

Z warsztatów badawczych i doświadczeń klinicznych

WYBRANE PSYCHOSPOŁECZNE KORELATY OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU PO PRÓBACH SAMOBÓJCZYCH Badanie pilotażowe

Włodzimierz Adam Brodniak, Stanisław Wójtowicz

Pracownia Psychiatrii Społecznej

Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia

Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

PSYCHOSOCIAL CORRELATES OF ALCOHOL DEPENDENT PERSONS AFTER ATTEMPTED SUICIDES. A PILOT STUDY

ABSTRACT – Suicidality among alcohol dependent persons is a crucial problem as viewed from the diagnostic, therapeutic, and especially preventive perspectives. The aim of the study was to find which of the selected psychosocial variables were correlates of suicidal behaviours in alcohol dependent persons.

Three groups of 30 subjects each were compared: a) alcoholics who attempted suicide in the past 4 years, b) alcoholics without previous suicidal attempts, and c) persons with no dependence or suicidal attempts. The two control groups (b and c) were pair matched for sex, age and education. All alcohol dependent subjects were patients of three outpatient clinics or an alcohol inpatient ward in Warsaw. Three instruments were used: a sociological SSS questionnaire (measuring the social support system), Beck's Depression Inventory, and the Orientation to Life Questionnaire SOC-29, developed by Antonovsky, to measure the sense of coherence (SOC). Eleven hypotheses were verified in the study. Results of statistical analyses indicate the following 7 variables as correlates of suicidal behaviours: 1. unemployment or low status in the workplace, 2. more limited and weaker system of social support (quantitatively and qualitatively), 3. higher number of negative life events, 4. more frequent family problems (divorce, separation) and loneliness, 5. longer history of alcohol abuse and more hospitalisations for alcohol problems, 6. more intensive depressive symptoms, 7. weaker SOC. Generalisation of these findings and their implementation in diagnostic, therapeutic and preventive terms would require replication of the study on large, representative random samples.

Key words: alcohol dependence, attempted suicides.

WSTĘP

Polska należy do grupy krajów europejskich o relatywnie niskim współczynniku samobójstw w całym okresie drugiej połowy wieku XX (od 1951 do 1999 r.).

Badanie zostało zrealizowane w ramach grantu Alc-12/1999 z Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA).

TABELA 1

Współczynniki samobójstw na 100 tys. ludności w Polsce i w innych krajach europejskich.

Kraj	Rok	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
Litwa	1996	79,3	17,1	48,2
Estonia	1996	64,3	14,1	39,2
Federacja Rosyjska	1998	62,2	11,6	35,3
Węgry	1997	49,2	15,8	32,4
Ukraina	1996	53,8	9,9	30,3
Białoruś	1993	48,7	9,6	28,0
Finlandia	1995	43,4	11,8	27,2
Dania	1996	24,3	9,8	17,5
Republika Czech	1996	24,0	6,8	15,4
Niemcy	1997	22,1	8,1	15,1
Polska	1996	24,1	4,6	14,3
Szwecja	1996	20,0	8,5	14,2
Włochy	1993	12,7	4,0	9,3
Wielka Brytania	1997	11,0	3,2	7,1

W dwu pierwszych dekadach do końca lat 60. współczynniki samobójstw w Polsce wynosiły od 5 do 10 przypadków na 100 tys. ludności. W latach 70. od 11 do maksymalnie 14,1 w 1977 r. (najwyższy współczynnik do 1992 r.), a w latach 80. były notowane w granicach od 9,1 w 1981 i 11,3 w 1989 (najniższe) do 13,9 w 1984 (najwyższy). W 1990 r. współczynnik samobójstw wyniósł 13,0 na 100 tys. mieszkańców i następnie wzrósł do 13,9 (1991), by w 1992 r. osiągnąć najwyższy dotychczas notowany poziom 14,9.

Potem następował stopniowy spadek w latach 1993-96 do 14,2 i w latach 1997-98 osiągnął wielkość 13,1 przypadków na 100 tys. ludności. Dane na temat samobójstw w latach 1997-98, między innymi z powodu wprowadzenia nowej wersji klasyfikacji chorób – ICD 10 są co najmniej (według szacunków GUS) o 10% zaniżone. Można więc ostrożnie szacować, że w latach 1997-98 współczynniki samobójstw w Polsce także osiągały wielkości między 14, a 15 przypadków na 100 tys. mieszkańców.

