolnej* opisywanej poprzez trudności w nauce, konflikty z nauczycielami, powtarzanie klas,
  - (3) *sytuacji rodzinnej z uwzględnieniem:*
    - *faktycznej struktury rodziny*, tzn. rodzina pełna (niekoniecznie biologiczna), separacja lub rozwód rodziców, sieroctwo,
    - *jakości relacji pomiędzy badanymi a pozostałymi członkami rodziny* określonej na podstawie występowania: braku akceptacji lub oparcia w rodzicach, częstych konfliktów z rodzicami, ograniczania swobody oraz faworyzowania rodzeństwa,
    - *występowania zjawisk i zachowań patologicznych w rodzinie* (choroba alkoholowa rodziców, inne uzależnienia, pobyt rodzica w zakładzie karnym, wcześniejsze zachowania samobójcze w rodzinie, tzn. próby samobójcze i samobójstwa dokonane),
    - *oceny sytuacji materialnej*.
- 

## WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

W obu grupach (IZ i IIZ) metodą usiłowania samobójstwa było najczęściej zatrucie lekami – u ponad 90% osób z obu grup (zasadnicza metoda zamachu samobójczego). Tylko 3 osoby z pierwszej grupy próbowały popełnić samobójstwo przyjmując leki i jednocześnie alkohol, natomiast w drugiej grupie – 3 osoby zażyły różne trucizny, a jedna osoba dodatkowo podcięła sobie żyły.

Wśród badanych z obu grup dominowały dziewczęta, które stanowiły ponad 70% badanych zbiorowości. Jest to tendencja zgodna z wynikami innych badań, które dotyczyły rozkładu płci u młodocianych po próbach samobójczych [Hołyst 1991, Jarosz 1997].

Opisywane zbiorowości istotnie różniły się natomiast istotnie (test  $\chi^2$ ) wiekiem badanych. O ponad połowę zmniejszył się (w grupie IIZ w stosunku do IZ) udział osób należących do najniższych kategorii: na poziomie 14 lat – obniżył się z 8,6% (14 osób) do 3,6% (3 osoby) ( $p < 0,001$ ), na poziomie 15 lat – z 17,2% (16 osób) do 7,2% (6 osób) ( $p < 0,001$ ), na poziomie 16 lat – z 30,1% (28 osób) do 17,8% (15 osób) ( $p < 0,001$ ). Zaobserwowano także nieznaczny spadek udziału badanych w wieku 17 lat – z 29% (27 osób) do 22,6% (11 osób). Tym samym, w sposób istotny wzrósł udział badanych po PS w wieku 18 i 19 lat – z 9,7% (9 osób) do 19% (16 osób) na poziomie 18 lat ( $p < 0,001$ ) a z 5,4% (5 osób) do 14,3% (12 osób) na poziomie 19 lat ( $p < 0,001$ ). Według danych GUS, rozkład liczebności młodocianych w porównywalnych kategoriach wiekowych, w analogicznych latach, na terenie makroregionu łódzkiego nie różnił się w istotny sposób. Uzyskane dane sensie mogą przemawiać albo za spadkiem zagrożenia samobójstwem w niższych grupach wiekowych (u młodzieży pod koniec szkoły podstawowej), albo też mogą odpowiadać nasileniu prób samobójczych innego rodzaju (np. przez podcięcie sobie żył). Wątpliwości tych nie możemy rozstrzygnąć, gdyż w Polsce nie rejestruje się oficjalnie samobójstw usiłowanych.

Zarówno młodociani z IZ jak i IIZ, jako miejsce stałego zamieszkania wymieniali Łódź (69,5% w IZ,  $n=65$  i 65,5% w IIZ,  $n=55$ ). Jednak w IIZ istotnie większy niż w IZ był udział tych, którzy mieszkali w innych miastach makroregionu łódzkiego (17,2% IZ,  $n=16$  i 29,8% IIZ,  $n=25$ ;  $p=0,04$ ). Tym samym, w 1998 r. (IIZ) odnotowano mniejszą liczbę osób zamieszkujących na wsi (12,9% IZ,  $n=12$  i 4,8% IIZ,  $n=4$ ;  $p=0,04$ ). Jest to odwrotna tendencja niż u dorosłych po dokonanych samobójstwach na terenie Polski, wśród których znacząco wzrasta udział osób pochodzących ze wsi [Jarosz 1997].

