

Czynniki ryzyka samobójstwa w kontekście teorii integracji społecznej według Émile’a Durkheima

Risk factors of suicide with reference to the theory of social integration by Émile Durkheim

Małgorzata Kołodziej-Sarzyńska¹, Magdalena Majewska²,
Dariusz Juchnowicz³, Hanna Karakuła-Juchnowicz^{4,5}

¹ Szpital Powiatowy w Nowej Dębie,
Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie.
Kliniczny Oddział Toksykologiczno-Kardiologiczny

³ Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego

⁴ Uniwersytet Medyczny w Lublinie, I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji

⁵ Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej

Summary

Aim. The aim of the paper was to: (1) present economic, socio-demographic and other indicators related to suicide, useful from the perspective of social integration theory, and (2) identify new indicators of special importance to contemporary Poland.

Method. A narrative literature review on the sociological approach to suicide was undertaken by searching MEDLINE/PubMed, PsycINFO, Google Scholar databases using the following key words: *suicide, suicide risk factors, Durkheim's theory of suicide, integration and disintegration of society, sociodemographic factors, economic factors, religion*, and the time descriptors: 2000–2017.

Results. Suicide risk was analyzed in relation to: family integration (including the rates of divorce, marriage, fertility, and women's participation in the labour market); economy (including the unemployment rate, gross domestic product *per capita*, Gini social inequality index, and social welfare indicators); social issues (including the indicators of the healthcare system quality, the rates of alcohol consumption *per capita* and migration); religion (including the parameters of conventional religiosity, Gallup index, and percentage of religious books). The issues relevant for Poland were addressed while discussing Balanced Development Index in economic aspect, and *dominantes* and *communicantes* rates in religious aspect.

Conclusions. This literature review may be useful in the assessment of suicide risk when designing suicide prevention programs and for mental health clinicians in their daily practice.

Słowa kluczowe: samobójstwo, teoria samobójstwa Durkheima, czynniki ryzyka samobójstwa

Key words: suicide, Durkheim's theory of suicide, suicide risk factors

Wstęp

W ciągu ostatnich stu lat odnotowano znaczny wzrost liczby samobójstw w większości krajów świata. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) co roku śmiercią samobójczą umiera ponad milion osób, a to oznacza, że co minutę dwie lub więcej osób odbiera sobie życie [1, 2]. Nadal obserwuje się w tym zakresie tendencję wzrostową, co sprawia, że samobójstwa stają się coraz większym wyzwaniem w kontekście zdrowia publicznego [2].

Indywidualna decyzja o targnięciu się na swoje życie jest z pewnością dramatyczna i jak wynika z dotychczas przeprowadzonych badań i obserwacji klinicznych – niezrządkiem wieloczynnikowa [3, 4]. Z analizy pozostawionych przez samobójców listów pożegnalnych rzadko można wysnuć jeden konkretny motyw, sytuację, która doprowadziła do samobójczej śmierci, jest to raczej splot niekorzystnych zdarzeń w połączeniu z przewlekłym uczuciem niezaspokojenia potrzeb uczuciowych czy bytowych [3, 4]. W żaden sposób nie umniejszając roli tych indywidualnych motywów odebrania sobie życia, na samobójstwa można spojrzeć w kontekście szerszym, społecznym, szukając przyczyn, które w sposób pośredni sprawiają, że określona grupa społeczna wykazuje mniejsze lub większe tendencje samobójcze.

Socjologiczne podejście do fenomenu samobójstw zainicjował Émile Durkheim, który w 1897 roku w pracy *Le suicide* przedstawił teorię integracji i dezintegracji społeczeństwa [5]. Wyszukał on koncepcję, że samobójstwa są czułym wskaźnikiem integracji społecznej, a im wyższe są wskaźniki śmierci samobójczej, tym dezintegracja zbiorowości jest większa. Wyróżnił również cztery główne rodzaje samobójstw:

- 1) samobójstwo egoistyczne, które jest efektem małej integracji jednostki ze społecznością. Są to samobójstwa ludzi, którzy mimo wysokich wskaźników cywilizacyjnych grupy czują się wyalienowani, „samotni w tłumie”;
- 2) samobójstwo altruistyczne, które jest przejawem nadmiernej integracji z grupą, zbyt dużej identyfikacji z jej celami kosztem życia jednostki. Przykładem tego zjawiska są czyny pilotów kamikadze czy terrorystów samobójców;
- 3) samobójstwo anomiczne, które jest wyrazem zakłócenia ładu społecznego, rozregulowania mechanizmów społecznych, co sprawia, że jednostka w mniejszym stopniu jest stymulowana i kontrolowana przez grupę;
- 4) samobójstwo fatalistyczne, które jest efektem tragicznej sytuacji jednostki bez perspektyw na poprawę. Do tej grupy możemy zaliczyć samobójstwa zbiorowe dokonywane przez członków sekt. Ten typ samobójstwa nie był badany przez przedstawicieli szkoły durkheimowskiej [4, 5].

Porównując wskaźniki samobójstw z 2015 roku w krajach europejskich, możemy natrafić na zaskakujące różnice: przykładowo na Litwie wskaźnik wynosił 32,7/100

tys. mieszkańców, w sąsiadującej Polsce 22,3/100 tys., w Norwegii 10,9/100 tys., natomiast w Grecji tylko 4,3/100 tys. mieszkańców [6]. Zgodnie z poglądami Durkheima, jak i współczesnych badaczy, u podłoża różnic we wskaźnikach samobójstw w poszczególnych krajach leżą odmienne uwarunkowania społeczne, gospodarcze, kulturowe i religijne, które doprowadzają do dezintegracji jednostki [7–9].

Cel pracy

Celem pracy, opartej na przeglądzie piśmiennictwa, było: (1) zaprezentowanie użytecznych w kontekście teorii integracji społecznej wskaźników ekonomicznych, socjodemograficznych i innych wskaźników związanych ze zjawiskiem samobójstw oraz (2) wskazanie nowych wskaźników, które mogą mieć szczególne znaczenie we współczesnych warunkach polskich.

Metoda

Dokonano narracyjnego przeglądu piśmiennictwa [10] poświęconego socjologicznemu podłożu samobójstw, przeszukując internetowe bazy danych MEDLINE/PubMed, PsycINFO i Google Scholar z użyciem słów kluczy: *suicide, suicide risk factors, Durkheim's theory of suicide, integration and disintegration of society, socio-demographic factors, economic factors, religion* oraz określając deskryptory czasowe: 2000–2017. Uzyskano 469 wyników, spośród których wybrano prace w języku angielskim publikowane w recenzowanych czasopismach. Dodatkowe artykuły znaleziono przez ręczne przeszukiwanie spisów piśmiennictwa oraz prac publikowanych w czasopiśmie „Suicydologia” z 2015 roku. Ostatecznie wykorzystano 63 prace naukowe. W celu przedstawienia szerszego kontekstu omawianego zagadnienia korzystano również z opracowań Głównego Urzędu Statystycznego [11, 12], Instytutu Statystyki Kościoła Katolickiego [13] i baz danych WHO [1, 6]. Kierując się założeniami teorii integracji i dezintegracji społecznej E. Durkheima, wyodrębniono grupy czynników wpływających na wskaźniki samobójstw w aspekcie integracji rodzinnej, ekonomicznej, społecznej i religijnej.

