

Jacek Morawski, Jacek Moskalewicz

TRENDY SAMOBÓJSTW I SPOŻYCIA ALKOHOLU
W POLSCE

Wprowadzenie

Samobójstwo nie jest tylko dramatem indywidualnym, problemem egzystencjalnym, nie można go też redukować do problemu zdrowia publicznego. Kwestia samobójstw stanowi również przedmiot zainteresowania polityków. Niejednokrotnie "statystyki samobójstw traktowane są jako wyraz stopnia akceptacji panującej doktryny społeczno-politycznej oraz sposobów jej realizacji" (Katafias 1984).

Ostatnie lata burzliwych przemian społeczno-politycznych nie pozostały bez wpływu na społeczną percepcję samobójstw. W prasie, po raz pierwszy od wielu lat pojawiły się informacje o zamachach samobójczych, których przyczyną były nędza lub bezrobocie. Głośna była sprawa kilku samobójstw rolników, którzy targnęli się na życie nie widząc możliwości spłaty zaciągniętych kredytów i stanęli w obliczu bankructwa. W końcu grudnia 1991 Polska Agencja Prasowa podała: "W sobotę 28 bm., w całym kraju odnotowano 16 samobójstw. Można przypuszczać, że ostatni w tym roku weekend zbierze najtraficzniesze żniwo w tej grupie wypadków śmiertelnych. Komenda Główna Policji zwraca uwagę, na stale rosnący wskaźnik samobójstw." Była to wiadomość tyle prawdziwa co tendencyjna. Od dwudziestu lat bowiem notuje się w Polsce blisko 4000 zgonów samobójczych rocznie tzn. kilkanaście dziennie. Sobota 28 grudnia

nie była więc zapewne, pod tym względem, wyjątkowa.

Mimo to sprawa została podjęta przez polityków przeciwnych liberalnej polityce gospodarczej rządu. W początkach 1992 poseł chadecki Stefan Pastuszewski wystosował "interpelację w sprawie fali samobójstw". W interpelacji skierowanej do Ministra Zdrowia i Ministra Sprawiedliwości sugeruje, że "nasilenie samobójstw w minionym roku może mieć podłoże ekonomiczne, szczególnie jeśli dotyczy rolników (ruina gospodarstw, spłata kredytów), bezrobotnych (...), osób samotnie wychowujących dzieci (...), emerytów i rencistów (...), osób starych, chorych i samotnych (...), absolwentów (bezsukutecznie poszukujących zatrudnienia), rzemieślników (upadek i zadłużenie warsztatów pracy), ludzi poważnie chorych (...), kredytobiorców (...)." Poseł postuluje powołanie komisji "ds. ofiar eksperymentu liberalnego". Jej zadaniem miałyby być zbadanie przyczyn samobójstw i określenie "stopnia odpowiedzialności prawnej i moralnej" oraz "wylimitowanie nieprawidłowości będących przyczyną tych tragedii".

Badania nad samobójstwami w Polsce nie są działalnością czysto akademicką. Świadomość ich politycznego kontekstu musi towarzyszyć badaniom zarówno na etapie zbierania danych jak i podczas ich interpretacji. Nadmierna koncentracja na suicidogennej roli alkoholu może odwracać uwagę od społecznych uwarunkowań samobójstw i redukować problem do poziomu indywidualnego.

Statystyki

W badaniach statystycznych nad samobójstwami wykorzystywane są dwa źródła danych: statystyki policyjne i medyczne rejestry zgonów. Dane gromadzone przez policję zawierają szczególnie dużo, cennego i słabo jak dotąd wyeksploatowanego, materiału. W przypadku samobójstw zakończonych zgonem organy dochodzeniowe mają obowiązek wdrożenia postępowania wyjaśniającego. Policja zabezpiecza więc wszelkie dokumenty (listy, pamiętniki) pozwalające ustalić powód samobójstwa. Przesłuchuje też osoby, które mogą wnieść światło do badanej sprawy. W policyjnym druku "zgłoszenia o zamachu samobójczym" znajduje się komplet danych społeczno-demograficznych a także informacje o okolicznościach samobójstwa (data, godzina, dzień tygodnia, miejsce i miejscowość). Uwzględniany jest także sposób popełnienia samobójstwa, jego przyczyny,

uprzednie próby samobójcze, stan trzeźwości, leczenia psychiatryczne i odwykowe, przestępstwa i wykroczenia. Mankamentem danych policyjnych jest ich wczesna agregacja już na poziomie dokumentu źródłowego. Klasyfikacja przyczyn zawiera zaledwie kilka grup przyczyn: choroba, trwałe kalectwo, konflikty rodzinne, zawód miłosny, niepowodzenia w nauce, konflikty w szkole, inne, przyczyna nieustalona.

W praktyce sposób klasyfikowania jest często arbitralny a jego zasady zmieniają się co kilka lat. Np. w latach 1965-1969 nie notowano w ogóle samobójstw wywołanych niepowodzeniami i konfliktami w szkole; przyczyna ta pojawia się nagle w latach siedemdziesiątych (Bielicki 1978). Przyczyny ponad połowy zgonów samobójczych klasyfikowane są jako "inne" lub "nieustalone", co wynika nie tylko z niedostatków klasyfikacji ale także świadczy o złożonej etiologii zjawiska.

