

Filip Bolechała*, Andrzej Polewka , Franciszek Trela , Andrzej Zięba , Jan Kołodziej

Samobójstwa kobiet i mężczyzn w materiale krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej - analiza porównawcza

Male and female suicides in the material of Department of Forensic Medicine in Kraków - comparative analysis

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie

: Kierownik: prof. dr hab. F. Trela

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie

Kierownik: prof. dr hab. A. Zięba

W niniejszej pracy przedstawiono wyniki badań nad samobójstwem dokonanym, uzyskanych na bazie współpracy Zakładu Medycyny Sądowej i Kliniki Psychiatrii w Krakowie. Ich celem było wyłonienie podobieństw oraz różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w obrębie zjawiska samobójstwa. Analizowano przypadki samobójstw dokonanych jakie miały miejsce na terenie Krakowa i okolic w latach 1991-2000. Dokonano porównania grupy kobiet i mężczyzn pod względem aspektów medyczno-sądowych i obrazu psychospołecznego. Przedstawiono zarys piśmiennictwa dotyczący tego tematu, a otrzymane wyniki porównano z wcześniejszymi badaniami z rejonu krakowskiego.

The study presents the results of research into completed suicide obtained by cooperation between the Department of Forensic Medicine and the University Psychiatry Department in Kraków. The aim of the research is to determine similarities and differences among the cases of completed suicide depending on the sex of the subjects. The authors analyzed cases of completed suicide committed in Kraków and its environs in the years 1991-2000. The groups of females and males have been compared from the point of view of medical-forensic and psychosocial aspects. The authors also present a sketch of the bibliography regarding the topic, and the comparison between the results of the present study and the results of earlier studies from Kraków environs on the phenomenon of suicide.

Słowa kluczowe: kobiety i mężczyźni, samobójstwo dokonane, podobieństwa i różnice

Key words: females and males, completed suicide, similarities and differences

WSTĘP

Samobójstwo jest niezwykle złożonym, uwarunkowanym przez wiele czynników lecz w szczególności indywidualnym zachowaniem ludzkim. Było od początku nierozdzielnie związane z dziejami ludzkości, bez względu na epokę, miejsce na świecie, społeczność czy wyznawaną religię. Dosięga zarówno osoby znane, szanowane i bogate, z pierwszych stron gazet, jak i przeciętnych obywateli. Wystarczy wspomnieć, że śmiercią samobójczą zmarli na przykład: Hemingway, Van Gogh, Majakowski, a w starożytności: Sokrates, Arystoteles, Kleopatra, Neron (7). Przewrotna natura ofiarowując nam wspaniały dar życia, bardzo kruchą linią oddzieliła go od mroków śmierci. Niedoskonałość naszej psychiki oraz trudy życia sprawiają, że wbrew wszelkim instynktom człowiek dobrowolnie potrafi tę linię przekroczyć. Pomimo, że samobójstwo od zawsze stanowiło przedmiot głębokiego społecznego zainteresowania i oceny, niezmiennie bez odpowiedzi pozostaje odpowiedź na pytanie: dlaczego?

Uważa się, że istnieją dwie generalne odpowiedzi na to pytanie. Po pierwsze człowiek odbiera sobie życie z powodu zaburzeń w sobie samym, często na podłożu zaburzeń psychicznych. Za drugą przyczynę przyjmuje się, że to społeczeństwo stwarza warunki i okoliczności do popełnienia samobójstwa (samobójstwo przeciwko społeczeństwu, dla jego dobra i dokonywane w momentach kryzysowych) (4, 9). Na uwagę zasługują słowa Karla Menningera, który w pracy „Motywy, człowiek przeciwko sobie” z 1938 roku napisał, że samobójstwo jest powodowane chęcią zabicia, życzeniem aby zostać zabitym oraz życzeniem śmierci, wynikającymi ze złości, odrzucenia, poczucia winy lub wstydu, braku nadziei i desperacji (16).