Wyniki

Analiza dostępnego piśmiennictwa pozwoliła wyłonić czynniki, które wiążą się z podwyższonym ryzykiem samobójstwa, zgodne z teorią integracji i dezintegracji społecznej E. Durkheima. Dla jak największej przejrzystości pracy omówione zostaną kolejno:

- I. w aspekcie integracji rodzinnej: A. wskaźnik rozwodów, B. wskaźnik małżeństw, C. wskaźnik dzietności i wskaźnik płodności, D. udział kobiet na rynku pracy;
- II. w aspekcie gospodarczym: A. stopa bezrobocia, B. produkt krajowy brutto *per capita* oraz wskaźnik Giniego, C. wskaźniki dobrobytu społecznego;

- III. w aspekcie społecznym: A. wskaźniki jakości systemu opieki zdrowotnej, B. wskaźnik spożycia alkoholu *per capita*, C. wskaźnik migracji;
- IV. w wymiarze religijnym: parametry religijności konwencjonalnej (*domicantes* i *communicantes*), wskaźnik Gallupa oraz odsetek książek o tematyce religijnej.

I. Wskaźniki wiążące się z ryzykiem samobójstwa w aspekcie integracji rodzinnej

A. Wskaźnik rozwodów a ryzyko samobójstwa

Rodzina stanowi podstawową komórkę społeczną wywierającą ogromny wpływ na dobrostan psychiczny wszystkich jej członków [14]. W wymiarze integracja-dezintegracja rodziny najczęściej badano wpływ rozwodów na ryzyko zachowań samobójczych [15]. Rozwód jest dla członków rodziny czynnikiem silnie traumatyzującym; w skali stresu mierzonego w tzw. jednostkach zmian życiowych według Holmesa i Rahe'a znajduje się na drugiej pozycji, zaraz za śmiercią współmałżonka [16]. Rozwód nie jest też raczej zdarzeniem nagłym, zazwyczaj poprzedzony jest miesiącami lub latami konfliktów, negatywnego nastawienia do współmałżonka, sprawiającymi, że małżeństwo staje się przykre i uciążliwe. Z drugiej strony sam rozwód, poza rozstaniem partnerów i związanym z tym poczuciem straty i samotnością, pociąga za sobą wiele innych następstw. Problem stanowi opieka nad dziećmi, ponieważ zwykle jeden z rodziców jest znacząco odseparowany od potomstwa, drugi natomiast musi sam wypełnić obowiązki rodzicielskie i zaspokoić potrzeby materialne rodziny. Rozwód nie jest powszechnie akceptowanym rozwiązaniem, pogarsza się zatem status społeczny osoby rozwiedzionej, co dotyczy zwłaszcza kobiet [4]. Na gorsze zmienia się też status materialny rozwiedzionej osoby. Rozwód wywiera również ogromny wpływ na stan emocjonalny i zachowania dzieci, które częściej niż te z pełnych rodzin wykazują tendencje autodestrukcyjne [4].

W populacji osób rozwiedzionych czynniki suicydogenne występują z większą częstością niż wśród osób pozostających w związkach małżeńskich. Wśród osób rozwiedzionych odnotowano o 40% większe rozpowszechnienie depresji, w grupie tej także wskaźnik umieralności był wyższy o 52% dla mężczyzn i 43% dla kobiet [17]. W badaniach austriackich z lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku wykazano, że współczynnik samobójstw wśród osób po rozwodzie wynosił aż 128,6/100 tys. ludności, w porównaniu z 30,5/100 tys. wśród osób w związkach małżeńskich [18]. W licznych analizach stwierdzono dodatnią korelację współczynnika samobójstw ze współczynnikiem rozwodów zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn [19, 20]. Z badań przeprowadzonych w Danii, obejmujących analizę lata 1906–2006, wynika, że przy wzroście liczby rozwodów o 1% samobójstwa wśród mężczyzn rosła o 0,52%, a wśród kobiet o 1,12% [21]. W badaniach amerykańskich wykazano, że ryzyko śmierci samobójczej u rozwiedzionych mężczyzn było dwukrotnie większe niż u mężczyzn żonatych, podczas gdy dla kobiet nie stwierdzono takiej zależności [22].

Podobną prawidłowość jak w wypadku rozwodu możemy dostrzec również wśród osób owdowiałych [23–26], ale nie dotyczy to wszystkich osób stanu wolnego. W wie-

lu badaniach zaobserwowano najniższy wskaźnik samobójstw u panien i kawalerów [3]. To może sugerować, że nie tyle życie rodzinne stanowi czynnik zapobiegający samobójstwom, ile raczej nagła zmiana stanu cywilnego i związane z tym poczucie straty przyczynia się do wzrostu tendencji samobójczych [3, 4]. Tę tezę potwierdzają zarówno badania z lat sześćdziesiątych XX wieku – wykazano wówczas, że liczba samobójstw w pierwszym roku po śmierci współmałżonka jest dwukrotnie większa niż w kolejnych latach [3], jak i nowsze opracowania, w których stwierdzono, że ryzyko śmierci jest największe w ciągu trzech miesięcy od śmierci partnera [27].

B. Wskaźnik małżeństw a ryzyko samobójstwa

W licznych badaniach poszukiwano również korelacji między wskaźnikiem małżeństw a wskaźnikami samobójczej śmierci, spodziewając się odwrotnych zależności niż w wypadku rozwodów [19]. Według Durkheima małżeństwo daje poczucie wspólnoty oraz reguluje zachowania obyczajowe, seksualne, niesie za sobą szereg ograniczeń i obowiązków, zmniejszając anomie, a tym samym zapobiegając samobójstwom [28]. Co ciekawe, w badaniu Neumayera [19] wpływ wskaźnika małżeństw na zmniejszenie rozpowszechnienia samobójstw potwierdzono tylko w odniesieniu do mężczyzn. Natomiast w pracy Milnera i wsp. [29] nie wykazano żadnej zależności między wskaźnikami małżeństw a wskaźnikami samobójstw u obu płci. Z kolei w badaniu duńskim, w którym poddano analizie lata 1906–2006, ujawniono ochronny wpływ małżeństwa zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Jednoprocentowy wzrost liczby małżeństw powoduje zmniejszenie liczby samobójstw o 0,77% dla mężczyzn i o 0,63% dla kobiet [21]. Możliwe jednak, że ochronny efekt małżeństwa jest uwarunkowany kulturowo: jak wskazują badania z Chin, stres związany z życiem rodzinnym może podwyższać ryzyko samobójstwa wśród zamężnych kobiet [30].

Status małżeński, obok przynależności religijnej i parametrów związanych z wielkością sieci społecznej, był częścią wskaźnika społecznej integracji, stworzonego na potrzeby 24-letniego kohortowego badania ryzyka śmierci samobójczej wśród mężczyzn – pracowników ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych. Badanie wykazało ponaddwukrotnie mniejsze ryzyko samobójstwa wśród osób badanych o wysokiej integracji społecznej podczas całego okresu obserwacji [31].

