

Elżbieta Bloch-Bogusławska<sup>1</sup>, Bogusław Sygit<sup>2</sup>, Ewa Pufal<sup>1</sup>, Ewa Sygit<sup>2</sup>

## Analiza porównawcza samobójstw na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 1977-1991 oraz 1991-2006

### Comparative analysis of suicides in the Bydgoszcz region in the years 1977-1991 and 1991-2006

<sup>1</sup> Z Katedry Medycyny Sądowej UMK w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. med. K. Śliwka

<sup>2</sup> Z Zakładu Podstaw Prawa Medycznego UMK w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. B. Sygit

W codziennej praktyce sądowo-lekarskiej zwraca uwagę stosunkowo duży wzrost liczby samobójstw. Takie też jest odczucie społeczne. Analiza dokumentacji z lat 1991-2001 w porównaniu z wynikami z lat 1977-1991 pozwoliła autorom na przedstawienie w miarę wiarygodnego obrazu tego zjawiska w województwie kujawsko-pomorskim obalając przy okazji wiele mitów na ten temat. Poza tym przedstawiono ewolucję w podejściu ustawodawców karnych do takich zachowań.

An increasing number of suicide cases has been observed in everyday forensic practice. The same view is discernible in the perception of the general public. Data concerning this subject from the years 1991 to 2006 have been compiled and compared to the earlier investigations from the years 1977 to 1991. The comparative analysis allowed the authors to show a relatively reliable picture of suicides in the Bydgoszcz region. Many false beliefs and myths pertaining to the subject were disproved. The authors also presented the evolution in the approach of penal legislators to the issue of suicide.

Słowa kluczowe: samobójstwo  
Key words: suicide

#### WSTĘP

Życie ludzkie jest dobrem szczególnej wartości chronionym przez prawo. Samobójstwa to nie tylko poważny wyłom w tym względzie ale również poważny problem społeczny. Według szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia codziennie na kuli ziemskiej ginie ponad 1300 osób w wyniku zamachu samobójczego [1, 2] a liczba prób samobójczych jest prawdopodobnie około 15 razy większa [3]. Rozpowszechnianie samobójstw w poszczególnych regionach naszego kraju wykazuje duże zróżnicowanie [4, 5, 6, 7, 8, 9].

Liczba stwierdzanych przypadków samobójstw na terenie województwa kujawsko-pomorskiego do roku 1986 wykazywała tendencje wzrostowe. Średnio rocznie w latach 1977-1986 odnotowano około 111 zgonów z przyczyn samobójczych, natomiast w latach 1987-1991 liczba samobójstw zmalała. Odnotowano średnio tylko 73 przypadki [8], natomiast w latach 1991-2006 zanotowano 641 przypadków samobójstw.

#### CEL PRACY

Celem opracowania było prześledzenie zjawiska śmierci samobójczych w materiałach Katedry

i Zakładu Medycyny Sądowej w latach 1991-2006 i porównanie ich z wynikami wcześniejszych analiz z lat 1977-1991 oraz ukazanie ewolucji prawnokarnej oceny takich przypadków.

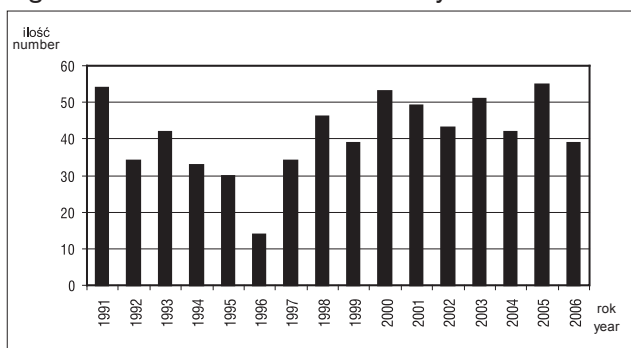
## MATERIAŁ I METODY

Analizie poddano 7201 protokołów sekcji zwłok z lat 1991-2006, wśród których wyodrębniono 641 przypadków samobójstw. Uzyskane dane analizowano z uwzględnieniem wieku, płci, sposobu popełnienia samobójstwa i stanu trzeźwości.

