



Praca oryginalna
Original paper

Anna Dropiewska-Nowak, Magdalena Cychowska

Analiza przypadków samobójstw w materiale sekcyjnym Katedry Medycyny Sądowej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w latach 2011-2020

Analysis of suicide cases in the autopsy material of the Department of Forensic Medicine Collegium Medicum in Bydgoszcz, University of Nicolaus Copernicus in Toruń in 2011-2020

Katedra Medycyny Sądowej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Cel pracy: Analiza samobójstw na podstawie sądowo-lekarskich sekcji zwłok przeprowadzonych w Katedrze Medycyny Sądowej w Bydgoszczy w porównaniu z danymi z lat wcześniejszych i innych ośrodków.

Materiał i metody: Ocenie poddano 6564 opinii sądowo-lekarskich z przeprowadzonych badań pośmiertnych z lat 2011-2020, wśród których wyodrębniono 1073 przypadki samobójstw, uwzględniając płeć i wiek pokrzywdzonych, miejsce w którym dokonano czynu samobójczego, wpływ alkoholu lub innych środków odurzających, sposoby popełniania samobójstw oraz data (miesiąc i rok).

Wyniki: Samobójstwa stanowiły 16,34% wszystkich badań pośmiertnych. Najczęstszą metodą samobójstwa było powieszenie – 73%. Drugim co do częstości sposobem odebrania sobie życia był upadek z wysokości – 8%. Najliczniejszą grupą wiekową wśród popełniających samobójstwo stanowią osoby pomiędzy 51, a 60 rokiem życia. W większości przypadków samobójcy byli trzeźwi. Widoczna jest istotna różnica pomiędzy stanem trzeźwości, a płcią ofiary. Zdecydowanie częściej pod wpływem alkoholu w trakcie dokonania samobójstwa były ofiary płci męskiej. 14% ogółu samobójstw popełniły kobiety, zaś 86% mężczyźni. Nieco częściej zgon w wyniku samobójstwa miał miejsce w granicach dużych aglomeracji miejskich, niż na terenie miasteczek i wsi.

Wnioski: Badania wykazały wzrost odsetka samobójstw w stosunku do lat poprzednich. Powieszenie nadal jest najczęstszym sposobem samobójstwa. Odnotowano wzrost liczby samobójstw osób w wieku podeszłym oraz zwiększenie liczby tzw. samobójstw kombinowanych.

Słowa kluczowe: samobójstwa, sekcja zwłok

Abstract

Aim of the study: Analysis of suicides on the basis of forensic post mortem examinations conducted at the Department of Forensic Medicine in Bydgoszcz in comparison with data from previous years and other centers.

Material and methods: The assessment included 6,564 forensic medical opinions from the post mortem examinations carried out in 2011–2020, including 1,073 cases of suicide, taking into account the sex and age of the victims, the place where the suicide was committed, the influence of alcohol or other intoxicants, methods of committing suicides and date (month and year).

Results: Suicides accounted for 16.34% of all post mortem examinations. The most common method of suicide was hanging – 73%. The second most common way to take your own life was fall from height – 8%. The most numerous age group among those committing suicide are people between 51 and 60 years of age. In most cases, the suicide victims were sober. There is a significant difference between the state of sobriety and the gender of the victim. Male victims were much more often under the influence of alcohol during the suicide. 14% of all suicides were committed by women, and 86% by men. Death as a result of suicide took place somewhat more often within the boundaries of large urban agglomerations than in towns and villages.

Conclusions: The research showed an increase in the suicide rate compared to the previous years. Hanging is still the most common form of suicide. There has been an increase in the number of suicides in the elderly and an increase in the number of so-called combined suicides.

Key words: suicide, autopsy

Wstęp

W dostępnej literaturze figuruje wiele definicji samobójstwa. Różni autorzy kładą nacisk na rozmaite aspekty tego powszechnego zjawiska. Tym niemniej we wszystkich definicjach podkreślany jest fakt, że śmierć w wyniku samobójstwa jest czynem, do którego dochodzi w wyniku dobrowolnego, świadomego działania osoby. [1,2]. W 1987 roku Emil Durkheim napisał pracę, w której poświęcił się analizie zachowań samobójczych. Na łamach swojej rozprawy podał klasyczną, obowiązującą do dnia dzisiejszego, najpełniejszą definicję tego zjawiska: „samobójstwem nazywa się każdy przypadek śmierci będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania, przejawianego przez ofiarę, zdającą sobie sprawę ze skutków zachowania”. [3] We współczesnym świecie, z uwagi na coraz większą gęstość zaludnienia, większą presję otoczenia, rozwój chorób cywilizacyjnych, w tym depresji [jak podają dane literaturowe zaburzenia depresyjne odpowiedzialne są za 80 % samobójstw [4] (łącznie

z depresją w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej), schizofrenia – 10%, otępienie – 5%], niepewną sytuację społeczno-polityczną i problemy na rynku pracy, uzależnienie od alkoholu i coraz większa ilość rozmaitych substancji psychoaktywnych, obserwuje się znaczne zwiększenie liczby, nie tylko prób samobójczych, ale i ich śmiertelnych efektów [5]. Około 0,5–1,4% osób umiera w wyniku samobójstwa [5,6]. Statystycznie, co 40 sekund, gdzieś na świecie jedna osoba odbiera sobie życie, daje to około 800 tysięcy zgonów wskutek samobójstwa w skali roku [8]. Bezwzględna liczba śmierci z powodu samobójstwa, stawia ją na 10 miejscu pod względem przyczyn zgonu, a w grupie wiekowej 15–29 lat drugą z kolei, zaraz po wypadkach komunikacyjnych, przyczynę śmierci [7,9,10]. Sytuacja niepokoi tym bardziej, mając świadomość, że dane zbierane przez Światową Organizację Zdrowia pokazują, iż na jedno skuteczne samobójstwo, przypada kilka, a niektóre badania podają nawet 20 przypadków prób samobójczych [11]. Wskaźnik samobójstw wśród mężczyzn jest trzy- lub cztero-

krotnie wyższy, niż w przypadku kobiet [12]. Różnica ta jest widoczna wyraźniej w grupie osób powyżej 65 roku życia, w której mężczyźni dziesięciokrotnie częściej popełniają samobójstwo, niż kobiety [13]. Próby samobójcze podejmują częściej osoby młode oraz kobiety, podczas gdy samobójstwa częstsze są wśród osób starszych oraz mężczyzn [14,15]. Ponadto, z danych podawanych przez Światową Organizację Zdrowia wynika, że wśród osób, które mają większe predyspozycje do popełniania samobójstw, wymienia się m.in. osoby po próbach samobójczych, osoby w żałobie, osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków, osoby homoseksualne, osoby terminalnie chore, ludzi starszych i więźniów. Spośród tych osób prawie ¼ była lub jest uzależniona od alkoholu [10]. Państwa, w których odsetek osób spożywających alkohol jest większy, oraz z większą ilością barów mają najczęściej również większy wskaźnik samobójstw [16]. Istnieje także korelacja pomiędzy nadużywaniem kokainy i metamfetaminy, a samobójstwami [17,18].