Pozostawanie w związku małżeńskim ma wartość protekcyjną podczas oceny indywidualnego ryzyka samobójstwa [21]. Badania pokazują ciekawe zjawisko – w ujęciu społecznym wskaźnik małżeństw nie zawsze wpływa na wskaźnik samobójstw [29] lub wpływa tylko na wskaźniki samobójstw u mężczyzn [19]. Wobec tego wskaźnik małżeństw jako wyznacznik integracji rodziny w obecnych czasach traci na wartości. Coraz więcej jest par i rodzin żyjących bez ślubu, większa jest też akceptacja dla takiego stylu życia [11], a małżeństwo, które miało „służyć regulacji namiętności” [27], nie spełnia tej funkcji przy ogólnym przyzwoleniu na seks przedmałżeński. Coraz większe rozpowszechnienie rozwodów i większa ich akceptacja niesie jeszcze jeden poważny skutek dla społeczeństwa – małżeństwo straciło cechę trwałości [11]. Durkheim [5] pisze również, że istnieje dodatni związek pomiędzy wskaźnikiem rozwodów a wskaźnikiem samobójstw, ponieważ rozwód tworzy „niestabilną równo-

wagę” w życiu osób rozwiedzionych i eliminuje ważny czynnik regulacji społecznej (tj. małżeństwo) w ich życiu. Durkheim klasyfikuje rozwód jako formę stałej anomii rodzinnej, ponieważ „tam gdzie jest wiele rozwodów, musi być też wiele rodzin mniej lub bardziej bliskich rozwodu” [5, s. 263].

C. Wskaźnik urodzeń i wskaźnik płodności a ryzyko samobójstwa

Wyznacznikiem integracji życia rodzinnego może być również obecność dzieci. Już Durkheim zauważył, że niski wskaźnik urodzeń świadczy o osłabieniu społecznej integracji i powoduje wzrost liczby samobójstw [7]. W kolejnych badaniach potwierdzono tę tezę, jednocześnie sugerując, że obecność dzieci chroni kobiety bardziej niż mężczyzn [32, 33]. W pracy Neumayera [19] wykazano negatywną korelację między wskaźnikiem urodzeń a wskaźnikami samobójstw u obu płci, natomiast nie odnotowano żadnej korelacji ze wskaźnikiem określającym średnią liczbę osób w gospodarstwie domowym. W badaniu Milnera i wsp. [29] użyto wskaźnika płodności (liczba dzieci przypadających na kobietę w wieku rozrodczym) i wykazano negatywną korelację ze wskaźnikiem samobójstw u mężczyzn, bez istotnego wpływu na samobójstwa kobiet.

D. Wskaźnik uczestnictwa kobiet w rynku pracy a ryzyko samobójstwa

Jeszcze sto lat temu model życia rodzinnego zakładał, że mężczyzna wykonuje pracę zawodową i zarabia pieniądze, a rolą kobiety jest opieka nad dziećmi i dbanie o dom. Emancypacja kobiet i ich udział w rynku pracy postawiły przed instytucją rodziny nowe wyzwania – dla żony konieczność łączenia aktywności zawodowej z obowiązkami domowymi, a dla męża akceptację silniejszej pozycji kobiety w rodzinie i zaangażowanie się w prowadzenie domu [3].

Tym zjawiskiem zajmowali się J. Gibbs i W. Martin, tworząc teorię integracji statusu, której szczególnym aspektem jest podwójny status kobiety jako matki i żony oraz pracownicy, a także jego związek ze współczynnikami samobójstw [3]. Badano poziom uczestnictwa kobiet w rynku pracy (wskaźnik FPLF – *Female Participation in the Labour Force*), który np. w Kanadzie w 1931 roku wynosił 19,3%, a w 1981 roku już 52%. Zauważono, że wskaźnik FPLF był w Kanadzie pozytywnie skorelowany ze wskaźnikami samobójstw kobiet i mężczyzn w roku 1971, natomiast w 1981 roku pozytywna korelacja FPLF dotyczyła jedynie wskaźnika samobójstw mężczyzn. Podobne obserwacje poczyniono w Stanach Zjednoczonych – w latach 1948–1963 wzrost FPLF wiązał się ze zwiększeniem wskaźników samobójczej śmierci u obu płci jednakowo, a w latach 1964–1980 miał wpływ na zwiększenie liczby samobójstw tylko wśród mężczyzn. Wydaje się, że początkowy okres wchodzenia kobiet na rynek pracy niósł ze sobą trudności dla obu płci i stąd równomierny wzrost wskaźnika samobójstw [18]. Natomiast w kolejnych latach, kiedy poziom uczestnictwa kobiet w rynku pracy znacznie się zwiększył i stał się czymś powszechnym i oczywistym, poziom FPLF przestał korelować ze wskaźnikami samobójstw u kobiet, jednakże utrzymał się jego związek z samobójstwami mężczyzn [18].

W badaniu obejmującym dane z 35 krajów świata z lat 1980–2006 wykazano pozytywną korelację FPLF ze wskaźnikami samobójstw zarówno kobiet, jak i mężczyzn, jednak w wypadku mężczyzn ten związek był silniejszy. Autorzy wyciągnęli z tego wnioski, że wpływ zmian ról społecznych przypisanych płci jest większy w wypadku mężczyzn [29]. W badaniu Neumayera [19] uwzględniającym dane z 68 państw z lat 1980–1999 wykazano podobną pozytywną korelację FPLF ze wskaźnikiem samobójstw u obu płci. Z kolei w opracowaniu Kølvesa i wsp. [20] dotyczącym 13 krajów dawnego bloku sowieckiego nie stwierdzono istotnej korelacji między FPLF a poziomem samobójstw – autorzy tłumaczyli to wpływem komunistycznej ideologii, w której praca była etycznym obowiązkiem dla obu płci [20]. M. Jarosz [3] zwraca uwagę na zmiany społeczne związane z emancypacją kobiet w szerszym kontekście. Zauważa, że kobiety są lepiej wykształcone i konkurencyjne na rynku pracy. Rosnąca pozycja kobiety wiąże się z większymi oczekiwaniami i wymaganiami od życia i od partnerów. Te zmiany w postrzeganiu płci oraz fakt, że nie istnieją konkretnie określone role przynależne kobietom i mężczyznom, to również przejawy Durkheimowskiej anomii [3].

II. Wskaźniki wiążące się z ryzykiem samobójstwa w aspekcie gospodarczym

A. Stopa bezrobocia a ryzyko samobójstwa

Durkheim w swojej teorii integracji i dezintegracji społecznej wiele miejsca poświęcił aspektowi gospodarczemu i finansowemu [7]. Wysunął tezę, że nagła zmiana warunków ekonomicznych, zarówno korzystna, jak i niekorzystna, powoduje anomię, obniżenie kontroli społecznej nad jednostką, co skutkuje wzrostem współczynnika samobójstw. Co interesujące, również zmiana na lepsze może przyczynić się do wzrostu tendencji samobójczych. W historycznym badaniu opisanym przez Stacka [34] wykazano, że wzrost gospodarczy jest pozytywnie skorelowany ze wskaźnikami samobójstw. W innym badaniu przeciwnie – udowodniono, że wskaźniki samobójstw zmniejszają się w czasach prosperity, a zwiększają podczas kryzysu ekonomicznego [35]. Badania nie są jednoznaczne, dlatego warto przyrzeć się bardziej szczegółowym wskaźnikom świadczącym o wroście czy kryzysie gospodarczym.

