

Myśli samobójcze a sytuacja rodzinna oraz problemy inter- i eksternalizacyjne u młodzieży w wieku 14–16 lat

Krzysztof Ostaszewski

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Samobójstwa dzieci i młodzieży to poważny problem zdrowotny oraz społeczny. Współczesna suicydologia traktuje samobójstwo jako proces lub ciąg zdarzeń, w którym istotną rolę obok planów i prób samobójczych odgrywają myśli samobójcze. Celem badań była ocena zmian w rozpowszechnieniu myśli samobójczych oraz problemów inter- i eksternalizacyjnych u młodzieży między 14 a 16 r.ż., a także badanie związków między czynnikami rodzinnymi, problemami zdrowia psychicznego oraz zachowaniami ryzykownymi a występowaniem myśli samobójczych u nastolatków. Badania miały charakter podłużny. Dwukrotnymi badaniami ankietowymi objęto 747 uczniów gimnazjów z Warszawy (46% stanowili chłopcy). U około 20% nastolatków występowały myśli samobójcze w roku poprzedzającym badanie. Analizy regresji logistycznej wykazały, że wychowywanie w rodzinie niepełnej i niewystarczające wsparcie rodzicielskie mierzone w wieku 14 lat w sposób istotny zwiększały ryzyko występowania myśli samobójczych w wieku 16 lat. Do czynników ryzyka myśli samobójczych należały również nasilone objawy depresji, dystres, złe samopoczucie psychiczne i częste picie alkoholu. Wyniki potwierdzają związek sytuacji rodzinnej z kondycją psychiczną nastolatków, dlatego w profilaktyce samobójstw i rozwiązywaniu innych problemów zdrowia psychicznego młodych ludzi tak ważną jest współpraca szkoły z rodzicami.

SŁOWA KLUCZOWE:

MYŚLI SAMOBÓJCZE, MŁODZIEŻ, CZYNNIKI RODZINNE, PROBLEMY INTERNALIZACYJNE, PROBLEMY EKSTERNALIZACYJNE

Próby samobójcze oraz samobójstwa dokonane dzieci i młodzieży stanowią w Polsce poważny problem zdrowotny, a także społeczny. Szacuje się, że w ostatnich kilku latach samobójstwa były w naszym kraju drugą – po urazach i wypadkach drogowych – przyczyną zgonów w grupie wiekowej 10–19 lat (Szredzińska, 2017). Dane Eurostatu z 2014 r. wskazują, że na tle innych krajów Unii Europejskiej wskaźniki samobójstw dokonanych wśród osób poniżej 19 r.ż. są w Polsce bardzo wysokie. Jedynie w Niemczech są one wyższe. Zdecydowana większość zgonów polskich nastolatków ma przyczyny zewnętrzne, takie jak wypadki, urazy, zatrucia i samobójstwa (Szredzińska, 2017; Woynarowska, Oblacińska, 2014). Są to więc przyczyny, co do których istnieje uzasadnione przekonanie, że można im zapobiec (Kelley, Schochet, Landry, 2004; Miniño, 2010). Skuteczność profilaktyki zachowań samobójczych zależy jednak od wykorzystania w praktyce wiedzy naukowej. Źródłem tej wiedzy są w dużym stopniu badania empiryczne dotyczące czynników ryzyka zachowań suicydalnych młodzieży i czynników chroniących przed tymi zachowaniami.

Zgodnie z terminologią przyjętą przez międzynarodowy zespół ekspertów WHO termin *zachowania samobójcze* odnosi się do całej gamy zachowań, włączając w to myśli (fantazje), plany i próby samobójcze oraz zamachy samobójcze dokonane (WHO, 2014). Współczesna suicydologia traktuje samobójstwo jako proces lub ciąg zdarzeń, w którym myśli samobójcze odgrywają istotną rolę. Myśli te rozpoczynają proces, który w sytuacji kryzysowej lub w innych niesprzyjających okolicznościach może skutkować próbą samobójczą lub doprowadzić do samobójczej śmierci. Badania prowadzone wśród młodych osób po próbie samobójczej dowodzą, że w myślach samobójczych u młodzieży pojawiają się takie treści jak: „lepiej byłoby, gdybym nie istniał(a)”, „moje życie jest bezwartościowe” i „wyobrażałem(-am) sobie własny pogrzeb z płaczącymi i pełnymi poczucia winy i rodzicami, nauczycielami, rówieśnikami” (Makara-Studzińska, 2013).

Czynnikami ryzyka zachowań samobójczych młodzieży w wieku szkolnym są z jednej strony zachowania eksternalizacyjne, takie jak używanie substancji psychoaktywnych i zachowania antyspołeczne (przemoc i wykroczenia), a z drugiej – problemy zdrowia psychicznego (internalizacyjne), takie jak depresja, lęk i poczucie niższej wartości (Ambroziak, Kołakowski, Siwek, 2018; Borowsky, Ireland, Resnick, 2001). Badacze problemów młodzieży wskazują, że zaburzenia eksternalizacyjne są związane z wieloma potencjalnie negatywnymi konsekwencjami rozwojowymi, m.in. zakłóceniami rozwoju osobistego, kształtowania się tożsamości i adekwatnego obrazu samego siebie. To z kolei sprzyja powstawaniu u młodych ludzi problemów psychicznych, takich jak zaburzenia nastroju, depresyjność, myśli i próby

samobójcze (Jessor, 1998; Wolańczyk, 2002). Z kolei zaburzenia internalizacyjne utrudniają nastolatkom osiągnięcie sukcesów, hamują ich naturalną chęć działania i bardzo często wiążą się z ich gorszym statusem społecznym. Urban (2000) podkreśla, że lękowi i wycofani młodzi ludzie często nie wykorzystują w szkole swojego potencjału intelektualnego oraz nie spełniają standardowych wymagań, co prowadzi do niepowodzeń i podkopuje wiarę w swoje możliwości. Negatywne następstwa tych niepowodzeń obejmują zaniżoną samoocenę, gorszą pozycję w grupie rówieśniczej i zakłócony rozwój społeczny.

Wielu autorów wskazuje również na znaczenie rodzinnych czynników ryzyka zachowań samobójczych dzieci i młodzieży. Należą do nich m.in. rozwód rodziców, ich ponowne małżeństwa, nasilone konflikty rodzinne, nieprawidłowe relacje w rodzinie i przemoc w rodzinie (Makara-Studzińska, 2013; Popek, 2017). Z drugiej strony prawidłowo funkcjonująca rodzina jest jednym z ważniejszych czynników chroniących dorastające dzieci przed zachowaniami suicydalnymi. W takiej rodzinie rodzice obdarzają dzieci zainteresowaniem, okazują pomoc w podejmowaniu trudnych decyzji i udzielają wsparcia w sytuacjach problemowych (Krawczyk, Gmitrowicz, 2014).