## WYNIKI I OMÓWIENIE

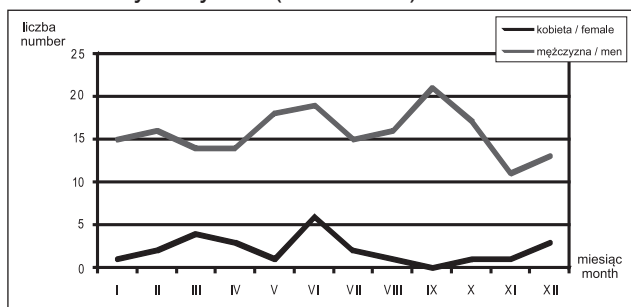
Samobójstwa stanowią dość stały, znaczny odsetek przypadków w bydgoskim Zakładzie Medycyny Sądowej. Zmniejszenie liczby przypadków w latach 1995-1996 pokrywa się z ogólnie mniejszą ilością badań sekcyjnych przeprowadzonych w Zakładzie Medycyny Sądowej w omawianym okresie czasu.

Ryc. 1. Liczba samobójstw w latach 1991-2006.  
Fig. 1. The number of suicides in the years 1991-2006.



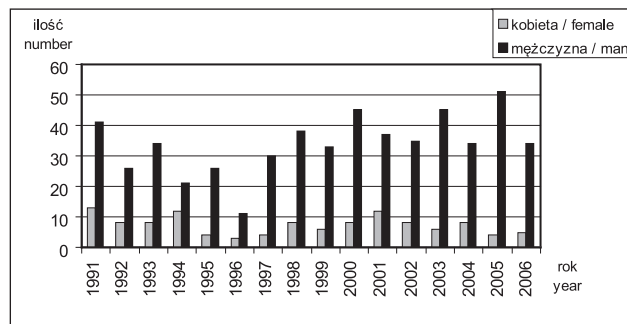
Średnia ilość samobójstw w latach 1991-2006 była niższa niż ich średnia ilość w latach 1977-1991.

Ryc. 2. Średnia liczba samobójstw przypadająca na poszczególne miesiące w porównywanych okresach czasu (za lata 1991-2006).  
Fig. 2. An average number of suicides in every month in the analyzed years (1991-2006).



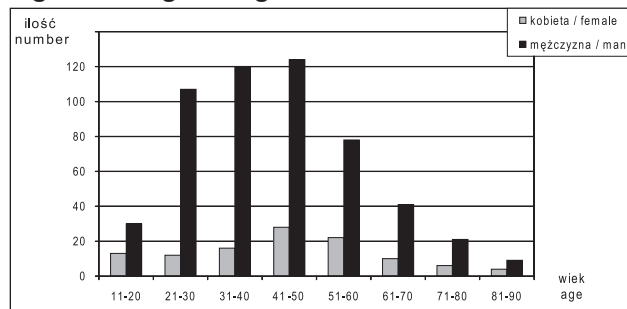
Liczba samobójstw utrzymuje się mniej więcej na stałym poziomie. Obserwuje się wzrost liczby przypadków w marcu i czerwcu (u kobiet). Natomiast u mężczyzn na przełomie maja i czerwca a przede wszystkim we wrześniu.

Ryc. 3. Liczba samobójstw z uwagi na płeć 1991-2006.  
Fig. 3. The number of suicides according to gender in the years 1991-2006.



Znacznie częściej zamachów samobójczych dokonywali mężczyźni. Tłumaczy się to najczęściej znacznie słabszą tolerancją długoterminowego stresu u mężczyzn niż u kobiet. Podobnie przedstawiała się sytuacja w latach 1977-1991.

Ryc. 4. Wiek i płeć ofiar samobójstw.  
Fig. 4. The age and gender of suicide victims.



Najczęściej na własne życie nastawali ludzie młodzi w wieku 20-50 lat.