Cel pracy

Celem pracy była analiza przypadków zgonów samobójczych w latach 2011–2020 na podstawie sądowo-lekarskich sekcji zwłok przeprowadzonych w Katedrze Medycyny Sądowej Collegium Medicum w Bydgoszczy i porównanie uzyskanych wyników z danym z wcześniejszych lat i innych ośrodków pod względem epidemiologii i okoliczności.

Materiał i metoda

Ocenie poddano 6564 opinii sądowo-lekarskich z przeprowadzonych badań pośmiertnych z lat 2011–2020, wśród których wyodrębniono 1073 przypadki samobójstw, uwzględniając płeć i wiek pokrzywdzonych oraz miejsce w którym dokonano czynu samobójczego. W Katedrze Medycyny Sądowej w Bydgoszczy przeprowadza się około 45% wszystkich sądowo-lekarskich sekcji zwłok z obszaru województwa kujawsko-pomorskiego. Analizowano także, czy w trakcie dokonania czynności samobójczych sprawcy byli pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, sposoby popełniania samobójstw oraz miesiąc i rok.

Wyniki i omówienie

Sposób popełnienia samobójstwa

Najczęściej wybraną metodą samobójstwa było powieszenie – 791 przypadków (73%). Wśród omawianych przypadków pętle wykonane były ze sznurówek od butów, linek holowniczych, psich smyczy, czy worków foliowych powiązanych ze sobą na kształt liny. Analizowane przypadki powieszenia dotyczyły 710 osób płci męskiej, a 81 płci żeńskiej, w tym 16 osób miało poniżej 18 lat.

Drugą co do częstości metodą samobójstwa są upadki z wysokości. W analizowanych przypadkach było ich 90 (8%). Podkreślić należy, że do upadku nie wybierano najwyższych pięter budynków. Z danych poddanych analizie wynika, że najczęściej, bo aż 15-krotnie upadek miał miejsce z wysokości IV piętra, w 12 przypadkach z wysokości I piętra, a w 11 przypadkach z III piętra. Dopiero na 4 miejscu uplasowały się wysokie piętra wieżowców, bowiem po 8 razy wybrano IX oraz XI piętro. 67 mężczyzn i 23 kobiety wybierało tę metodę samobójstwa, wśród tych osób, 4 było nieletnich.

Zatrucia o charakterze samobójczym stwierdzono w 49 przypadkach (4,5%). Najczęściej wybierane były leki. W większości (21 przypadków) zastosowano jedną substancję toksyczną. Najczęstszą grupę leków stanowiły leki z grupy leków psychiatrycznych takich jak leki przeciwpsychotyczne, benzodiazepiny, czy leki przeciwdepresyjne np. mianseryna, amisulpiryd, olanzapina (po 3 przypadki). W 8 przypadkach użyto leków przeciwbólowych, jak tramal czy morfina, a w 4 przypadkach leki przeciwpadaczkowe np. kwas walproinowy, pregabalina. W 12 przypadkach zastosowano kombinację kilku leków. Natomiast w jednym przypadku dokonano samobójstwa, poprzez iniekcję nieznanej substancji. Mężczyzna został znaleziony w miejscu pracy, obok niego ujawniono strzykawkę i nieoznaczoną fiolkę z resztką zielonkawego płynu oraz list pożegnalny (niestety prowadząca postępowanie Prokuratura nie zleciła badań w celu zidentyfikowania substancji toksycznej). 9 przypadków to zatrucie tlenkiem węgla. Ofiary zostały znalezione w garażu, w samochodzie znajdowały się kluczyki, w części przypadków, wciąż był odpalony silnik. W 3 przypadkach dokonano samobójstwa przez zażycie cyjanku potasu. W grupie 49

samobójców, 32 były osobami płci męskiej, a 17 żeńskiej.

Samobójstwo w następstwie wypadku kolejowego; potrącenia, bądź przejechani przez pociąg, wybrało 47 osób. W większości przypadków przyczyną zgonu były następstwa urazu wielonarządowego. W 5 przypadkach doszło do dekapitacji. Wszystkie osoby u których doszło do amputacji głowy na wysokości odcinka szyjnego kręgosłupa były trzeźwe, nie stwierdzono również wpływu substancji działających podobnie do alkoholu. Grupa ta to 40 mężczyzn i 7 kobiet.

W 32 przypadkach samobójstw zgon był następstwem ran ciętych i/lub kłutych. Najczęściej wybieranym narzędziem był nóż. W analizowanych przypadkach znalazł się jeden przypadek samobójstwa kobiety, która oprócz noża użyła również tasaka, powodując liczne rany płatowe kończyn dolnych oraz niemal całkowite odcięcie ręki na wysokości nadgarstka. Najczęściej rany cięte zlokalizowane były w okolicy kończyn górnych i szyi, natomiast rany kłute w okolicy klatki piersiowej i brzucha. Tę metodę zastosowało 25 mężczyzn i 7 kobiet.