Przeprowadzono niewiele polskich badań dotyczących psychospołecznych czynników związanych z występowaniem myśli samobójczych u młodzieży we wczesnym okresie dojrzewania. Krajowe badania nad czynnikami zachowań samobójczych u dzieci i młodzieży pochodzą przede wszystkim z badań przekrojowych, dających słabsze podstawy do wnioskowania o związkach między badanymi zmiennymi. Biorąc pod uwagę ten stan, przeprowadzono badania podłużne nad uwarunkowaniami myśli samobójczych¹. Wyniki takich badań dają pewniejsze podstawy do wnioskowania o związkach przyczynowo-skutkowych między psychospołecznymi czynnikami (ryzyka i ochrony) a zachowaniami samobójczymi młodzieży.

CELE BADAŃ

Cele niniejszych badań można podzielić na opisowe i wyjaśniające (Babbie, 2008). Ze względu na logikę prezentacji pierwszym celem badań był opis rozpowszechnienia

1 Badania zrealizowano w ramach programu statutowego Instytutu Psychiatrii i Neurologii: *Psychospołeczne uwarunkowania internalizacyjnych problemów młodzieży. Badania podłużne*, w którym skorzystano z bazy danych z badań podłużnych zrealizowanych wcześniej przez nasz zespół w ramach innych projektów. W tym artykule wykorzystano nieanalizowany dotychczas materiał z badań podłużnych zgromadzony przez zespół badawczy Zakładu Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego IPiN, w skład którego wchodził K. Bobrowski, A. Borucka, C. Brykczyńska, Cz. Czabała (kierownik), K. Kocoń, K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski, M. Pałyska, A. Pisarska i J. Raduj.

myśli samobójczych u młodzieży we wczesnym okresie dojrzewania ze względu na płeć i wybrane czynniki rodzinne. Celem opisowym była również prezentacja zmian w rozpowszechnieniu myśli samobójczych oraz wybranych problemów inter- i eksternalizacyjnych między 14 a 16 r.ż. Drugi cel dotyczy wyjaśniania zjawiska występowania myśli samobójczych u młodzieży w wieku 16 lat za pomocą wybranych czynników psychospołecznych, w tym czynników rodzinnych, wybranych problemów internalizacyjnych (depresja, dystres, negatywne samopoczucie psychiczne) i eksternalizacyjnych (używanie substancji psychoaktywnych, wykroczenia i stosowanie przemocy).

METODA

Próba

Badania zrealizowano w planie badań podłużnych. Objęto nimi grupę ok. 1100 uczniów z warszawskich gimnazjów publicznych i niepublicznych. Grupa młodzieży wypełniała ankiety dwukrotnie w odstępie dwóch lat – w pierwszej i trzeciej klasie nauki w gimnazjum. Wyjściową próbę dobrano losowo w ten sposób, że wylosowano 40 klas pierwszych z gimnazjów publicznych i siedem klas z gimnazjów niepublicznych. Klasy z gimnazjów publicznych losowano osobno z każdej z siedmiu centralnych dzielnic Warszawy (po ok. 13% klas). Klasy gimnazjów niepublicznych losowano z ogólnej puli wszystkich takich klas w siedmiu centralnych dzielnicach Warszawy (ok. 20% klas). W pierwszym pomiarze wzięło udział 1128 uczniów pierwszych klas (46,5% chłopców), co stanowiło ok. 90% wylosowanej próby. Średnia wieku uczestników wynosiła 13,8 roku. W drugim pomiarze wzięło udział 1030 uczniów klas trzecich (44,4% chłopców), co stanowiło ok. 84% wylosowanej próby. Średnia wieku badanych wynosiła 15,8 roku.

Narzędzie badawcze

Ankieta wykorzystana do badań była kompilacją skal i pytań ankietowych używanych wcześniej w badaniach młodzieży w Kanadzie i Polsce. Do opracowania kwestionariusza wykorzystano przede wszystkim *Ontario Student Drug Use Survey* (OSDUS), narzędzie stosowane w Ontario od 1991 r. w badaniach populacyjnych uczniów w wieku 13–19 lat (Adlaf, Paglia, 2001). Konstruując polską wersję ankiety, wiele pytań dotyczących używania substancji psychoaktywnych zastąpiono pytaniami stosowanymi w Polsce (Sierosławski, Zieliński, 1999; Wolniewicz-Grzelak,

1995) oraz wykorzystano własną adaptację kilku pytań dotyczących samooceny zdrowia psychicznego i fizycznego zaczerpniętych z narzędzia do populacyjnych badań stanu zdrowia wśród dorosłych – *Health Related Quality-of-Life (HRQOL-4;* Czabała i wsp., 2005).

Realizacja badań

Oba badania przeprowadzili pracownicy Instytutu Psychiatrii i Neurologii w okresie wiosennym (kwiecień–czerwiec) metodą audytoryjną w czasie lekcji szkolnych, z zapewnieniem warunków anonimowości oraz pełnej poufności danych ankietowych. Przed rozpoczęciem badań do dyrektorów szkół rozesłano listy z prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań i formularze zgody rodziców na udział dziecka w badaniach.

Badania podłużne

W niniejszym artykule skoncentrowano się na analizach podłużnych, a więc wzięto pod uwagę tylko tych uczniów, którzy brali udział w dwóch pomiarach. Ze względu na anonimowy charakter badań do identyfikacji ankiet tych samych osób wykorzystano kod ucznia (numer z dziennika szkolnego) oraz kod klasy/szkoły. Za pomocą tych informacji połączono ankiety 747 uczniów (46% chłopców), co stanowiło ok. 66% uczniów zbadanych w pierwszym pomiarze. Dane podłużne pochodzą więc od uczniów, którzy uczestniczyli w dwóch pomiarach i zostali prawidłowo zidentyfikowani za pomocą indywidualnych kodów.

Charakterystyka uczestników badań

Przeważającą większość badanych (ok. 80% w pierwszym pomiarze i ok. 78% w drugim) mieszkała z obojgiem rodziców. Około 14% uczniów mieszkało tylko z matką. Pozostałe sytuacje rodzinne (mieszkanie tylko z ojcem, z przybranym rodzicem lub z kimś innym) dotyczyły znacznie mniejszych odsetków badanych (1–4%). Mniej więcej ¼ badanych nie miała rodzeństwa. Ponad połowa miała jednego brata lub jedną siostrę, a ⅓ – dwoje lub więcej rodzeństwa. Zarówno w pierwszym, jak i drugim pomiarze zdecydowana większość badanych uczniów oceniała sytuację finansową swojej rodziny jako przeciętną lub powyżej przeciętnej (łącznie ok. 90%). Jedynie ok. 9–10% uczniów oceniło, że sytuacja finansowa ich rodziny była poniżej przeciętnej. Przeważający odsetek uczniów (ponad 90%) w ostatnim roku wyjeżdżał na wakacje,

a około 45% w czasie ostatnich wakacji wyjechało za granicę. Większość badanych (ok. 70%) mieszkała we własnym pokoju. Matki ponad połowy uczniów i ojcowie około połowy badanych mieli wykształcenie wyższe lub niepełne wyższe. Wszystkie te dane wskazują na dość wysoki status społeczno-ekonomiczny rodzin badanych uczniów. Prawdopodobnie było to związane z większą liczbą ludzi zamożnych i lepiej wykształconych zamieszkujących w stolicy.