Wydaje się oczywistym, że zjawiska samobójstwa nie da się wytłumaczyć w sposób jednostronny, gdyż nie istnieje tylko jeden czynnik sprawczy. Pewne światło na to zjawisko może dopiero rzucić spojrzenie interdyscyplinarne.

Bycie kobietą lub mężczyzną ma oczywiście zasadnicze znaczenie dla naszego życia. Pomiedzy oboma płciami istnieją niewątpliwe różnice w biologii, psychice i uwarunkowaniach społeczno-kulturowych. Złożoność tych procesów ma wpływ na nieco inny obraz zjawiska samobójstwa w poszczególnych populacjach (24). Celem niniejszej pracy jest próba zarysowania podobieństw i różnic pomiędzy oboma grupami samobójców.

MATERIAŁ I METODA

Przy analizie problemu samobójstwa wśród kobiet i mężczyzn wykorzystano dane zawarte w protokołach oględzin i sekcji zwłok, wykonanych w krakowskim Zakładzie Medycyny Sądowej w latach 1991-2000. Spośród wszystkich osób z Krakowa i okolic, których zwłoki poddano badaniom pośmiertnym w tut. Zakładzie w powyższym okresie wybrano te, których przyczyną zgonu był zamach samobójczy. Przy selekcji przypadków opieraliśmy się nie tylko na przesłankach medyczno-sądowych, lecz również na informacjach zawartych

w skierowaniach Policji, postanowieniach Prokuratury i uzyskanych w wywiadach od rodzin zmarłych. Swoje obserwacje skonfrontowaliśmy z opracowaniami z lat wcześniejszych, dokonanymi na podobnym materiale przez naszych poprzedników. Należy pamiętać, że zwłoki wszystkich ludzi zmarłych śmiercią gwałtowną na terenie miasta i jego najbliższych okolic są od wielu lat w niezmienny sposób kierowane do naszego Zakładu, co pozwala zachować walor jednorodności zbiorów.

Ze względu na istnienie „ciemnej liczby” przypadków, które z różnych względów nie zostały ujawnione jako zamachy samobójcze pragniemy aby nasze wyniki traktować jako próbę opisu zjawiska, nie zaś przedstawienie bezwzględnych wartości liczbowych.

WYNIKI I OMÓWIENIE

W badanym dziesięcioleciu wyłoniono 1933 przypadki zgonów na skutek dokonanego zamachu samobójczego, W skali poszczególnych lat liczba samobójstw kształtowała się od 175 w roku 1992 i 1993 do 220 w 2000. Patrząc na badania naszych poprzedników należy stwierdzić, że mimo pewnych wahań, utrzymuje się stała tendencja wzrostowa rocznej liczby samobójstw (1, 5, 10, 11, 14, 15, 26). W roku 1965 odnotowano 103 przypadki, w 1970 r. - 164, a w 1983 r. - 183 przypadki. Niespotykane nigdy wcześniej maksimum osiągnięto w roku 2000. W Polsce mężczyźni znacznie częściej niż kobiety dokonują udanych zamachów samobójczych. Od lat potwierdzają to liczne opracowania tematu (8, 9, 13). W pracach archiwalnych z rejonu krakowskiego stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet przedstawiał się od 1.5:1 w latach trzydziestych i czterdziestych, do 3:1 w latach osiemdziesiątych (1, 5, 11, 14, 15). W naszym materiale gdzie mężczyźni (1485 przypadków - 76.8%) znacznie przeważali liczebnością nad kobietami (448 przypadków - 23.2%) wskaźnik ten wynosił średnio 3.3:1. Wahał się on od 2.3:1 w 1995 i 2.7:1 w 1991 do 4:1 w 1994, 4.1:1 w roku 2000 i 4.3:1 w 1992 roku.