W 19 przypadkach dokonano samobójstwa przy użyciu broni palnej. Wszystkie przypadki, za wyjątkiem jednej osoby, dotyczyły myśliwych lub członków ich rodzin, a narzędziem była broń myśliwska. W jednym przypadku użyto repliki broni czarnoprochowej. W większości przypadków (16-krotnie) miejscem postrzału była głowa, najczęściej okolica ust (10-krotnie), w 3 przypadkach dokonano postrzału w okolicę klatki piersiowej. W jednym z analizowanych przypadków doszło do tzw. samobójstwa poagresyjnego, w którym najpierw mężczyzna z własnej broni zastrzelił żonę i dwójkę dzieci, a następnie popełnił samobójstwo strzelając sobie w głowę. W zdecydowanej większości wybór tej metody należał do mężczyzn (18 przypadków) i tylko jednokrotnie kobieta odebrała sobie życie w taki sposób.

W 16 przypadkach przyczyną samobójstwa było uduszenie przez utonięcie. W niniejszej analizie uwzględniono jedynie przypadki, z których ewidentnie wynikał zamiar samobójczy. W grupie był też przypadek samobójstwa poagresyjnego matki, która utopiła się wraz z dzieckiem. Tą metodą życie odebrała sobie taka sama liczba kobiet i mężczyzn (po 8 przypadków).

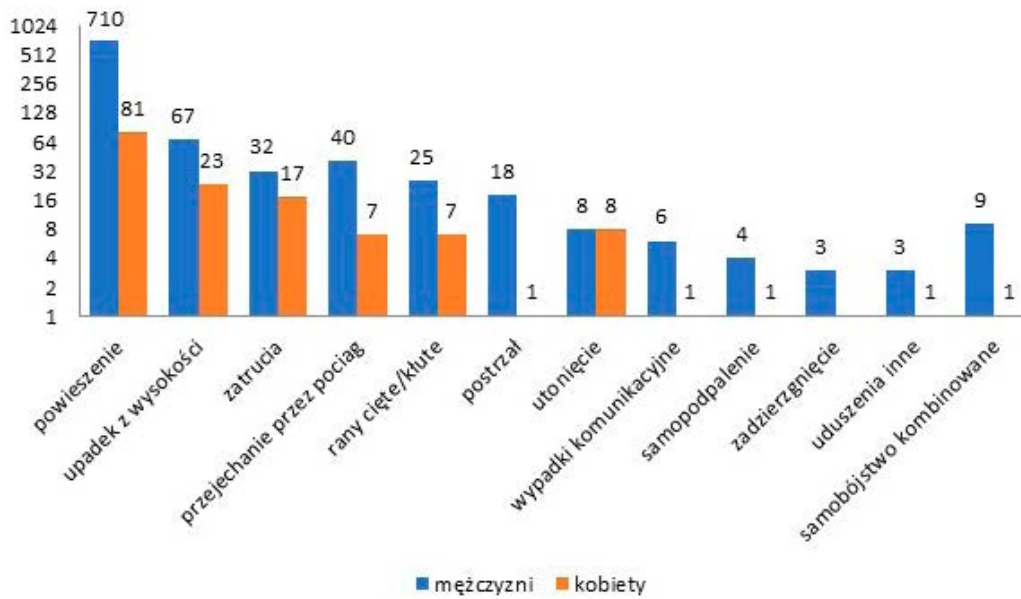
W analizowanych przypadkach odnotowano również 7 przypadków samobójstwa w wyniku wypadków komunikacyjnych. Pod uwagę brane były wyłącznie sytuacje, w których ujawniono u pokrzywdzonego list pożegnalny, bądź bezpośrednio przed zdarzeniem pokrzywdzony komunikował tego rodzaju zamiar oraz sytuacje, z których jasno wynika, że pieszy celowo wtargnął pod nadjeżdżający pojazd. W dwóch przypadkach, w tych okolicznościach, samobójstwo popełnili piesi, a 5-krotnie kierowcy, którzy celowo zderzyli się z przeszkodą (4 razy było to przydrożne drzewo, 1 raz murowane ogrodzenie). W tym miejscu wskazać jednak należy, iż wielokrotnie nie posiadaliśmy informacji wskazującej na celowe odebranie sobie życia – przypadku takie zostały wykluczone z analizy. Wszystkie przypadki zgonów kierowców dotyczyły mężczyzn, wśród pieszych po 1 przypadku dotyczył obu płci.

5-krotnie metodą odebrania sobie życia było podpalenie, w 4 przypadkach samopodpalenia dokonali mężczyźni (2 przypadek to 16 letni chłopiec), w jednym przypadku była to kobieta.

Odnotowano również 3 przypadki samobójstwa przez zadzierzgnięcie. W dwóch przypadkach pętle zabezpieczały tzw. krępulce, natomiast raz wykonano pętlę z opasek zaciskowych, potocznie nazywanych „trytkami”. Wszystkie przypadki zostały dokonane przez mężczyzn, w tym jeden miał miejsce w więziennej celi.

W analizowanych protokołach stwierdzono 4 przypadki samobójstwa w wyniku innego rodzaju uduszenia, wskutek przerwania dopływu tlenu do płuc. Jeden za pomocą założenia sobie worka foliowego na głowę, zabezpieczonego taśmą klejącą dookoła szyi, trzy poprzez wdychanie gazu propan-butan. Wszystkie przypadki wdychania gazu propan-butan były udziałem mężczyzn, natomiast przypadek z założeniem worka foliowego na głowę został dokonany przez kobietę.

Poza tym stwierdzono 10 przypadków (9 mężczyzn i 1 kobiety) tzw. samobójstwa kombinowanego, tzn. takiego w którym samobójca użył co najmniej dwóch metod. Wśród omawianych przypadków znajdują się dwa, w których dokonano najpierw rany ciętej szyi, a następnie powieszenia. W pozostałych przypadkach dokonano takich kombinacji jak: rana kłuta brzucha wraz z upadkiem z wysokości; postrzał z wiatrówki z lufą włożoną do



Ryc. 1. Metoda samobójstwa z podziałem na płeć

ust z powieszeniem; zatrucie lekami z powieszeniem; liczne rany cięte kończyn górnych i szyi z powieszeniem; kierowca, który celowo uderzył w drzewo, przed uderzeniem w trakcie jazdy dokonał okaleczenia kończyn górnych za pomocą noża; kierowca, który miał założoną pętlę na szyi i celowo uderzył w drzewo, po uderzeniu pętla samoistnie zaciskała się; utonięcie z toksycznym stężeniem mianseryny w badaniu toksykologicznym krwi; przejechany przez pociąg z toksycznym stężeniem hydroksyzyny i sertraliny w badaniu toksykologicznym krwi.