W całym powyżej przedstawionym okresie wielkość współczynników samobójstw najbardziej była uzależniona od płci, gdyż mężczyźni popełniają w Polsce przeciętnie cztery do pięć razy częściej samobójstwa niż kobiety. W latach 90. dla mężczyzn współczynniki te wynosiły od 20 do 25 przypadków na 100 tys., a wśród kobiet od 4 do 5 przypadków na 100 tys.

Ta prawidłowość dotyczy samobójstw zakończonych śmiercią, gdyż w przypadku prób samobójczych proporcja ta jest znacznie mniejsza i częstość podejmowania przez kobiety prób samobójczych jest w zależności od grupy wiekowej większa, zbliżona lub niewiele mniejsza od liczby prób samobójczych podejmowanych przez mężczyzn (Jarosz, 1997).

Uzależnienie od alkoholu powszechnie jest uznane za jeden z czynników zwiększających ryzyko podjęcia próby samobójczej lub skutecznego popełnienia samobójstwa. Na podstawie przeglądu światowej literatury przedmiotu (A. Roy 1995) można

oszacować ryzyko dokonania samobójstwa przez osoby uzależnione od alkoholu w okresie całego ich życia w granicach od 2,2% dla osób z historią odwykowego leczenia ambulatoryjnego, do 3,4% dla osób z historią odwykowego leczenia szpitalnego.

Badania nad samobójstwami w populacjach generalnych w wielu krajach wykazują, że od 15 do 27% ich ofiar stanowią osoby z problemami alkoholowymi (Roy, 1995).

Według niepełnych danych (w dużej części przypadków brak danych) Komendy Głównej Policji, także w Polsce w latach 90. na przeciętnie notowanych rocznie od 5 do 5,5 tysiąca samobójstw od 18 do 22% jest popełniane przez osoby z problemami alkoholowymi, co nie oznacza uzależnionymi od alkoholu.

Według wielu badaczy tego problemu liczba prób samobójczych jest szacowana w zakresie od 10 do nawet 20 razy więcej w porównaniu do liczby samobójstw dokonanych.

S. Pużyński, (1988, 1996) szacuje ją przeciętnie jako 15 razy wyższą. Ponieważ płeć jest najbardziej istotną zmienną wpływającą na liczbą samobójstw, należy podkreślić, że w grupie leczonych w poradniach odwykowych w Polsce kobiety stanowią według danych z roku 1998 – 17,2% (Rocznik statystyczny IPiN), ale jeszcze 20-25 lat temu odsetek kobiet uzależnionych od alkoholu leczonych w poradniach odwykowych nie przekraczał 10%.

Ryzyko popełnienia samobójstwa przez osoby uzależnione od alkoholu jest co najmniej dwukrotnie wyższe niż w populacji generalnej i aż od 60 do 120 razy wyższe niż w grupie osób chorujących na choroby niepsychiatryczne (Roy, 1995).

Zdaniem wielu badaczy (Virkkunen, 1971, Barraclough i in., 1974, Murphy i in., 1979 czy Chynoweth i in., 1980 – zespoły depresyjne występują wśród 47% do 64% osób uzależnionych od alkoholu, które dokonały samobójstwa. Natomiast brak jest w literaturze przedmiotu badań na temat związku między występowaniem depresji wśród uzależnionych od alkoholu, a podejmowaniem przez nich prób samobójczych.

Jednym z istotnych czynników osobowościowych dla zachowań zdrowotnych jest poczucie koherencji (SOC). Wyniki wielu badań wskazują na obniżony poziom koherencji u osób z zaburzeniami somatycznymi np. po zawale serca (Szerszeń-Motył i wsp. 1999), chorych na raka (Antonovsky 1993), i z zaburzeniami psychicznymi np. z depresją (Carsten i Spangenberg 1997, Mroziak, Czabała, Wójtowicz 1997, Habrat, Mroziak 1999). K. Petrie i R. Brook (1992) stwierdzili, że niski poziom poczucia koherencji jest predyktorem ponawiania prób samobójczych. Obniżone poczucie koherencji stwierdzono także u osób z problemem alkoholowym w porównaniu z osobami nieuzależnionymi od alkoholu (Midnik i in. 1992, Antonovsky i in. 1987, Mroziak, Wójtowicz, Woronowicz 1998, Berg, Andersen 1997.).

Na podstawie prac przeglądowych M. Jarosz (1980, 1995, 1997), B. Hołysta (1983) i A. Roya (1995) można podsumować, że ryzyko popełnienia samobójstwa jest przeciętnie 3 do 5 razy wyższe wśród mężczyzn, rośnie wraz z wiekiem, szczególnie powyżej 45 lat, istotnie częściej występuje wśród bezrobotnych, wśród rolników i robotników o niższych kwalifikacjach, osób żyjących samotnie, w separacji, rozwiedzionych lub owdowiałych leczących się na poważną przewlekłą chorobę somatycz-

ną, ale także wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie z zespołami depresyjnymi i osób uzależnionych od alkoholu.

