

Krzysztof Rosa

Zakład Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Zachowania samobójcze w domach pomocy społecznej

Suicidal behaviour at nursing homes

Abstract

Based on the review of suicidological studies, this paper presents certain aspects of suicidal acts in older people, with special reference to suicidal behavior (suicide attempts, committed suicide) among elderly nursing home residents. The major interest was focused on the scale of this phenomenon and the characteristics of suicidal acts (suicide methods and determinants), as well as on preventive interventions. Some specific aspects of suicidal behavior among elderly nursing home residents were also indicated.

Psychiatria 2013; 10, 2: 91–100

key words: suicidal behaviours, nursing homes

Wstęp

Zachowania samobójcze podejmowane przez pensjonariuszy domów pomocy społecznej są stosunkowo rzadko przedmiotem badań suicydologicznych. Ten wątek badań wpisuje się w nurt analiz aktów samobójczych dokonywanych w instytucjach totalnych, takich jak więzienia, obozy koncentracyjne, garnizony wojskowe, szpitale psychiatryczne, ośrodki szkolno-wychowawcze, zakony. Celem niniejszej pracy było przedstawienie, na podstawie przeglądu badań suicydologicznych, wybranych aspektów aktów samobójczych osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem takich zachowań wśród seniorów mieszkających w domach pomocy społecznej. Przedmiotem zainteresowania była skala zjawiska, charakterystyka aktów samobójczych (metody samobójstw, uwarunkowania) oraz działania profilaktyczne [1].

Zachowania samobójcze — definicje, cechy strukturalne

Suicydologia to interdyscyplinarna dziedzina nauki zajmująca się badaniem różnych aspektów samobójstw,

do określenia swojego przedmiotu badań używa pojęcia „zachowania samobójcze”. Terminem tym określa się niejednorodną, zróżnicowaną kategorię obejmującą różne zachowania o samobójczych intencjach.

Definicje i klasyfikacja zachowań samobójczych

W literaturze suicydologicznej można spotkać wiele klasyfikacji aktów samobójczych stworzonych na podstawie różnych kryteriów, na przykład poziomu integracji społecznej i kontroli społecznej, dynamiki rozwoju myśli i tendencji autodestrukcyjnych [2, 3]. Jednak Kryteria Operacyjne dla Określenia Determinacji Samobójstwa (ang. *Operational Criteria for the Determination of Suicide*) za najważniejsze uznają trzy elementy: fakt, że człowiek sam wyrządził sobie krzywdę, intencję odebrania sobie życia oraz skutek samobójczego zachowania [4]. Na podstawie tak sformułowanych kryteriów do zachowań samobójczych zalicza się trzy najważniejsze kategorie:

- myśli samobójcze — wstępny etap rozwoju tendencji samobójczych, czyli wyobrażenia i przemyślenia na temat samobójstwa (np. wyobrażenia bycia martwym, wyobrażenia zadawania sobie bólu), życzenia i impulsy do podjęcia aktu samobójczego, jego planowanie;
- próbę samobójczą (ang. *suicide attempt*) — „akt niepowodujący śmierci, dobrowolnie podjęty

Adres do korespondencji:
dr n. hum. Krzysztof Rosa
Zakład Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Lindleya 6, 90–131 Łódź
e-mail: krzysztof.rosa@umed.lodz.pl
tel.: 42 677 93 12

i wykonany przez daną osobę, doprowadzający do samouszkodzenia lub mogący do niego doprowadzić bez interwencji innych” [5]. W literaturze suicydologicznej funkcjonuje również termin „zamierzone samouszkodzenie” (ang. *deliberate self-harm*) zawierający pojęcia: „próba samobójcza” i „parasamobójstwo” (ang. *suicide attempt, parasuicide*) określający „działania podjęte bez tragicznego zakończenia życia, w których jednostka rozważa zapoczątkowanie nietypowego zachowania bez udziału osób drugih, mogącego doprowadzić do samouszkodzenia ciała albo przyjęcia substancji w celu osiągnięcia zmiany poprzez aktualne (już wywołane) lub oczekiwane fizyczne konsekwencje” [6, 7]. Do tej kategorii zalicza się na przykład uszkodzenia powierzchni ciała (np. cięcia, przypalanie), przyjmowanie leków w ilościach przekraczających dawki terapeutyczne. Definicja ta nie rozstrzyga jednak, czy występują intencje samobójcze;

- samobójstwo dokonane — „akt o skutku śmiertelnym, który zmarły ze świadomością o oczekiwaniu takiego stanu sam zaplanował i wykonał w celu spowodowania zmian przez siebie pożądanym” [5].

Różnice między trzema wymienionymi podstawowymi kategoriami dotyczą między innymi motywów samobójczego działania, cech społeczno-demograficznych osób, które je podejmują, czynników ryzyka oraz efektu końcowego. Analizowane w tekście zagadnienia dotyczą myśli samobójczych, prób samobójczych i samobójstw dokonanych.

