

DOI: 10.18559/SOEP.2015.11.11

Stanisław Wieteska

Uniwersytet Łódzki, Katedra Ubezpieczeń
sekubez@uni.lodz.pl

SUICYDENTALNE ZACHOWANIA SIĘ LUDNOŚCI W POLSCE JAKO ELEMENT RYZYKA W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE

Streszczenie: Od wielu lat w Polsce i nie tylko obserwujemy zjawisko samobójstw wśród ludności. Zakłady ubezpieczeń na życie po dwóch latach od chwili zawarcia umowy ubezpieczenia na życie są zobowiązane do wypłacenia należnych świadczeń z powodu samobójstw. W artykule przedstawiamy pojęcia związane z samobójstwem, a także statystyczną analizę tego zjawiska. Na tym tle wskazujemy na przyczyny i skutki zachowań suicydalnych. W końcowej części artykułu proponujemy dokładną analizę grup społecznych wysokiego ryzyka suicydalnego. Poprzez stosowanie testów i skal można oceniać ryzyko zamachów i uwzględnić je w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

Słowa kluczowe: samobójstwo, ubezpieczenie na życie.

Klasyfikacja JEL: G22.

SUICIDAL BEHAVIOUR OF THE POPULATION IN POLAND AS AN ELEMENT OF RISK IN LIFE INSURANCE

Abstract: For many years in Poland the phenomenon of suicide amongst the population has been observed. Life insurance companies are required to pay benefits due to a death from suicide from two years after the signing of the life insurance contract. In this paper we present concepts related to suicide as well as a statistical analysis of this phenomenon. Against this background we indicate the causes and effects of suicidal behaviour. In the final part of the article we make a thorough analysis of high-risk social groups. Through the use of tests and scales we can assess the risk of unexpected suicides and incorporate these in the calculation of the insurance premium.

Keywords: suicide, life insurance.

1. Postawienie problemu

Jednym z ważnych elementów demograficznych jest obserwacja przyczyn zgonów w zależności od płci, wieku, regionu. W ramach prac demograficznych przedmiotem badań są zjawiska przedwczesnej śmierci. Jedną z przyczyn przedwczesnej śmierci są samobójstwa dzieci, młodzieży i dorosłych. Niektórzy określają to zjawisko jako nadumieralność mężczyzn i kobiet [Stawińska-Witoszyńska, Krzywińska-Wiewiórkowska i Gałęcki 2004].

Dodatkowo, zgodnie z art. 833 kodeksu cywilnego, przy ubezpieczeniu na życie samobójstwo ubezpieczonego nie zwalnia zakładu ubezpieczeń od obowiązku świadczenia, jeżeli samobójstwo nastąpiło po upływie lat dwóch od daty zawarcia umowy ubezpieczenia (kc, s. 307).

Zainteresowanie tym jakże trudnym zagadnieniem wynika z bardzo niepokojących danych statystycznych, które wskazują na wzrost częstości podejmowania prób samobójczych przez młodzież (14–17 lat) i dorosłych w Polsce.

Powyższe tezy stały się podstawą do podjęcia badań w tematyce samobójstw.

Celem tego artykułu jest dostarczenie elementarnej wiedzy na temat ryzyka samobójstw, które powinno być wzięte pod uwagę przy kalkulacji składek w ubezpieczeniach na życie.

Artykuł napisano na podstawie załączonej literatury przedmiotu. Autor artykułu nie pretenduje do znajomości suicydologii, lecz z racji zajmowania się ubezpieczeniami na życie pragnie zwrócić uwagę na ten rodzaj ryzyka.

2. Pojęcia i definicje

Pojęcie samobójstwa nie jest dokładnie zdefiniowane. Brak zgodności w definicji samobójstwa wynika najczęściej z różnego punktu widzenia. Inaczej ujmuje to np. psycholog, kryminolog, socjolog, etyk, prawnik i inni. Kryteria oceny i definicji są różnorodne w zależności od tego, kto zajmuje się tym zagadnieniem i jakie aspekty oraz kryteria są uwzględniane w ocenie samobójstwa.