Bezrobocie, mierzone stopą bezrobocia, jest jednym z bardziej interesujących wskaźników, głównie dlatego, że jego interpretacja wykracza poza aspekt ekonomiczny, dotykając również obszaru rodziny i zdrowia [4]. Bezrobocie to nie tylko brak środków na utrzymanie, a w związku z tym pogorszenie sytuacji finansowej, utrata bezpieczeństwa ekonomicznego, konflikty rodzinne na tle finansowym, ale też obniżenie poczucia własnej wartości, większe ryzyko depresji i nadużywania alkoholu [4]. Wysoka stopa bezrobocia w społeczeństwie wpływa również na zatrudnionych, którzy boją się o swoje miejsce pracy. Także długość pozostawania bez zatrudnienia niesie za sobą ogromne negatywne konsekwencje: z czasem wiara w powrót na rynek pracy i motywacja stają się mniejsze, narasta zniechęcenie i poczucie beznadziei [18]. Często się zdarza, że osoby znajdujące zatrudnienie po długim okresie bezrobocia dostają pracę, która wymaga mniejszych kwalifikacji i jest gorzej płatna, a ta relatywna deprywacja również przyczynia się do podwyższenia ryzyka samobójstwa [18].

W 1984 roku Platt porównał wskaźniki samobójstw w jednym z rejonów Londynu i stwierdził, że u bezrobotnych wskaźnik wynosił 73,4/100 tys. w porównaniu z 14,4/100 tys. dla całej populacji [18]. W badaniu Kølvesa i wsp. [20] wykazano, że stopa bezrobocia pozytywnie koreluje ze wskaźnikami samobójstw zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn; podobne wnioski wysunęli Neumayer [19] oraz Fernquist i Cutright [28]. Również w Stanach Zjednoczonych w latach 1999–2009 opisano większy wskaźnik samobójstw w hrabstwach o większym bezrobociu [36]. Natomiast w badaniu Andréa z 2005 roku [37] nie stwierdzono takiej zależności. Interesująca analiza dotyczy sytuacji w Łodzi po transformacji ustrojowej – w mieście słynnym z przemysłu włókienniczego po roku 1990 większość zakładów produkcyjnych upadła, pozostawiając ludność bez pracy. Od wielu lat w tym mieście zarówno wskaźniki bezrobocia, w tym bezrobocia długotrwałego, jak i wskaźniki samobójstw należą do najwyższych w Polsce [38].

Także analiza ryzyka samobójstw w powiązaniu z sytuacją na rynku pracy w latach 2001–2011 w Anglii i Walii przyniosła ciekawe spostrzeżenia. Masowe zwolnienia i bezrobocie związane z kryzysem ekonomicznym z 2008 roku nie wpłynęły na wskaźnik samobójstw u kobiet, natomiast znacznie podniosły go u mężczyzn w wieku 35–45 lat, przy czym w grupie młodszych mężczyzn kluczowe okazały się inne wykładniki kryzysu ekonomicznego – osobiste długi i przejęcia mieszkań przez wierzycieli [39]. Sam Durkheim w *Le suicide* o bezrobociu nie pisał, jednakże od czasów wielkiego kryzysu z lat 1929–1933 bezrobocie jest rozpoznane i badane jako czynnik ryzyka samobójstw [4].

B. Produkt krajowy brutto i współczynnik nierówności społecznej Giniego a ryzyko samobójstwa

Bezpośrednio o wzroście lub kryzysie gospodarczym mówi dochód – produkt krajowy brutto (PKB) w całości lub w przeliczeniu na obywatela, z uwzględnieniem wartości nabywczej pieniądza [40]. Oczywiście z perspektywy jednostki być może ważniejszy jest indywidualny dochód, natomiast na podstawie wysokości PKB można też wnioskować, jakie środki społeczeństwo jest w stanie przeznaczyć na opiekę zdrowotną, edukację, zabezpieczenia socjalne, co lepiej świadczy o jego dobrobycie. Rozkład wysokości dochodów w populacji określa tzw. współczynnik nierówności społecznej Giniego, którego wartości znajdują się w przedziale od 0 do 1, a im większa wartość wskaźnika, tym większe różnice w dochodach [41].

Można przypuszczać, że większa nierówność w dochodach w krajach rozwiniętych skutkuje większą anomią, gdyż z jednej strony naruszona jest wtedy powszechna idea równości, a z drugiej znaczna grupa ludzi, porównując się do tych najbogatszych, może mieć poczucie porażki w dążeniu do ekonomicznego sukcesu [28]. Do podobnych wniosków udało się dojść na podstawie badania przeprowadzonego w Sztokholmie. Okazuje się, że najwyższe wskaźniki samobójstw występują w najbogatszych dzielnicach miasta, jednakże życie odbierają sobie głównie najbiedniejsi mieszkańcy tych dzielnic. Zauważono przy tym, że ryzyko samobójczej śmierci wśród beneficjentów pomocy społecznej jest niższe, jeśli zamieszkują oni w sąsiedztwie innych osób pobierających zasiłki [42].

We wspomianej już pracy Kõlvesa i wsp. [20] udowodniono negatywną korelację między PKB *per capita* a wskaźnikami samobójstw zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn oraz pozytywną korelację między współczynnikiem Giniego a samobójstwami kobiet. Zaskakująca jest ta ostatnia relacja, ponieważ mogłoby się wydawać, że to mężczyźni będą bardziej wrażliwi na różnice w dochodach [20]. Z takim założeniem projektowano inne badanie [6], które jednak nie wykazało żadnej istotnej zależności między wskaźnikami ekonomicznymi a samobójczymi u obu płci.

C. Wskaźniki dobrobytu społecznego a ryzyko samobójstwa

Celem rozwoju gospodarczego nie jest produkcja PKB czy wzrost innego ekonomicznego wskaźnika, tylko poprawa warunków życia ludzi, czyli wzrost dobrobytu. W 1990 roku pakistański ekonomista Mahbub ul Haq stworzył syntetyczny wskaźnik *Human Development Index* (HDI), którym mierzył dobrobyt w trzech płaszczyznach: „długie i zdrowe życie”, „wiedza” i „dostatni standard życia”. Od 1993 roku wskaźnika HDI używa Organizacja Narodów Zjednoczonych do tworzenia rankingu krajów o największym dobrobycie (w raporcie z 2016 roku Polska zajmowała 36. miejsce) [43]. Porównując HDI i wskaźniki samobójstw w poszczególnych krajach, zauważono, że najwięcej samobójstw jest w krajach wysoko rozwiniętych, następnie w krajach bardzo wysoko rozwiniętych i średnio rozwiniętych [44].

W Polsce powstał podobny wskaźnik – BDI (*Balanced Development Index*, Indeks Zrównoważonego Rozwoju), który łączy w sobie cztery aspekty: zewnętrzne i wewnętrzne warunki ekonomiczne, sytuację społeczną w kraju oraz oczekiwania i nadzieje ludności ustalane na podstawie badań CBOS. BDI jest szacowany od 1999 roku i dotychczas najwyższy był w 2007 roku. Autorzy wskaźnika porównali jego dynamikę zmian ze zmieniającą się kondycją psychiczną Polaków (ocenianą na podstawie sondażu CBOS „Zdrowie psychiczne Polaków” oraz obiektywnego wskaźnika samobójstw), zauważając silną negatywną korelację [45].