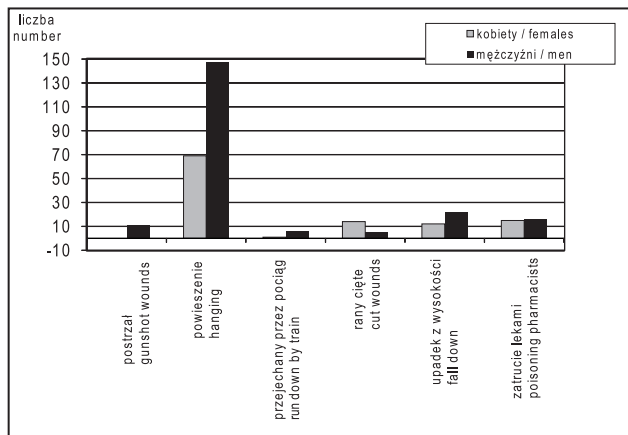
Podobne ustalenie odnotowano za lata 1977-1986. Jedynie w latach 1987-1991 najmniej samobójstw popełnili ludzie w wieku 31-70 lat.

Większość samobójców w latach 1991-2006 realizowała swój zamiar przez powieszenie: kobiety w 61%, mężczyźni w 83%. Na kolejnych pozycjach: zatrucie lekami: kobiety w 14%, mężczyźni w 5%; upadek z wysokości: kobiety w 11%, mężczyźni w 5%. W analizowanym okresie stwierdzono kilka przypadków samobójstw kombinowanych. Kojarzone sposoby popełniania samobójstw kombinowanych to najczęściej zażycie leków i powieszenie się. W jednym

przypadku spotkaliśmy się z samobójstwem kombinowanym, w którym samobójca najpierw dokonał próby samospalenia, a następnie popełnił samobójstwo przy użyciu piły tarczowej.

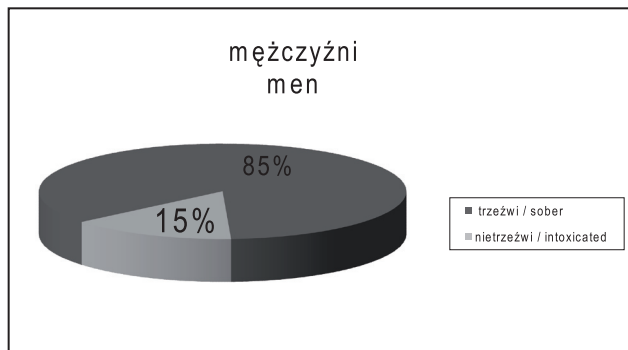
Ryc. 5. Sposoby popełniania samobójstw w latach 1991-2006.

Fig. 5. Types of suicides in the years 1991-2006.



Ryc. 6. Trzeźwość samobójców wśród mężczyzn w latach 1991-2006.

Fig. 6. Sobriety level of suicide victims in males in the years 1991-2006.

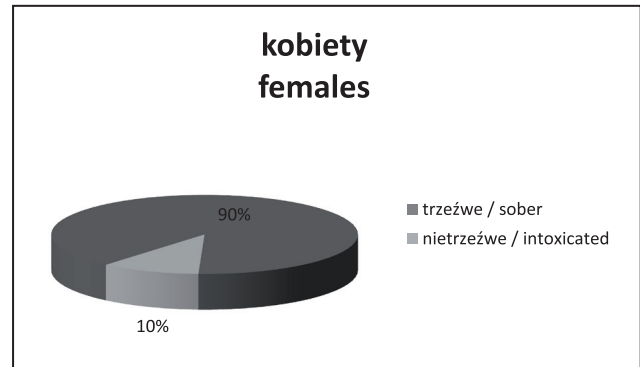


W konsekwencji można stwierdzić, że w zakresie sposobu popełniania samobójstw doszło w analizowanym okresie do zmian. O ile utrzymało się powieszenie jako dominujący sposób – to stopniowo odpadło do końca 1990 roku świadome otrucie tlenkiem węgla i utonięcie; natomiast coraz częściej samobójcy wybierają upadek z wysokości, rzucenie się pod pociąg, otrucie lekami czy nawet postrzał z broni palnej.