Miejsce dokonania samobójstw

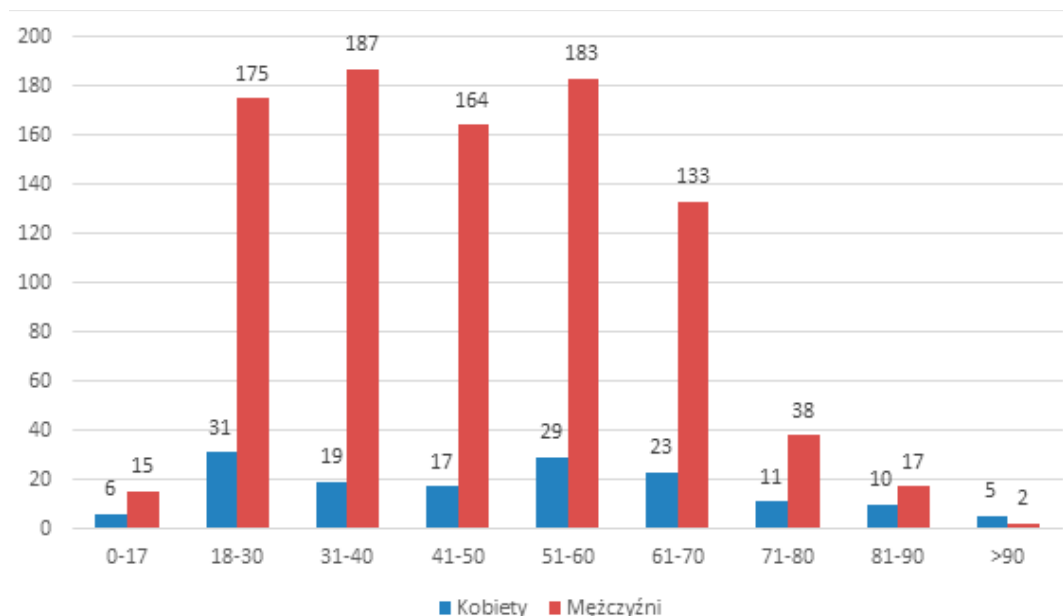
W odniesieniu do miejsca, w którym dokonano samobójstwa, podzieliliśmy przypadki na dwie grupy. Pierwszą oznaczyliśmy jako miasto, do których należą ośrodki o liczbie ludności przekraczającej 11 500 osób oraz których gęstość zaludnienia wynosi co najmniej 771 osób/km², drugą jako wieś (miasteczko). Z analizy wynika, że częściej (51,7% przypadków) samobójstw dokonano w miastach, niż w miasteczkach i wsiach (48,3%). Natomiast jeśli wziąć pod uwagę liczbę samobójstw w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, to okazuje się, że na terenach małych miasteczek i wsi do samobójstw dochodzi częściej niż w dużych aglomeracjach.

Wiek i płeć samobójców

W analizowanych przypadkach samobójstwo popełniło mężczyźni 925, co daje 86% wszystkich przypadków i 148 kobiet, czyli 14% ogółu.

Wśród badanych przypadków stwierdzono aż 21/1073 przypadków osób niepełnoletnich, najmłodsza z nich miała 12 lat. Wśród osób do 17 roku życia włącznie było 15 chłopców i 6 dziewczynek. Wszystkie osobny nieletnie były trzeźwe.

W grupie 18-30 lat znalazło się 206 przypadków, co daje 19% ogólnej liczby samobójstw. Wśród osób w tym wieku było 31 kobiet i 175 mężczyzn. Podobnie kształtuje się grupa w wieku 31-40 lat, gdzie również stwierdzono 206 przypadków, jednakże w tej grupie zanotowano 19 kobiet i aż 187 mężczyzn. Wśród osób 41-50 lat, w naszej analizie stwierdziliśmy 181 przypadków, czyli niespełna 17% ogółu. Podział ze względu na płeć w tej grupie wiekowej kształtuje się następująco: 17 kobiet i 164 mężczyzn. Najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku 51-60 lat i stwierdziliśmy aż 212 przypadki samobójstw osób w tej grupie wiekowej, co łącznie daje niemal 20% wszystkich analizowanych. W tym przedziale wiekowym stwierdzono 29 kobiet i 183 mężczyzn. W grupie 61-70 lat zanotowano 156 przypadki (14% ogółu) – 23 kobiety i 133 mężczyzn, w grupie 71-80 lat 49 przypadków (4% ogółu) – 11 kobiet i 38 męż-



Ryc. 2. liczba samobójstw z uwzględnieniem płci i wieku pokrzywdzonych

czyn, w grupie 81–90 lat 27 przypadków (2%) – 10 kobiet i 17 mężczyzn. We wziętym pod uwagę okresie stwierdzono 7 przypadków osób (5 kobiet i 2 mężczyzn) w wieku powyżej 90 roku życia. Najstarsze osoby miały 97 lat (po jednym przypadku płci żeńskiej i męskiej).

Stan trzeźwości z uwzględnieniem płci

W trakcie sądowo-lekarskich sekcji zwłok, na zlecenie Prokuratury dokonywano badań toksykologicznych materiału pobranego w czasie badania pośmiertnego na zawartość alkoholu w czasie zgonu. W większości przypadków, bo 590-ciu samobójcy byli trzeźwy. Za stan trzeźwości uznane zostały wyniki, w których stężenie alkoholu nie przekracza 0,20‰ we krwi pobranej post-mortem badanej metodą z zastosowaniem techniki chromatografii gazowej (HS/GC/FID). W 6 przypadkach osób trzeźwych stwierdzono jednak we krwi obecność innych środków odurzających. W dwóch przypadkach w badaniach toksykologicznych krwi metodą chromatografii cieczowej (LC/MS) i chromatografii gazowej z detektorem mas (MCG.MS) wykryto metabolit marihuany, w jednym metabolit marihuany oraz amfetaminę. W dwóch przypadkach stwierdzono amfetaminę, a w jednym amfetaminę i kokainę.