CELE I HIPOTEZY

Celem badań jest przeprowadzenie analizy zależności między wybranymi 11 zmiennymi psychospołecznymi w przebiegu uzależnienia od alkoholu w grupie osób po próbach samobójczych w porównaniu do dwu grup kontrolnych.

Każda z wybranych zmiennych psychospołecznych charakteryzujących osoby uzależnione od alkoholu w grupie eksperymentalnej może funkcjonować jako korelat ich zachowań samobójczych (prób samobójczych), a jednocześnie jako czynnik, który zwiększa ryzyko i prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań samobójczych.

Podstawowe pytanie badawcze brzmi: **Które z wybranych do badań zmiennych psychospołecznych funkcjonują jako korelaty charakteryzujące osoby uzależnione od alkoholu z zachowaniami samobójczymi?**

Na podstawie wybranych do badań zmiennych psychospołecznych sformułowano 11 hipotez badawczych, z których 7 w wyniku analizy statystycznej zweryfikowano pozytywnie.

Są to następujące hipotezy: osoby uzależnione od alkoholu po próbach samobójczych są: 1) częściej bezrobotne i mają niższy status w pracy, 2) mają więcej problemów rodzinnych i częściej są w konkubinacie, separacji, rozwiedzeni lub samotni, 3) ich system oparcia społecznego jest mniejszy i słabszy w wymiarze ilościowym i jakościowym, 4) częściej doświadczają negatywnych zdarzeń życiowych, 5) mają przeciętnie dłuższy staż nadmiernego picia alkoholu, młodszy wiek jego rozpoczęcia i częstsze hospitalizacje odwykowe, 6) cechują się większym natężeniem objawów depresyjnych i 7) mają mniejsze i słabsze poczucie koherencji. Bardziej szczegółowo hipotezy te zostaną przedstawione w opisie wyników.

MATERIAŁ I METODA

Badanie jest eksploracją postawionego problemu na poziomie pilotażowym. Metodą doboru parami wybrano trzy próby badawcze. Według kryterium płci, wieku i wykształcenia dobrano grupę podstawową składającą się z 30 osób uzależnionych od alkoholu po próbach samobójczych dokonanych w okresie ostatnich 4 lat od daty badania, kolejno 30 osób (pierwsza grupa kontrolna) uzależnionych od alkoholu bez zachowań samobójczych i 30 osób (druga grupa kontrolna) bez uzależnienia i prób samobójczych. Osoby uzależnione dobrano z trzech poradni odwykowych i jednego oddziału leczenia odwykowego w Warszawie.

W badaniu zastosowano trzy narzędzia. Kwestionariusz socjologiczny SOS (system oparcia społecznego), który zawiera zestaw 32 zmiennych społeczno-ekonomicznych i 11 zmiennych obejmujących dane na temat prób samobójczych i problemu alkoholowego. Inwentarz Depresji Beck'a (Beck's Depression Inventory – BDI) – 21

itemów – objawów w czterostopniowej skali, który bada natężenie objawów depresji bez orzekania o etiologii.

Trzecim narzędziem wykorzystanym w badaniu jest Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC 29 (29 itemów) stworzony przez A. Antonovsky'ego (1979, 1995), który wprowadził do badań nad psychologicznymi determinantami zdrowia ważną zmienną – poczucie koherencji (sense of coherence – SOC). Ogólna orientacja życiowa, którą Antonovsky nazwał poczuciem koherencji, ma trzy podstawowe składniki: **rozumiałość**, czyli spostrzeganie świata jako zrozumiałego i przewidywalnego; **sterowalność**, czyli poczucie jednostki, że może mieć wpływ na świat i swoje losy oraz **sensowność** – wymiar emocjonalno-motywacyjny, poczucie, że ma się w życiu coś wartego zaangażowania i podjęcia wysiłku.

Opisane powyżej trzy narzędzia zostały zastosowane we wszystkich trzech grupach, poza częścią na temat picia alkoholu i leczenia w kwestionariuszu SOS, który dotyczył tylko dwu grup osób uzależnionych od alkoholu oraz zestawu pytań na temat prób samobójczych, także w ramach kwestionariusza SOS, który był zadawany tylko grupie osób uzależnionych po próbie lub próbach samobójczych.