ZMIENNE ORAZ SPOSÓB ICH POMIARU

Myśli samobójcze

Występowanie myśli samobójczych badano w pierwszym i drugim pomiarze za pomocą pojedynczego pytania: „Czy kiedykolwiek w ostatnich 12 miesiącach przychodziły Ci do głowy myśli samobójcze?”, z odpowiedzią dychotomiczną: *tak/nie*. W analizach zmienna ta przyjmuje wartość 2 = występowanie myśli samobójczych lub wartość 1 = nie było myśli samobójczych.

Czynniki rodzinne

Strukturę rodziny mierzono za pomocą pytania: „Z kim głównie mieszkasz?”, z pięcioma kategoriami odpowiedzi do wyboru: *z rodzicami, tylko z ojcem, tylko z matką, z jednym z rodziców oraz macochą/ojczymem, z kimś innym*. Do analiz wykorzystano zdychotomizowaną postać tej zmiennej – wartość 1 = rodzina pełna, oznaczająca rodzinę składającą się z dziecka i jego biologicznych rodziców oraz wartość 2 = rodzina niepełna/zrekonstruowana. Ta ostatnia kategoria oznaczała wszystkie pozostałe możliwości odpowiedzi na pytanie „z kim głównie mieszkasz?”, a więc dzieci wychowywane przez samotną matkę / samotnego ojca, rodzinę pełną, ale zrekonstruowaną (z ojczymem lub macochą) oraz dzieci wychowywane przez kogoś z dalszej rodziny lub placówki opiekuńczo-wychowawcze. Taki sposób podziału struktury rodziny nawiązuje do tradycji badawczej, która przyjmuje, że rodzina składająca się z biologicznych rodziców ma większy ochronny wpływ na dorastające dzieci niż wszystkie pozostałe opcje struktury rodziny (Hair i wsp., 2009; Steinberg, 1987).

Bliskość z rodziną mierzono za pomocą pojedynczego pytania: „Jak oceniasz swoją bliskość z rodziną?”, z trzema odpowiedziami do wyboru: *bardzo duża, duża i niezbyt duża*. Do analiz wykorzystano zdychotomizowaną postać tej zmiennej – wartość 1 = odpowiedź *niezbyt duża*, wartość 2 = odpowiedzi *bardzo duża* lub *duża*.

Wsparcie rodziców w sytuacji problemowej oceniano za pomocą dwóch pojedynczych pytań: „Jak często rozmawiasz z mamą, gdy masz jakiś problem?”, „Jak często rozmawiasz z tatą, gdy masz jakiś problem?”, z 5-punktową skalą Likerta od 1 = *zawsze* do 5 = *nigdy*. Do analiz wykorzystano zdychotomizowany wskaźnik utworzony na podstawie odpowiedzi na oba pytania – wartość 2 = odpowiedzi *nigdy* lub *rzadko* na oba pytania świadczące o niewystarczającym wsparciu rodziców, wartość 1 = odpowiedzi *zawsze*, *często* lub *czasami* w odpowiedzi na jedno lub drugie pytanie świadczące o wsparciu okazywanym dziecku przez rodziców lub przynajmniej jednego rodzica.

Problemy internalizacyjne

Objawy depresji – do pomiaru tej zmiennej wykorzystano skróconą skalę CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*; Radloff, 1977) składającą się z czterech pytań, o objawy smutku, samotności, przygnębienia i płaczu w ciągu 7 dni przed badaniem, z 4-punktową skalą odpowiedzi 0 = *nigdy lub rzadko*, 1 = *czasami*, 2 = *często* i 3 = *cały czas*. Skala charakteryzowała się wysokim współczynnikiem spójności wewnętrznej – α Cronbacha wynosiła 0,86. Po zsumowaniu skala przyjmowała wartości 0–12. Za jej autorami przyjęto, że o występowaniu nasilonych objawów depresji świadczy wynik 8–12 pkt. Do analiz wykorzystano zdychotomizowany wskaźnik – wartość 2 = wynik 8–12 pkt., wartość 1 – wynik 0–7 pkt.

Dystres psychiczny mierzono, wykorzystując skróconą wersję *Kwestionariusza ogólnego stanu zdrowia* (GHQ-12 Goldberga) składającą się z 12 pytań dotyczących stanu zdrowia psychicznego. Pytania dostosowano do badania młodzieży, np. „Czy w ciągu ostatnich kilku tygodni czułeś się stale napięty?”. Wysokie wyniki w skali GHQ-12 świadczą o nasileniu objawów dystresu psychicznego, a więc chwilowej lub trwającej dłużej niezdolności do normalnego, zdrowego funkcjonowania. Przyjęto, że występowanie przynajmniej czterech spośród 12 objawów pogorszonego samopoczucia lub funkcjonowania jest wskaźnikiem podwyższonego dystresu psychicznego. Jest to zgodne z wynikami badań dotyczących trafności kryterialnej polskiej wersji tego kwestionariusza, na których podstawie rekomenduje się wynik 3 jako punkt odcięcia w badaniach przesiewowych (Makowska, Merecz, 2001). W celu obliczenia tego wskaźnika odpowiedzi na każde z pytań składowych zdychotomizowano (np. odpowiedzi *czułem się napięty nieco bardziej niż zwykle* lub *...dużo bardziej niż zwykle* wskazywały na podwyższony poziom dystresu psychicznego). Do analiz wykorzystano zdychotomizowaną postać tej zmiennej – wartość 2 = przynajmniej cztery objawy dystresu psychicznego, wartość 1 = trzy objawy dystresu lub mniej.

Złe dni funkcjonowania psychicznego – do pomiaru tej zmiennej wykorzystano pojedyncze pytanie o ocenę stanu zdrowia psychicznego w ostatnich 30 dniach przed badaniem: „Jeśli chodzi o Twoje zdrowie psychiczne, w tym stres, przygnębienie i problemy emocjonalne, w ciągu ilu dni w ostatnich 30 dniach Twoje zdrowie psychiczne nie było dobre? Odpowiedzi od 0 do 30 dni”. Za autorami pytania przyjęto, że wskaźnikiem problemów ze zdrowiem psychicznym jest występowanie przynajmniej 14 dni pogorszonego samopoczucia w ostatnim miesiącu (Center for Disease Control and Prevention, 1998). W związku z tym do analiz wykorzystano zdychotomizowaną postać tej zmiennej – wartość 2 = przynajmniej 14 „złych dni” w ostatnim miesiącu, wartość 1 = 13 „złych dni” w ostatnim miesiącu lub mniej.