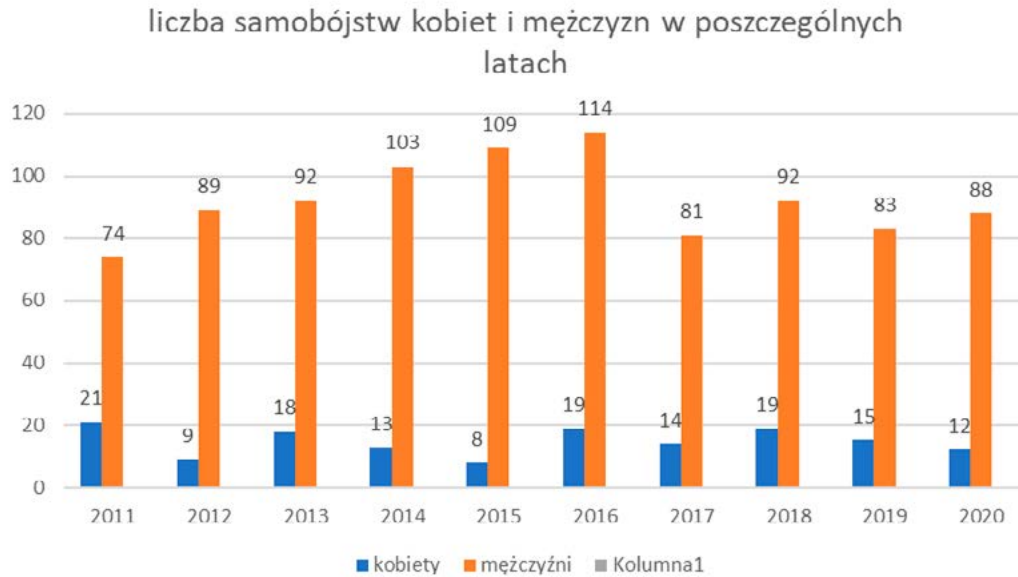
W 399 przypadkach stwierdzono stan nietrzeźwości stężenie alkoholu we krwi sekcyjnej przekraczało 0,5‰. W tej grupie u 5 osób poza alkoholem stwierdzono obecność środków odurzających. 3-krotnie była to amfetamina, 1-krotnie kokaina i 1-krotnie kokaina wraz z amfetaminą. W 26 przypadkach stwierdzono stan po użyciu alkoholu. Za stan po użyciu alkoholu uznano wartości znajdujące się w przedziale pomiędzy 0,2‰, a 0,5‰. Wśród analizowanych przypadków u 20 osób brak jest możliwości określenia stanu nietrzeźwości, bowiem próbki krwi wykazywały cechy rozkładu, w związku z powyższym, nie można wykluczyć, że część stwierdzonego alkoholu miała charakter endogeny bądź stwierdzana wartość mieściła się w granicach błędu pomiarowego wynoszącego 0,03‰. W 38 przypadkach Prokuratura prowadząca postępowanie nie zleciła wykonania badań krwi na zawartość alkoholu. Stosunkowo niewielka ilość przypadków, w których stwierdzono obecność substancji odurzających może wynikać z faktu nie wykonania badań toksykologicznych, spowodowanego brakiem zleceń ze strony Prokuratury.

Wśród analizowanych przypadków zdecydowana większość kobiet była trzeźwa – 94 przypadki, jedynie 38 kobiet było nietrzeźwych, u 6-ciu stwier-

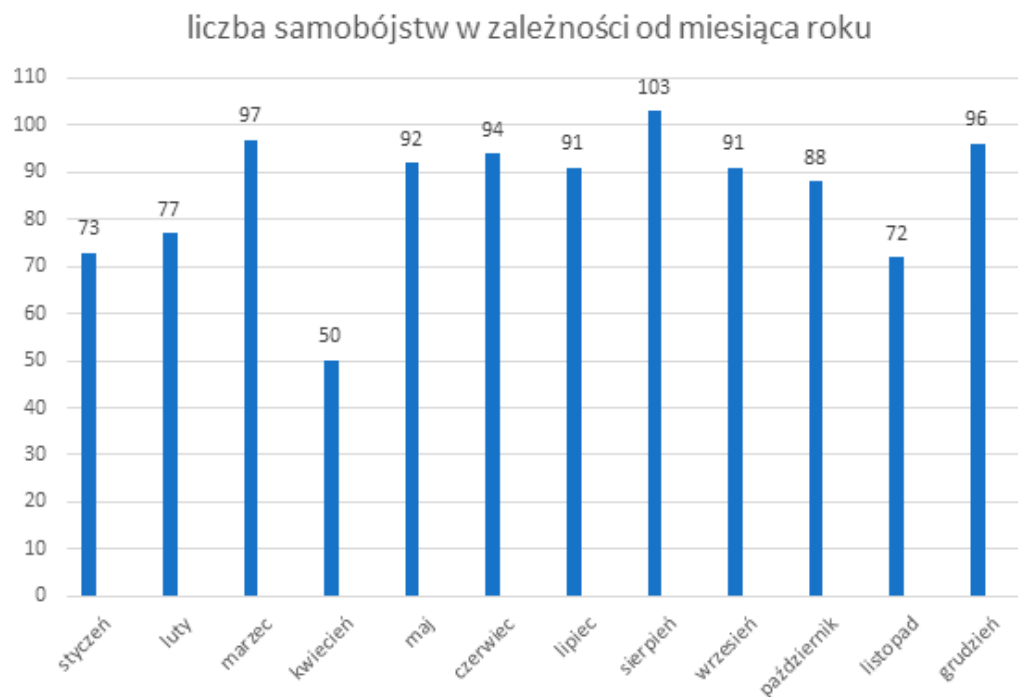
dzono stan po użyciu alkoholu. W 10 przypadkach nie zlecono badania krwi na zawartość alkoholu. U mężczyzn, w 496 przypadkach nie stwierdzono obecności alkoholu we krwi. W 361 przypadku pokrzywdzeni byli nietrzeźwi, u 20 osób stwierdzo-

no stan po użyciu alkoholu. W 28 przypadkach nie zlecono badań, a w 20 przypadkach, z uwagi na zmiany rozkładowe, brak było możliwości jednoznacznego ustalenia stanu trzeźwości