Większość badanych z obu grup – ponad 80% w IZ i IIZ, jako miejsce aktualnego

przebywania wymieniło dom rodzinny. Tylko pojedyncze osoby z obu badanych zbiorowości zamieszkiwały poza domem: w internacie, zakładzie poprawczym lub domu dziecka. Niewielka część badanych miała samodzielne mieszkanie bądź mieszkała u innych członków rodzin – najczęściej u dziadków. Ponieważ zdecydowana większość uczącej się młodzieży polskiej zamieszkuje z rodziną (względy finansowe, tradycja), trudno interpretować te wyniki, jako świadczące na niekorzyść środowiska rodzinnego.

W obydwu grupach, zgodnie z ogólną tendencją, przeważali młodociani, którzy aktualnie byli uczniami różnych szkół. Znacznie mniej było tych, którzy zakończyli naukę lub ją porzucili (23,6% IIZ,  $n=20$  i 16,1% IZ,  $n=15$ ).

Pewne różnice (bliskie poziomowi istotności) odnotowano natomiast w odniesieniu do typu szkół, do których uczęszczali badani po próbach samobójczych. Największe różnice dotyczyły liczby osób uczęszczających do szkół zasadniczych zawodowych. W badaniach z lat 1989–1990 była to najliczniejsza grupa uczniów – 41% (32 osoby), podczas gdy w 1998 r. liczba osób uczęszczających do tego rodzaju szkół była dwukrotnie mniejsza (20% IIZ,  $n=17$ ;  $p=0,065$ ). W drugiej populacji liczniej reprezentowani byli uczniowie szkół średnich ogólnokształcących i szkół podstawowych (różnice nie przekraczały 8%). Na podobnym poziomie ok. 17–18% w obydwu grupach reprezentowani byli uczniowie szkół średnich zawodowych.

Udział młodocianych, którzy podejmowali już wcześniej próby samobójcze, nie różnicował istotnie badanych zbiorowości. W pierwszym badaniu było 25% osób ( $n=22$ ), które ponowiły PS, podczas gdy w drugim – 12% ( $n=11$ ). Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że 14–50% adolescentów powtarza próbę samobójczą, z czego 4% ginie w wyniku kolejnej próby [Rabe-Jabłońska 1998]. Można przyjąć, że w ostatnich latach poziom opieki nad młodocianymi po PS nieco poprawił się oraz że pojawiły się

skuteczniejsze metody zapobiegające zachowaniom samobójczym lub zadziałały inne czynniki pozamedyczne.

Z powodu braku danych o strukturze porównywanych cech w populacji województwa łódzkiego, nie jesteśmy w stanie ocenić reprezentatywności uzyskanych wyników.

Sytuacja szkolna badanych osób kształtowała się podobnie w obydwu populacjach. W drugiej grupie nieco mniejszy odsetek osób deklarował trudności w nauce – 30,9% (n=26), wobec 51,6% (n=48) w pierwszej grupie. W obydwu grupach ponad 50% badanych wagarowała.

Z podobną częstością (ok. 10%) ujawniano też konflikty z nauczycielami. Uczniów powtarzających jakąś klasę w IIZ było 27,4%, podczas gdy w pierwszej – o 10% więcej. Wydaje się, że w ostatnich latach nie zaszły jakieś istotne zmiany w polityce oświatowej, w odniesieniu do problemu samobójstw u młodzieży.