Przewaga mężczyzn najmocniej zarysowuje się w grupie osób młodych i w wieku średnim. Przy łącznej średniej wieku dla mężczyzn 44.5 lat, wśród kobiet wynosiła ona 48.8 lat. Zaobserwowano alarmujący wzrost liczebności nastoletnich i młodych mężczyzn. Ich udział w grupie do 30 roku życia przekraczał średnio 22%, a w roku 2000 wynosił prawie 29%. Odpowiednio średni udział kobiet w tym wieku wynosił tylko około 13%. Na przestrzeni opisanych dziesięciu lat zwraca uwagę pewne odwrócenie tendencji wśród badanych grup. W początkowym okresie średnia wieku kobiet była zbliżona, a w roku 1991 i 1993 nawet niższa od przeciętnego wieku mężczyzn. Gdy na początku lat dziewięćdziesiątych zwykle starsi mężczyźni niż kobiety odbierali sobie życie, to w roku 2000 średnia wieku kobiet była wyższa o 8 lat, a w roku 1998 nawet o 14 lat. Doszło do wyraźnego postarzenia się populacji kobiet-samobójczyń (średnia powyżej 50 lat w drugiej połowie badanego okresu). Samobójczynie w wieku ponad 60 lat stanowiły 28.5% wśród wszystkich kobiet, będąc najliczniejszą grupą w przyjętym przez nas podziale wiekowym.

Tabela I. Porównanie wieku i płci w samobójstwach dokonanych.

Table I. Age and sex groups in completed suicides.

Wiek Age	Mężczyźni Males		Kobiety Females	
	N	N%	N	N%
do 20 r.ż.	114	7.7	22	4.9
21 - 30 lat	212	14.4	37	8.2
31 - 40 lat	305	20.6	85	18.8
41 - 50 lat	339	22.9	104	23.2
51 - 60 lat	229	15.5	73	16.4
> 60 r.ż.	279	18.9	127	28.5

Miejsce zamieszkania ofiar zamachów samobójczych w zależności od płci też wykazuje pewne zróżnicowanie. W grupie mężczyzn widoczna jest równowaga pomiędzy osobami zamieszkałymi w Krakowie, a tymi z okolicznych małych miasteczek i wsi. Wśród kobiet zdecydowana przewaga zarysowuje się po stronie mieszkańek metropolii.

Tabela II. Miejsce zamieszkania ofiar samobójstw.

Table II. Place of residence suicide victims.

Płeć Sex Miejsce zamieszkania Place of residence	Kobiety Females		Mężczyźni Males	
	N	%	N	%
Kraków Kraków	274	61.2	736	49.6
Inne miejscowości Others	173	38.6	725	48.8
Brak meldunku / danych / NN Unknown	1	0.2	28	2.6
Razem Total	448	100	1485	100

Osobną i niezwykle interesującą kwestią są metody odbierania sobie życia przez samobójców. Do okresu II wojny światowej zdecydowanie najliczniejszą grupę wśród samobójstw stanowiły otrucia i postrzały. Niezmiennie od lat czterdziestych w Polsce najpopularniejszym sposobem pozostaje powieszenie (1,5, 10, 11, 14, 15, 26). Nie inaczej jest w naszym materiale, gdzie znajduje się ono na pierwszym miejscu zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, stanowiąc

ponad 63% wszystkich metod. Jednak tak dominującą pozycję ta metoda zajmuje przede wszystkim dzięki populacji mężczyzn, gdzie osiąga prawie 70%, pozostawiając daleko w tyle wszystkie pozostałe sposoby. Wśród kobiet sytuacja jest nieco bardziej wyrównana gdyż poza powieszeniem (prawie 44%) znaczące pozycje zajmują kolejno: upadki z wysokości (20.3%), zatrucia (14.3%) i utonięcia (12.7%). Ich udział procentowy zdecydowanie przeważa w porównaniu do grupy mężczyzn. Jest to zjawiskiem od dłuższego czasu obserwowanym (1,5, 11, 14, 15). W izolowanej grupie zatruc samobójczych stosunek liczby mężczyzn do kobiet wynosił tylko 1.8:1. Kobiety wybierały do tego celu głównie leki z różnych grup, szczególnie środki uspokajające. U mężczyzn istotne pozycje zajmowały również środki ochrony roślin i inne substancje chemiczne oraz zatrucia tlenkiem węgla. Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci widoczny jest jednak spadek samobójstw dokonanych z użyciem leków (25). Nie dziwi fakt, że samobójstwa z użyciem broni palnej są w polskim społeczeństwie praktycznie domeną mężczyzn. W zbiorczej grupie innych sposobów zawierają się przede wszystkim samobójstwa kombinowane oraz rzadkie metody takie jak na przykład samopodpalenie czy porażenie prądem.