Czas dokonania samobójstw z podziałem na lata i miesiące



Ryc. 3. Liczba samobójstw z podziałem na poszczególne lata z uwzględnieniem płci



Ryc. 4. Liczba samobójstw w poszczególnych miesiącach roku

Dyskusja

Z danych statystycznych prowadzonych przez Komendę Główną Policji [18,19,20] wynika, że w latach 2011-2020 średnio rocznie odnotowano od 3839 (w 2011 r.) do 6165 (w 2014 r.) przypadków samobójstw. Na przełomie 10-lecia w skali kraju stwierdzono znaczny wzrost przypadków zgonów z powodu samobójstwa w latach 2013-2014. Następnie rozpoczęła się tendencja spadkowa, która utrzymywała się do 2020 r. W Katedrze Medycyny Sądowej w Bydgoszczy w analizowanym 10-leciu z powodu samobójstwa wykonano od 95 sekcji sądowo-lekarskich w latach 2011 i 2017 do 133 badań pośmiertnych w roku 2016. Od 2013 roku zanotowano sukcesywny wzrost liczby przypadków samobójczych w skali roku, jednak trwał on przez 4 kolejne lata, aż do 2016 roku. Zatem spadek liczby samobójstw w skali kraju, nie znalazł potwierdzenia w materiałach sekcyjnych tutejszej Katedry.

W stosunku do przeprowadzonej analizy w Katedrze Medycyny Sądowej w Bydgoszczy z lat wcześniejszych, liczba samobójstw zdecydowanie wzrosła. W latach 1991-2006 przeprowadzano bowiem średnio rocznie od 15 do 55 (łącznie 641) badań pośmiertnych pacjentów zmarłych wskutek zamachów samobójczych. W latach 1977-1991 łącznie stwierdzono tylko 73 przypadki [21]. Liczba przypadków samobójstw w stosunku do całkowitej liczby zlecanych sekcji zwłok w tamtym okresie wynosi niespełna 10 %.

W innym dużym ośrodku – Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej w Gdańsku [22] liczba przypadków samobójstw, w latach 1980-2009 wahała się od 76 w 1981 r. do maksymalnie 173 w roku 1998. Łącznie w ciągu 30 lat wykonano 3885 sądowo-lekarskich sekcji zwłok osób, do śmierci których doszło wskutek samobójstwa. W stosunku do wszystkich zlecanych sekcji zwłok w tamtym okresie, samobójstwa stanowiły nieco ponad 13%.

Z analizy przeprowadzonej przez Zakład Medycyny Sądowej w Białymstoku [23] wynika, że w latach 2003-2015 przeprowadzono 749 sekcji sądowo-lekarskich z powodu samobójstwa. W stosunku do całkowitej liczby zlecanych sekcji było to nieco ponad 11%.

W badaniach przeprowadzonych przez Putowskiego [24] obejmujących lata 2000-2013 dokonano

obliczeń wartości względnych, tj. w stosunku na 100 tys. mieszkańców. Liczba zgonów w poszczególnych latach, wynosiła średnio 11,8 na 100 tys. mieszkańców, najmniej przypadków odnotowano w roku 2007 – 9,3 zgony na 100 tys. mieszkańców, a najwięcej w 2013 roku, gdzie obliczono wartość na poziomie 15,8 na 100 tys. mieszkańców.

W tutejszej Katedrze łączna liczba przypadków samobójstw wynosiła 1074, co w stosunku do całości zlecanych sekcji sądowo-lekarskich, daje wynik 16,34%.

Najczęściej wybieraną metodą było powieszenie. Sposób ten niezmiennie od wielu lat jest najpopularniejszy, zarówno w Polsce [18,19,20], jak i na świecie [10]. Powszechności tej metody sprzyja fakt, że w opinii społecznej panuje przekonanie, że uduszenie przez powieszenie jest bezbolesne, szybkie i dające duże szanse powodzenia. Ponadto, trudności nie sprawia znalezienie odpowiedniego materiału do sporządzenia pętli wisielczej.

W badaniach z lat wcześniejszych prowadzonych w tutejszej Katedrze [21] najwięcej samobójców wybierało powieszenie jako sposób odebrania sobie życia, na drugim miejscu znalazły się zatrucie lekami, a na trzecim upadek z wysokości. W stosunku do trendu jaki obserwujemy w ciągu ostatnich lat, o ile powieszenie pozostaje niezmiennie najczęściej wybieraną metodą, o tyle zażycie śmiertelnej dawki środków toksycznych, nie jest już tak często obserwowane w naszej analizie. W ostatnim 10-leciu jako drugą w kolejności, pod względem częstotliwości wyboru, metodą samobójstwa był upadek z wysokości, a dopiero trzecie w kolejności jest zażycie toksycznej substancji. Podkreślić również należy, że w analizowanym okresie, zauważono dużo większą różnorodność metod dokonania samobójstwa, w tym wzrost liczby tzw. samobójstw kombinowanych, w stosunku do analizy z lat 1977-2006.

W badaniach przeprowadzanych w innych ośrodkach, również stwierdzono powieszenie jako najczęstszą metodę samobójstw. W materiale sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu w Białymstoku w latach 2003-2015 [23], w 70,5% przypadków samobójstw, zgon pokrzywdzonego był wynikiem uduszenia przez powieszenie. W badaniach prowadzonych przez Putowskiego [24] odsetek powieszeń był zbliżony – 73,3%, a w badaniach prowadzonych przez Katedrę i Zakład Medyczny

Sądowej w Gdańsku – 65,92% [23]. Powyższe wyniki są podobne do tych obserwowanych w czasie analizy prowadzonej w bydgoskiej Katedrze Medycyny Sądowej, w której stwierdzono 73% zgonów wskutek powieszenia.

Analiza drugiej co do częstości wybierania metody – upadku z wysokości, zarówno w badaniu prowadzonym przez Putowskiego, jak Zakładu Medycyny Sądowej w Białymstoku, nie wykazała istotnych różnic. W naszych badaniach stwierdziliśmy, że upadek z wysokości to 8% ogółu przypadków, natomiast w badaniu Putowskiego odsetek ten wynosił 7,2% [24], a w rejonie Podlasia stwierdzono 12,4% upadków z wysokości [23]. W gdańskim Zakładzie Medycyny Sądowej upadek z wysokości był 3-cią co do częstości wybraną metodą, po zatruciu lekami, procentowy udział tej metody był zbliżony do trendu obserwowanego w pozostałych ośrodkach i wynosił 10,66% [22].