Statystyka zgonów jest uboższa. Zawiera dane o miejscu rejestracji zgonu, dacie zgonu, miejscu zamieszkania, wieku, płci, stanie cywilnym, źródle utrzymania, grupie społecznej, wykształceniu samobójców a także rozpoznanie wg ICD-9. Mimo to niektórzy badacze uważają statystyki medyczne za bardziej wiarygodne (Jarosz 1977). Są one też bardziej użyteczne w porównaniach międzynarodowych. Dane te przyjęliśmy w tej pracy za podstawę analizy trendów.

Ze statystyki zgonów wyliczono także wskaźnik nadużywania alkoholu, przyjmując że jest nim liczba zgonów z powodu przypadkowego zatrucia alkoholem w przeliczeniu na 100.000 ludności.

Za wskaźnik spożycia alkoholu przyjęto rejestrowaną wielkość spożycia, w przeliczeniu na czysty alkohol w litrach na mieszkańca rocznie.

Posłużono się także statystyką pierwszorazowych przyjęć do szpitali psychiatrycznych z rozpoznaniem psychoz alkoholowych. Wskaźnik ten jest uważany za najbardziej rzetelny i czuły, zwłaszcza w społeczeństwach takich jak polskie, w których dominuje "wódczany" model picia (Wald, Jaroszewski 1983).

Trendy samobójstw i alkoholu

Analiza wieloletnich danych dotyczących samobójstw, spożycia alkoholu i niektórych problemów związanych z alkoholem wskazuje na zachodzące między nimi podobieństwa.

W zakresie samobójstw obserwuje się:

1. Trend wzrostowy samobójstw od 5,2 na 100.000 mieszkańców w 1951 r. do 14,2 w 1977 r. W 1981 r. wskaźnik samobójstw spadł gwałtownie do 9,1 t.j. o 28 % i był to jego najgłębszy notowany w okresie powojennym spadek. Po ponownym wzroście współczynnik ustabilizował się na poziomie około 13 zgonów samobójczych na 100.000 ludności;

2. Wzrastające rozmiary samobójstw wśród młodzieży. Szczególnie wzrosły współczynniki samobójstw w przedziale wieku 25-29 lat, od 6,8 do 17,7 w 1985 r. Dopiero w 1985 r. trend ten załamuje się i współczynnik dla młodzieży maleje szybciej niż dla ogólnej liczby samobójstw;

3. Charakterystyczną strukturę demograficzną zmarłych, przy czym największe nasilenie samobójstw występuje wśród mężczyzn w wieku 45-54 lat. Współczynnik zgonów w tej grupie wieku zwykle przekraczał 30 na 100.000 mieszkańców, a w 1990 r. wynosił 40,4;

4. Zmiany współczynników samobójstw w mieście i na wsi, w wyniku których wskaźniki samobójstw na wsi zbliżyły się a następnie przekroczyły wskaźniki dla miast (Jarosz 1990).

W zakresie alkoholu:

1. Ogólna tendencja wzrostu spożycia alkoholu której towarzyszył wzrost problemów alkoholowych, z dramatycznym załamaniem spożycia w roku 1981 (z 8,4 do 6,4 litra na mieszkańca, to jest o 24 %). W tymże roku odnotowano znaczny spadek psychoz alkoholowych i ostrych zatruć alkoholem;

2. Zwiększanie się ilości wypijanego jednorazowo (zwłaszcza przez młodzież męską) piwa, wina i wódki (Święcicki 1986);

3. W strukturze leczonych z powodu cięższych postaci uzależnienia od alkoholu dominują mężczyźni w wieku 40-50 lat;

4. Mężczyźni na wsi piją więcej, niż w mieście, i na wsi wyższa jest niż w mieście jednorazowa dawka wypijanego alkoholu.

Podobieństwa trendów obu zjawisk potwierdzają analizy korelacyjne.

Wyliczone przez nas współczynniki korelacji samobójstw ze spożyciem alkoholu i jego negatywnymi następstwami są bardzo wysokie. Dotyczy to w szczególności samobójstw mężczyzn. Korelacja, choć znacznie niższa (współczynnik Pearson'a = 0,49, $p < 0,001$),

utrzymuje się, gdy korelujemy nie same współczynniki samobójstw i spożycia alkoholu, ale ich roczne zmiany.

Interpretację tych wyników poprzedzimy krótkim przedstawieniem wyników różnych prowadzonych w Polsce badań samobójstw i czynnika alkoholu.

Czynnik alkoholu w samobójstwach

W okresie międzywojennym wysokim współczynnikiem samobójstw w Polsce (w 1931 r. 13,4 na 100.000 ludności) towarzyszyło niskie (około 2 litrów na mieszkańca) spożycie alkoholu. Stanisz (1935) badał 528 samobójstw w Krakowie. W zbiorowości tej stany upojenia alkoholowego uznano za powód 4,5 % przypadków samobójstw, których powody zostały ustalone.

Po wojnie badania samobójstw wskazywały na wyższy udział czynnika alkoholu. Pańkow i in. (1965) stwierdzili, że samobójcy, u których rozpoznano alkoholizm przeważnie dokonywali zamachu samobójczego w upojeniu alkoholowym. Częściej niż u innych stwierdzano w tej grupie skłonność do wielokrotnych zamachów samobójczych. Kiljańska (1965) wśród 298 przypadków samobójstw dokonanych i usiłowanych znalazła 29,8 % nałogowych alkoholików (41,5 % mężczyzn i 8 % kobiet). Pod wpływem alkoholu w czasie zamachu było 41 %, w tym 52,6 % mężczyzn i 19,4 % kobiet. Walter i in. (1974) badali 215 zgonów samobójczych w Poznaniu. 63,3 % próby stanowili mężczyźni, 36,7 % stanowiły kobiety. Najczęstszymi sposobami popełnienia samobójstwa było powieszenie i otrucie CO. Alkoholizm rozpoznano u 21,7 % osób, które popełniły samobójstwo w latach 1962-1963 i tylko u 10,4 % z lat 1971-1972. W tym drugim okresie stwierdzono alkohol we krwi u 9,3 % samobójców.