Problemy eksternalizacyjne

Codziennie palenie papierosów oceniano, zadając pojedyncze pytanie: „Czy palisz papierosy?”. Dostępny były następujące odpowiedzi: *nie, tak, kilka razy w roku, tak, kilka razy w miesiącu, tak, kilka razy w tygodniu i tak, codziennie*. Przyjęto, że wskaźnikiem regularnego palenia jest palenie codzienne. W związku z tym do analiz wykorzystano zdychotomizowaną postać tej zmiennej – wartość 2 = palenie papierosów codziennie, wartość 1 = pozostałe odpowiedzi.

Częste picie alkoholu również mierzono, zadając pojedyncze pytanie: „Ile razy zdarzyło się, że piłeś napoje alkoholowe w ciągu ostatnich 30 dni?”, z 6-punktową skalą odpowiedzi od 1 = *ani razu* do 6 = *20 razy lub więcej*. Przyjęto, że wskaźnikiem częstego picia jest picie przynajmniej 3–5 razy w miesiącu przed badaniem. W związku z tym do analiz wykorzystano zdychotomizowaną postać tej zmiennej – wartość 2 = picie alkoholu przynajmniej 3–5 razy w ostatnim miesiącu, wartość 1 = odpowiedź *ani razu* lub *1–2 razy*.

Częste upijanie się – do pomiaru tej zmiennej wykorzystano pojedyncze pytanie: „Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się upić napojem alkoholowym w ciągu ostatnich 30 dni?”, z 6-punktową skalą odpowiedzi od 1 = *ani razu*, do 6 = *20 razy lub więcej*. Przyjęto, że wskaźnikiem częstego upijania się jest przynajmniej jednorazowe upicie się w ostatnim miesiącu przed badaniem. W związku z tym do analiz wykorzystano zdychotomizowaną postać tej zmiennej – wartość 2 = upicie się przynajmniej raz w ostatnim miesiącu, wartość 1 = odpowiedź *ani razu*.

Używanie narkotyków mierzono za pomocą dwóch pojedynczych pytań: „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywałeś marihuanę lub haszysz?” i „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywałeś inne narkotyki?” z 7-punktową skalą odpowiedzi od 1 = *ani razu*, do 7 = *40 razy lub więcej*. Do analiz wykorzystano zdychotomizowaną

postać tej zmiennej – wartość 2 = przynajmniej jednorazowe użycie marihuany/haszyszu lub innego narkotyku w ciągu ostatnich 12 miesięcy, wartość 1 = odpowiedź *ani razu* na oba pytania.

Wykroczenia – do ich pomiaru wykorzystano siedem pytań (Adlaf, Paglia, 2001). Dotyczyły one takich zachowań, jak: drobne kradzieże, niszczenie (celowo) czyjejś własności, handel narkotykami, ucieczki z domu, zabieranie samochodu na przejażdżkę bez zgody właściciela, na przykład: „Czy kiedykolwiek w ostatnich 12 miesiącach robiłeś/łaś niżej wymienione rzeczy? (np. brałeś/łaś samochód na przejażdżkę bez zgody właściciela?)” – odpowiedzi *tak* lub *nie*. Do analiz wykorzystano zdychotomizowaną postać tej zmiennej – wartość 2 = wystąpienie w ostatnim roku przynajmniej dwóch spośród siedmiu wymienionych wyżej zachowań, wartość 1 = odpowiedzi *nie* na wszystkie siedem pytań lub tylko jedno wykroczenie.

Stosowanie przemocy mierzono za pomocą pojedynczego pytania: „Jak często w okresie od września zeszłego roku do teraz brałeś udział w przemocy fizycznej lub psychicznej wobec innych uczniów na terenie szkoły lub w pobliżu szkoły?”, odpowiedzi: *nigdy, rzadziej niż raz na miesiąc, około raz na tydzień, codziennie lub prawie codziennie*. Do analiz wykorzystano zdychotomizowaną postać tej zmiennej – wartość 2 = stosowanie przemocy przynajmniej raz na tydzień, wartość 1 = odpowiedzi *nigdy* lub *rzadziej niż raz na miesiąc*.

Analizy statystyczne

Związki między występowaniem myśli samobójczych a problemami internalizacyjnymi/eksternalizacyjnymi młodzieży analizowano w trzech etapach. W pierwszym opisano występowanie myśli samobójczych w dychotomicznych grupach uczestników badań wyróżnionych ze względu na płeć, czynniki rodzinne, problemy internalizacyjne i problemy eksternalizacyjne. Istotność różnic między tymi grupami mierzono za pomocą testu chi kwadrat.

W drugim etapie przeanalizowano zmiany, jakie zachodziły w grupie uczestników badania między 14 a 16 r.ż. w występowaniu myśli samobójczych oraz wybranych problemów inter- i eksternalizacyjnych. Istotność zmian w badaniu podłużnym mierzono za pomocą nieparametrycznego testu McNemara dla prób zależnych.

W trzecim etapie analizowano związki między występowaniem myśli samobójczych a zmiennymi rodzinnymi, problemami inter- i eksternalizacyjnymi młodzieży. Do tego celu wykorzystano analizę regresji logistycznej. Przedmiotem empirycznej weryfikacji były dwa modele zależności między wybranymi czynnikami a myślami samobójczymi u młodzieży – model podłużny i model przekrojowy z kontrolowaniem

występowania myśli samobójczych w pierwszym pomiarze (wiek badanych: 14 lat). Do testowania tych modeli zastosowano metodę selekcji postępującej Walda.

W obu modelach zmienną zależną było występowanie myśli samobójczych w drugim pomiarze (wiek badanych: 16 lat). Zmiennymi niezależnymi były zmienne psychospołeczne uporządkowane w trzy kategorie: czynniki rodzinne, problemy internalizacyjne i problemy eksternalizacyjne. W podłużnym modelu do analizy regresji logistycznej włączono zmienne niezależne, które mierzono w pierwszym pomiarze, kiedy uczestnicy badań byli w wieku 14 lat, natomiast w modelu przekrojowym do analizy regresji włączono zmienną kontrolowaną (występowania myśli samobójczych w pierwszym pomiarze u badanych w wieku 14 lat) oraz psychospołeczne zmienne niezależne, które były mierzone w drugim pomiarze (wiek badanych: 16 lat). Analizując wyniki regresji logistycznej, brano pod uwagę iloraz szans z 95% przedziałem ufności.

WYNIKI

Rozpowszechnienie myśli samobójczych we wczesnym okresie dojrzewania

U około 20% 14-16-letniej młodzieży uczestniczącej w badaniu podłużnym występowały myśli samobójcze w roku poprzedzającym badanie. Tabela 1 przedstawia odsetki 14- i 16-letnich uczniów, którzy mieli myśli samobójcze, w grupach wyróżnionych ze względu na płeć i zmienne rodzinne. Dziewczyny istotnie częściej niż chłopcy miały tego typu myśli zarówno w pierwszym, jak i drugim pomiarze. Skład rodziny w pierwszym pomiarze nie różnicował występowania myśli samobójczych. W drugim pomiarze, kiedy badani uczniowie byli w wieku 16 lat, myśli samobójcze częściej występowały u młodzieży, która wychowywała się w rodzinach niepełnych lub zrekonstruowanych. Wsparcie rodziców w sytuacjach problemowych rodziny oraz poczucie bliskości z rodziną w istotny sposób różnicowało występowanie myśli samobójczych zarówno w pierwszym, jak i drugim pomiarze. Uczniowie z myślami samobójczymi cechowali się niezbyt dużym poczuciem bliskości z rodziną oraz częściej mieli rodziców, którzy rzadko udzielali wsparcia swoim dorastającym dzieciom w sytuacjach problemowych lub nie udzielali go wcale. Posiadanie rodzeństwa lub bycie jedynakiem nie różnicowało występowania myśli samobójczych.