Tabela III. Sposoby popełniania samobójstw.

Table III. Methods of committing suicides.

Płeć Sex Sposób Method	Kobiety Females		Mężczyźni Males	
	N	%	N	%
Powieszenie Hanging	196	43.8	1030	69.4
Skok z wysokości Jumping from a height	91	20.3	132	8.9
Zatrucie Poisoning	64	14.3	117	7.9
Utonięcie Drowning	57	12.7	69	4.6
Rany cięte i klute Cut and incised wounds	14	3.1	42	2.8
Przejechanie-pociąg Jumping under a train	8	1.8	29	2.0
Postrzał Shooting	2	0.4	33	2.2
Inne* Others	16	3.6	33	2.2
Razem Total	448	100	1485	100

* Inne: kombinowane, porażenie prądem, uduszenie, samospalenie.

* Others: combined, electrocution, asphyxia, self immolation.

W skierowaniach lekarskich i wywiadach od rodzin zmarłych bardzo często pojawiały się informacje o występowaniu wśród samobójców chorób psychicznych, najczęściej w postaci depresji i alkoholizmu. Ich udział był szczególnie widoczny wśród kobiet, gdzie niespełna 70% samobójczych manifestowało objawy lub było leczone z powodu zaburzeń psychicznych. W grupie mężczyzn, którzy odebrali sobie życie stwierdzono 56,7% takich przypadków.

Tabela IV. Obecności zaburzeń psychicznych.

Table IV. Presence of mental disorders.

Płeć Sex	Kobiety Females		Mężczyźni Males	
	N	%	N	%
Zab. psychiczne Mental disorders	312	69.6	842	56.7
Razem Total	448	100	1485	100

Wśród chorych psychicznie mężczyzn wykazano dominującą pozycję alkoholizmu (44,3%), a depresja i zespoły depresyjne stanowiły 20,3%. W populacji kobiet z zaburzeniami psychicznymi alkoholizm w wywiadzie pojawiał się tylko w 6,1%o badanych przypadków, natomiast depresję stwierdzano w 34,7%. Znaczenie nie do pominięcia wśród kobiet odgrywały też zaburzenia z kręgu schizofrenii, zespoły urojeniowe i paranoidalne oraz nerwice, które w grupie mężczyzn miały znacznie bardziej marginalny udział.

Tabela V. Dane o rozpoznaniu psychiatrycznym wg klasyfikacji ICD-10.

Table V. Evidence data concerning psychiatry diagnosis in ICD-10.

Płeć Sex Zaburzenia psychiczne Mental disorders	Kobiety Females		Mężczyźni Males	
	N	%	N	%
Alkoholizm Alcoholism	21	6.7	372	44.3
Depresja, zaburzenia nastroju (afektywne) Depression, affective disorders	108	34.7	171	20.3
Schizofrenia oraz zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe Schizoid personality disorders	49	15,7	61	7,3
Inne Others*	47	15	81	9,5
Niesklasyfikowane Unclassified	87	27.9	157	18.6
Razem Total	312	100	842	100

Inne: Zaburzenia nerwicowe i reakcje na stres, zaburzenia organiczne, uzależnienia lekowe i narkomania.
*Others: nervous disorders and stress reactions, organic disorders, drug and narcotic addiction.