Wśród omawianych przypadków niezmienna pozostaje dominacja mężczyzn nad kobietami, sytuacja analogiczna przedstawiana jest również w badaniu z Gdańska, gdzie analizie poddano przedział czasowy z lat 1977–1991 i 1991–2006 [22]. W skali ogólnopolskiej i światowej, zgodnie z danymi podawanymi przez Światową Organizację Zdrowia [10], danymi krajowymi zbieranymi przez Komendę Główną Policji, danymi lokalnymi prezentowanymi przez Komendę Wojewódzką Policji w Bydgoszczy [18,19,20] dominacja mężczyzn jest potwierdzona.

W analizowanym przez nas okresie, osoby płci męskiej stanowiły 86% przypadków. Z prowadzonych badań w innych ośrodkach trend ten jest tak samo wyraźnie zaznaczony. Autorzy z Zakładu Medycyny Sądowej w Białymstoku stwierdzili, że 85% ofiar samobójstw było płci męskiej [23]. W badaniach prowadzonych przez Putowskiego, odsetek mężczyzn odbierających sobie życie wynosił 84,3% [24]. Natomiast w materiałach analizowanych przez Karneckiego stwierdzono, że 77% wszystkich zgonów samobójczych stanowili mężczyźni [22]. Większa częstotliwość mężczyzn jako sprawców samobójstw jest prawdopodobnie efektem ich słabszej tolerancji na długotrwały stres, a także sposobem radzenia sobie z emocjami. Mężczyźni, rzadziej też niż kobiety szukają pomocy u specjalistów z zakresu psychiatrii, czy korzystają z psychoterapii, co wpływa korzystnie na stan emocjonalny i mniejsze nasi-

lenie depresji, konieczności zażywania leków i myśli samobójczych.

W odniesieniu do wieku osób popełniających samobójstwo w ostatnich latach według Komendy Głównej Policji są to osoby w wieku między 40 a 60 rokiem życia [18,19,20]. W niniejszej pracy najliczniejszą grupą osób popełniających samobójstwo była grupa obejmująca wiek od 51 do 60 lat (20%), a następnie grupy 18–30 lat (19%) i 31–40 lat (19%). Porównując to z danymi uzyskanymi z analizy lat 1999–2006, stwierdzono zdecydowanie wyższy odsetek osób starszych popełniających samobójstwo. W latach 1999–2006 najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 20 do 50 lat [21]. W badaniach prowadzonych przez pracowników Zakładu Medycyny Sądowej w Białymstoku [23], jak i przez Putowskiego [24] najliczniejszymi grupami były osoby w wieku 45–54 oraz 20–29 lat, co pokrywa się z danymi obserwowanymi w ośrodku bydgoskim w latach 2011–2020. Z przeanalizowanych materiałów gdańskiego Zakładu Medycyny Sądowej wynika, że najliczniejszą grupą wiekową samobójców jest przedział pomiędzy 40, a 50 rokiem życia (21,76%), następnie 30–40 lat (19,51%) i 20–30 lat (17,98%) [22].

Z analizowanych danych wynika, że w trakcie popełniania samobójstwa, większość osób była trzeźwa. Zdecydowana większość kobiet była trzeźwa, natomiast wśród mężczyzn nie stwierdzono obecności alkoholu we krwi u nieco ponad połowy. W stosunku do analizy lat wcześniejszych widoczny jest zdecydowany wzrost osób pod wpływem alkoholu w trakcie dokonywania czynu samobójczego. W latach 1991–2006 tylko 10% kobiet i 15% mężczyzn było nietrzeźwych, obecnie u 30% kobiet i 41% mężczyzn stwierdzano obecność alkoholu etylowego we krwi [21]. Porównując powyższe dane z badaniami prowadzonymi przez ośrodek białostocki procentowy odsetek nietrzeźwych kobiet również wynosi 30%, natomiast mężczyzn jest nieco wyższy i kształtował się na poziomie 48,5% [23]. Natomiast w badaniach prowadzonych przez Karnowskiego odsetek nietrzeźwych mężczyzn był na poziomie 46%, a kobiet 25% [22]. Zarówno w materiałach zebranych z województwa kujawsko-pomorskiego, pomorskiego jak i białostockiego widoczna jest znaczna różnica pomiędzy stanem trzeźwości, a płcią ofiary.

W odniesieniu do miejsca w którym popełniono samobójstwo, z danych poddanych w tutejszej analizie wynika, że nieco częściej pokrzywdzeni odbierali sobie życie w granicach dużych aglomeracji (51,7%). Badania prowadzone przez Karnowskiego pokazują natomiast, że w przypadku samobójstw dokonanych na terenie województwa pomorskiego aż 92,1% przypadków miało miejsce na terenach dużych miast [22].

Z niniejszej analizy wynika, że w minionym 10-leciu najczęściej samobójstw dokonywano w grudniu. Jeśli jednak brać pod uwagę dłuższe okresy, zdecydowanie najczęściej samobójstw dokonywano w miesiącach ciepłych, letnich od maja do sierpnia, gdzie liczba samobójstw oscylowała w granicach 95–105 przypadków. W poprzednio analizowanych latach stwierdzano tylko krótkotrwałe wzrosty liczby samobójstw przypadające na okres czerwca (dla obu płci) oraz marca (dla kobiet) i września (dla mężczyzn). W materiale sekcyjnym Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Gdańsku procentowo najczęściej popełniano samobójstwa w miesiącach letnich (27,2%) i wiosennych (26,6%) [22]. Natomiast badania prowadzone przez Aydin i wsp. wskazują na wzrost liczby samobójstw w okresie jesienno-wiosennym [25], przy czym analiza ta obejmowała osoby z zaburzeniami psychicznymi. W związku z powyższym przyczyn tego zjawiska szukać można w zaostrzeniach podstawowych chorób wynikających z panującej aury na zewnątrz i mającej wpływ na samopoczucie pokrzywdzonych. Z kolei Kalediene

i wsp. zaobserwowali najwyższą częstość samobójstw latem, a najniższą podczas zimy [26]. W badaniach prowadzonych przez Doganay i wsp., opisano najwyższą częstość samobójstw latem oraz wiosną [27]. Z analizy przeprowadzonej przez Rocchi i wsp., wynika, że to okres wiosenny był czasem, w którym obserwowano najwyższy odsetek samobójstw [28]. Większość badaczy uważa jednak, że czynniki socjodemograficzne, zdolność jednostki do radzenia sobie z konfliktami są istotniejsze niż wpływ klimatu i pory roku [27,29].