Badania przeprowadził zespół 5 psychologów, terapeuta zajęciowy i 2 psychiatrów w formie bezpośrednich rozmów i wypełniania skali Becka, kwestionariuszy SOS i SOC z respondentami z trzech dobranych grup badawczych.

WYNIKI

W ramach statystycznej analizy rezultatów badań przeprowadzono jednoczynnikową (ANOVA) analizę wariancji z testem Duncana dla określenia istotności różnic międzygrupowych oraz zastosowano dwa testy nieparametryczne Pearsona chi-kwadrat i rangowy Kruskala – Wallisa.

Trzy badane grupy miały następującą charakterystykę socjodemograficzną: w każdej grupie było po 80% mężczyzn i 20% kobiet. Przeciętna wieku w grupie po próbach samobójczych wynosiła – 42,1 lat, w grupie uzależnionych bez prób samobójczych – 42,5 oraz w grupie osób tzw. zdrowych – 42,3 lat. Według poziomu edukacji we wszystkich grupach było po około 45% osób z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym, także po około 45% w każdej grupie z wykształceniem średnim. Wykształceniem powyżej średnim legitymowało się po około 10% osób, w tym tylko po jednej osobie w każdej grupie miało pełne wykształcenie wyższe. Te dane potwierdzają prawidłowy dobór parami wszystkich trzech grup.

Najważniejsze wyniki przedstawimy według kolejności pozytywnie statystycznie zweryfikowanych 7 hipotez badawczych – 7 z 11 wybranych zmiennych psychospołecznych.

Grupę osób po próbach samobójczych oznaczono symbolem – S, uzależnionych od alkoholu bez prób samobójczych symbolem – A i grupę osób nieuzależnionych i bez zachowań samobójczych – K.

Hipoteza 1. Osoby uzależnione po próbach samobójczych są częściej bezrobotne, mają więcej problemów z pracą oraz rzadziej zajmują stanowiska kierownicze i samodzielne.

TABELA 2
Charakterystyka prób samobójczych w grupie S.

N = 30 Liczba osób	N	N	N	N
1. Liczba prób samobójczych	1 12	2-3 11	4 5	5 i więcej 2
2. Liczba miesięcy od dokonania próby samobójczej do badania	1-6 12	7-18 10	24-36 7	48 1
3. Pora roku dokonania próby samobójczej	wiosna 4	lato 12	jesień 8	zima 6
4. Miejsce dokonania próby samobójczej	mieszkanie 26	klatka schodowa 1	stodoła 1	działka-ogród 2
5. Metoda dokonania próby samobójczej	zatrucie lekami 15	powieszenie 6	podcięcie żył 6	skok z okna 3
6. Stan w trakcie próby samobójczej	stan pod wpływem alkoholu 19	alkohol i zespół abstynencyjny 2	zespół abstynencyjny 9	
7. Główna przyczyna próby samobójczej według sprawcy	emocjonalno-egzystencjalno-adaptacyjna 15	problemy rodzinne 6	negatywne zdarzenia życiowe 6	problemy alkoholowe i ich skutki 3

Uzależnienie od alkoholu może być zarówno skutkiem, jak i przyczyną bycia bezrobotnym, a także obniżać efekty pracy. W grupie osób uzależnionych od alkoholu i po próbach samobójczych problemy z pracą są największe zarówno w porównaniu do osób uzależnionych bez prób samobójczych, jak i szczególnie wobec osób tzw. zdrowych. Tylko 30% osób w grupie S ma pełnoetatową pracę, a w grupie A – 60% i w grupie K – 73%. Różnice statystyczne między grupami są istotne na poziomie $p < 0,001$.

W grupie S żadna osoba nie zajmuje kierowniczego stanowiska, podczas gdy w grupie A – 4 osoby (13%), a w grupie K – 6 osób (20%). Ponadto większość osób w grupach A i K zajmuje stanowiska samodzielne. Analiza statystyczna wykazała znaczne różnice między trzema grupami na poziomie $p < 0,022$.

Hipoteza 2. Osoby uzależnione od alkoholu po próbach samobójczych mają więcej problemów rodzinnych i częściej są w związkach nieformalnych, rozwiedzeni, w separacji lub samotni.

W grupie S tylko 40% osób jest w związku małżeńskim, podczas gdy w grupie A – 60%, a w grupie K – 87%. Odpowiednio w grupie osób uzależnionych po próbach samobójczych znajduje się 27% (N=8) osób w separacji i rozwiedzionych, w grupie A jest 13,5% osób w separacji i rozwiedzionych, a w grupie K nie ma osób rozwiedzionych i w separacji. Między badanymi grupami stwierdzono statystycznie istotne różnice w zakresie stanu cywilnego na poziomie $p < 0,01$, także między grupami S i A.