Co najmniej 31% kobiet oraz prawie 14% mężczyzn pozostawało lub było wcześniej leczonych psychiatrycznie. Zwraca uwagę wysoki odsetek wcześniejszych prób samobójczych zarówno w grupie kobiet (około 19,6%) jak i mężczyzn (około 15,3%) - jednak te dane należy traktować jako bardzo niepełne.

Alkohol i jego używanie pozostaje bezdyskusyjnie w silnym związku z dokonaniem zamachu samobójczego (18, 19). Spośród osób nie leczonych szpitalnie po zamachu samobójczym u 718 (37,1%) stwierdzono stężenie alkoholu przekraczające 0,5 promille. Bardziej znaczący był tu oczywiście udział mężczyzn.

Tabela VI. Obecność etanolu we krwi w chwili zamachu samobójczego.

Table VI. Presence of ethanol in blood at the moment of suicide.

Płeć Sex Obecność etanolu Ethanol presence	Kobiety Females		Mężczyźni Males	
	N	%	N	%
Stwierdzono (> 0.5 ‰) Positive	96	21.4	622	41.9
Stwierdzono (< 0.5 ‰) lub brak Negative	279	62.3	691	46.5
Brak danych Unknown	73	16.3	172	11.6
Razem Total	448	100	1485	100

DYSKUSJA

„Mężczyźni różnią się od kobiet. Obie płcie są sobie równe jedynie ze względu na wspólną przynależność do tego samego gatunku - Homo sapiens. Utrzymując, że ich skłonności, uzdolnienia czy zachowania są takie same, budujemy społeczeństwo oparte na biologicznym i naukowym kłamstwie” - tak pisali autorzy książki „Płeć mózgu” (17). Różnice te wypływają z kilku źródeł i odzwierciedlają się na wielu płaszczyznach. Nie jesteśmy we wszystkim tacy sami ponieważ inna jest nasza biologia, budowa mózgu, struktura charakteru, uwarunkowania biochemiczne i hormonalne, zachowania psychoseksualne, role społeczne i oczekiwania kulturowe. Powszechnie wiadomo, chociaż mówienie o tym w dzisiejszych czasach nie jest w dobrym tonie, że mężczyźni generalnie mają większą wyobraźnię i postrzeganie przestrzenne oraz wycucie perspektywy i łatwiejszą koordynację ręka-oko. Cechują ich agresja, chęć współzawod-

nictwa, dążność do dominacji, pewność i wiara we własne siły. Mężczyźni są bardziej skupieni na sobie, żyją w świecie przedmiotów, teorii i strategii. Z drugiej strony kobiety lepiej oceniają charaktery ludzkie, są bardziej wrażliwe na bodźce zmysłowe (dźwięki, dotyk, smak i węch), mają lepszą pamięć wzrokową i sprawność werbalną. Łączą i dostrzegają one znacznie sprawniej relacje i sygnały społeczne. Żyją w świecie ludzi i relacji międzyludzkich. Z wymienionych różnic wprost wynikają inne podejścia obu populacji do życia seksualnego (2, 6, 16, 22).

Zarysowanie powyższych różnic pozwala rzucić trochę światła na zrozumienie pewnych odmienności w zjawisku samobójstwa wśród mężczyzn i kobiet.

Mężczyźni znacznie częściej z powodzeniem odbierają sobie życie. Sytuacja taka ma miejsce w większości społeczeństw na świecie, z nielicznymi wyjątkami (Chiny, Indie, Tajlandia) (9, 16). Kilkakrotna przewaga samobójstw dokonanych wydawała się dotychczas zjawiskiem powszednim. Jednakowoż ostatnie dane epidemiologiczne dotyczące samobójstw w Indiach i Chinach wskazują na kilkakrotnie wyższą liczbę samobójstw dokonanych wśród kobiet (24). Ze względu na ogromną liczbę jaką stanowi ludność Indii i Chin, na świecie w tym momencie ilość samobójstw dokonanych wśród kobiet i mężczyzn w skali światowej wyrównała się.