Poniższe definicje podano za WHO; stosuje się je w wielośrodkowych badaniach WHO/EURO — SUPRE-MISS [Rosa i Gmitrowicz 2007, s. 20]:

- myśli samobójcze – fantazje, wyobrażenia i przemyślenia na temat samobójstwa, a także życzenia i impulsy do jego podjęcia;
- próba samobójcza (*attempt suicide, deliberate selfhaim, parasuicide*) – działania podjęte bez tragicznego zakończenia życia, w których jednostka rozważa: zapoczątkowanie nietypowego zachowania, bez udziału osób drugih, mogącego doprowadzić do samouszkodzenia albo na przykład przyjęcie substancji w dawce większej niż terapeutyczna (ewentualnie terapeutycznej) w celu osiągnięcia zmiany poprzez aktualne lub oczekiwane fizyczne konsekwencje [Międzynarodowa 2006];
- proces samobójczy – narastanie zagrożenia popełnienia samobójstwa od poważnych myśli samobójczych do podjęcia próby samobójczej (jednej lub wielokrotnej), ewentualnie dokonanego samobójstwa; proces ten ma swoją dynamikę (początek, różne fazy rozwoju, określony czas trwania);
- zachowania samobójcze – myśli samobójcze, próba samobójcza, samobójstwo dokonane;
- samobójstwo dokonane – przemyślane, zamierzone działanie zagrażające życiu jednostki, podjęte samodzielnie, którego następstwem jest śmierć;
- prewencja samobójstw – zespół działań, które mogą zmniejszyć liczbę zachowań samobójczych, śmiertelność i konsekwencje (skutki) społeczne, zdrowotne i ekonomiczne związane z zachowaniami samobójczymi. Istnieją różne typy prewencji: indywidualna, rodzinna, w szkole, w miejscu pracy, w różnych organizacjach społecznych, w otoczeniu ofiary, dla terapeutów. Wyróżnia się trzy poziomy interwencji:
 - w zakresie zdrowia publicznego – promowanie zdrowego stylu życia, pogłębianie wiedzy na temat uwarunkowań samobójstw czy tego, gdzie można szukać pomocy, informowanie w publikacjach książkowych, poradnikach, prasie i mediach elektronicznych (TV, internet, radio); to strategia adresowana do całego społeczeństwa;
 - w zakresie opieki zdrowotnej – poprawa diagnostyki zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresyjnych, dostępności leczenia – strategia pośrednia, niespecyficzna, redukująca sytuacje kryzysowe;
 - strategia specyficzna adresowana do jednostki z zachowaniami samobójczymi – usuwanie czynników mogących się bezpośrednio przyczyniać do zwiększonego zagrożenia jednostki samobójstwem przez pomoc psychospołeczną oraz kryzysowe interwencje psychologiczne i psychiatryczne.

Całkowicie odrębny temat stanowią samobójstwa manipulacyjne służące osiągnięciu określonych celów i wywarcu wpływu na otoczenie [Przybyłowska 2009–2010, s. 128].

Pojęcie autodestruktywności określa się w trzech znaczeniach: w opisie zachowania, w określeniu jego skutków, w odniesieniu do hipotetycznych wewnętrznych mechanizmów wyjaśniających to zachowanie. Czynnikiem autodestrukcyjności są m.in.: czynności zagrażające zdrowiu i życiu, a także zdarzenia życiowe choroby, wypadki, niepowodzenia, wewnętrzny proces obejmujący poczucie winy, potrzeba agresji, samoponížanie [Tsirigotis, Gruszczyński i Kruszyw 2008, s. 58–62]. Według Szafrąńskiej, która wyróżnia autodestruktywność bezpośrednią jako formę ataku na własne ciało, zdrowie, życie i są to próby samobójcze oraz samouszkodzenia popełniane bez zamiaru odebrania sobie życia.

Samobójstwa altruistyczne to także czyny człowieka, poprzez które pragnie on uratować innych ludzi lub zapewnić im konkretne korzyści. Fenomen samobójstw altruistycznych opisał Durkheim, stwierdzając, że „kiedy człowiek zostaje oddzielony od społeczeństwa łatwo popełnia samobójstwo. To samo czyni on również wówczas gdy zbyt jest w to społeczeństwo uwikłany”. Przykładami samobójstw altruistycznych mogą być np. protest polityczny (samospalenie), samobójstwa konspiratorów, samobójstwa na polu walki, samobójstwa zamachowców – tzw. terroryzm samobójczy itp. [Filipkowski i Lonca 2010, s. 13–27]. Śmierć wywołana samobójstwem altruistycznym nie jest celem, lecz środkiem do osiągnięcia innych wartości (np. poprawa życia innych ludzi, grupy społecznej czy całego społeczeństwa) [Czarabański 2009–2010, s. 41–46].

Dostrzega się także, że obniżenie wskaźników zgonów samobójczych wiąże się z okresami przejściowymi, np. powstanie „Solidarności” w latach 1991–1994 – rewolucyjne zmiany funkcjonowania zasad społeczno-ekonomicznych. Potwierdza to teoria Emile Durkheima [Chodorowski i in. 2009, s. 277–278], gdy państwo przestało sprawować funkcje opiekuńcze, ryzyko funkcjonowania w społeczeństwie przerzucone zostało na obywateli.