Cechy strukturalne zachowań samobójczych

Do najistotniejszych cech strukturalnych zachowań samobójczych zalicza się:

- intencję samouszkodzenia, czyli dążenie, motywację do wyrządzenia sobie krzywdy, a w wielu przypadkach do zakończenia życia;
- celowe, nieprzypadkowe działanie, czyli świadome, zazwyczaj przemyślane i zaplanowane zachowanie;
- przekonanie, że akt samobójczy zmieni sytuację osoby, która go podejmuje; cecha dotyczy zarówno osób, dla których celem samobójczego działania jest śmierć, jak i tych, którzy kierują się instrumentalną motywacją (chęć wywołania określonych zmian w zachowaniu osób z otoczenia);
- ambiwalencja celów, czyli istnienie sprzecznej, wzajemnie wykluczającej się motywacji, z jednej strony intencja pozostania przy życiu, z drugiej strony
- chęć ostatecznego zakończenia egzystencji lub uzyskania pożądanym zmian (np. akty o charakterze instrumentalnym);
- różne rodzaje motywacji, którymi kieruje się osoba podejmująca samobójcze działanie, czyli zróżnicowa-

- nie celów (motywów), które chce osiągnąć taka osoba, najważniejsze z nich to: determinacja (intencja) śmierci, motywy instrumentalne oraz tymczasowa ucieczka od rzeczywistości, ucieczka od konkretnej sytuacji społecznej, w której funkcjonuje jednostka;
- komponent emocjonalny, czyli współwystępowanie różnych stanów emocjonalnych poprzedzających sam akt samobójczy, na przykład poczucie bezradności, rozpacz, braku perspektyw, ale też złość, agresja;
- nieefektywna komunikacja z otoczeniem, czyli zaburzona komunikacja z bliższym i dalszym otoczeniem, czego konsekwencją może być na przykład izolowanie się;
- syndrom przedsamobójczy (syndrom presuicydalny), czyli stan psychiczny charakterystyczny dla osób podejmujących akty samobójcze. Syndrom został opisany przez Ringela, charakteryzuje się zawężeniem (osobistych możliwości, uczuć, relacji społecznych), zahamowaną i skierowaną na siebie agresją oraz fantazjami i myślami samobójczymi [8].

Wybrane aspekty zachowań samobójczych osób starszych

Ponieważ w większości pensjonariuszami domów pomocy społecznej są osoby w wieku podeszłym (60.–75. r.ż.), starszym (76.–90 r.ż.) i sędziwym (90 i więcej lat), trudno analizować zachowanie samobójcze występujące w tych instytucjach w oderwaniu od różnych aspektów opisywanych zachowań w tej grupie społecznej.

Myśli samobójcze

Badania empiryczne pokazują, że skala występowania myśli samobójczych wśród osób starszych jest bardzo zróżnicowana. Na przykład Callahan i współpracownicy podają, że 0,7–1,2% osób seniorów korzystających z podstawowej opieki lekarskiej ma myśli samobójcze [9]. W badaniach ankietowych przeprowadzonych na Florydzie (Stany Zjednoczone) blisko 6% 60-latków deklarowało występowanie myśli samobójczych [10]. Lish i wsp. odkryli, że 7,3% seniorów będących pod stałą opieką lekarską myślało o odebraniu sobie życia [11]. W badaniach zrealizowanych w Szwecji ustalono, że 16% mieszkańców powyżej 85. roku życia miało pasywne myśli samobójcze („pragnienie śmierci”, „życie nie jest nic warte”). Kobiety miały dwukrotnie częściej myśli samobójcze niż mężczyźni [12]. Z kolei w badaniach brytyjskich 7% osób powyżej 81. roku życia rozważało popełnienie samobójstwa w okresie 2 lat przed badaniem, wśród nich co 6. deklarował występowanie intensywnych myśli samobójczych [13].

W *Berlin Aging Study* 21% seniorów w wieku 70–105 lat ujawniło samobójcze intencje [14].

Tak duże różnice co do skali występowania myśli samobójczych są związane z metodologią badań (np. rodzajem badania: badanie podłużne danej grupy czy badanie reprezentacyjnej populacji, nie uwzględnieniem odpowiednich wskaźników, brakiem grupy kontrolnej). Z badań nad rozpowszechnieniem tej kategorii zachowań samobójczych wynika, że myśli samobójcze wśród osób starszych występują rzadziej niż wśród młodzieży i są dwukrotnie częstsze wśród kobiet niż mężczyzn [15–17].