U uczniów z nasilonymi problemami internalizacyjnymi, czyli nasilonymi objawami depresji, dystresu i złego samopoczucia psychicznego, myśli samobójcze występowały znacznie częściej niż u uczniów, u których te objawy nie występowały lub były wyraźnie mniej nasilone. Tabela 2 przedstawia odsetki uczniów, którzy mieli

myśli samobójcze, w grupach wyróżnionych ze względu na trzy rodzaje problemów internalizacyjnych. Podobne prawidłowości zaobserwowano u uczniów z nasilonymi problemami eksternalizacyjnymi, czyli często używających substancji psychoaktywnych, popełniających wykroczenia i stosujących przemoc. U tych uczniów myśli samobójcze występowały częściej niż w u uczniów, u których te zachowania nie występowały lub były wyraźnie mniej nasilone (tab. 3).

Tabela 1

Odsetki uczniów 14- i 16-letnich, u których występowały myśli samobójcze w ostatnich 12 miesiącach ze względu na płeć i zmienne rodzinne

		Wiek 14 lat			Wiek 16 lat		
		n	% osób z myślami S	Test chi-kwadrat	n	% osób z myślami S	Test chi-kwadrat
Płeć	Wszyscy	743	18,6		743	22,0	
	Chłopcy	342	12,0	18,17	342	15,9	13,83
	Dziewczyny	401	24,2	$p < 0,001$	401	27,2	$p < 0,001$
Skład rodziny	Pełna	595	17,5	2,36	595	19,3	13,59
	Niepełna/zrekonstruowana	148	23,0	$p < 0,080$	148	33,3	$p < 0,001$
Rodzeństwo	Jedynacy	186	17,7	0,11	186	23,0	0,13
	Przynajmniej jeden brat lub jedna siostra	557	18,9	$p < 0,414$	557	21,7	$p < 0,394$
Bliskość z rodziną	B. duża lub duża	653	15,6	36,28	609	18,1	30,85
	Niezbyt duża	84	42,9	$p < 0,001$	132	40,2	$p < 0,001$
Wsparcie rodziców	Wystarczające	627	15,5	26,14	573	33,5	17,57
	Niewystarczające	115	35,7	$p < 0,001$	167	18,3	$p < 0,001$

Tabela 2

Odsetki uczniów 14- i 16-letnich, którzy mieli myśli samobójcze w ostatnich 12 miesiącach ze względu na problemy internalizacyjne

		Wiek 14 lat			Wiek 16 lat		
		n	% osób z myślami S	Test chi-kwadrat	n	% osób z myślami S	Test chi-kwadrat
Objawy depresji	8-12 pkt	53	58,5	59,47	75	73,3	127,15
	0-7 pkt	685	15,6	$p < 0,001$	662	16,3	$p < 0,001$
Dystres	4-12 objawów	153	42,5	72,83	222	43,2	84,61
	0-3 objawów	590	12,4	$p < 0,001$	502	12,5	$p < 0,001$
„Złe dni” w miesiącu	14 dni i więcej	87	57,5	101,64	129	52,7	87,31
	0-13 dni	611	12,8	$p < 0,001$	598	15,2	$p < 0,001$

Tabela 3

Odsetki uczniów 14- i 16-letnich, którzy mieli myśli samobójcze w ostatnich 12 miesiącach ze względu na problemy eksternalizacyjne

		Wiek 14 lat			Wiek 16 lat		
		n	% osób z myślami S	Test chi-kwadrat	n	% osób z myślami S	Test chi-kwadrat
Palenie papierosów	Codziennie	30	43,3	12,63	113	37,2	17,74
	Rzadziej lub wcale	712	17,6	$p < 0,001$	631	19,3	$p < 0,001$
Picie alkoholu	Częste	35	44,3	37,91	226	29,2	9,50
	Rzadziej lub wcale	623	15,6	$p < 0,001$	511	19,0	$p < 0,002$
Upijanie się	Częste	55	40,0	18,63	177	31,1	11,07
	Rzadziej lub wcale	670	16,6	$p < 0,001$	558	19,2	$p < 0,001$
Używanie narkotyków	Przynajmniej raz w roku	34	44,1	16,02	152	31,6	11,03
	Ani razu w roku	701	17,0	$p < 0,001$	576	19,1	$p < 0,001$
Wykroczenia	Przynajmniej dwa w roku	71	38,0	21,96	117	34,2	12,91
	Rzadziej lub wcale	653	15,6	$p < 0,001$	603	19,2	$p < 0,001$
Stosowanie przemocy	Częste	83	34,9	16,60	68	33,8	6,41
	Rzadziej lub wcale	655	16,5	$p < 0,001$	672	20,5	$p < 0,011$

Zmiany w rozpowszechnieniu problemów inter- i eksternalizacyjnych u młodzieży we wczesnym okresie dojrzewania

Tabela 4 przedstawia zmiany w rozpowszechnieniu myśli samobójczych oraz problemów inter- i eksternalizacyjnych zaobserwowane w badaniu podłużnym u młodzieży między 14 a 16 r.ż. I tak, grupa młodzieży, u której wystąpiły myśli samobójcze, zwiększyła się o ok. 3 punkty procentowe – z ok. 19% w wieku 14 lat do 22% w wieku 16 lat. Zmiana ta jednak nie przekroczyła progu istotności statystycznej ($p < 0,066$). Wyniki wskazują, że między 14 a 16 r.ż. zwiększa się rozpowszechnienie problemów internalizacyjnych. W obserwowanym okresie istotnie zwiększyły się odsetki młodzieży, u której występowały objawy depresji, dystresu oraz złego samopoczucia psychicznego mierzonego liczbą „złych dni” w ostatnim miesiącu.

Wyniki naszych badań podłużnych dokumentują również istotne zmiany w problemach eksternalizacyjnych. Rozpowszechnienie wszystkich analizowanych problemów eksternalizacyjnych zwiększyło się między 14 a 16 r.ż. z wyjątkiem rozpowszechnienia przemocy fizycznej lub psychicznej w szkole, które nie zmieniło się w sposób istotny w obserwowanym okresie.