3. Analiza statystyczna

Statystyczną analizę uwarunkowań zjawiska samobójstw w latach 1950–2000 w Polsce przeprowadziła M. Jarosz na tle tendencji europejskich [Jarosz 2005].

Tabela 1. Zamachy samobójcze^a zarejestrowane przez policję w Polsce w latach 2005–2010

Wyszczególnienie		Ogółem	W tym dokonane	Miasta	Wieś	Z liczby ogółem – samobójcy w wieku					
						14 lat i mniej	15–19	20–29	30–49	50–69	70 lat i więcej
Ogółem	2005	5625	4621	3359	2253	56	349	997	2107	1650	426
	2006	5152	4090	3045	2097	50	345	917	1894	1476	425
	2007	4658	3530	2756	1891	49	344	870	1658	1315	386
	2008	5237	3964	3005	2208	54	362	971	1788	1600	431
	2009	5913	4384	3506	2401	49	356	1031	2120	1894	418
	2010	5456	4087	3178	2278	42	317	962	1899	1795	406
W tym mężczyźni	2005	4596	3885	2652	1934	32	251	872	1767	1322	316
	2006	4174	3444	2380	1788	22	235	787	1595	1193	302
	2007	3730	2924	2132	1589	24	257	736	1364	1038	279
	2008	4207	3333	2295	1897	22	244	824	1501	1271	320
	2009	4839	3739	2763	2071	29	249	884	1773	1564	303
	2010	4480	3517	2493	1987	16	211	833	1604	1467	320

^a Usiłowane i dokonane; w podziale według wieku nie uwzględniono samobójców o nieustalonym wieku, również przypadków o nieustalonym miejscu zdarzenia.

Źródło: [Rocznik statystyczny GUS z lat 2006–2011].

Z danych zawartych w tabeli 1 wynika, że zamachy samobójcze mają zmienną tendencję ogółem w miastach, na wsi, wśród mężczyzn oraz w przedziałach wieku. W szczególności ogółem:

- dokonane samobójstwa stanowiły średnio ok. 77%,
- zamachy samobójcze w miastach stanowiły średnio 58,8%,
- zamachy samobójcze na wsi stanowiły średnio ok. 41,2%.

W przypadku mężczyzn samobójstwa:

- dokonane stanowiły ok. 80%,
- w miastach około 56,6%,
- na wsi około 43,5%.

Tabela 2. Zamachy samobójcze dokonane ofiary śmiertelne wypadków ogółem w Polsce w latach 2005–2010

Lata	Samobójstwa dokonane	Ofiary śmiertelne wypadków drogowych
2005	4621	5444
2006	4090	5243
2007	3530	5583
2008	5237	5437
2009	5913	5472
2010	5456	3907

Źródło: Roczniki Statystyczne GUS.

Z danych zawartych w tabeli 2 wynika, że w latach 2005–2008 liczba dokonanych samobójstw była większa niż ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych.

Tabela 3. Liczba zamachów samobójczych na 100 tys. ludności w Polsce w latach 2005–2010

Rok	Ogółem	Miasto	Wieś
2005	14,7	14,3	15,3
2006	13,5	13,0	14,2
2007	12,2	11,8	12,8
2008	13,6	12,9	14,9
2009	15,3	15,0	16,2
2010	14,2	13,6	15,2

Z danych zawartych w tabeli 3 wynika, że w badanym okresie więcej zgonów w przeliczeniu na 100 tys. ludności wystąpiło na wsi niż w mieście. Zjawisko to wymaga dalszych badań.

4. Przyczyny zgonów i zamachów suicydalnych

Przekształcenia społeczno-ekonomiczne dokonane w Polsce po 1989 r. spowodowały trudności życia osób starszych. Największym problemem okazała się izolacja starego człowieka zarówno społeczna, ekonomiczna, jak i rodzinna. Popadanie w depresję powoduje skłonności suicydalne [Bińczycka-Anhdur 2004a, s. 44; 2004b, s. 77–78].

Bardzo niepokojącym zjawiskiem są próby podejmowania prób samobójczych dzieci i młodzieży w Polsce. Badania różnych autorów wskazują na złożoność tej problematyki. Wśród znanych motywów prób samobójczych są: konflikty z rodzicami (51%), zawód miłosny (10%), trudności w nauce (11%), trudności w procesie adaptacji do środowiska młodzieżowego (9%) [Marciniak i in. 2006].

Przeprowadzone badania na wybranej próbie badawczej wykazały, że próby samobójcze wśród młodzieży [por. Nowak i in. 2006]:

- wystąpiły w okresie dojrzewania i miały charakter komunikacyjny,
- miały charakter manipulacyjny i były swoistym wołaniem o pomoc nie tylko dla siebie, ale i rodziny,
- były związane z dysfunkcjonalnością w rodzinach nastolatków (rozwoły, brak miłości, alkoholizm, przemoc).