Wśród 105 osób dokonujących prób samobójczych Cekiera (1975) stwierdził 22 % alkoholików. Do szczegółowych badań wybrano 60 osób. Alkoholizm występował w 55 % rodzin badanych. U badanych nałogowy alkoholizm rozpoznano w 45 % przypadków, 66 % mężczyzn i 23 % kobiet. Wśród alkoholików liczba prób samobójczych była najwyższa (średnia = 3). W ich motywacji dominowały konflikty rodzinne, choroba, niepowodzenia w życiu i pracy.

Bielicki (1978) badał 295 przypadków dokonanych samobójstw w województwie bydgoskim. Analiza akt uzupełniona była wywia-

dem rodzinnym. Alkoholizm rozpoznano w 31,2 % przypadków, nietrzeźwych w chwili zamachu było 30,5 %. Alkohol ściśle wiązał się z konfliktami rodzinnymi, był oceniany jako czynnik ułatwiający działanie autoagresywne.

W pracy pod redakcją Hołysta (1989) Dziekońska-Staśkiewicz i Strzałkowski opisali wyniki badań 227 samobójstw nieletnich i młodocianych. Używało alkoholu 26 %, innych substancji 8 %. Po użyciu alkoholu dokonało zamachu samobójczego 22,9 %. Używanie alkoholu jako powód zamachu ("ściśle związek") stwierdzono w 10,6 %, używanie innych substancji - w 3,1 %.

Obszerne dane policyjne, obejmujące około 10.000 zamachów samobójczych, opracował Hołyst (1983). W tym materiale odsetki nietrzeźwych w chwili zamachu wynosiły wśród mężczyzn 54 %, wśród kobiet 17 %. Systematycznie nadużywających alkoholu wśród mężczyzn było 34,4 %, wśród kobiet 7 %. Wśród różnych sposobów dokonania samobójstwa największy odsetek nietrzeźwych występował przy zastrzeleniu (59,8 % mężczyzn i 33,3 % kobiet), najmniejszy zaś w przypadku mężczyzn w związku z zażyciem środków nasennych (37 %) i w przypadku kobiet przy utopieniu - 9,8 %. Dane policyjne pozwalają oszacować, że wśród osób nadużywających alkoholu samobójstwa występują około dziesięciokrotnie częściej, niż w populacji generalnej.

Wysoka korelacja między współczynnikiem samobójstw a poziomem konsumpcji alkoholu na jednego mieszkańca kraju nie przesądza o przyczynowym charakterze zależności. Wyniki badań realizowanych na niższym poziomie agregacji nie są jednoznaczne i wskazują na znacznie słabszy związek samobójstw i alkoholu niż by to wynikało z danych zagregowanych.

Wg badań młodocianych samobójców (Hołyst red. 1989) rozpowszechnienie picia było wśród nich znacznie niższe (26 % pijących) w porównaniu z populacją generalną w podobnym wieku, w której ponad 50 % zaliczyć można do konsumentów alkoholu. (Moskalewicz, Sierosławski 1991). Równocześnie w tych samych badaniach okazało się, że praktycznie wszyscy, których zaklasyfikowano jako pijących byli, w momencie zamachu samobójczego, pod wpływem mniejszych lub większych dawek alkoholu. Zachodzi tu więc podejrzenie, że odsetek pijących został wyraźnie niedoszacowany. W toku dalszej, szczegółowej analizy dokumentów autorzy stwier-

dzili "ściśle związek ze stanem odurzenia" alkoholem w przypadku 10 % młodocianych samobójców. Podane w pracy przykłady, mające ten związek ilustrować, budzą jednak sporo wątpliwości. Jak np. przypadek osiemnastoletniej dziewczyny, która, przyłapana przez matkę w łóżku z chłopakiem, popełnia w kilka minut potem samobójstwo skacząc przez okno. Fakt, że samobójczyni sporo wcześniej wypija zdecydował o zaliczeniu tego samobójstwa do kategorii "ściśle związek ze stanem odurzenia alkoholem". Z pełnego opisu okoliczności samobójstwa wynika, że jego bezpośrednim powodem był szok i poczucie upokorzenia oraz brutalne zachowanie matki.

Podane w innej pracy opisy samobójstw, nawet alkoholików, nie przekonują również do tezy o przyczynowym charakterze dyskutowanej zależności. Wypada tu się zgodzić z jej autorem, że: "Alkoholizm jest czynnikiem współtworzącym sytuację drastycznej opresji życiowej potencjalnego samobójcy" (Bielicki 1978, s. 107) a nie bezpośrednią samobójstwa przyczyną.

Silna zależność statystyczna między szeregami czasowymi samobójstw i spożycia alkoholu nie implikuje automatycznie zależności przyczynowej. Bardziej odpowiedni do interpretacji przyczynowej wydaje się współczynnik korelacji rocznych zmian spożycia alkoholu i samobójstw. Kwadrat tego współczynnika (24 %) może być miarą, w jakim stopniu zmiany w spożyciu alkoholu wyjaśniają zmiany rozmiarów samobójstw. Jeżeli przyjąć epidemiologiczną definicję związku przyczynowego jako związku "pomiędzy kategoriami zdarzeń lub cech, w którym zmianie częstości lub jakości jednej kategorii towarzyszy zmiana drugiej" (MacMahon, Pugh 1974 s. 12) to stwierdzamy występowanie związku przyczynowego między analizowanymi zjawiskami. Silne korelacje szeregów czasowych wskazywałyby dodatkowo na działanie wspólnych dla samobójstw i spożycia alkoholu przyczyn.