III. Wskaźniki wiążące się z ryzykiem samobójstwa w aspekcie społecznym

A. Wskaźniki jakości systemu opieki zdrowotnej a ryzyko samobójstwa

Chorobę jednostki można rozpatrywać nie tylko w aspekcie biologicznych dysfunkcji organizmu człowieka, ale też w nawiązaniu do jego funkcjonowania psychospołecznego. Choroba może uniemożliwiać pełnienie dotychczasowych ról w życiu rodzinnym czy zawodowym, wpływa również na członków rodziny chorego, na jego współpracowników, co zmniejsza integrację społeczną [46]. Istotną rolę w radzeniu sobie ze skutkami choroby odgrywa system opieki zdrowotnej, którego pracownicy mają za zadanie udzielenie porady medycznej oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego [47]. W kontekście samobójstw bardzo ważne jest rozpoznanie już przez lekarza pierwszego kontaktu symptomów sugerujących zwiększone ryzyko samobójstwa. W pracy Kõlvesa i wsp. [20] analizującej związek między wskaźnikiem liczby lekarzy rodzinnych na 100 tysięcy ludności a wskaźnikiem samobójstw udowodniono

negatywną korelację w wypadku samobójstw mężczyzn. W badaniu Milnera i wsp. z 2012 roku [29] jako wyznacznik jakości służby zdrowia potraktowano wydatki na opiekę zdrowotną *per capita* i stwierdzono negatywną korelację między tym wskaźnikiem a wskaźnikami samobójstw u obu płci.

B. Wskaźnik spożycia alkoholu *per capita* a ryzyko samobójstwa

Spożycie alkoholu jako czynnik zwiększający ryzyko samobójstw było niedoceniane przez Durkheima, postrzegał on alkoholizm jako „psychotyczny stan”, któremu przypisywano wszelkie bolączki ówczesnej cywilizacji [19]. Współcześni badacze dostrzegają ogromny wpływ szkodliwego spożywania alkoholu na wzrost tendencji samobójczych, zarówno przez przewlekłe negatywne skutki społeczne – rozpad rodziny, problemy z utrzymaniem zatrudnienia, jak i zwiększenie ryzyka agresywnych i auto-agresywnych zachowań w związku z ostrym zatruciem [4, 48]. Istnieje też koncepcja podkreślająca odwrotną zależność przyczynowo-skutkową: słaba społeczna integracja tworzy środowisko sprzyjające nadużywaniu alkoholu [4, 20]. W licznych badaniach potwierdzono przewidywaną pozytywną korelację między spożyciem alkoholu *per capita* a wskaźnikami samobójstw u obu płci [19, 37]. Natomiast w pracy Kõlvesa i wsp. [20] takiej zależności nie wykazano u mężczyzn, a u kobiet (zamieszkałych w Unii Europejskiej w latach 1990–2008) stwierdzono korelację negatywną.

Na poziomie społecznym te związki mogą się różnić w zależności od płci, powszechności i rodzaju dostępnego alkoholu, jak również stosunku do spożywania alkoholu w społeczeństwie [49–55]. Na przykład związek między samobójstwem a spożyciem alkoholu *per capita* wydaje się znacznie bardziej wyraźny w krajach z wysokim poziomem konsumpcji alkoholi wysokoprocentowych (tak jak w Europie Wschodniej), w porównaniu z krajami, w których praktykuje się picie umiarkowane [54, 56–58]. Wyniki te wskazują na znaczenie uwarunkowanego kulturowo stosunku do alkoholu oraz faktycznego rozpowszechnienia spożywania alkoholu w danym kraju.

C. Wskaźnik migracji społecznej a ryzyko samobójstwa

W kontekście współczesnej Polski ciekawych wniosków mogłoby dostarczyć porównanie wskaźników migracji zagranicznej ze wskaźnikami samobójstw. Od kiedy w 2004 roku przed Polakami otworzyły się europejskie rynki pracy, wielu z nich wyjechało w nadziei na lepsze życie. Ze statystyk prowadzonych w Wielkiej Brytanii wynika, że przynajmniej raz w miesiącu samobójstwo popełnia imigrant z Polski, a Polacy umierają śmiercią samobójczą na obczyźnie częściej niż inne nacje [4, 59]. Wiąże się to z pewnością z odseparowaniem od bliskich, trudnościami z dostosowaniem się do nowych warunków kulturowych, często z barierą językową, która uniemożliwia skorzystanie z pomocy psychologa czy pracownika socjalnego. Z powodu emigracji cierpią też rodziny, zarówno małżonkowie, jak i dzieci, często wychowywane bez jednego lub bez obojga rodziców [18].

W opublikowanym w 2015 roku badaniu opisującym zachowania samobójcze imigrantów z krajów europejskich nie stwierdzono generalnie większego ryzyka śmierci

samobójczej wśród tej grupy. Wyodrębniono jednak szczególne grupy ryzyka – są to imigranci z krajów Europy Wschodniej i Północnej, dla których wskaźnik samobójstw osiąga poziom powyżej średniej, a ponadto młode kobiety z Turcji, wschodniej Afryki i południowej Azji oraz osoby w starszym wieku [60].

W badaniu przeprowadzonym w latach 2008–2010 na wiejskich terenach Chin potwierdzono wpływ dezintegracji społecznej, związanej z migracjami wewnątrz kraju oraz różnorodnością etniczną, na zwiększone ryzyko śmierci samobójczej [61].

Takie czynniki, jak krótszy okres zamieszkania [62] oraz fakt pozostawania w związku (np. wyższe ryzyko w wypadku samotnych imigrantów) [63], także mogą mieć wpływ na poziom samobójstw wśród osób, które zdecydowały się opuścić swój kraj. Badanie przeprowadzone przez Ott i wsp. [64] sugeruje wyższe ryzyko samobójstwa w wypadku drugiego pokolenia imigrantów niż ich rodziców.

IV. Wskaźniki wiążące się z ryzykiem samobójstwa w wymiarze religijnym

Durkheim podkreślał rolę religii jako czynnika działającego ochronnie, zarówno z powodu doktryny (religie chrześcijańskie, judaizm i islam oceniają samobójstwo kategorycznie negatywnie), jak i integracji społecznej związanej ze wspólnymi praktykami religijnymi. Porównując wyznania, zauważył m.in., że protestanci popełniają samobójstwa częściej niż katolicy, i wysunął tezę, że dzieje się tak z powodu mniejszej instytucjonalizacji religii protestanckiej, większej samodzielności w podejmowaniu praktyk, co zmniejsza integrację społeczną. Najrzadziej samobójczą śmiercią ginęli wyznawcy judaizmu [7].

Na podstawie przeprowadzonego w Szwajcarii badania kohortowego opartego na spisie powszechnym z 2000 roku jego autorzy wykazali, że takie zależności wciąż istnieją, przy czym największe ryzyko śmierci samobójczej dotyczy osób bez przynależności religijnej, najmniejsze osób wyznania rzymskokatolickiego, a średnie protestantów [65].