Należy dodać, że wszystkie analizowane problemy internalizacyjne występowały zdecydowanie częściej u dziewczyn niż u chłopców, np. w wieku 16 lat nasilone objawy depresji występowały u 14,8% dziewczyn i 4,7% chłopców ($p < 0,001$). Więcej informacji na temat różnic ze względu na płeć we wskaźnikach problemów internalizacyjnych w tej grupie uczestników badań zawiera praca Czabały i in. (2005).

Tabela 4

Zmiany w rozpowszechnieniu myśli samobójczych oraz problemów internalizacyjnych i eksternalizacyjnych pomiędzy 14 a 16 r.ż., odsetki

	Pierwszy pomiar (14 lat)	Drugi pomiar (16 lat)	Test McNemara Chi-kwadrat	Istotność
Myśli samobójcze				
Myśli samobójcze w ostatnich 12 miesiącach	18,6	22,0	3,368	0,066
Problemy internalizacyjne				
Nasilone objawy depresji w ciągu ostatnich 7 dni	7,2	10,2	5,095	0,024
Nasilone objawy dystresu psychicznego w ostatnich tygodniach	20,6	30,6	22,172	0,001
14 lub więcej złych dni w ostatnim miesiącu	12,4	17,7	9,893	0,002
Problemy eksternalizacyjne				
Papierosy codziennie	4,0	15,4	73,287	0,001
Pili często alkohol w ciągu ostatnich 30 dni	11,2	30,9	89,380	0,001
Upijali się w ciągu ostatnich 30 dni	7,7	24,2	75,509	0,001
Używali narkotyków w ostatnich 12 miesiącach	4,7	20,9	95,063	0,001
Przynajmniej dwa wykroczenia w ciągu ostatnich 12 miesięcy	9,8	16,2	14,824	0,001
Brali częsty udział w przemocy fizycznej/psychicznej w szkole	11,2	9,2	2,188	0,139

Czynniki związane z występowaniem myśli samobójczych

Analizy regresji prowadzone w modelu podłużnym wskazują, że przy kontrolowaniu występowania myśli samobójczych w pierwszym pomiarze płeć żeńska, wychowywanie się w rodzinie niepełnej lub zrekonstruowanej oraz niewystarczające wsparcie rodziców w sytuacjach problemowych zwiększały ryzyko występowania myśli samobójczych u badanych w wieku 16 lat. Świadczą o tym współczynniki ilorazu

szans przyjmujące wartości 1,6–2 (tab. 5). Czynnikiem najsilniej powiązaniem z występowaniem myśli samobójczych w wieku 16 lat było jednak ich występowanie dwa lata wcześniej – iloraz szans dla tej zmiennej wynosił 3,7. Model analiz podłużnych wyjaśniał ok. 15% wariacji zmiennej zależnej (R^2 Nagelkerkego = 0,147) i charakteryzował się odpowiednim dopasowaniem do danych empirycznych (test Hosmera i Lemeshowa, chi kwadrat (df 4) = 1,563, $p < 0,815$). Pozostałe zmienne psychospołeczne, a więc inne czynniki rodzinne oraz problemy inter- i eksternalizacyjne, nie zostały włączone do modelu regresji ze względu na to, że nie wносиły nic istotnego w wyjaśnianie zmiennej zależnej.

Analizy regresji prowadzone w modelu przekrojowym z kontrolowaniem myśli samobójczych u badanych w wieku 14 lat wskazują, że wychowywanie się w rodzinie niepełnej lub zrekonstruowanej, nasilone objawy depresji, cztery lub więcej objawów dystresu, 14 lub więcej dni złego samopoczucia psychicznego w ostatnim miesiącu oraz częste picie alkoholu zwiększały ryzyko występowania myśli samobójczych w wieku 16 lat. Świadczą o tym współczynniki ilorazu szans przyjmujące wartości 1,9–5 (tab. 6). Czynnikiem najsilniej powiązaniem z występowaniem myśli samobójczych u 16-letnich badanych były nasilone objawy depresji. Iloraz szans dla tej zmiennej wynosił 5. Model przekrojowy z kontrolowaniem myśli samobójczych u badanych w wieku 14 lat wyjaśniał ok. 33% wariacji zmiennej zależnej (R^2 Nagelkerkego = 0,334) i charakteryzował się odpowiednim dopasowaniem do danych empirycznych (test Hosmera i Lemeshowa, chi kwadrat (df 8) = 4,296, $p < 0,829$). Pozostałe zmienne psychospołeczne, a więc inne czynniki rodzinne i inne problemy eksternalizacyjne, nie zostały włączone do modelu regresji ze względu na to, że nie wносиły nic istotnego w wyjaśnianie zmiennej zależnej.

Tabela 5

Wyniki regresji logistycznej, w której wyjaśniano występowanie myśli samobójczych u młodzieży w wieku 16 lat za pomocą zmiennych psychospołecznych mierzonych w wieku 14 lat, $n = 739$

Zmienne w modelu	Wald chi kwadrat	Istotność	Iloraz szans (95% przedział ufności)
Myśli samobójcze w wieku 14 lat	37,98	0,001	3,73 (2,45–5,67)
Płeć (ref. chłopcy)	6,10	0,013	1,65 (1,09–2,51)
Skład rodziny (ref. rodzina pełna)	9,80	0,002	1,97 (1,29–3,01)
Niewystarczające wsparcie rodziców w sytuacji problemowej w wieku 14 lat	5,38	0,020	1,75 (1,09–2,81)
Stała	88,96	0,000	,006

Tabela 6

Wyniki regresji logistycznej, w której wyjaśniano występowanie myśli samobójczych u młodzieży w wieku 16 lat za pomocą zmiennych psychospołecznych mierzonych w wieku 16 lat i przy kontrolowaniu występowania myśli S w wieku 14 lat, $n = 689$

Zmienne w modelu	Wald chi kwadrat	Istotność	Iloraz szans (95% przedział ufności)
Myśli samobójcze w wieku 14 lat	14,93	0,001	2,66 (1,62–4,36)
Płeć (ref. chłopcy)	0,266	0,606	1,12 (0,71–1,78)
Skład rodziny (ref. rodzina pełna)	7,44	0,006	2,01 (1,22–3,32)
Niewystarczające wsparcie rodziców w sytuacji problemowej w wieku 16 lat	2,78	0,095	1,52 (0,93–2,49)
Nasilone objawy depresji w wieku 16 lat	20,55	0,001	5,01 (2,52–10,28)
14 lub więcej złych dni samopoczucia psychicznego w wieku 16 lat	6,30	0,012	2,02 (1,17–3,49)
4 lub więcej objawy dystresu w wieku 16 lat	13,22	0,001	2,50 (1,52–4,08)
Częste picie alkoholu w wieku 16 lat	8,16	0,004	1,94 (1,23–3,05)
Stała	117,74	0,001	,000