Jedną z podstawowych miar samotności jest prowadzenie jednoosobowego gospodarstwa domowego, które w grupie S obejmują – 30% osób, w grupie A – 20%, a w grupie K tylko 10% osób. Różnice są znamienne statystycznie na poziomie $p < 0,03$.

W grupie S – 33% (N=10) badanych wskazało na pogorszenie ich sytuacji rodzinnej, w grupie A tylko jedna osoba, a w grupie K – trzy osoby (10%). Najwięcej osób

we wszystkich grupach wskazało na brak zmian w sytuacji rodzinnej w ostatnim roku w porównaniu do ubiegłego. Analiza statystyczna wyników tej skali wykazała, że osoby uzależnione po próbach samobójczych według ich oceny istotnie częściej mają gorszą sytuację rodzinną, co wyraża się większą liczbą problemów rodzinnych – $p < 0,01$.

Hipoteza 3. System oparcia społecznego osób uzależnionych od alkoholu po próbach samobójczych jest mniejszy w wymiarze ilościowym i jakościowym.

System społecznego oparcia jest definiowany w trzech znaczeniach: 1. sieć kontaktów społecznych danej jednostki ważnych dla jej funkcjonowania społecznego, 2. sieć organizacji społecznych, religijnych, grup samopomocowych, stowarzyszeń i innych wspólnot, które tworzą pozarządowy system oparcia i pomocy społecznej, 3 system środowiskowego leczenia, rehabilitacji i pomocy w ramach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. W tej pracy termin system oparcia społecznego jest używany przede wszystkim w pierwszym znaczeniu. Analiza ilościowych rozmiarów systemu oparcia społecznego wykazała, że w grupie S jest istotnie mniej kontaktów z rodziną, w zależności od ich częstości od $p < 0,0001$ do $p < 0,028$, a także rzadziej osoby z tej grupy mogą liczyć na pomoc materialną zarówno ze strony rodziny, jak i przyjaciół. Może to oczywiście wynikać z problemów alkoholowych i ten fakt wpływa także na mniejszą liczbę osób w rodzinie, którym można zaufać i zwierzyć się ze swoich kłopotów. Ten problem występuje wśród wszystkich uzależnionych od alkoholu, ale częściej w grupie po próbach samobójczych, ale różnice są istotne statystycznie tylko na poziomie – $p < 0,07$. W większej próbie badawczej różnice te mogłyby się okazać bardziej znamienne. Natomiast liczba kontaktów w pracy jest istotnie częstsza w grupach A i K – $p < 0,002$, ale jest to wynik większej liczby bezrobotnych w grupie S. Jakkolwiek nie wszystkie wyniki wykazują istotne różnice, to jednak rozmiar ilościowy kontaktów społecznych i ich jakość jest zawsze relatywnie najmniejszy i najgorszy w grupie S. Globalna liczba kontaktów społecznych i ich jakość jest korelatem zachowań samobójczych osób uzależnionych od alkoholu.

Hipoteza 4. Osoby uzależnione od alkoholu po próbach samobójczych częściej doświadczają negatywnych zdarzeń życiowych w okresie ostatniego roku.

Liczba doświadczanych negatywnych zdarzeń w okresie ostatniego roku jest ważną miarą stresu. Osoby z tendencjami do zachowań samobójczych mogą być szczególnie podatne na różne kłopoty życiowe i dramatyczne zdarzenia.

W okresie ostatniego roku 20 osób (66%) z grupy S doświadczyło 38 poważnych negatywnych zdarzeń, w tym także np. samobójstwo syna, samobójstwo w rodzinie i samobójstwo bliskiego znajomego oraz śmierć bliskiej osoby, nie licząc własnych prób samobójczych. W grupie A 16 osób (53%) doświadczyło 20 negatywnych zdarzeń życiowych w okresie ostatniego roku, w tym jedną próbę samobójczą męża. Z kolei w grupie K tylko 10 osób (33%) przeżyło 13 negatywnych zdarzeń życiowych, w tym jedną samobójstwo w rodzinie. Analiza ilościowa wykazała, że różnice między trzema grupami są istotne statystycznie na poziomie $p < 0,01$. Różnice te są także istotne na poziomie analizy jakościowej. Wskaźnik negatywnych zdarzeń życiowych jest korelatem zachowań samobójczych osób uzależnionych od alkoholu.

Hipoteza 5. Osoby uzależnione od alkoholu po próbach samobójczych mają dłuższy staż nadmiernego picia alkoholu, dłużej leczą się w poradni odwykowej i częściej są hospitalizowane w zakładach lecznictwa odwykowego.