Spożycie alkoholu bezpośrednio przed popełnieniem samobójstwa ma zazwyczaj na celu osłabienie lub porażenie instynktu samozachowawczego. W niektórych przypadkach alkohol jest bodźcem ułatwiającym podjęcie ostatecznej decyzji. W tej grupie śmierci samobójczych kobiety nietrzeźwe stanowiły 10% a mężczyźni 15%.

Ryc. 7. Trzeźwość samobójców wśród kobiet w latach 1991-2006.

Fig. 7. Sobriety level of suicide victims in females in the years 1991-2006.



## EWOLUCJA USTAWODAWSTWA KARNEGO W STOSUNKU DO CZYNÓW SAMOBÓJCZYCH

Stosunek prawa do czynów samobójczych ma długą ewolucję. Od początkowego traktowania ich za groźne przestępstwa, zagrożone karą na majątku samobójcy i bezczeszczenia jego zwłok – po zniesienie tych kar, a penalizowanie udziału osób trzecich w czynach samobójczych.

Ewolucji tej towarzyszyła główna idea, iż uznanie bezkarności samobójców (mimo ich śmierci i ich czynów) nie może wchodzić w rachubę, gdyż byłoby to aprobatą dla takich zachowań. Trzeba przyznać, że w dziejach ustawodawstwa karnego ideę tę wiernie realizowano i do dzisiaj (choć w ograniczonym zakresie) ona obowiązuje. Stąd np. w prawie ateńskim samobójcy odcinano rękę i grzebano oddzielnie, a także odmawiano prawa do uroczystych obrzędów pogrzebowych [10]. Z kolei w prawie rzymskim samobójstwo karano konfiskatą majątku, szczególnie wtedy gdy samobójca był podejrzany o dokonanie przestępstwa. W prawie zwyczajowym Czarnej Afryki samobójcę czekało ścięcie głowy [11, 12].

W XIII-XVIII wieku konfiskata majątku była dość powszechnie stosowana w takich przypadkach. Znały ją np. Francja (1670), Prusy (1720), Austria (1768), Szwecja (1734), Anglia (od 1554) [13].

Gros ustawodawstw łączyło profanację zwłok z konfiskatą. Np. kodeks karny duński z 1983 roku stanowił, że majątek samobójcy przypada władzy zwierzchniej, a ciała jego nie można pogrzebać ani w kościele, ani na cmentarzu, chyba że samobójstwo spowodowane było chorobą

lub obłędem [14]. Wg Bill of Wright (1689) groziła konfiskata majątku i pochowanie zwłok na rozstajach dróg, po uprzednim przebicciu serca palcem [15].

Jeszcze Ordonaus z Lille (1340) uznawał takie czyny za zbrodnie, a wg Contamier d'Anjou et de Maine (1411) za morderstwo uznawano m.in. tego, kto „siebie zabił skrytobójczo” [18]. Traktowanie samobójstwa za postać zabójstwa znały jeszcze późniejsze ustawy, np. Karolina (1532), Teresina (1768) czy Józefina (1787) [14]. Co więcej – były one jeszcze surowsze wobec samobójców niż ich poprzedniczki. Np. Teresina (1768) kazała trupa spalić na stosie, łać kółem i powiesić.

Również w Polsce dążono do tego, aby „ciało samobójcy obwieszono zostało, a gdyby ciała jego urząd nie miał, aby imię jego na szubienicy przybite zostało (1778) [12, 16].

Do XVIII wieku powszechny był zwyczaj bezczeszczenia zwłok, dziurawienia włócznią, grzebanie zwłok na skrzyżowaniu dróg, wleczenia gołych ciał samobójców w drodze, rzucania zwłok na sterty gnoju [12]. W polskim wiejskim prawie karnym (XVII-XVIII wiek) traktowano samobójstwo jako przestępstwo religijne. Stąd też samobójca nie mógł mieć pogrzebu kościelnego, a ciało jego było spalone za murami miasta.