OGRANICZENIA BADAŃ

Niewątpliwym ograniczeniem tego rodzaju badań są błędy pomiaru wynikające z niedoskonałości metody samoopisowej do oceny problemów inter- i eksternalizacyjnych młodzieży. Dobrze znany jest mechanizm aprobaty społecznej, który utrudnia rzetelne udzielanie odpowiedzi na pytania ankietowe. Szczególnie jeśli pytania ankietowe dotyczą „trudnych” tematów, takich jak objawy depresji, jakość relacji z rodzicami, używanie narkotyków lub popełnianie wykroczeń. Niektórzy spośród uczniów mogli obawiać się ujawnienia udzielonych odpowiedzi personelowi szkoły lub rówieśnikom. W związku z tym podjęto starania, aby zminimalizować podawanie nieprawdziwych odpowiedzi. W tym celu zapewniano uczniów o całkowitej anonimowości badań na poziomie indywidualnym, klasy i szkoły. Podkreślano także w ustnej i pisemnej instrukcji dobrowolny charakter udziału w badaniach oraz ich poufny charakter. Po wypełnieniu ankiet zwracano również uwagę na sprzeczności w odpowiedziach, przeglądano uważnie wszystkie ankiety zawierające skrajne odpowiedzi, dopiski mogące świadczyć o niepoważnym traktowaniu badań, a następnie metodą sędziów kompetentnych oceniano wiarygodność takich ankiet.

DYSKUSJA I PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Rozpowszechnienie myśli samobójczych

Około 20% młodzieży szkolnej w wieku 14–16 lat potwierdziło występowanie myśli samobójczych w ostatnim roku przed badaniem. Prawie dwukrotnie więcej dziewczyn miało takie myśli w porównaniu z chłopcami. Młodzież z myślami samobójczymi częściej wychowywała się w rodzinach niepełnych lub zrekonstruowanych i miała rodziców okazujących niewystarczające wsparcie. Występowanie myśli samobójczych było również częstsze u nastolatków z nasilonymi objawami problemów inter- i eksternalizacyjnych (z wyjątkiem stosowania przemocy).

Rozpowszechnienie zaburzeń inter- i eksternalizacyjnych

Badania wskazały, że u ok. 10% nastolatków w wieku 14–16 lat występowały nasilone objawy zaburzeń depresyjnych, u 30% – nasilone objawy dystresu psychicznego, a u 15% – złe samopoczucie psychiczne mierzone liczbą co najmniej 14 „złych dni” w ostatnim miesiącu. Podobne wskaźniki dotyczą problemów eksternalizacyjnych, których częstość występowania – co dokumentują nasze badania – gwałtownie rosła między 14 a 16 r.ż. badanych. Około 15% badanych 16-latków paliło często papierosy, ok. 25% – często się upijało, ok. 16% – miało na swoim koncie przynajmniej dwa wykroczenia, a ok. 10% – brało udział w przemocy rówieśniczej. Te wyniki są w dużej mierze zgodne z innymi doniesieniami badawczymi dotyczącymi problemów inter- i eksternalizacyjnych u młodzieży w Polsce (Bobrowski, 2007, 2017; Dzielska, Kowalewska, 2014; Ostaszewski, 2014; Tabak, 2011, 2014; Wolańczyk, 2002).

Czynniki rodzinne

Wyniki naszych badań są jeszcze jednym empirycznym dowodem potwierdzającym znaczenie odpowiedniego wsparcia rodzicielskiego w ograniczaniu problemów zdrowia psychicznego dorastającej młodzieży. Częstość rozmów rodziców z dorastającym dzieckiem mającym jakiś problem mierzona w wieku ok. 14 lat była istotnie powiązana z występowaniem myśli samobójczych dwa lata później. Jeśli rodzice rzadko prowadzili takie rozmowy lub nie prowadzili ich wcale, to u ich dzieci ryzyko wystąpienia myśli samobójczych było istotnie wyższe, przy kontrolowaniu takich zmiennych jak płeć i skład rodziny. Skład rodziny również okazał się istotnym predyktorem występowania myśli samobójczych u dorastającej młodzieży. Wychowywanie się

w wieku 14 lat w rodzinie niepełnej lub zrekonstruowanej zwiększało dwukrotnie ryzyko obecności myśli samobójczych u młodzieży w wieku 16 lat. Te wyniki, co warto podkreślić, uzyskano w badaniach podłużnych. A więc można z pewną ostrożnością przyjąć, że związek ten ma charakter przyczynowo-skutkowy, gdzie przyczyną jest brak wsparcia rodziców w sytuacjach problemowych lub niestabilność życia rodzinnego (rozwód rodziców, separacja, nieobecność jednego z rodziców w życiu rodzinnym), a skutkiem – występowanie myśli samobójczych u dorastających dzieci.

Uzyskane wyniki potwierdzają także znaczenie zasobów rodzinnych dla ograniczania problemów zdrowia psychicznego dorastającej młodzieży. Zdychotomizowane czynniki związane ze środowiskiem rodzinnym – wsparcie rodzicielskie / brak odpowiedniego wsparcia oraz rodzina pełna / rodzina niepełna lub zrekonstruowana – były istotnie powiązane z występowaniem myśli samobójczych u uczestników badań. Potwierdza to znaczenie stabilnego życia rodzinnego i dobrych relacji w rodzinie dla zdrowia psychicznego dorastającej młodzieży wskazywane w innych doniesieniach (Krawczyk, Gmitrowicz, 2014; Kuberska-Przekwas, 2014; Schleider, Weisz, 2016; Tabak, 2011, 2014; Tabak, Mazur, 2008).

Problemy internalizacyjne jako czynnik ryzyka myśli samobójczych

Wyniki naszych badań są również empirycznym dowodem wskazującym na ryzyko związane z problemami internalizacyjnymi młodzieży, takimi jak nasilone objawy depresji, objawy dystresu i negatywna ocena samopoczucia psychicznego. Świadczą o tym zarówno nasze analizy opisowe prowadzone w podgrupach wyróżnionych ze względu na występowanie problemów internalizacyjnych, jak i analizy regresji w modelu przekrojowym. Wszystkie trzy analizowane problemy internalizacyjne wiązały się z większym ryzykiem wystąpienia myśli samobójczych u badanej młodzieży. Przy czym nasilone objawy depresji zwiększały to ryzyko nawet pięciokrotnie. Te obserwacje są zgodne z wynikami innych badań polskich i zagranicznych nad czynnikami ryzyka zachowań samobójczych (Borowsky i in., 2001; Kuberska-Przekwas, 2014; Makara-Studzińska, 2013).

Problemy eksternalizacyjne jako czynnik ryzyka myśli samobójczych

Najmniej jednoznaczne są wyniki dotyczące związków między występowaniem myśli samobójczych a zachowaniami eksternalizacyjnymi młodzieży szkolnej. Wyniki opisowe wskazują na podwyższone ryzyko występowania myśli samobójczych związane ze wszystkimi rodzajami problemów eksternalizacyjnych (używaniem substancji,

wykroczeniami i przemocą). W analizach regresji logistycznej te związki nie uzyskały potwierdzenia, z jednym wyjątkiem – częste picie alkoholu okazało się czynnikiem istotnie zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia myśli samobójczych. Ten wynik jest zgodny z ustaleniami dotyczącymi różnorodnych konsekwencji nadużywania alkoholu przez młodzież (Ambroziak i in., 2018; Windle, Miller-Tutzauer, Domenico, 1992).