W ostatnich latach w badaniach nad przyczynami skłonności samobójczych wielkie nadzieje wiąże się z badaniami genetycznymi. Przedmiotem badania są związki samobójstw z wysokością serotoniny oraz występowaniem genu TPH [Komorowska 2007].

Skłonności samobójcze mogą być spowodowane zdarzeniami stresującymi, traumatycznymi, depresyjnymi. Wiadomo, że posiadamy pamięć autobiograficzną, na którą się składają liczne zdarzenia w ciągu życia. Zdarzenia mogą być ogólne, przyjemne, ale i specyficzne, które tkwią głęboko w pamięci [Sankała 2008]. Do silnie stresujących zdarzeń możemy zaliczyć m.in. skutki zdarzeń naturalnych (powódzie, huragany), społecznych (wypadki w komunikacji), technicznych (np. wypadki przy pracy).

Samobójstwa rozszerzone wiążą się z załamaniem nerwowym i depresją, kiedy osoba popełniająca ten czyn ma poczucie głębokiej winy, sytuacji bez wyjścia, beznadziejności i osamotnienia. Motywy samobójstwa rozszerzonego wiążą się z chronieniem najbliższych przed nieszczęściem cierpieniem i sytuacją bez wyjścia, w której mogą się znaleźć najbliżsi [Araszkiewicz i Pilecka 2006].

Stany pogodowe, ciśnienie, temperatura, wiatry mogą być przyczyną zaburzeń w samopoczuciu wielu osób (tzw. meteoropaci). W Polsce dostrzega się tzw. chorobę fenową. Jest ona powodowana przepływami mas wyżów atmosferycznych, które wpływają na stan psychiczny. Zauważono, że gdy wieje silny wiatr halny w Tatrach, występuje wyższa skłonność do zamachów samobójczych [Kostrzewska i Boguszewska 2009–2010; Schiffer 1986].

5. Kierunki badań zjawiska samobójstw

Wyniki badań suicydentalnych wskazują na występowanie krytycznych wydarzeń życiowych u młodzieży. Opracowano więc skalę dla tych wydarzeń życiowych (skwż) służącą do identyfikacji tych zdarzeń. Opracowano dwie wersje skal – jedną do oceny występowania myśli samobójczych, drugą do oceny prób samobójczych [Rosa i Sobala 2007]. Skala ta jest przeznaczona do diagnozy i prognozy indywidualnej w badaniach psychologicznych i pedagogicznych w celu określenia ryzyka występowania myśli i prób samobójczych w wyniku doświadczenia trudnych wydarzeń życiowych.

Przedmiotem badania przyczyn samobójstw są biologiczne markery [Vetulani 2006]. Wymienia się m.in. markery suicydalności, takie jak:

- zmniejszona aktywność układu seratorinergicznego,
- zwiększona produkcja kortyzolu,
- minimalne anomalie w badaniu EEG (zaburzenia pracy mózgu),
- niskie stężenie cholesterolu w osoczu,
- markery genetyczne.

Przedmiotem wielu badań była sezonowość i okresowość częstości prób samobójczych [Polewka i Kopciuch 2006]. Do najważniejszych wniosków należy zaliczyć:

- wahania miesięczne ze szczytem na wiosnę i znacznym spadkiem w grudniu,
- w ciągu tygodnia dniem o największym nasileniu prób samobójczych była niedziela, o najmniejszym – piątek, dla samobójstw dokonanych – poniedziałek,
- porą doby o największej liczbie prób był późny wieczór lub pierwsza połowa nocy; dla samobójstw dokonanych – rano i w ciągu dnia.

Około 22% samobójstw w Polsce jest dokonywanych pod wpływem alkoholu (według WHO około 20%). Odnotowano, że w okresie 15 lat (1990–2005) wzrósł odsetek samobójstw popełnionych przez kobiety

z 11,3% do 36%. Wiążą się one z trudnościami pogodzenia ról społecznych z pracą i domem [Bińczycka-Anholcer 2006].

Przedmiotem badań są także analizy między czynnikami społeczno-demograficznymi, które mogą prowadzić do powstawania myśli i prób samobójczych [Merecz, Rosa i Sobola 2006].