Hipoteza piąta dotyczy porównania tylko dwu grup – S i A. Ponad 57% osób uzależnionych po próbach samobójczych pije od co najmniej 20 lat, a w grupie uzależnionych bez prób samobójczych tylko 36%. Obie grupy mają jednakową średnią liczbę lat – dobór parami – co oznacza, że w grupie S częściej osoby w młodszym wieku zaczęły nadmiernie pić alkohol. Różnice statystyczne są między obu grupami istotne statystycznie – $p < 0,03$, czyli osoby po próbach samobójczych mają dłuższy staż nadmiernego picia alkoholu.

Długość leczenia w poradni odwykowej jest prawie jednakowa w obu grupach i nie jest czynnikiem różniącym istotnie statystycznie te grupy.

Osoby uzależnione po próbach samobójczych ponad czterokrotnie częściej były hospitalizowane – 104 razy niż osoby tylko uzależnione od alkoholu – 23 razy. Ponadto tylko 5 osób po próbach samobójczych nie było dotychczas hospitalizowanych z powodu problemów alkoholowych, a w grupie drugiej aż 19 osób (63%). Różnice między grupami S i A były istotne statystycznie – $p < 0,001$. Tym samym młodszy wiek rozpoczęcia nadmiernego picia, jego dłuższy staż i częstsze hospitalizacje odwykowe są korelatami zachowań samobójczych osób uzależnionych od alkoholu.

Hipoteza 6. Osoby uzależnione od alkoholu po próbach samobójczych cechują się większym natężeniem objawów depresyjnych.

Inwentarz depresji Becka zastosowano we wszystkich trzech grupach – S, A i K. Średni wynik w grupie osób uzależnionych po próbach samobójczych wynosił 19 punktów, co oznacza znaczne natężenie objawów depresyjnych, świadczące o bardzo częstym występowaniu w tej grupie zespołów depresyjnych, klasyfikowanych przez ICD 10 jako jednostka chorobowa. W grupie osób bez prób samobójczych uzależnionych od alkoholu średni wynik natężenia objawów depresyjnych wynosi 8,76 punktów, a w grupie K – 6,40 punktów. Rezultaty te wskazują, że w obu grupach natężenie objawów depresyjnych jest stosunkowo niskie, poniżej granicy normy – 9 punktów, a analiza wariancji – z testem Duncana – wykazała wysoką istotność statystyczną tych różnic – $F = 14,98$ $p < 0,0001$. Większe natężenie objawów depresyjnych jest jednym z istotnych korelatów zachowań samobójczych wśród osób uzależnionych od alkoholu.

Hipoteza 7. Osoby uzależnione od alkoholu po próbach samobójczych mają mniejsze poczucie koherencji zarówno w zakresie jego ogólnego wskaźnika, jak i w każdym z trzech jego wymiarów: poczucia zrozumiałości, poczucia sterowalności i poczucia sensowności.

Poczucie koherencji jako zmienna oceniająca ogólną orientację życiową wydaje się być szczególnie ważna dla diagnozowania i prognozowania zachowań samobójczych. Ogólna wartość poczucia koherencji w grupie S wynosi 108,66, w grupie A – 135,03 i w grupie K – 144,53. Analiza wariancji wykazała, że różnice między grupą S, a grupami A i K są wysoce znamienne statystycznie ($F = 17,92$ $p < 0,0001$). W

wymiarze zrozumiałości wyniki te wynoszą w grupie S – 35,36, w grupie A – 44,2 i w grupie K – 50,56 ($F = 17,71$ $p < 0,0001$). W wymiarze poczucia koherencji, określonym terminem sterowalność, odnotowano w grupie S średnią o wartości – 37,76, w grupie A – 47,50 i w grupie K – 50,13 ($F = 15,27$ $p < 0,0001$). Także w trzecim wymiarze poczucia koherencji – sensowności, stwierdzono podobny rozkład wyników. W grupie S – 35,53, w grupie A – 43,33 i w grupie K – 43,83 ($F = 11,48$ $p < 0,0001$). We wszystkich trzech wymiarach poczucia koherencji analiza wariancji – z testem Duncana – wykazała wysoką istotność statystyczną różnic między grupą osób uzależnionych po próbach samobójczych, a pozostałymi grupami A i K, a w przypadku zrozumiałości zanotowano istotne różnice między wszystkimi grupami. Mniejsze poczucie koherencji jest jednym z ważnych korelatów zachowań samobójczych osób uzależnionych od alkoholu.