W odróżnieniu, większa liczba kobiet dokonuje prób samobójczych (19, 21, 22). Poszukiwany poprzez zachowania samobójcze cel jest zazwyczaj inny dla kobiet niż mężczyzn. Dla mężczyzn jest to przejaw realizacji pełnej autodestrukcji, dla kobiet często jest wołaniem o pomoc. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych mężczyźni ponad czterokrotnie częściej niż kobiety dokonywali udanych zamachów samobójczych (16). Zbliżone do tego są dane Komendy Głównej Policji z całego obszaru Polski za okres 1991-2000 (28). W naszym materiale stosunek liczby mężczyzn do kobiet był zbliżony, choć nieco niższy i wynosił 3.3:1. Na przestrzeni ostatniego stulecia, zarówno w naszych badaniach, jak i w opracowaniach z krajów Europy Zachodniej oraz USA, widoczne jest narastanie bezwzględnej liczby samobójstw i towarzyszący mu wzrost stosunku liczby mężczyzn do liczby kobiet (1, 5, 6, 8, 11, 13, 14, 15, 16). Jednym z dramatycznych powodów tego zjawiska jest znaczne zwiększenie się udziału grupy nastoletnich i młodych mężczyzn. W roku 1996 w Stanach Zjednoczonych, wśród osób w wieku 15-24 lat, które odebrały sobie życie omawiany wskaźnik wynosił 5.9:1 (16). Wydział Prasowy KGP w grupie samobójców do 30 roku życia podaje stosunek liczby mężczyzn do kobiet w roku 2000 na poziomie 6.1:1, a już w roku 2001 - 7.2:1! (28)

Najliczniejszą grupę wiekową wśród samobójców stanowią osoby w wieku średnim, „produkcyjnym”. Analiza struktury wiekowej w zależności od płci w omawianym okresie wskazuje, że oprócz wyżej wymienionego, alarmującego wzrostu liczebności młodych mężczyzn, widzimy większy udział kobiet w najstarszych grupach wiekowych.

Badacze zjawiska próbują tłumaczyć powyższe tendencje w najróżniejszy sposób. Faktem jest, że druga połowa XX wieku zaowocowała ogromnym, wielokierunkowym „przyspieszeniem” cywilizacyjnym i pewnymi zmianami uwarunkowań społecznych. Kobiety znacznie zwiększyły swój udział w bez-

względny, agresywnym, nastawionym na zwycięstwo i rywalizację świecie. Jednak ich wrodzone cechy, wspomniane na początku rozdziału, czynią je bardziej plastycznymi na otaczającą rzeczywistość i mniej podatnymi na stres. Lepiej wchodzą i „czytają” relacje międzyludzkie oraz są bardziej skłonne do szukania rozwiązań i pomocy („ery for help”). Mężczyźni w mniejszym stopniu potrafią wyzwolić się z okowów swojej biologii i zaakceptować utratę pewnych pozycji w społeczeństwie. Konsekwencją tego jest fakt, że kolejne pokolenia kobiet są coraz silniejsze i odporniejsze psychicznie, a mężczyzn coraz słabsze (2, 3, 9, 16).

Różnice pomiędzy oboma płciami znajdują pełne odzwierciedlenie w wyborze sposobu dokonania samobójstwa. Generalnie kobiety częściej wybierają „mniej agresywne” metody i prezentują znacznie większą różnorodność w wyborze środka. Znajduje to potwierdzenie w przedstawianym przez nas materiale. Kobiety znacznie częściej wybierają metody „mniej bolesne” (zatrucie) lub nie wymagające specjalnych przygotowań i środków (upadek z wysokości, utonięcie). Przy braku dostępności do broni palnej nie dziwi fakt minimalnego udziału kobiet w tej grupie. Samobójstwa kombinowane czyli takie, w których użyto więcej niż jednej metody są w większości udziałem mężczyzn. Prawdopodobnie mogą one być przejawem nasiloniej tzw. „destrukcyjnej autoagresji” - wrogości wobec samego siebie i własnego ciała. Podobnie jak na przykład wielokrotne samobójcze rany klute lub cięte (12). Zatrucie, które było niegdyś preferowanym przez kobiety sposobem odebrania sobie życia (pierwsze miejsce w Krakowie do początku lat osiemdziesiątych) obecnie spadło na miejsce trzecie. Pewnym wytłumaczeniem tego może być fakt, że obecnie w powszechnym użyciu stosuje się leki nowych generacji, bezpieczniejsze i o większym zakresie tolerancji toksycznej. Po drugie nastąpił znaczny postęp nauk medycznych w ratowaniu ludzi, którzy ulegli zatruciu (intensywna terapia, hemodializa, odtruwanie). Duża część przypadków uległa więc przesunięciu do grupy samobójstw niedokonanych, gdzie przecież znacznie przeważają kobiety (25).