Badania ankietowe (m.in. w Łodzi) składały się z 66 pytań uwzględniających cztery skale (symptomy somatyczne, niepokój i bezsilność, zakłócenia w funkcjonowaniu, symptomy depresji). Z przeprowadzonych badań wynika, że ważną rolę odgrywają wzajemne interakcje pomiędzy społecznościami środowiskowymi, ekonomicznymi, psychologicznymi i zdrowotnymi wpływające na czynnik ryzyka w etiologii zachowań samobójczych. Pomimo licznych ograniczeń w badaniach ankietowych otrzymane wyniki porządkują wiedzę na temat czynników warunkujących powstawanie zachowań samobójczych.

Badania w skali Unii Europejskiej wykazują (2004–2006), że najwięcej samobójstw na 100 tys. mieszkańców notuje się w Finlandii, na Węgrzech oraz krajach skandynawskich (Litwa, Estonia), natomiast najmniej w Europie południowej (Bułgaria, Cypr, Włochy, Grecja oraz Portugalia i Hiszpania). Polska plasuje się pośrodku państw europejskich [Mazur 2007]. O wysokości tego wskaźnika decyduje wiele czynników: społecznych, kulturowych, ekonomicznych, klimatycznych.

Zjawisko samobójstw jest przedmiotem zainteresowania socjologów. Stawiają oni hipotezę, że zmieniają się nie tyle reakcje psychiczne członków społeczeństwa współczesnego, ile sytuacje (atakujące) zagrażające jednostce. Socjologia wyjaśnia problem w szerszym kontekście, tj. w ramach wielkich przemian społecznych, gospodarczych i politycznych [Jarosz 2005]. Za punkt rozważań przyjmuje się nie jednostkę, lecz społeczeństwo. Twierdzi się, że zakłócenia w funkcjonowaniu społeczeństwa (dezintegracja) są motorem zachowań suicydentalnych.

6. Programy przeciwdziałania zjawisku samobójstw

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO – World Health Organization) uznała zachowania samobójcze za bardzo ważny problem zdrowotny i społeczny. Przyjęto strategię pt. „Zdrowie dla wszystkich w XXI w”. Zdaniem WHO, należy w miarę szybko rozwiązać problemy, m.in.: ograniczenia dostępu do różnych metod popełniania samobójstw poprzez identyfikację grup społecznych wysokiego ryzyka, wzmacnianie grup samopomocowych, edukację i szkolenia oraz profilaktykę zachowań samobójczych.

Na problem samobójstw zwraca uwagę Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy przyjęta w 2005 r. i ratyfikowana przez Polskę [Deklaracja 2005]. Na jej podstawie w Polsce są konstruowane programy.

Złożoność zjawiska samobójstw i skala występowania przyczyniły się do powstania nauki zwanej suicydologią. Celem suicydologii, zgodnie z dyrektywami metodologii, jest wykonywanie wielu zadań. Do najważniejszych należą [Hołyś 2009–2010]:

- opis i charakterystykę zjawiska samobójstw,
- badanie zbioru czynników powodujących zachowania suicydalne ludności,
- wyjaśnienie uwarunkowań zamachów samobójczych,
- funkcje naukowych podstaw programów profilaktycznych,
- wszechstronna analiza statystyczna zjawiska.

Jak się okazuje – studiując bardzo bogatą literaturę – suicydologia jest nauką interdyscyplinarną, nauką o zachowaniu się człowieka.

W latach 2000–2008 odbyło się pięć międzynarodowych konferencji pod auspicjami Międzynarodowego Stowarzyszenia Zapobiegania Samobójstwom (IASP International Association for Suicide Prevention). Początkowo obserwowano pozytywne rezultaty w zakresie kontaktów i efektów wdrażanej prewencji samobójstw, później prace poszły w kierunku badań i poszukiwań predyktorów oraz markerów samobójstw. Na ostatnich konferencjach wiele uwagi poświęcono ocenie czynników ryzyka samobójstw oraz analizie osiągnięć w zakresie zapobiegania samobójstwom [Gmitrowicz 2008].

W Polsce dotychczas nie opracowano narodowej strategii zapobiegania depresji czy samobójstwom. Po raz pierwszy w Polsce opracowany został Regionalny program zapobiegania samobójstwom młodzieży. Program ten dotyczy województwa łódzkiego [Rosa i Gmitrowicz 2007]. W części drugiej opisano kliniczne czynniki ryzyka zachowań samobójczych wśród młodzieży w perspektywie programu prewencyjnego [Gmitrowicz i Rosa 2007]. Program ten powstał w odpowiedzi na problematykę samobójstw w różnych państwach [Rosa i Merecz 2005].

Opracowany został także Warszawski program edukacyjno-profilaktyczny dla młodzieży szkolnej [Łuba, Młodzieniec i Brodnia 2000]. W programie przewidziano profilaktykę, prewencję, wykłady, szkolenia, współpracę z grupami wsparcia.