WNIOSKI

1. Wyniki dotyczące rozpowszechnienia myśli samobójczych oraz rozpowszechnienia problemów inter- i eksternalizacyjnych sugerują, że u 20–25% nastolatków we wczesnym okresie dojrzewania występują problemy dotyczące zdrowia psychicznego, które wymagają pomocy ze strony dorosłych lub specjalistów.
2. Wyniki badań potwierdzają związek sytuacji rodzinnej z kondycją psychiczną nastolatków, dlatego tak ważna jest współpraca szkoły z rodzicami czy opiekunami w profilaktyce samobójstw oraz rozwiązywaniu innych problemów zdrowia psychicznego młodych ludzi.

E-mail autora: ostasz@ipin.edu.pl.

BIBLIOGRAFIA

- Adalf, E. M., Pagila, A. (2001). *The mental health-being of Ontario students. Findings from the OSDUS 1991–1999*. Ontario: Centre for Addiction and Mental Health.
- Ambroziak, K., Kołakowski, A., Siwek, K. (2018). *Depresja nastolatków. Jak ją rozpoznać, zrozumieć i pokonać*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Babbie, E. (2008). *Podstawy badań społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bobrowski, K., Czabała, C., Brykczyńska, C. (2007). Risk behaviours as a dimension of mental health assessment in adolescents. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 9(1), 17–26.
- Bobrowski, K. (2017). Symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego. W: K. Ostaszewski (red.), *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych, problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży. Badania mokotowskie 2004–2016. Badania ukraińskie, obwód lwowski 2016* (s. 55–76). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

- Borowsky, I. W., Ireland, M., Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*, 107, 485–493.
- Center for Disease Control and Prevention (1998). Self-reported Frequent mental Distress Among Adults – United States, 1993–1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47(6), 325–331.
- Czabała, C., Brykczyńska, C., Bobrowski, K., Ostaszewski, K. (2005). Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14, 1–9.
- Dzielska, A., Kowalewska, A. (2014). Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu. *Studia BAS*, 2(38), 141–170.
- Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behaviour. W: R. Jessor (red.), *New perspectives on adolescent risk behaviour* (s. 1–10). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kelley, A., Schochet, T., Landry, C. (2004) Risk taking and novelty seeking in adolescence. *Annals New York Academy of Science*, 1021, 27–32.
- Krawczyk, J., Gmitrowicz, A., (2014). Analiza czynników chroniących przed samobójstwem. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(1), 43–44.
- Kuberska-Przekwas, K. (2014). Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna. *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne*, 1, 51–70.
- Makara-Studzińska, M. (2013). Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14–18 lat. *Psychiatria*, 10(2), 76–83.
- Makowska, Z., Merecz, D. (2001). Polska adaptacja Kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28. W: B. Dudek (red.), *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga* (s. 191–264). Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy.
- Miniño, A. (2010). *Mortality among teenagers aged 12–19 years: United States, 1999–2006*. NCHS data brief, no 37. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Ostaszewski, K. (2014). *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Popek, L. (2017). Problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. W: W. Ostrega, A. Oblacińska (red.), *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej* (s. 48–61). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression for research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.

- Schleider, J. L., Weisz, J. R. (2017). Family process and youth internalizing problems: A triadic model of etiology and intervention. *Development and psychopathology*, 29(1), 273–301.
- Sierosławski, J., Zieliński, A. (1999): Picie i postawy młodzieży wobec alkoholu na podstawie wyników badań szkolnych (ESPAD). W: *Alkohol a zdrowie, nr 23. Alkohol a młode pokolenie Polaków połowy lat dziewięćdziesiątych*, 73–101.
- Szeredzińska, R. (2017). Zdrowie dzieci i młodzieży, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 16(1), 94–131.
- Tabak, I. (2011). Rodzinne determinanty zdrowia psychicznego 17-latków w kontekście uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. W: J. Mazur (red.), *Społeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Tabak, I. (2014). Zdrowie psychiczne u dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. *Studia Biura Analiz Sejmowych*, 2(38), 113–138.
- Tabak, I., Mazur, J. (2008). Współczesna rodzina a zdrowie psychiczne i zadowolenie z życia polskich nastolatków. W: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), *Promocja Zdrowia Psychicznego – badania i działania w Polsce* (s. 101–107). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Urban, B. (2000). *Zachowania dewiacyjne młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Genewa: World Health Organization.
- Windle, M., Miller-Tutzauer, C., Domenico, D. (1992). Alcohol use, suicidal behavior, and risky activities among adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 2(4), 317–330.
- Wolańczyk, T. (2002). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży w Polsce*. Warszawa: Akademia Medyczna w Warszawie.
- Wolniewicz-Grzelak, B. (1995). Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem „Piwo-Wino-Wódka”. *Alkoholizm i Narkomania* 2/19, Warszawa; 117–127.
- Wojnarowska, B., Oblacińska, A., (2014). Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. *Studia Biura Analiz Sejmowych*, 2(38), 41–64.

SUICIDAL THOUGHTS IN THE CONTEXT OF FAMILY SITUATION, AND INTERNALIZING / EXTERNALIZING PROBLEMS AMONG YOUTH BETWEEN 14 AND 16 YEARS OF AGE

Children and adolescents suicides is a serious health and social problem. Modern suicidology treats suicide as a process or sequence of events in which suicidal thoughts, in addition to suicide plans and attempts, play an important role. The aim of this longitudinal study was to assess changes in the prevalence of suicidal thoughts and internalizing and externalizing problems in adolescents between 14 and 16 years of age, as well as to study the relationship between family factors, mental health problems and risk behaviors and the occurrence of suicidal ideation in adolescents. The tests were longitudinal. This study was based on the self-report data taken from a two-wave longitudinal study conducted in Warsaw. 747 middle school students (46% boys) were twice surveyed during middle school. Results indicated that about 20% of teenagers had suicidal thoughts during the last year preceding the study. Logistic regression analyzes showed that parenting in an incomplete family and insufficient parental support measured at the age of 14 significantly increased the risk of suicidal thoughts at the age of 16. The risk factors of suicidal thoughts also included symptoms of depression, psychological distress, mental well-being and frequent alcohol use. The results confirm the relationship between the family situation and the mental condition of adolescents. This is why it is so important to cooperate with parents in suicide prevention and in solving other mental health problems of young people.

KEYWORDS:

SUICIDAL THOUGHTS, YOUTH, FAMILY FACTORS, INTERNALIZING PROBLEMS, EXTERNALIZING PROBLEMS

Cytowanie:

Ostaszewski, K. (2018). Myśli samobójcze a sytuacja rodzinna oraz problemy inter- i eksternalizacyjne u młodzieży w wieku 14–16 lat. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(3), 42–62.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 3.0 Polska.