Ostatnie lata, w dobie postępujących zmian społecznych, w tym procesów sekularyzacji w wielu państwach, przynoszą pytania dotyczące słuszności obserwacji Durkheima, a także określenia najrzetelniejszych miar oceniających zaangażowanie religijne. W 2008 roku opublikowano wyniki badania sondażowego przeprowadzonego w 67 krajach, w którym zadawano respondentom trzy pytania o religijność: czy religia stanowi ważną część ich życia, czy uczestniczyli w praktykach religijnych w ostatnim tygodniu i czy znają organizacje religijne ze swojego państwa. Stworzono wskaźnik religijności Gallupa, który odzwierciedlał odsetek pozytywnych odpowiedzi na te pytania. Stwierdzono negatywną korelację ($r = -0,64$; $p < 0,001$) pomiędzy tymże wskaźnikiem a wskaźnikiem samobójstw w danym kraju [66].

Wyniki badań Torglera i Schalteggera z 2014 roku [67] wskazują, że dla osób wyznania rzymskokatolickiego popełnienie lub akceptacja samobójstwa są mniej prawdopodobne niż dla protestantów. Różnica ta pozostaje nawet po skontrolowaniu takich czynników zakłócających jak wielkość sieci społecznych i religijnych. Ponadto autorzy zaobserwowali, że o ile sieci religijne zmniejszały liczbę samobójstw wśród protestantów, o tyle wpływ uczęszczania do kościoła bardziej dominował u katolików.

W przeprowadzonym badaniu zaangażowanie religijne i religijność w silnym stopniu obniżały akceptację dla samobójstw [67].

W przeprowadzonej w 2015 roku metaanalizie badań dotyczących religijności i ryzyka samobójstwa również potwierdzono protekcyjny wpływ religii, jednakże zauważono, że jest on szczególnie istotny w starszych grupach wiekowych, na obszarach jednolitych religijnie oraz w krajach kręgu kultury zachodniej [68]. Podobne wnioski przyniosło inne badanie, w którym potwierdzono, że religijność zdefiniowana przez deklarację wiary oraz uczestnictwo w praktykach religijnych przynajmniej 25 razy w roku chroni przed wystąpieniem myśli samobójczych zwłaszcza w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia [69].

Badanie przeprowadzone w Walii, Anglii i Szkocji w latach 2001–2010 nie potwierdziło wpływu deklarowanej przynależności religijnej na ryzyko samobójstwa, natomiast autorzy zwrócili uwagę, że deklaracja niekoniecznie oznacza udział w praktykach religijnych i zbieżny światopogląd, co oznacza, że warto poszukać wskaźników, które odzwierciedlałyby faktyczne zaangażowanie religijne, i ocenić ich wartość w przewidywaniu ryzyka samobójstwa [70].

W warunkach polskich, kiedy 87,6% społeczeństwa deklaruje wyznanie chrześcijańskie, z czego zdecydowana większość to katolicy [12], porównywanie wpływu konkretnej religii na samobójstwa wydaje się mało miarodajne. Z tego względu Polska wydaje się optymalnym krajem do przeprowadzania badań dotyczących powiązań między zaangażowaniem w praktyki religijne a ryzykiem samobójstwa. Od 1980 roku realizuje się w Polsce badania dotyczące właśnie tego aspektu religijności przez bezpośrednie zliczanie osób uczestniczących w niedzielnej mszy świętej (*dominicanes*) oraz przystępujących w jej trakcie do komunii świętej (*communicantes*). Wskaźnik *dominicanes* odnosi się raczej do siły wspólnoty religijnej, która w warunkach polskich ma również wymiar tradycyjny, natomiast wskaźnik *communicantes* określa liczbę najbardziej zaangażowanych wiernych. Od kiedy sporządzany jest ów spis, stwierdzono obniżenie wskaźnika *dominicanes* z 51% w 1980 roku do 39,8% w roku 2015 i wzrost wskaźnika *communicantes* z 7,8% w 1980 roku do 17% w roku 2015 [13]. Może to świadczyć o tym, że tradycja uczestnictwa we mszy świętej nie jest już tak silna, natomiast zwiększa się liczba osób, które przeżywają nabożeństwo z większym zaangażowaniem. Te dwa przejawy kultu niedzielnego, określane jako parametry religijności konwencjonalnej, mogą stanowić w Polsce najlepszy wyznacznik intensywności życia religijnego, choć do chwili obecnej nie przeprowadzono badań pod kątem ich związku ze wskaźnikami samobójstw.

W wielu badaniach za wyznacznik zaangażowania religijnego, bez względu na wyznanie, przyjmuje się odsetek książek o treściach religijnych wśród książek wydanych w danym roku. W badaniu Fernquista i Cutrighta [28] potwierdzono negatywną korelację tego wskaźnika ze wskaźnikami samobójstw. Z kolei w badaniu Neumayera [19], wykorzystującym do oceny integracji religijnej poza literaturą odsetek wyznawców katolicyzmu i islamu w społeczeństwie, nie uchwycono istotnej zależności ze wskaźnikami samobójczej śmierci.

Podsumowanie

Mimo iż od publikacji *Le suicide* minęło ponad sto lat, przemyślenia É. Durkheima nie tracą swojej aktualności. Nadal ogromną wartość protekcyjną przed samobójstwem mają więzi rodzinne, a rosnące wskaźniki rozwodów korelują z rosnącymi wskaźnikami samobójstw w wielu krajach [17, 19–22]. Warunki ekonomiczne wciąż w sposób istotny korelują ze wskaźnikami samobójstw, co dotyczy zwłaszcza stopy bezrobocia [19, 20, 28, 36–39] i zjawiska nierówności społecznej opisywanego współczynnikiem Giniego [20, 42]. Warto zauważyć, że te dwa czynniki można też interpretować w kategoriach dopasowania/wykluczenia społecznego [20]. Pomimo postępującej sekularyzacji religijność nadal ma dużą wartość protekcyjną przed samobójstwem [66–68]. Niekorzystny wpływ nadużywania alkoholu na tendencje samobójcze, niedoceniany przez Durkheima, został udowodniony i wydaje się najbardziej wyraźny w krajach, gdzie dominuje spożycie alkoholu wysokoprocentowych (należy do nich również Polska) [54, 56–58]. Specyfikę polskich warunków uwzględniają Indeks Zrównoważonego Rozwoju w aspekcie ekonomicznym [45] oraz wskaźniki *dominantes* i *communicantes* w wymiarze religijnym [13].

Powstało wiele innych opracowań naukowych mających na celu wyjaśnienie przyczyn samobójstw na gruncie socjologicznym, wykorzystujących różne opisane wyżej wskaźniki [19, 20, 28, 29, 37]. Dynamicznie zachodzące zmiany społeczne oraz złożoność problematyki związanej z samobójstwami uniemożliwiają jednak wskazanie jednego wskaźnika, który w najlepszy sposób oddawałby zjawisko anomii społecznej. Na gruncie tych obserwacji powstały również inne teorie, rozszerzające i uzupełniające koncepcję integracji społecznej Durkheima [9], między innymi teoria modernizacji, mówiąca o wpływie szybkiej industrializacji [71, 72], ale też rozwoju nauki i komunikacji na tendencje samobójcze w ujęciu populacyjnym [73]. Przedstawiono teorie zajmujące się wpływem kultury i funkcjonujących w jej ramach wzorców etyczno-prawnych i systemów wartości na zachowania samobójcze [73, 74], powstał model transmisji takich zachowań przez mass media i popkulturę [18, 73, 75]. Rozważa się także znaczenie wskaźnika określanego jako kultura samobójstwa, definiowanego jako stopień, do jakiego dany porządek normatywny potępia lub akceptuje akty autodestrukcji [76].