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej przyjął Narodowy program ochrony zdrowia, który ma na celu promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym osób zdrowych i grup zwiększonego ryzyka.

Monitorowanie i obserwacja częstości zgonów z uwzględnieniem podziału administracyjnego kraju staje się okazją do wyznaczenia regionów w istotny sposób zagrożonych tym zjawiskiem. W Polsce nie wypracowano koncepcji prewencyjnego działania dotyczącego zachowań samobójczych, jednak w czwartym celu strategicznym narodowego programu zdrowia na lata 2007–2015 znajduje się akapit: „zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działanie promocyjno-prewencyjne” ma zadanie promować za pomocą wiedzy i umiejętności dobre zdrowie psychiczne.

7. Ubezpieczeniowy punkt widzenia

Dla potrzeb ubezpieczenia na życie dokonujemy oceny ryzyka underwriting klientów chcących się ubezpieczyć. Taka ocena jest przeprowadzana co kilka lat wśród ubezpieczonych na życie. Bardzo ważną czynnością jest kalkulacja składki w ubezpieczeniach na życie. Podstawowym parametrem niezbędnym przy kalkulacji na życie jest prawdopodobieństwo zgonu lub prawdopodobieństwo przeżycia. Parametr ten jest przyjmowany na podstawie dostępnych danych w tablicach trwania życia oraz korygowany po analizie ankiety zdrowotnej. Z danych zawartych w tabeli 2 widzimy, że co roku następuje kilka tysięcy zamachów samobójczych. Ich liczba rośnie. Wiadomo, że ubezpieczenia na życie są zawierane na dostatecznie duże okresy (bezterminowe). Stąd konieczna jest obserwacja częstości zamachów samobójczych w całym okresie ubezpieczenia. Dla potrzeb kalkulacji składki potrzebne jest obliczenie prawdopodobieństw (metoda klasyczna) zgonów samobójczych. Takie obliczenia przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Zamachy samobójcze w zależności od wieku w Polsce średnio na 100 tys. ludności w latach 2005–2010

Wyszczególnienie	13–14	15–19	20–29	30–49	50–69	70 i więcej
Ogółem	6,5	15,6	16,4	9,8	16,5	17,1
Mężczyźni	6,1	21,3	27,6	16,2	28,2	32,4

Źródło: Na podstawie danych GUS.

Powyższe wyliczenia będziemy interpretować jako wskaźniki częstości zamachów samobójczych w Polsce. Dane potwierdzają tezę, że częściej popełniają samobójstwa mężczyźni w wieku 20–29 lat i powyżej 50 roku życia. Dla tych przedziałów wieku zakłady ubezpieczeń na życie powinny przeprowadzić testy psychologiczne w ramach okresowych badań stanu

zdrowia ubezpieczonych. Równocześnie testami psychologicznymi powinna być bardziej szczegółowo badana sytuacja materialna ubezpieczonych, a także ich status społeczny, rodzinny i zawodowy.

W celu usprawnienia procesu oceny ryzyka samobójstw tworzy się różne skale badawcze, które można wykorzystać w praktyce. Wśród stosowanych skal należy wymienić m.in. [Młodożeniec, Jarema i Szafranski 2009–2010]:

- skalę do oceny samobójczych ideacji (SSI – the Scale for Smicidal Ideation) [Beck, Steen i Ranieri 1988],
- skalę Harkavy Asuis do badania ryzyka samobójstw (HASS – Harkavy Asuis Suicie Survey) [Rush, First i Blackar 2008],
- skalę ogólnego wrażenia klinicznego, wersje do oceny zagrożenia samobójstwem (CGI-SS – Clinic Global Impression Scale for Severity of Suicidality) [Lindenmager i in. 2003],
- zmodyfikowaną skalę SAD PERSOS Scale (MSPS).

Badania według powyższych skal są jedynie próbami pomiaru ryzyka samobójstwa. Powyższe skale rzadko mają predykcyjną wartość, jak również rzadko uwzględniają specyfikę poszczególnych zaburzeń psychicznych.

Ze względu na potrzeby ubezpieczeniowych konieczne jest przeprowadzenie testów psychologicznych dla grup ubezpieczonych o wysokim stopniu ryzyka suicydalnego. Przykład procedur postępowania przedstawia praca Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [Młodożeniec 2007].

Dokładne oszacowanie ryzyka samobójstwa nie jest możliwe, ponieważ jest to proces uwarunkowany licznymi zależnościami i zmiennymi w czasie. Wynika to z faktu, że nie istnieją metody, które pozwoliłyby wskazać jednoznacznie na osoby, które popełnią lub usiłują popełnić samobójstwo. W tym kontekście możemy mówić o zdarzeniach losowych. Jednak na podstawie wielu studiów przypadków, danych statystycznych i badanych czynników i testów możemy jedynie z pewnym prawdopodobieństwem oszacować to zjawisko.