Bardziej szczegółowe studia wskazują, że w wielu przypadkach sposób określania roli alkoholu w indywidualnych samobójstwach jest dość dowolny. Wątpliwości budzą nawet te przypadki, które autorzy rozmaitych badań klasyfikują jako ściśle związane z alkoholem. Najprościej jest wyjaśnić tę rozbieżność przyjmując hipotetycznie, że zależność na poziomie zagregowanym jest pozorną, że mamy tu do czynienia z dwoma niezależnymi od siebie trendami

wzrostowymi, które często są ze sobą wysoko skorelowane. Hipotezę taką trudno jednak zaakceptować w warunkach polskich, gdzie nie tylko wzrost, ale i spadek badanych zjawisk korelują ze sobą. W tej sytuacji jest bardzo prawdopodobne, że znaczną część zmienności można wyjaśnić działaniem jakiejś jednej, wspólnej dla obu zjawisk przyczyny, jak na przykład wielkość stresu bądź frustracji społecznej. Wzrost jej natężenia prowadzi do większego picia i większej liczby samobójstw, spadek - do ograniczenia zasięgu obu zjawisk. Ta kusząca interpretacja jest jednak także trudna do utrzymania w odniesieniu do danych polskich. Spadek spożycia alkoholu w latach 1981-1982, zbieżny ze spadkiem samobójstw, związany był wtedy z gwałtownym zaostreniem kontroli nad alkoholem, a nie zahamowaniem popytu na alkohol.

Sądźmy, że wyjaśnienia współzależności między alkoholem i samobójstwami należy szukać nie tylko w statystykach, lecz przede wszystkim w uwarunkowaniach społeczno-kulturowych. Picie towarzyszy nadzwyczajnym wydarzeniom życiowym, zarówno radosnym jak i dramatycznym. Współwystępowanie picia z takimi wydarzeniami, zwłaszcza niezaplanowanymi, nieoczekiwanymi dramatami, jest zapewne ściślejsze w warunkach dużej dostępności alkoholu. Jest również alkohol substancją ułatwiającą i usprawiedliwiającą zachowania niezgodne z normami społecznymi. Przełamanie głęboko zinternalizowanej normy potępiającej samobójstwo może być ułatwione po użyciu alkoholu. Stała obecność alkoholu, jego łatwa dostępność, zwiększa prawdopodobieństwo picia przed targnięciem się na życie i zwiększa prawdopodobieństwo zamachu przy istnieniu już takiego zamiaru. Dotyczy to prawdopodobnie w równej mierze pijących umiarkowanie, nadużywających alkoholu jak i uzależnionych od alkoholu. Należy tu zaznaczyć, że uzależnienie od alkoholu jak i inne zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje) mogą stanowić wspólne podłoże dla picia i samobójstwa. Zagadnienia patologii indywidualnej należą do innego poziomu analizy i nie mogą być tu rozwijane.

Alkohol nie jest czynnikiem wyjaśniającym a nawet towarzyszącym większości samobójstw. Zmiany dostępności alkoholu wydają się jednak istotnie wpływać na wzrost lub zmniejszenie rozmiarów samobójstw w polskim społeczeństwie.

WNIOSKI

Analiza statystyki zgonów z powodu samobójstw w latach 1950-1990 wskazuje na trend wzrostowy samobójstw z 6.6 w 1950 r. do 13.0 w 1990 r.

Standaryzowane współczynniki zgonów wskazują na tendencję stabilizacji samobójstw na poziomie ok. 13.0 zgonów na 100 tys. mieszkańców w okresie ostatnich 20 lat. Do roku 1990 włącznie nie zauważa się istotnego wzrostu samobójstw z przyczyn ekonomicznych. Widoczny jest jednakże trend wzrostu współczynników samobójstw w starszych rocznikach wieku zwłaszcza w przedziale 60-64 lata. Podobny trend wzrostowy zaobserwować można dla wieku 45-49 lat.

Zmienność współczynników samobójstw bywa wyjaśniana różnymi przyczynami. Szczególną uwagę należy zwrócić jednak na spożycie alkoholu. Wykazano wysoką korelację między samobójstwami, a spożyciem alkoholu, psychozami alkoholowymi i zgonami z powodu ostrego zatrucia alkoholem. Co więcej, zbieżność trendów samobójstw i spożycia alkoholu występuje nie tylko dla danych surowych, ale także dla rocznych zmian.

Przy przyjęciu epidemiologicznej definicji przyczyny należy uznać, że wzrost spożycia alkoholu w istotny sposób współprzyczynia się do wzrostu samobójstw i wyjaśnia 24 % całej zmienności tego zjawiska.

Nie negując więc roli innych przyczyn ekonomicznych zwracamy uwagę na to, że zmniejszenie spożycia alkoholu mogłoby być istotnym czynnikiem w profilaktyce samobójstw.