Rezultaty badań nie zawsze są jednoznaczne, co można zauważyć w przytoczonym przeglądzie piśmiennictwa, jednak stale przybliżają nas do zrozumienia procesów społecznych, które prowadzą do obserwowanego od lat wzrostu wskaźników samobójstw w Polsce. Dokonany przegląd wskaźników istotnych z punktu widzenia teorii dezintegracji społecznej Durkheima może mieć praktyczną wartość w ocenie ryzyka samobójstwa zarówno przy planowaniu programów mających na celu zapobieganie samobójstwom, jak i dla klinicystów pracujących w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. 2017. Global Health Observatory data. http://www.who.int/gho/mental_health/en/ (dostęp: 4.11.2017).
2. Skórzyńska H, Włoch M, Krawczyk M, Pacian A, Stefanowicz A, Pacian J i wsp. *Tendencje i uwarunkowania środowiskowe samobójstw w latach 2000–2010 w makroregionie lubelskim*. Probl. Hig. Epidemiol. 2013; 94(3): 562–568.
3. Jarosz M. *Samobójstwa w czasach kryzysu*. Suicydol. 2015; 7(1): 5–18.
4. Hołyst B. *Suicydologia*. Warszawa: LexisNexis; 2012.
5. Durkheim E. *Suicide: A study in sociology*. New York: Free Press; 1951 [originally published in 1897].
6. World Health Organization. 2017. Global Health Observatory data repository. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEV?lang=en> (dostęp: 4.11.2017).
7. Durkheim E. *On suicide*. London: Penguin; 2006 [originally published in 1897].
8. Bertolote JM, Fleischmann A. *A global perspective in the epidemiology of suicide*. Suicidologi 2002; 7(2): 6–8.
9. Douglas JD. *Social meanings of suicide*. Princeton: Princeton University Press; 2015.
10. Ferrari R. *Writing narrative style literature reviews*. Med. Writing 2015; 24(4): 230–235.
11. Strzelecki Z, Gałązka A, Jakimiuk A, Issat T, Korbasińska D, Kowalska I i wsp. *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2013–2014*. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych; 2014.
12. Główny Urząd Statystyczny. *Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*. Warszawa: GUS; 2013.
13. Sadłoń W ks. oprac. *Annuaire Statisticum Ecclesiae in Polonia*. Warszawa: Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego SAC; 2018.
14. Kałdon BM. *Rodzina jako instytucja społeczna w ujęciu interdyscyplinarnym*. Forum Pedagog. 2011; 1: 228–241.
15. Ide N, Wyder M, Kolves K, De Leo D. *Separation as an important risk factor for suicide: A systematic review*. J. Fam. Issues. 2010; 31(12): 1689–1716.
16. Holmes TH, Rahe RH. *The Social Readjustment Rating Scale*. J. Psychosom. Res. 1967; 11(2): 213–218.
17. Stack S, Wasserman I. *Marital status, alcohol consumption and suicide. An analysis of national data*. J. Marriage Fam. 1993; 55(4): 1018–1024.
18. Brodniak WA. *Teorie socjologiczne w perspektywie suicydologii*. Suicydol. 2015; 7(1): 19–29.
19. Neumayer E. *Are socioeconomic factors valid determinants of suicide? Controlling for national cultures of suicide with fixed-effects estimation*. Cross Cult. Res. 2003; 37(3): 307–329.
20. Kølves K, Milner A, Värnik P. *Suicide rates and socioeconomic factors in Eastern European countries after the collapse of the Soviet Union: Trends between 1990 and 2008*. Sociol. Health Illn. 2013; 35(6): 956–970.
21. Agerbo E, Stack S, Petersen L. *Social integration and suicide: Denmark, 1906–2006*. Soc. Sci. J. 2011; 48(4): 630–640.
22. Kposowa AJ. *Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study*. J. Epidemiol. Community Health 2000; 54(4): 254–261.
23. Luoma JB, Pearson JL. *Suicide and marital status in the United States, 1991–1996: Is widowhood a risk factor?* Am. J. Public Health 2002; 92(9): 1518–1522.

24. Corcoran P. *The impact of widowhood on Irish mortality due to suicide and accidents*. Eur. J. Public Health 2009; 19(6): 583–585.
25. Denney JT, Rogers RG, Krueger PM, Wadsworth T. *Adult suicide mortality in the United States: Marital status, family size, socioeconomic status, and differences by sex*. Soc. Sci. Q. 2009; 90(5): 1167–1185.
26. Masocco M, Pompili M, Vanacore N, Innamorati M, Lester D, Girardi P i wsp. *Completed suicide and marital status according to the Italian region of origin*. Psychiatr. Q 2010; 81(1): 57–71.
27. King M, Lodwick R, Jones R, Whitaker H, Petersen I. *Death following partner bereavement: A self-controlled case series analysis*. PLoS One 2017; 12(3): e0173870.
28. Fernquist RM, Cutright P. *Societal integration and age-standardized suicide rates in 21 developed countries, 1955–1989*. Soc. Sci. Res. 1998; 27(2): 109–127.
29. Milner A, McClure R, De Leo D. *Socio-economic determinants of suicide: An ecological analysis of 35 countries*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012; 47(1): 19–27.
30. Zhang J. *Marriage and suicide among Chinese rural young women*. Soc. Forces 2010; 89(1): 311–326.
31. Tsai AC, Lucas M, Sania A, Kim D, Kawachi I. *Social integration and suicide mortality among men: 24-year cohort study of U.S. health professionals*. Ann. Intern. Med. 2014; 161(2): 85–95.
32. Danigelis N, Pope W. *Durkheim's theory of suicide as applied to the family: An empirical test*. Soc. Forces 1979; 57(4): 1081–1106.
33. Lusyne P, Page H. *The impact of children on a parent's risk of suicide following death of a spouse, Belgium 1991–96*. Popul. Stud. 2008; 62(1): 55–67.
34. Stack S. *Suicide: A comparative analysis*. Soc. Forces 1978; 57(2): 644–653.
35. Araki S, Murata K. *Suicide in Japan: Socioeconomic effects on its secular and seasonal trends*. Suicide Life Threat. Behav. 1987; 17(1): 64–71.
36. Recker NL, Moore MD. *Durkheim, social capital, and suicide rates across US counties*. Health Sociol. Rev. 2016; 25(1): 78–91.
37. Andrés AR. *Income inequality, unemployment, and suicide: A panel data analysis of 15 European countries*. Appl. Econ. 2005; 37(4): 439–451.
38. Olszewska B, Warzyńska-Bartczak Z. *Samobójstwa w Łodzi jako odzwierciedlenie dezintegracji społecznej w wyniku transformacji ustrojowej*. Suicydol. 2015; 7(1): 83–91.
39. Coope C, Gunnell D, Hollingworth W, Hawton K, Kapur N, Fearn V i wsp. *Suicide and the 2008 economic recession: Who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001–2011*. Soc. Sci. Med. 2014; 117: 76–85.
40. Begg D, Fischer S, Dornbusch R. *Makroekonomia*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2007.
41. De Maio F. *Income inequality measures*. J. Epidemiol. Community Health 2007; 61(10): 849–852.
42. Liu K-Y. *To compare is to despair? A population-wide study of neighborhood composition and suicide in Stockholm*. Soc. Probl. 2017; 64(4): 532–557.
43. Jahan S. *Human Development Report 2016. "Human Development for Everyone"*. New York: United Nations Development Programme. hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf (dostęp: 5.11.2017).
44. Khazaei S, Armanmehr V, Nematollahi S, Rezaeian S, Khazaei S. *Suicide rate in relation to the Human Development Index and other health related factors: A global ecological study from 91 countries*. J. Epidemiol. Glob. Health 2017; 7(2): 131–134.