Zniesienie karalności samobójstwa nie nastąpiło w ustawodawstwach jednocześnie. Prusy zniosły karę w 1751 roku, Francja w 1791 roku a Włochy w 1931 roku. Dłużej utrzymywano penalizację samobójstw nieudanych. Karalność usiłowania samobójstwa znało już ustawodawstwo greckie.

W Genewie przez długi czas chłostano ludzi, których próba samobójstwa się nie powiodła [12, 17].

Kodeks Józefina przewidywał dla usiłujących samobójstwa „zamknięcie w więzieniu i trzymanie tak długo, aż okaże żal i pozwoli spodziewać się poprawy” [12].

W Danii (1770 roku) skazywano niedoszłych samobójców na wieczne ciężkie roboty. Karalność usiłowania samobójstwa zanikała od XVII wieku. W Anglii, wg Homicide Act z 1957 roku usiłowanie samobójstwa traktowano ciągle jako uprzywilejowany typ zabójstwa, a jego karalność zniosła dopiero ustawa z 1961 roku. W USA – jeszcze w 1964 roku – 9 stanów uznawało usiłowanie samobójstwa za czyn karalny.

Obecnie – dominuje tendencja do ograniczenia ingerencji prawa karnego w czyny samobójcze, pozostaje tylko w odniesieniu do osób trzecich, które pomagały, doradzały, zachęcały

lub doprowadziły do czynów samobójczych. Takie rozwiązanie przyjął nasz ustawodawca karny (1932, 1969 i 1997). Znało ono jest już np. w ustawach: włoskiej (1930), szwajcarskiej (1937) norweskiej (1902), w prawie karnym kanonicznym (1917). Nie utrzymała się natomiast tendencja do penalizacji osób trzecich, które nie podjęły próby zapobieżenia samobójstwu. Już w czasach Hadriana karano niewolników i służących jeżeli nie podejmowali takich prób [12]. Jeszcze ustawa toksańska (1779) groziła karą dla współmałżonków, krewnego lub opiekuna, jeżeli nie zapobiegli oni samobójstwu.

## DYSKUSJA

Zdecydowanie większy procentowo udział mężczyzn w zamachach samobójczych odnotowano w badaniach przeprowadzonych w innych ośrodkach medycyny sądowej w innych regionach kraju [5, 6, 7, 8].

Powieszenia, jako najczęściej wybierany sposób popełnienia samobójstwa, obserwowano w innych regionach kraju [2, 3, 7, 9, 17, 18, 19].

Analiza wieku samobójców wykazała, że podobnie jak w latach 70-tych i 80-tych w latach 1991-2006 najczęściej śmiercią samobójczą ginęły osoby młode. Jedynie na przełomie lat 1980 i 1990 wzrósł odsetek osób popełniających samobójstwo w wieku średnim i starszym.

W oparciu o dane, którymi dysponowano, praktycznie niemożliwe było pełne ustalenie motywów zamachów samobójczych. Z danych opracowanych w ośrodku białostockim wynika, że najczęstszym motywem samobójstwa była choroba psychiczna [20]. Większość samobójców w chwili popełniania czynu nie pozostawała pod działaniem alkoholu. Stan nietrzeźwości samobójców wykazuje zależność od tła okoliczności i motywu. Najwięcej nietrzeźwych mężczyzn stwierdzano w grupie ofiar przy nieporozumieniach rodzinnych [21]. W niektórych przypadkach, w oparciu o pozostawione listy pożegnalne, można było wyróżnić tło ekonomiczne, jak np. utrata pracy lub depresję psychiczną.

Coraz powszechniejsze szczególnie w środowisku szkolnym jest zjawisko naśladownictwa, demonstracji – które przeważnie, być może, nie miało zakończyć się zgonem. Negatywnie na tym tle należy ocenić publikacje masowe, robiące sensacje z tego rodzaju wydarzeń. Ludzie młodzi zachęcani nim, chcąc stać się „bohaterem” takich doniesień podejmują próby samobójcze. Nie znając granic takich wysiłków – wiele z nich kończy się śmiercią.