Suicides and alcohol consumption trends in Poland

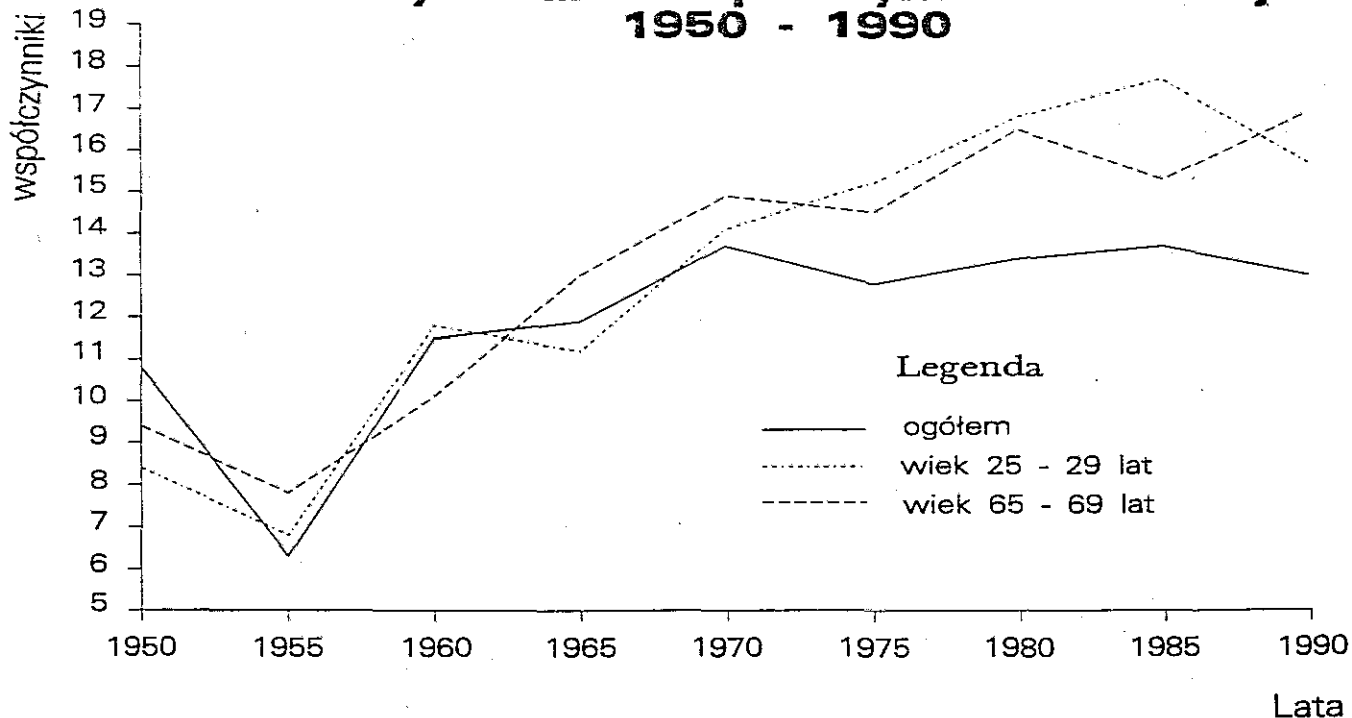
Summary

Prevalence of suicides in Poland in the 1950-1990 period as well as Polish literature on alcohol relation to suicide are presented and discussed.

In the period under study an increase of suicides among younger generations and in rural areas has been observed. A positive correlation between aggregate alcohol consumption and suicides rates is also confirmed.