Wnioski

W przeprowadzonej analizie stwierdzono:

- Najczęstszą metodą samobójstw jest powieszenie.
- Zdecydowanie częściej samobójstwa popełniają mężczyźni.
- Odsetek samobójstw w poszczególnych grupach wiekowych jest zbliżony, odnotowano wzrost liczby samobójstw w grupie powyżej 50 lat.
- Wzrost liczby samobójców w stanie nietrzeźwości.
- Istotne różnice w stanie trzeźwości między grupą kobiet i mężczyzn, częściej obecność alkoholu we krwi stwierdzano u samobójców płci męskiej.
- Brak wyraźnej zależności między liczbą samobójstw, a porą roku.
- Wzrost liczby samobójstw kombinowanych.

Piśmiennictwo

1. Shneidman E.: Definition of suicide. Jason Aronson Book, Rowman & Littlefield Publishers Inc., USA., 2004, s. 10–17.
2. Matthew K. Nock (red.): The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury. New York: Oxford University Press, 2014, s. 7–20
3. Pickering W. Walford G. Durkheim's Suicide : a century of research and debate. Wyd. 1. publ. London [u.a.]: Routledge, 2000, s. 69.
4. Brodniak W.: Informacja na temat samobójstw w Polsce na tle innych krajów europejskich. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne 2013.
5. Värnik P. *Suicide in the world*. „International journal of environmental research and public health”. 9 (3), s. 760–71, 2012
6. Chang B., Gitlin D.; Patel, R.: *The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies*. „Emergency medicine practice”. 13 (9), s. 1–23
7. Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu. Genewa–Warszawa 2003, s. 8–15
8. Hawton K., van Heeringen K. *Suicide*. „Lancet”. 373 (9672), s. 1372–81, April 2009.
9. Hołyst B. Zapobieganie samobójstwom Imperatyw światowy. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2018, s. 17–22
10. Bertolote JM, Fleischmann A. *Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective*. „World Psychiatry”. 1 (3), s. 181–5, October 2002.

11. Clinard M., Meier R.: *Sociology of deviant behavior*. Wyd. 14th ed.. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning, 2008, s. 311.
12. Sue D., Sue D., Sue D., Sue S.: *Understanding abnormal behavior*. Wyd. Tenth ed., [student ed.]. Belmont, CA: Wadsworth/Cengage Learning, s. 255.
13. Susan J. Blumenthal: *Suicide and Gender*. American Foundation for Suicide Prevention.
14. Clinard M., Meier R.: *Sociology of deviant behavior*. Wyd. 14th ed.. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning, 2008, s. 306.
15. Sher L. *Alcohol consumption and suicide*.. „QJM : monthly journal of the Association of Physicians”. 99 (1), s. 57–61, 2006 Jan.
16. Vijayakumar L, Kumar MS; Vijayakumar, V. *Substance use and suicide*.. „Current opinion in psychiatry”. 24 (3), s. 197–202, 2011.
17. S Darke, Kaye, S; McKetin, R; Duflou, J. *Major physical and psychological harms of methamphetamine use*.. „Drug and alcohol review”. 27 (3), s. 253–62, 2008.
18. Dane statystyczne Komendy Głównej Policji dotyczące zamachów samobójczych z lat 1999–2012.
19. Dane statystyczne Komendy Głównej Policji dotyczące zamachów samobójczych lat 2013–2016.
20. Dane statystyczne Komendy Głównej Policji dotyczące zamachów samobójczych od roku 2017.
21. Bloch-Bogusławska E, Sygit B, Pufal E, Sygit E. Analiza porównawcza samobójstw na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 1977–1991 oraz 1991–2006. *ArchMed Sad Kryminol* 2008; 58: 140–144.
22. Karnecki K. *Analiza zgonów samobójczych w materiale sekcyjnym Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 1980–2009*, Gdańsk 2016.
23. Janica M., Szeremeta M., Bondar A., Lomperta K., Drobuliakova P., Niemcunowicz-Janica A. *Analiza samobójstw w materiale sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w latach 2003–2015*; *ArchMed Sad Kryminol* 2017; 67 (1): 1–15.
24. Putowski M, Piróg M, Podgórnjak M, Zawiślak J, Pieciewicz-Szczęsna H. *Analiza epidemiologiczna występowania samobójstw w Polsce w latach 2000–2013*. *ProblHigEpidemiol* 2015, 96: 264–268.
25. Aydin A, Gulec M, Boysan M, Selvi Y, Kadak MT, Besiroglu L. *Seasonality of self-destructive behaviour: seasonal variations in demographic and suicidal characteristics in Van, Turkey*. *Int J Psychiatry ClinPract* 2013; 17: 110–119.
26. Kalediene R, Starkuviene S, Petrauskiene J. *Seasonal patterns of suicides over the period of socio-economic transition in Lithuania*. *BMC Public Health*. 2006; 6: 40.
27. Doganay Z, Sunter AT, Guz H, Ozkan A, Altintop L, Kati C, Colak E, Aygun D, Guven H. *Climatic and diurnal variation in suicide attempts in the ED*. *Am J Emerg Med*. 2003; 21: 271–275.
28. Rocchi MB, Sisti D, Cascio MT, Preti A. *Seasonality and suicide in Italy: amplitude is positively related to suicide rates*. *J Affect Disord* 2007; 100: 129–136.
29. Qi X, Hu W, Mengersen K, Tong S. *Socio-environmental drivers and suicide in Australia: Bayesian spatial analysis*. *BMC Public Health* 2014; 14: 68.

ORCID

Anna Dropiewska-Nowak
Magdalena Cychowska – 0000-0002-6795-9916

ADRES KORESPONDENCYJNY

lek. Anna Dropiewska-Nowak
Katedra Medycyny Sądowej, Collegium Medicum w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Curie Skłodowskiej 9 Budynek J, 85-094 Bydgoszcz
e-mail: Anna.dropiewska-nowak@cm.umk.pl