45. Koźmiński AK, Noga A, Piotrowska K, Zagórski K. *The Balanced Development Index: Its construction and application in times of uncertainty, Poland 1999–2017*. Pol. Sociol. Rev. 2016; 3(195): 267–289.
46. Conrad P, Barker KK. *The social construction of illness: Key insights and policy implications*. J. Health Soc. Behav. 2010; 51(Suppl): S67–S79.
47. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. *An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice*. Br. J. Gen. Pract. 2001; 51(470): 712–718.
48. Griffin E, Arensman E, Perry IJ, Bonner B, O'Hagan D, Daly C i wsp. *The involvement of alcohol in hospital-treated self-harm and associated factors: Findings from two national registries*. J. Public Health (Oxf.) 2018; 40(2): e157–e163.
49. Rossow L. *Alcohol and suicide-beyond the link at the individual level*. Addiction 1996; 91(10): 1413–1416.
50. Peele S. *Utilizing culture and behaviour in epidemiological models of alcohol consumption and consequences for Western nations*. Alcohol Alcohol. 1997; 32(1): 51–64.
51. Norström T, Skog OJ. *Alcohol and mortality: Methodological and analytical issues in aggregate analyses*. Addiction. 2001; 96(Suppl 1): S5–S17.
52. Bloomfield K, Stockwell T, Gmel G, Rehn N. *International comparisons of alcohol consumption*. Alcohol Res. Health 2003; 27(1): 95–109.
53. Kuendig H, Plant MA, Plant ML, Miller P, Kuntsche S, Gmel G. *Alcohol-related adverse consequences: Cross-cultural variations in attribution process among young adults*. Eur. J. Public Health 2008; 18(4): 386–391.
54. Landberg J. *Alcohol and suicide in eastern Europe*. Drug Alcohol Rev. 2008; 27(4): 361–373.
55. Landberg J. *Per capita alcohol consumption and suicide rates in the US, 1950–2002*. Suicide Life Threat. Behav. 2009; 39(4): 452–459.
56. Pridemore WA. *Heavy drinking and suicide in Russia*. Soc. Forces 2006; 85(1): 413–430.
57. Inelmen EM, Gazerro M, Inelmen E, Sergi G, Manzato E. *Alcohol consumption and suicide: A country-level study*. Ital. J. Public Health 2010; 7(3): 226–234.
58. Stickley A, Jukkala T, Norstrom T. *Alcohol and suicide in Russia, 1870–1894 and 1956–2005: Evidence for the continuation of a harmful drinking culture across time?* J. Stud. Alcohol Drugs 2011; 72(2): 341–347.
59. Zimnak B. 2008. *Samobójstwa: Pozostawieni samym sobie*. <http://www.polishexpress.co.uk/samobojstwa-pozostawieni-samym-sobie> (dostęp: 8.06.2017).
60. Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. *Suicide among immigrants in Europe – A systematic literature review*. Eur. J. Public Health 2015; 25(1): 63–71.
61. Li LW, Xu H, Zhang Z, Liu J. *An ecological study of social fragmentation, socioeconomic deprivation, and suicide in rural China: 2008–2010*. SSM Popul. Health 2016; 2: 365–372.
62. Hjern A, Allebeck P. *Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: A comparative study*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2002; 37(9): 423–429.
63. Kposowa AJ, McElvain JP, Breault KD. *Immigration and suicide: The role of marital status, duration of residence, and social integration*. Arch. Suicide Res. 2008; 12(1): 82–92.
64. Ott JJ, Winkler V, Kyobutungi C, Laki J, Becher H. *Effects of residential changes and time patterns on external-cause mortality in migrants: Results of a German cohort study*. Scand. J. Public Health 2008; 36(5): 524–531.
65. Spoerri A, Zwahlen M, Bopp M, Gutzwiller F, Egger M. *Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study*. Int. J. Epidemiol. 2010; 39(6): 1486–1494.

66. Pelham B, Nyiri Z. 2008. *In more religious countries, lower suicide rates*. <http://www.gallup.com/poll/108625/more-religious-countries-lower-suicide-rates.aspx> (dostęp: 4.11.2017).
67. Torgler B, Schaltegger Ch. *Suicide and religion: new evidence on the differences between Protestantism and Catholicism*. *J. Sci. Study Relig.* 2014; 53(2): 316–340.
68. Wu A, Wang J-Y, Jia C-X. *Religion and completed suicide: A meta-analysis*. *PLoS ONE* 2015; 10(6): e0131715.
69. Nishi D, Susukida R, Kuroda N, Wilcox HC. *The association of personal importance of religion and religious service attendance with suicidal ideation by age group in the National Survey on Drug Use and Health*. *Psychiatry Res.* 2017; 255: 321–327.
70. Ralston K, Walsh D, Feng Z, Dibben C, McCartney G, O'Reilly D. *Do differences in religious affiliation explain high levels of excess mortality in the UK?* *J. Epidemiol. Community Health* 2017; 71(5): 493–498.
71. Simpson M, Conklin G. *Socioeconomic development, suicide and religion: A test of Durkheim's theory of religion and suicide*. *Soc. Forces.* 1989; 67(4): 945–964.
72. Jarosz M. *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PAN; 2004.
73. Brodniak WA. *Współczesne społeczno-kulturowe koncepcje i teorie samobójstw*. *Suicydol.* 2006; 2(1): 17–25.
74. Mäkinen IH. *Akceptacja samobójstwa i jej korelaty w Europie Wschodniej i Zachodniej w okresie przemian ustrojowych*. *Suicydol.* 2006; 2(1): 1–16.
75. Stack S. *The effect of the media on suicide. Evidence from Japan*. *Suicide Life Threat. Behav.* 1996; 26(2): 132–142.
76. Lester D. *A subcultural theory of teenage suicide*. *Adolescence* 1987; 22(86): 317–320.

Adres: Dariusz Juchnowicz
Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
20-439 Lublin, Głuska 1
e-mail: juchnowiczdariusz@wp.pl

Otrzymano: 10.02.2018
Zrecenzowano: 13.03.2018
Otrzymano po poprawie: 6.05.2018
Przyjęto do druku: 13.06.2018