Liczba samobójstw stanowi bardzo newralgiczny wskaźnik kondycji społecznej.

Badania wykazują regionalne zróżnicowanie umieralności z powodu samobójstw [Gajda i Kułaga 2009]. Dostrzega się, że samobójstwa występują w regionach, w których można wyodrębnić nasilone problemy socjalno-bytowe, np. bezrobocie.

Zakończenie

Z przeprowadzonych rozważań widzimy, że zjawisko zamachów samobójczych w Polsce wymaga szczególnej uwagi. Zjawisko to musi być brane pod uwagę przez zakłady ubezpieczeń na życie. Z naszych rozważań wynika, że:

- skala zamachów samobójczych jest mniej więcej porównywalna z ofiarami śmiertelnymi w ruchu drogowym,
- organizowane środki przeciw zamachom samobójczym w Polsce i innych krajach wykazują małą ich skuteczność,
- najwięcej jest samobójstw mężczyzn.

Podjęta tematyka artykułu nie została wyczerpana, lecz jedynie zasygnalizowana. Badania tej złożonej problematyki powinny być skierowane np. na zastosowanie analizy kohortowej do obliczenia prawdopodobieństw zgonów w wyniku zamachów samobójczych, a także studia przypadku na szczeblu zakładów ubezpieczeń na życie.

Bibliografia

- Araszkiewicz, A., Pilecka, E., 2006, *Samobójstwa rozszerzone na tle ogólnej liczby samobójstw w Polsce w latach 1991–2005*, *Suicydologia*, t. 2, nr 1, s. 69–75.
- Beck, A., Steen, R., Ranieri, W., 1988, *Scale for Suicide Ideation Psychometric Properties of Self Report Version*, *J. Clin. Psychol.* 44, s. 499–505.
- Bińczycka-Anhdur, M.N., 2004a, *Przyczyny zachowań suicydalnych osób w wieku podeszłym*, III Międzynarodowa Konferencja Naukowa. Epidemiologia chorób niezakaźnych w Polsce – ich następstwa zdrowotne i społeczne. Problemy definiowania niepełnosprawności pod protektorem prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie, Puławy, 27–28 maja, s. 44.
- Bińczycka-Anholcer, M., 2004b, *Zachowania suicydalne osób w starszym wieku*, *Suicydologia*, t. 1, nr 1, s. 77–87.
- Bińczycka-Anholcer, M., 2006, *Alkohol jako ważny czynnik zachowań suicydalnych kobiet*, *Suicydologia*, t. 2, nr 1, s. 57–63.
- Chodorowski, Z., Ciechanowicz, R. i inni, 2009, *Niektóre aspekty zgonów samobójczych w latach 1980–1996*, *Przegląd Lekarski*, 66/9, s. 277–278.
- Czarabański, A., 2009–2010, *Samobójstwa altruistyczne – charakterystyka zjawiska*, *Suicydologia*, nr 5–8, s. 41–46.
- Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy, 2005, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