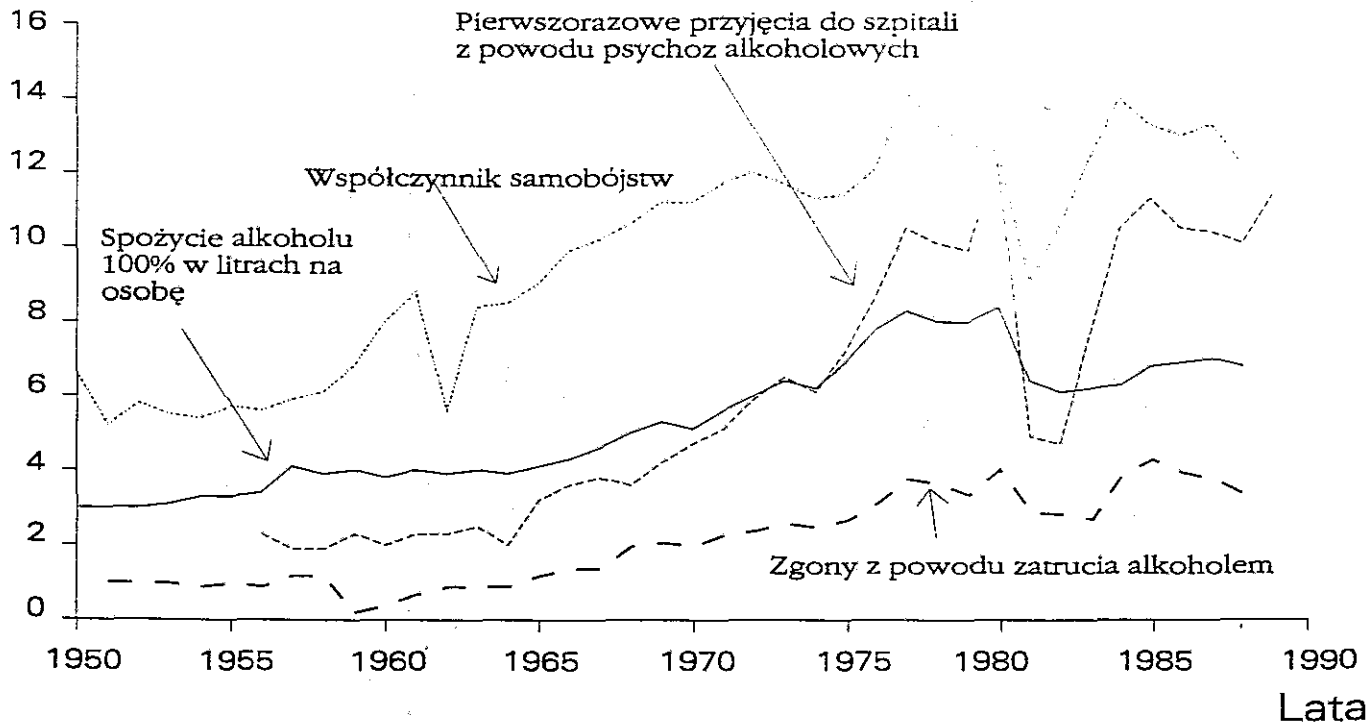
Wykres 1

Standaryzowane współczynniki samobójstw 1950 - 1990



Wykres 2

Współczynniki na 100 tys. ludności ogółem



Wykres 3

Współwystępowanie zmian spożycia alkoholu i współczynnika samobójstw

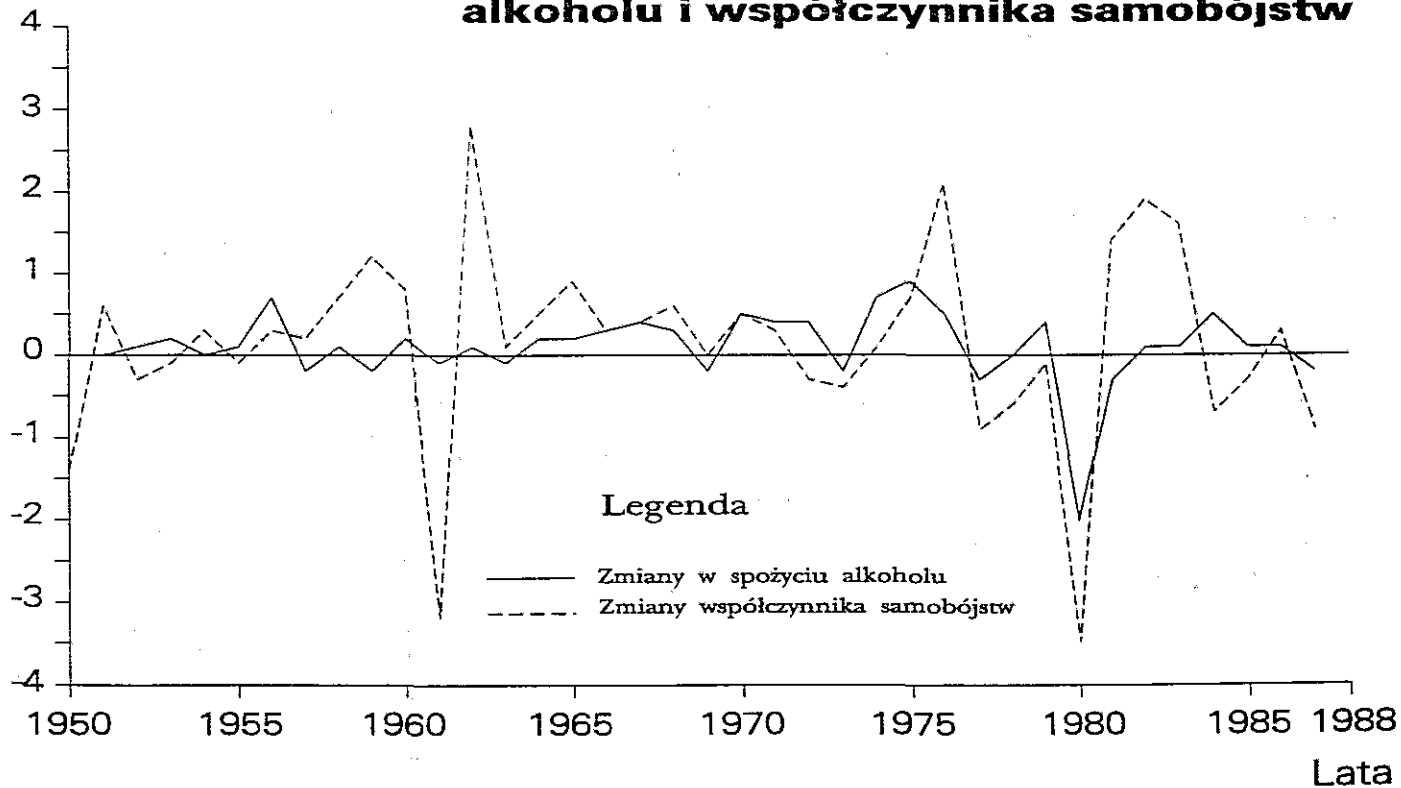


Tabela 1

Współczynniki samobójstw. Opracowanie własne na podstawie danych źródłowych GUS

Rok	Ogółem	Meżczyźni	Kobiety
	na 100.000 ludności danej płci		
1950	6,6	10,5	2,9
1951	5,2	8,6	2,0
1952	5,8	9,3	2,4
1953	5,5	8,9	2,2
1954	5,4	8,8	2,3
1955	5,7	9,5	2,2
1956	5,6	8,9	2,4
1957	5,9	9,4	2,5
1958	6,1	10,2	2,2
1959	6,8	11,2	2,6
1960	8,0	13,4	2,9
1961	8,8	15,0	3,0
1962	5,6	9,1	2,3
1963	8,4	14,1	2,9
1964	8,5	13,9	3,4
1965	9,0	14,9	3,4
1966	9,9	16,7	3,4
1967	10,2	17,2	3,6
1968	10,6	17,8	3,7
1969	11,2	18,5	4,2
1970	11,2	18,8	4,0
1971	11,7	19,6	4,1
1972	12,0	20,2	4,1
1973	11,7	19,5	4,3
1974	11,3	18,7	4,2
1975	11,4	19,3	3,7
1976	12,1	20,6	4,0
1977	14,2	21,1	4,1
1978	13,2	22,7	4,2
1979	12,7	21,9	4,0
1980	12,6	21,6	4,1
1981	9,1	15,2	3,3
1982	10,5	17,4	3,8
1983	12,4	20,9	4,3
1984	14,0	23,6	4,9
1985	13,3	22,6	4,5
1986	13,0	22,0	4,4
1987	13,3	22,3	4,7
1988	12,2	20,5	4,3
1989	11,3	19,4	3,7
1990	13,0	22,0	4,5

Tabela 2

Spożycie alkoholu w Polsce (w litrach 100% na 1 mieszkańca)

Rok	Spożycie alkoholu	
	litry 100% p.c.	zmiany
1950	3,0	x
1951	3,0	0
1952	3,0	0
1953	3,1	0,1
1954	3,3	0,2
1955	3,3	0
1956	3,4	0,1
1957	4,1	0,7
1958	3,9	-0,2
1959	4,0	0,1
1960	3,8	-0,2
1961	4,0	0,2
1962	3,9	-0,1
1963	4,0	0,1
1964	3,9	-0,1
1965	4,1	0,2
1966	4,3	0,2
1967	4,6	0,3
1968	5,0	0,4
1969	5,3	0,3
1970	5,1	-0,2
1971	5,6	0,5
1972	6,0	0,4
1973	6,4	0,4
1974	6,2	-0,2
1975	6,9	0,7
1976	7,8	0,9
1977	8,3	0,5