Jak podaje Ian Brockinton depresja i inne zaburzenia psychiczne, menstruacja, niechciana ciąża, poród, depresja poporodowa, wychowywanie dzieci, rozwód, wdowieństwo, przemoc, gwałt - mogą prowadzić do prób samobójczych (2). Jednak w przypadku samobójstw dokonanych u kobiet, poza znaczną zachorowalnością na depresję, większość autorów badań - szczególnie w krajach Skandynawskich - stwierdza brak jednoznacznych danych dotyczących predyktorów (4, 18, 19). Zdaniem niektórych badaczy czynniki społeczne mają raczej ograniczony wpływ w przypadku samobójstw dokonanych u kobiet (22). Nadal brak wnikliwej analizy wysokich wskaźników samobójstw dokonanych wśród kobiet w Indiach i Chinach - dających dużo do myślenia o sytuacji psychospołecznej kobiet w krajach, w których żyje połowa populacji kobiet na świecie.

Natomiast w przypadku samobójstw dokonanych przez mężczyzn nadal alkoholizm i depresja są najczęściej diagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi (20, 23). Najnowsze badania skandynawskie zaowocowały koncepcją „Syndromu Depresji u Mężczyzn”. Syndrom ten zawiera małą tolerancję na stres, zachowania typu acting-out, niską kontrolę impulsów, nadużywanie substancji psychoak-

tywnych, oraz przypadki depresji, alkoholizmu i samobójstw wśród najbliższej rodziny (27).

Spostrzeżenia te poparte są danymi z badań w populacji Amiszów, jak też koncepcją van Praaga, zgodnie z którą depresje rozwijające się na podłożu lękowym i stresowym, indukowane kortyzolem i związane z poziomem serotoniny obserwowane są częściej wśród mężczyzn.

PIŚMIENNICTWO:

I. Barnaś A.: Zagadnienia samobójstwa z uwzględnieniem materiału w Krakowie z lat 1931-1940. Maszynopis, Biblioteka ZMS w Krakowie. - 2. Brockington I.: Suicide in women. *Int. Clinical Psychopharmacology*. 16 (suppl 2), 2001, 7-21. - 3. Caine E., Conwell Y.: Suicide in the elderly. *Int. Clinical Psychopharma*. 2001, 16, 25-30. - 4. Chrostek-Maj J., Polewka A., Kroch S. Iwsp.: Znaczenie subiektywnej oceny wydarzeń życiowych jako czynników wpływających na ponowienie próby samobójczej. *Przegl. Lek.* 2001, 4 (58): 340-343. - 5. Czajkowska L.: Samobójstwa w Krakowie w latach 1950-60 w ujęciu lekarskim i społecznym. *Folia Med. Cracov.* 1972, 14, 539. - 6. Evans G., Farberow N.: The encyclopedia of suicide. *Facts On File*, New York 1988. - 7. Gross A.: Samobójstwa słynnych ludzi - mitologia, starożytność i Biblia. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 2000, 50, 249. - 8. Hołyst B.: Ocena tendencji rozwojowych samobójstw w Polsce i niektórych innych państwach. *Lęk Depr.* 1997, 3, 157-172. - 9. Jarosz M.: Samobójstwa. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, 44-73. 10. Klęsk A.: Kilka uwag o samobójstwie z uwzględnieniem kazuistyki krakowskiej za czas od roku 1892-1900 (włącznie). *Przegl. Lek.* 1900, 3, 1.