W podsumowaniu jeszcze raz powinno się zaznaczyć, że zachowania samobójcze wśród osób uzależnionych od alkoholu są jednym z istotnych problemów z punktu widzenia diagnostycznego, terapeutycznego, a szczególnie prewencyjnego.

Należą także do listy ważnych problemów społecznych, czego potwierdzeniem jest ustanowienie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w roku 1999 wielkiego międzynarodowego programu SUPRE – **s**uicide **p**revention, który nazwano Światową Inicjatywą dla Zapobiegania Samobójstwom (WHO Worldwide Initiative for the Prevention of Suicide). W ramach tego programu wydano już serię pięciu broszur z podstawową wiedzą na temat zachowań samobójczych i praktycznymi zaleceniami dla lekarzy pierwszego kontaktu, wszystkich pracowników służby zdrowia, nauczycieli, służby więziennej i dla dziennikarzy.

Główne przyczyny dokonania zamachu samobójczego w badanej grupie osób uzależnionych od alkoholu, według ich własnej oceny, można ująć w cztery najważniejsze kategorie. W ok. 50% przypadków były to problemy natury emocjonalnej, adaptacyjnej i egzystencjalnej (brak sensu życia), w 20% były to różne problemy rodzinne, w 20% negatywne zdarzenia życiowe (bezrobocie, śmierć lub samobójstwo bliskiej osoby) i w 10% sam problem alkoholowy i jego skutki

Ponieważ prezentowane badania pilotażowe na temat osób uzależnionych od alkoholu, pacjentów leczenia odwykowego po próbach samobójczych są pierwszą badawczą eksploracją tego problemu w Polsce, a także autorzy nie znaleźli w światowej literaturze przedmiotu podobnych badań w innych krajach – omówienie ich wyników zostało sprowadzone do ich podsumowania w formie rozszerzonych konkluzji.

WNIOSKI

I. Analiza statystyczna 11 zmiennych psychospołecznych pozytywnie zweryfikowała siedem następujących hipotez. Osoby uzależnione od alkoholu po próbach samobójczych są:

- 1) częściej bezrobotne, mają więcej problemów z pracą i niższą pozycję w pracy,
- 2) mają więcej problemów rodzinnych i częściej są w związkach nieformalnych, rozwiedzeni, w separacji lub samotni,

3) ich system oparcia społecznego jest mniejszy i słabszy w wymiarze ilościowym i jakościowym,

4) częściej doświadczają negatywnych zdarzeń życiowych w okresie ostatniego roku,

5) mają przeciętnie dłuższy staż nadmiernego picia, młodszy wiek rozpoczęcia nadmiernego picia i częstsze hospitalizacje z powodu problemów alkoholowych,

6) cechują się większym natężeniem objawów depresyjnych,

7) mają mniejsze poczucie koherencji, zarówno w zakresie jego ogólnego wskaźnika, jak i w każdym z trzech jego wymiarów: poczucia zrozumiałości, poczucia sterowalności i poczucia sensowności.

II. Generalizacja wyników tego pilotażu na całą społeczność osób uzależnionych od alkoholu z zachowaniami samobójczymi i ich praktyczne wykorzystanie w celach diagnostycznych, terapeutycznych, a przede wszystkim prewencyjnych wymaga realizacji badań w różnych regionach i typach zbiorowości, w dużych reprezentatywnych losowo dobranych grupach osób uzależnionych od alkoholu, pacjentów leczenia odwykowego.

STRESZCZENIE

Zachowania samobójcze wśród uzależnionych od alkoholu są jednym z istotnych problemów z punktu widzenia diagnostycznego, terapeutycznego, a szczególnie prewencyjnego. Celem badania było znalezienie odpowiedzi na następujące pytanie: Które z wybranych do badań zmiennych psychospołecznych funkcjonują jako korelaty zachowań samobójczych wśród osób uzależnionych od alkoholu? Do badań dobrano 3 grupy, z których każda liczyła 30 osób. Pierwsza, podstawowa grupa obejmowała osoby uzależnione od alkoholu, które w okresie ostatnich czterech lat dokonały próby samobójczej. Według kryterium płci, wieku i wykształcenia wybrano metodą doboru parami dwie grupy kontrolne: osób uzależnionych od alkoholu bez zachowań samobójczych i osób bez uzależnienia i bez prób samobójczych. Wszystkie osoby uzależnione od alkoholu zostały dobrane z trzech poradni odwykowych i jednego oddziału leczenia odwykowego w Warszawie. Zastosowano trzy narzędzia badawcze: socjologiczny kwestionariusz SOS (system oparcia społecznego), Inwentarz Depresji Becka i Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 opracowany przez A. Antonovsky'ego. Sformułowano 11 hipotez badawczych. Wyniki na podstawie analizy statystycznej wskazują, że korelatami zachowań samobójczych może być 7 następujących czynników: 1. Bezrobocie i niska pozycja w pracy, 2. Mniejszy i słabszy system oparcia społecznego w wymiarze ilościowym i jakościowym, 3. Większa liczba negatywnych zdarzeń życiowych, 4. Więcej problemów rodzinnych (rozwód, separacja), 5. Dłuższy staż nadmiernego picia i częstsze hospitalizacje z powodu problemów alkoholowych, 6. Większe natężenie objawów depresyjnych, 7. Mniejsze i słabsze poczucie koherencji. Generalizacja tych rezultatów i ich praktyczna implementacja w wymiarze diagnostycznym, terapeutycznym i prewencyj-