1978	8,0	-0,3
1979	8,0	0
1980	8,4	0,4
1981	6,4	-2,0
1982	6,1	-0,3
1983	6,2	0,1
1984	6,3	0,1
1985	6,8	0,5
1986	6,9	0,1
1987	7,0	0,1
1988	6,8	-0,2
1989	6,8	0
1990	6,0	-0,8

Tabela 3

Zgony z powodu ostrego zatrucia alkoholem i pierwszorazowe przyjęcia do szpitali psychiatrycznych z rozpoznaniem psychoz alkoholowych.
Współczynniki na 100.000 ludności.

Rok	Ostre zatrucie alkoholem			Psychozy alkoholowe		
	razem	m	k	razem	m	k
1951	1,0	1,8	0,2			
1952	1,0	1,8	0,2			
1953	1,0	1,9	0,2			
1954	0,9	1,7	0,2			
1955	1,0	1,9	0,3			
1956	0,9	1,8	0,2	2,3	4,2	0,4
1957	1,2	2,3	0,2	1,9	3,4	0,3
1958	1,2	2,2	0,2	1,9	3,6	0,2
1959	0,2	-	-	2,3	4,3	0,3
1960	0,4	-	-	2,0	3,8	0,2
1961	0,7	1,3	0,2	2,3	4,4	0,2
1962	0,9	1,8	0,2	2,3	4,5	0,3
1963	0,9	1,6	0,1	2,5	4,8	0,3
1964	0,9	1,7	0,2	2,0	3,8	0,3
1965	1,2	2,3	0,2	3,2	6,1	0,4
1966	2,4	2,6	0,2	3,6	6,9	0,4
1967	1,4	2,7	0,2	3,8	7,3	0,5
1968	2,0	3,6	0,4	3,6	7,0	0,5
1969	2,1	3,8	0,4	4,2	8,0	0,5
1970	2,0	3,8	0,3	4,7	9,0	0,6
1971	2,3	4,3	0,3	5,1	9,7	0,6
1972	2,4	4,4	0,5	5,9	11,3	0,8
1973	2,6	4,9	0,4	6,5	12,4	0,8
1974	2,5	4,7	0,4	6,1	11,8	0,8
1975	2,7	5,0	0,4	7,2	13,9	0,9
1976	3,2	6,0	0,5	8,7	16,7	1,1
1977	3,8	7,2	0,6	10,5	19,8	1,6
1978	3,7	7,0	0,5	10,1	19,2	1,6
1979	3,4	6,3	0,6	9,9	18,9	1,4
1980	4,0	7,6	0,7	12,3	23,2	2,0
1981	2,9	5,5	0,4	4,9	9,1	0,9
1982	2,8	5,3	0,6	4,7	8,7	0,8
1983	2,7	5,1	0,4	7,7	14,4	1,4
1984	3,9	7,2	0,7	10,5	19,4	1,9
1985	4,3	8,0	0,8	11,3	21,0	2,1
1986	4,0	7,4	0,7	10,5	19,2	2,2
1987	3,8	7,1	0,6	10,4	19,2	2,1
1988	3,4	6,3	0,6	10,1	18,4	2,2
1989				11,4	21,1	2,2
1990				13,4		

Tabela 4

Standaryzowane według wieku współczynniki samobójstw oraz współczynniki samobójstw w grupach wiekowych. Dane GUS. Obliczenia własne.