- Epidemiologia chorób niezakaźnych w Polsce i ich następstwa zdrowotne i społeczne. Problemy definiowania niepełnosprawności*, s. 143.
- Filipkowski, W., Lonca, R., 2010, *Analiza zamachów samobójczych w aspekcie kryminologicznym i prawnym*, cz. 1, Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Warszawa, s. 13–27.
- Gajda, A., Kułaga, Z. i inni, 2009, *Regionalne zróżnicowanie młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999–2006*, Przegląd Epidemiologiczny, 4, s. 631–639.
- Gmitrowicz, A., Rosa, K., 2007, *Regionalny Program Zapobiegania Samobójstwom Młodzieży*, część II, *Ocena kliniczna czynników ryzyka samobójstwa młodzieży w regionie łódzkim*, Suicydologia, nr 1, s. 23–28.
- Gmitrowicz, A., 2008, *Suicydologia na początku XXI wieku na podstawie tematyki międzynarodowych konferencji*, Suicydologia, nr 1, s. 90–92.
- Hołyś, B., 2009–2010, *Profilaktyczne funkcje suicydologii*, Suicydologia, t. 5–6, s. 152–173.
- Jarosz, M., 2005, *Samobójstwa w III Rzeczypospolitej w perspektywie światowej. Analiza socjologiczna*, Suicydologia, nr 1, t. 1, s. 1–13.
- Komorowska, A., 2007, *Związek genu TPH2 i jego rola w występowaniu zachowań samobójczych*, Polski Merkuriusz Lekarski XXIII, 136, 315–316.
- Kostrzewska, I., Boguszevska, L., 2009–2010, *Diagnoza psychiatryczno-socjologiczna powiatu tatrzańskiego. Uwzględnienie specyfiki regionu przed wdrożeniem programu zapobiegania depresji i samobójstwom*, Suicydologia, nr 5–6, s. 55–65.
- Lindenmager, J., Czobor P., Alphas, L. i in. 2003, *The Inter SEPT SCALE for Suicidal Thining Reliably and Validity Schisophr*, Res. 63, 161–170.
- Łuba, M., Młodzieniec, A., Brodński, W.A., 2000, *Warszawski Program Edukacyjno-Profilaktyczny w zakresie zachowań antyagresywnych wśród młodzieży*, Suicydologia, t. 4, nr 7, s. 9–19.
- Marciniak, S., Koba, R. i inni, 2006, *Analiza przyczyn podejmowania prób samobójczych i wyniki ich leczenia na oddziale intensywnej terapii*, Pediatria Polska, 11, s. 812–817.
- Mazur, J., 2007, *Zgony z powodu samobójstw w Polsce na tle Unii Europejskiej – aktualne tendencje i uwarunkowania demograficzne*, Przegląd Epidemiologiczny, t. 1, s. 777–784.
- Merecz, D., Rosa, K., Sobola, W., 2006, *Myśli i próby samobójcze. Modelowanie zależności pomiędzy czynnikami ryzyka*, Suicydologia, t. 2, nr 1, s. 78–87.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), 2006, t. 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków.
- Młodożeniec, A., 2007, *Ocena ryzyka i leczenie osób zagrożonych samobójstwem. Krótkie wytyczne postępowania*, Suicydologia, t. 3, nr 1, s. 40–48.
- Młodożeniec, A., Jarema, M., Szafranski, T., 2009–2010, *Polska wersja skali do oceny obecności i nasilenia myśli i tendencji samobójczych u chorych na schizofrenię*, Suicydologia, nr 5–6, s. 16–17.

- Nowak, A., Bardej-Szczot, E. i inni, 2006, *Czynniki psychospołeczne związane z podejmowaniem prób samobójczych w okresie dojrzewania*, *Pediatrica Polska* 12.XII, s. 932–937.
- Polewka, A., Kopciuch, M., 2006, *Sezonowość i okresowe fluktuacje prób samobójczych*, *Suicydologia*, t. 2, nr 1, s. 88–93.
- Przybyłowska, J.A., 2009–2010, *Struktura osobowości a ryzyko zachowań samobójczych u pacjentów z depresją*, *Suicydologia*, nr 5–6, s. 128.
- Rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.
- Rocznik statystyczny GUS z lat 2006–2011
- Rosa, K., Gmitrowicz, A., 2007, *Regionalny Program Zapobiegania Samobójstwom Młodzieży*, część I, *Charakterystyka populacji regionu kłodzkiego*, *Suicydologia*, t. 3, nr 1, s. 20.
- Rosa, K., Merecz, D., 2005, *Międzynarodowy program badań zachowaniami samobójczymi, SUPRE-MISS*, *Suicydologia*, nr 1, s. 92–97.
- Rosa, K., Sobala, W., 2007, *Skala krytycznych wydarzeń życiowych u młodzieży (skwż)*, *Suicydologia*, nr 3, s. 68–78.
- Rush, A.J., First, M.B., Blackar, D., 2008, *Handbook of Psychiatric Measures American Psychiatric Publishing, Inc* Washington.
- Sankała, A., 2008, *Oddziaływanie terapeutyczne wpływające na pamięć entobiograficzną osób zagrożonych samobójstwem*, *Suicydologia*, nr 1, s. 49–58.
- Schiffer, Z., *Wiatr halny a samobójstwa i bójki*, w: *Biometodologia a organizm ludzki i zwierząt*, PWN, Warszawa.
- Stawińska-Witoszyńska, B., Krzywińska-Wiewiórowska, M., Gałęcki, J., 2004, *Samobójstwa dokonane – trendy zmian, zjawisko nadumieralności mężczyzn*, w: III Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Epidemiologia chorób niezakaźnych w Polsce – ich następstwa zdrowotne i społeczne. Problemy definiowania niepełnosprawności”, Puławy, 27–28 maja.
- Tsirigotis, K., Gruszczyński, W., Kruszyw, M., 2008, *Autodestrukcyjność pośrednia u osób po próbach samobójczych*, *Suicydologia*, nr 1, s. 58–62.
- Vetulani, J., 2006, *Biologiczne markery ryzyka samobójstwa*, *Suicydologia*, t. 2, nr 1, s. 47–50.