Analizę sytuacji rodzinnej w porównywanych populacjach rozpoczęto od porównania struktury rodzin badanych. Była ona prawie identyczna w obu grupach. Najwięcej badanych (ponad 60%) żyło w rodzinach pełnych, choć nie zawsze były to rodziny biologiczne. Również taki sam w obu grupach był udział osób, których rodzice rozwiedli się lub żyli w separacji (29%). Mało znacząca różnica dotyczyła zjawiska śmierci rodzica przed 15 rokiem życia badanego, w IIZ w odniesieniu do IZ było o 5% więcej badanych, którzy utracili jednego z rodziców (10,7%, n=8 vs 15,5%, n=13). Mimo, że liczba młodocianych żyjących tylko z jednym rodzicem ma tendencję wzrostową, nasze badania nie potwierdzają wpływu zmieniającej się struktury rodziny na wzrost zachowań samobójczych młodzieży.

Drugim opisywanym aspektem sytuacji rodzinnej była jakość relacji badanych z ich najbliższymi osobami. Wielu suicydologów wiąże zachowania samobójcze młodzieży z patologicznymi relacjami w rodzinie [Rabe-Jabłońska 1998]. W naszych badaniach, w obu zbiorowościach, młodociani po PS wy-

kazywali, na podobnie wysokim poziomie, występowanie tych samych zjawisk, świadczących o złych relacjach z najbliższymi. Dokładnie 1/4 badanych osób z obu grup deklarowała brak akceptacji i oparcia w rodzicach. Ponad 40% badanych, zarówno w I jak i II zbiorowości, ujawniło częste występowanie konfliktów z rodzicami. Zbliżony odsetek badanych – ponad 26% osób z I Z i II Z – wymienił ograniczanie swobody ze strony rodziców, a 7% faworyzowanie rodzeństwa.

Nie wystąpiły też znaczące różnice pomiędzy grupami w kolejnym aspekcie sytuacji rodzinnej – występowania zachowań patologicznych u najbliższych krewnych osób po PS. Badani najczęściej potwierdzali uzależnienie rodziców od alkoholu (przede wszystkim ojca). W pierwszej grupie ten rodzaj patologii dotyczył około 45% badanych (n=41), w drugiej – ponad 32% (n=27). Inne uzależnienia rodziców zgłaszała tylko niewielka część badanych (6,5% vs 9,5%). Ten sam odsetek badanych w IZ i IIZ (7,6%) wskazywał na fakt przebywania w zakładzie karnym jednego z rodziców (najczęściej ojca). Przyjmując nawet, że alkoholizm występuje w co dziesiątej rodzinie polskiej, można uznać ten problem za istotny dla występowania zachowań samobójczych u młodzieży.

Badanych po PS pytano również o występowanie w najbliższej rodzinie przypadków samobójstw dokonanych i prób samobójczych. W obydwu populacjach podobna liczba badanych (ok. 5%) ujawniła, że ktoś z ich najbliższych zmarł śmiercią samobójczą. Przypadki prób samobójczych (najczęściej u matek i rodzeństwa) ujawniło 14,1% badanych z IZ (n=13) i 9,5% z IIZ (n=8). Wyniki te potwierdzają dane z piśmiennictwa [Hołyst 1991, Gmitrowicz i wsp. 1998] na temat częstszego występowania u młodocianych po PS rodzinnego obciążenia samobójstwem.

Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy zbiorowościami w zakresie oceny sytuacji finansowej rodziny. W IIZ w porównaniu z IZ było tylko nieco więcej ocen pozytywnych (77,3%, n=65 vs 55,9%, n=52).

Podsumowując prezentowane dane określono najistotniejsze różnice i podobieństwa pomiędzy analizowanymi zbiorowościami.

Wykazane na przestrzeni 8 lat różnice pomiędzy analogicznymi grupami młodocianych po PS dotyczą przede wszystkim niektórych cech społeczno-demograficznych badanych osób:

- *wieku* – zmniejszyła się liczba młodocianych najniższych kategoriach wiekowych podejmujących zatrucia samobójcze w,
- *rodzaju miejsca zamieszkania* – nastąpił wzrost liczby młodocianych po PS, pochodzących z miast makroregionu łódzkiego, przy jednoczesnym spadku liczby badanych mieszkających na wsi,
- *typu szkół* – zmniejszenie liczby uczniów szkół zasadniczych zawodowych, co może być wynikiem redukcji miejsc w tego rodzaju szkołach,
- *oceny sytuacji finansowej rodziny* – nieznaczny wzrost ocen pozytywnych.