nym wymaga przeprowadzenia badań na dużych reprezentatywnych, losowo dobranych próbach badawczych.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, próby samobójcze.

PIŚMIENNICTWO

1. Antonovsky A., Hankin Y., Stone D. (1987): *Patterns of drinking in a small development town in Israel*. British Journal of Addiction., vol. 82 (3) 293-303.
2. Antonovsky A. (1993) *The structure and properties of the Sense of Coherence Scale*. Soc.Sci. Med., 36, 6, 725-733.
3. Antonovsky A. (1995) *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Przekład: H. Grzegołowska-Klarowska, Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
4. Barraclough B. i in. (1974) *A hundred cases of suicide*. Clinical aspects. British Journal of Psychiatry, 125; 355.
5. Berg J.E., Andersen S. (1997) *Sense of coherence evaluated by treatment counsellors and substance abusers as an indication of length of stay*. European Addiction Research, 3, 99-102.
6. Carstens J.A., Spangenberg J.J. (1997): *Major depression: a breakdown in sense of coherence?* Psychological Reports 80, (3 Pt 2) 1211-1220.
7. Chynoweth R. i in. (1980) *Suicide in Brisbane. A retrospective psychosocial study*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 14; 37.
8. *Figures & facts about suicide*. Department of Mental Health. World Health Organization, Geneva, 1999.
9. Habrat E, Mroziak B. (1999) *Sense of coherence in patients after endogenous depression episode. A preliminary report*. Polish Psychological Bulletin 4, 349-353.
10. Hołyst B. (1983): *Samobójstwo. Przypadek czy konieczność*. PWN, Warszawa.
11. Jarosz M. (1980): *Samoniszczenie. Samobójstwo. Alkoholizm. Narkomania*. Wyd. PAN, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
12. Jarosz M., J. Krawczyk, (1995): *Niektóre przejawy patologii społecznej – samobójstwa i przestępczość w: M. Jarosz (red.) Prywatyzacja polskiej gospodarki w ujęciu regionalnym. Aspekty społeczno-ekonomiczne*. Wyd. Instytut Studiów Politycznych PAN, Warszawa.
13. Jarosz M. (1997): *Samobójstwa*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
14. Murphy G. i in. (1979) *Suicide and alcoholism*. Acta General of Psychiatry, 36; 65.
15. Midanik L.T. i in. (1992) *Alcohol problems and sense of coherence among older adults*. Social Science and Medicine 34, 1, 43-48.
16. Mroziak, B., Czabala J.C., Wójtowicz S. (1997) *Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne*. Psychiatria Polska, t. XXXI, 3, 257-268.
17. Mroziak B., Wójtowicz S., Woronowicz B.T. (1998): *Psychospołeczne korelaty uzależnienia od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania, 2 (31), 193-204.
18. Petrie K., Brook R. (1992): *Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide*. British Journal of Clinical Psychology, 31 (3), 293-300
19. Pużyński S. (wyd. II, 1988): *Depresje*. PZWL, Warszawa.

20. Pużyński S. (1996): *Depresje i zaburzenia afektywne* PZWL, Warszawa.
21. *Roczniki Demograficzne GUS 1960-1999*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
22. *Rocznik statystyczny 1998. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1999.
23. Roy A. (1995): *Psychiatric emergencies*. Suicide s. 1739-1751 w: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Eds. H.J. Kaplan, B.J. Sadock, Williams and Wilkins, Baltimore, London.
24. Szerszeń-Motyka J. i in. (1999) *Sense of coherence in patients after the first myocardial infarction*. A preliminary report. *Polish Psychological Bulletin* 4, 343-348.
25. Virkkunen M. (1971) *Alcoholism and suicide in Helsinki*. *Psychiatria Fennica*, 12; 201.