II. Kołodziej J., Kunz J., Gross A.: Samobójstwa w Krakowie. Studium porównawcze materiału sekcyjnego z lat 1881-1975, *Folia Med. Cracov.* 1978, 20, 19. - 12. Konopka T., Bolechała F., Strona M.: Porównanie ran kłutych w samobójstwach i zabójstwach, *Arch. Med. Sąd. Krym.* 2003, 53, 2, 117-128. - 13. Lester D.: Samobójstwa w Polsce na tle trendów światowych. *Psychiatr. Pol.* 2000, t. 34, 5, 773-781. - 14. Marek Z., Kołodziej J.: Samobójstwa w Krakowie w latach 1899-1980, *Przegl. Lek.* 1982, 39, 709. - 15. Marek Z., Kołodziej J., Baran E. - Samobójstwa w Krakowie - badania porównawcze z lat 1881-1990, *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1991, 4, 241. - 16. Maris R., Berman A., Silverman M.: *Comprehensive textbook of suicidology*. The Guilford Press, New York 2000. - 17. Moir A., Jessel D.: *Płec mózgu*. PIW. Warszawa 1993. - 18. Pach J., Polewka A., Zięba A. i wsp.: Próba kompleksowej oceny predyktorów ryzyka ponowienia samobójstwa u pacjentów po samobójczym zatruciu lekami hospitalizowanych w Klinice Toksykologii CM UJ w Krakowie Cz. II. Predyktory kliniczne. *Przegl. Lek.* 2001, 4 (58): 330-334. 19. Polewka A., Pach J., Zięba A. I wsp.: Próba kompleksowej oceny predyktorów ryzyka ponownego samobójstwa u pacjentów po samobójczym zatruciu lekami, hospitalizowanych w Klinice Toksykologii CM UJ w Krakowie. Cz. I. Wpływ czynników socjo-demograficznych. *Przegl. Lek.* 2001, 4 (58): 325-329. - 20. Polewka A., Bolechała F., Skupień E., Trela F., Zięba A.: Samobójstwa dokonane i depresja

u osób w wieku podeszłym. *Przegl. Lek.* 2002, 4-5 (59): 295-297.

21. Polewka A., Groszek B., Trela F., Zięba A., Bolechała F., Chrostek-Maj J., Datka W • Samobójstwa dokonane i usiłowane w Krakowie w roku 2000-podobieństwa i różnice. *Przegl. Lek.* 2002, 4-5 (59): 298-303. - 22. Polewka A., Pach J., Chrostek Maj J., Kroch S.: Psychosocial aspects of the suicidal attempts of Polish females. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*; (w druku). - 23. Pużyński S.: Samobójstwa i depresje. *Lęk Depr.* 1997, 3:139-157. - 24. Sartorius N., Angst J., Preface: suicide in population subgroups., *Int. Clinical Psychopharmacology*. 2001, 16 (suppl 2). - 25. Trela F., Kołodziej J., Kunz J., Bolechała F.: Samobójcze zatrucie środkami chemicznymi i lekami w latach 1991-2000 w materiale krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 2002, 52, 1, 21-30. - 26. Wachholz L.: O samobójstwie w ogóle, a w szczególności o samobójstwie w Krakowie w latach 1881-1892, *Przegl. Lek.* 1893 2 1 - 27. Walinder J., Rutz W.: Małe depression and suicide. *Int. Clinical Psychopharmacology*. 2001, 16 (suppl 2), 21-25.- 28. Wydział Prasowy Komendy Głównej Policji: Samobójstwa, (źródła internetowe).

Adres pierwszego autora:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej CM UJ
ul. Grzegorzewska 16
31-531 Kraków