Wiek lat	Rok								
	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990
OGÓLEM	10,8	6,3	11,5	11,9	13,7	12,8	13,4	13,7	13,0
5-9	0,0	-	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
10-14	0,7	0,4	0,8	1,0	1,7	1,2	1,9	1,0	1,2
15-19	2,9	3,1	6,0	5,3	7,0	8,0	7,9	7,6	6,7
20-24	9,0	7,9	9,4	12,0	13,0	13,1	15,2	13,5	13,0
25-29	8,4	6,8	11,8	11,2	14,1	15,2	16,8	17,7	15,7
30-34	9,3	6,7	12,3	13,4	14,8	14,6	15,4	20,6	19,1
35-39	8,8	10,0	12,6	13,8	16,5	15,0	17,8	19,4	19,0
40-44	10,5	9,2	12,7	14,6	20,3	17,9	18,3	21,4	20,2
45-49	12,4	10,6	16,2	15,6	19,7	19,8	22,1	22,6	24,2
50-54	13,0	11,4	14,6	17,4	17,6	20,0	20,0	23,1	20,8
55-59	11,9	12,1	13,8	16,2	19,2	18,4	21,8	20,5	22,2
60-64	11,5	9,6	13,1	15,0	17,8	15,7	16,4	18,5	20,5
65-69	9,4	7,8	10,1	13,0	15,0	14,5	16,5	15,3	16,9
70-74	8,8	8,8	10,3	14,3	16,0	14,0	13,5	13,7	13,2
75+	8,7	9,4	11,0	10,8	12,7	11,7	15,0	14,8	14,0

Tabela 5

Współczynniki korelacji Pearson'a między samobójstwami a spożyciem alkoholu i niektórymi jego następstwami.

Samo- bójstwa	Spożycie alkoholu		Psychozy			Zatrucie alkoholem		
	ogółem	wódek	ogółem	mężcz.	kobiety	ogółem	mężcz.	kobiety
ogółem	84	80	87	87	78	86	76	81
mężcz.	83	79	86	87	78	86	76	80
kobiety	73	69	79	79	74	81	71	78

Wszystkie korelacje istotne na poziomie $p < 0.001$, $N=31$

Bibliografia

- Bielicki E. (1978) *Psychospołeczne uwarunkowania samobójstw dokonanych. Studium oparte na badaniach przeprowadzonych w województwie bydgoskim i obejmujące lata 1970-1974*. WSP Bydgoszcz
- Cekiera Cz. (1975) *Etiologia i motywacja usiłowanych samobójstw*. ATK, Warszawa 1975
- Hołyst B. (1983) *Samobójstwo. Przypadek czy konieczność*. PWN, Warszawa
- Hołyst B. (1989) Izabela Dziekońska-Staśkiewicz, Antoni Strzałkowski: *Samobójstwa nieletnich i młodocianych. Rozmiary, uwarunkowania i profilaktyka*. Pod redakcją B. Hołysta. PWN, Warszawa-Kraków
- Jarosz M. (1977) *Samobójstwa i ich społeczne determinanty*. "Studia Sociologiczne" 3 (66), s. 325-350
- Jarosz M. (1990) *Suicides in Poland 1951-1988*. 16th Annual Epidemiology Symposium of the KTB, Budapest, Hungary, June 3-8
- Katafias S. (1984) *Samobójstwo*. Acta Universitatis Nicolai Copernici. Filozofia VIII - Nauki Humanistyczno-Społeczne, Zeszyt 152, ss. 25-41
- Kiljańska K. (1965) Cyt. za A. Podgórecki: *Patologia życia społecznego*. Warszawa 1969, s. 134
- MacMahon P., Pugh T. F. (1974) *Epidemiologia. Podstawy i metody*. PZWL, Warszawa
- Morawski J. (1982) *Alcohol Related Problems in Poland, 1950-1981*. W: *Consequences of Drinking. Trends in Alcohol Problem Statistics in Seven Countries*, ARD, Toronto
- Morawski J., Moskalewicz J. (1989) *Casualties in Poland. Focus on Alcohol. W: Drinking and casualties. Accidents, poisonings and violence in an international perspective*. Tavistock/Routledge, London, s. 245-258
- Moskalewicz J., Sierosławski J. (1991) *Zmiany w konsumpcji alkoholu w Polsce w latach 1984-1989*. Alkoholizm i Narkomania, Lato 1991
- Pańkow T., Płużek Z., Rzepecka J., Winid B. (1965) *Samobójstwa w Krakowie w r. 1962*. W: *Pamiętnik XXVIII Naukowego Zjazdu Psychiatrów Polskich w Lublinie*, Warszawa, s. 199
- Skog O-J (1988) *Testing causal hypotheses about correlated trends: pitfalls and remedies*. Contemporary Drug Problems/Winter, ss. 565-606
- Stanisz J. (1935) *Samobójstwa w Krakowie w latach 1899-1930*. Warszawa
- Wald I., Jaroszewski Z. (1983) *Alcohol Consumption and Alcoholic Psychoses in Poland*. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 44, No 6, s. 1040-1048
- Święcicki A. (1986) *Zróżnicowanie konsumentów alkoholu*. W: Wald I. (Red.) *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*. PWN, Warszawa, s. 88
- Wald I., Morawski J., Moskalewicz J., Szydłowska T. (1990) *II Raport o polityce wobec alkoholu*. Zespół Ekspertów Komisji d.s. Przeciwdziałania Alkoholizmowi przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa
- Walter T., Marcinkowski J., Marcinkowski T. (1974) *Samobójstwo w dużym mieście zakończone zgonem*. Zdrowie Publ., t. 85, Nr 11, ss. 955-962