Podobieństwa pomiędzy grupami młodocianych po PS, ocenianymi w odstępnie 8 lat, dotyczą przede wszystkim tych czynników psychologicznych i społecznych, które mają istotne znaczenie w etiologii zachowań samobójczych wśród młodzieży (Gmitrowicz i wsp. 1998, Rosa 1996), tj:

- *sytuacji rodzinnej* – zaburzona struktura rodziny (w obydwu zbiorowościach 40% badanych wychowywało się bez jednego z rodziców), ponadto występowanie znaczących konfliktów z rodzicami, braku akceptacji rodziców i oparcia z ich strony (1/4 badanych) oraz patologia rodzinna przede wszystkim alkoholizm jednego z rodziców (u 30–40%), funkcjonowanie w tak zaburzonych rodzinach rodzi określone konsekwencje emocjonalne, np. lęk, brak poczucia bezpieczeństwa, uczucie beznadziejności, brak perspektyw, ponadto ważnym elementem staje się brak społecznie akceptowanych wzorców zachowań, przy jednoczesnym występowaniu negatywnych, patologicznych postaw,
- *sytuacji szkolnej* – ok. 1/3 badanych zbiorowości co najmniej raz powtarzała

klasę, a ponad połowa miała trudności w nauce w ostatnim roku szkolnym.

Oznacza to, że znacząca część badanych z obydwu populacji doznawała niepowodzeń w ważnej dla siebie sferze aktywności. Otrzymane wyniki potwierdzają informacje z piśmiennictwa podnoszącego związek zachowań samobójczych u młodzieży z patologią rodzinną i trudnościami szkolnymi [Gmitrowicz, Rabe-Jabłońska 1999]. Sytuacja szkolna i rodzinna oraz relacje z rówieśnikami stanowią najważniejsze płaszczyzny społecznego i emocjonalnego funkcjonowania młodych ludzi.

Brak sukcesów i liczne niepowodzenia wpływały na poczucie braku wartości i niską samoocenę u młodocianych po PS. Jednocześnie ponad połowa badanych w obydwu zbiorowościach wykazywała poprzez wagarowanie postawę buntowniczą. W obydwu populacjach sygnalizowane przez młodocianych problemy szkolne dotyczyły raczej trudności w nauce, niż relacji z nauczycielami czy rówieśnikami.

## WNIOSKI

Porównanie dwóch analogicznych zbiorowości młodocianych po próbach samobójczych, ocenianych w odstępnie 8 lat, wykazało, że pomimo pewnych różnic w strukturze demograficzno-społecznej badanych grup (wiek, miejsce zamieszkania, typ szkoły), zachowania samobójcze młodocianych pozostają nadal związku z tymi samymi psychologicznymi i społecznymi czynnikami, głównie z szeroko rozumianą patologią rodzinną i trudnościami szkolnymi.

## PIŚMIENNICTWO

1. Gmitrowicz A., Rabe-Jabłońska J., Warzocha D.: Rozpoznania psychiatryczne u młodocianych po wielokrotnych i pojedynczych próbach samobójczych. Post. Psychiatr. Neurol. 1998, 7, 419–428.

2. Gmitrowicz A., Rabe-Jabłońska J.: Psychiatryczne uwarunkowania zachowań samobójczych u młodzieży. *Wiad. Psychiatryczne* 1999, 2, 185–192.
3. Hołyst B.: *Przywrócenie życiu*. PWN, Warszawa 1991.
4. Jarosz M.: *Samobójstwa*. PWN, Warszawa 1997.
5. Rabe-Jabłońska J.: Niektóre czynniki zmieniające ryzyko zachowań samobójczych u młodzieży. *Wiad. Psychiatryczne* 1998, 2, 125–128.
6. Rosa K.: *Próby samobójcze. Charakterystyka socjologiczna*. IMP, Łódź 1996.

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