## WNIOSKI

- W latach 1991-2006 nastąpił spadek ogólnej liczby samobójstw w porównaniu z latami 1977-1991;
- przeważającym sposobem pozbawienia się życia były i są nadal powieszenia;
- większość ofiar to młodzi mężczyźni;
- największą liczbę samobójstw obserwuje się na przełomie zimy i wiosny;
- zdecydowana większość samobójstw w chwili zgonu jest trzeźwa;
- niejednokrotnie chęć „naśladownictwa” jest inspiracją do czynów samobójczych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Gmitrowicz A.: Zachowania samobójcze dzieci i młodzieży w świetle najnowszych badań międzynarodowych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży* 2001, 1, 37-44.
2. Marek Z., Kołodziej J., Baran E.: Samobójstwa w Krakowie – badania porównawcze z lat 1981-1990. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1991, 41, 3-4.
3. Dane Głównego Urzędu Statystycznego 2001 roku.
4. Janica J., Rydzewska M., Pepiński W.: Samobójstwa w materiale Zakładu w latach 1955-1979 i 1980-1989 (studium porównawcze). *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1993, 43, 4, 309-320.
5. Kołodko-Grobelna A.: Niektóre informacje liczbowe o samobójstwach w Szczecinie w latach 1963-1972. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1977, 27, 3.
6. Mądro R., Łagowski S.: Samobójstwa w materiale sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej AM w Lublinie w latach 1969-1978. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1982, 32, 3-4.
7. Sokal-Diehl A., Cimoszko-Knytel M.: *Przeгляд Lekarski* 1990, 487-491.
8. Staśkiewicz J., Mądro R.: Sądowo-lekarska analiza samobójstw z uwzględnieniem materiału sekcyjnego Zakładu Medycyny Sądowej AM w Lublinie. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1970, 20, 1.
9. Śliwka K., Cieszyński W., Przygońska J., Sygit B., Bloch-Bogusławska E., Miścicka-Śliwka D., Domaniewska J., Drewniak M.: Analiza porównawcza samobójstw na terenie województwa bydgoskiego w latach 1977-1986 oraz 1987-1991. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1982.
10. Popławski H.: *Doprowadzenie do samobójstwa. Patologia społeczna – zapobieganie.* 1981, X, 52.
11. Andrzejew I.: *Wprowadzenie do prawa karnego Afryki Czarnej.* PWN, Warszawa 1965, 41-43.
12. Sygit B.: *Zbrodnie jako kategoria przestępstwa. Studium prawno-karne i polityczno-kryminalne.* Toruń 2005, 256.
13. Hołyst B.: *Suicydologia.* PWN, Warszawa 2002, 107-112.
14. Gaca A.: *Kodeks duński króla. Chrystiana V z roku 1683.* Toruń 1992, 87.
15. Cieślak M. W.: *System prawa karnego.* Wrocław i inne, 1985, 372.
16. Hołyst B.: *Struktura i dynamika samobójstw w Polsce w latach 1962-1976. Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne t. 7.*
17. Narring F., Ferron C., Michand P. A.: *Suicide attempts among adolescents in Switzerland prevalence, associated factors and comorbidity.* *Acta Psychiatr. Scand* 1998, 98, 28-33.
18. Walter T.: *Więcej czy mniej samobójstw.* *Arch. Med. Sąd. Psychiatrii Sądowej i Krym.* 1965, 17, 1-12.
19. Sygit B.: *Epidemiologia samobójstw w województwie bydgoskim w latach 1977-1986.* BNT, Bydgoszcz, 1987, 21-30.
20. Hulten A.: *Suicidal behavior in children and adolescent in Sweden and some European countries. Epidemiological and clinical aspects.* Karolinska Institut et, Stockholm 2000.

Adres do korespondencji:  
 Katedra Medycyny Sądowej UMK w Toruniu  
 Collegium Medicum w Bydgoszczy  
 ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9  
 85-094 Bydgoszcz  
 Tel. 052 585 35 52