Próby samobójcze

W większości państw dane dotyczące aktów usiłowań popełnienia samobójstwa nie są monitorowane i rejestrowane, co oznacza, że skala takich zachowań jest wielkością szacunkową (liczba prób samobójczych jest szacowana proporcjonalnie do liczby zgonów samobójczych). Badania pokazują, że proporcje prób samobójczych do samobójstw dokonanych wśród seniorów są jak 4:1, podczas gdy wśród nastolatków wynoszą 200:1, a w populacjach generalnych różnych krajów 8:1–33:1 [18–20].

Zrealizowany w latach 1989–1992 wieloprofilowy program badawczy nad regionalnymi uwarunkowaniami zachowań samobójczych, również wśród osób starszych (*WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behavior*) pokazał, że ponad 2/3 badanych, którzy podjęli próbę samobójczą, zrobili to po raz pierwszy. Wśród tych, którzy wcześniej usiłowali odebrać sobie życie, blisko 12% uczyniło to w okresie jednego roku przed badaniem [21]. Inne badania pokazały, że 6% osób w wieku 55 lat i starszych ginie śmiercią samobójczą w okresie roku po wcześniej podjętej nieudanej próbie samobójczej. Dla porównania, w niższych kategoriach wiekowych odsetek takich osób wynosi 2% [22].

Samobójstwa dokonane

Dane dotyczące skali samobójstw dokonanych są bardziej wiarygodne w porównaniu z tymi, które dotyczą rozmiarów występowania myśli i prób samobójczych. W większości państw uprzemysłowionych wskaźniki zgonów u mężczyzn, również samobójczych, powyżej 75. roku życia są wyższe niż w innych grupach wiekowych [23]. Pod koniec lat 90. najwyższe wskaźniki samobójstw dla osób w wieku 75 lat i więcej obydwu płci odnotowano na Węgrzech (179/100 tys. dla mężczyzn, 66/100 tys. dla kobiet), a najniższe w Szkocji (14/100 tys. dla mężczyzn, 6/100 tys. dla kobiet) oraz w Walii, Anglii i w Polsce. Na przykład w Stanach Zjednoczonych samobójstwo było 13., najczęściej występującą przyczyną zgonów wśród osób starszych.

Też, w myśl której późna faza życia jest okresem, w którym istnieje większe ryzyko popełnienia samobójstwa dla obu płci, potwierdzają dane gromadzone przez większość państw, na podstawie których są sporządzane statystyki Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organisation*) [24]. Analizy danych statystycznych pokazują pewne tendencje w odniesieniu do zachowań osób starszych:

- wskaźniki samobójstw dokonanych przez seniorów są wyższe niż wskaźniki myśli samobójczych, podczas gdy w niższych kategoriach wiekowych występuje prawidłowość odwrotna;
- w niektórych krajach, na przykład w Stanach Zjednoczonych, wśród ofiar samobójstw w wieku 75 lat są większe dysproporcje między mężczyznami i kobietami (8–12:1) niż w populacji generalnej (2–4:1); dysproporcja powiększa się wśród osób powyżej 85. roku życia i wynosi 53:1 [25];
- starsze kobiety, które zginęły śmiercią samobójczą, częściej niż mężczyźni — ofiary samobójstw, podjęły w przeszłości przynajmniej jedną próbę samobójczą. Suicydologowie uważają, że akty samobójcze seniorów prowadzą do śmierci częściej niż w przypadku innych grup wiekowych. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać między innymi w charakterystycznych cechach takich działań. Są one zazwyczaj zaplanowane i przygotowane, co zwiększa prawdopodobieństwa zgonu, w przeciwieństwie do impulsywnych i często instrumentalnych w swojej motywacji aktów samobójczych osób młodych. Ponadto ludzie starsi rzadko komunikują swoje samobójcze zamiary co jeszcze bardziej utrudnia, a czasami wręcz uniemożliwia zapobieganie takim zachowaniom [26].

Skala zachowań samobójczych osób starszych w Polsce i w regionie łódzkim

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce w 2010 roku śmiercią samobójczą zginęło 6342 osób. Prawie co 4. osoba z tej grupy w chwili śmierci miała 60 lat lub więcej. W tej kategorii wiekowej współczynnik zgonów samobójczych w 2010 wyniósł 18,9/100 tysięcy, dla porównania wśród młodzieży w wieku 15–19 lat — 8,1/100 tysięcy, z kolei w populacji generalnej był na poziomie 16,6/100 tysięcy mieszkańców. Samobójstwa dokonane w grupie osób starszych występują proporcjonalnie częściej niż w całej populacji. Liczba prób samobójczych podejmowanych w naszym kraju, podobnie jak i w wielu innych państwach, jest nieznana. Biorąc pod uwagę proporcje samobójstw dokonanych do prób samobójczych (według WHO jak 1:10–20) szacuje się, że od ponad 14 do około 29 tysięcy Polaków powyżej 60. roku życia w 2010 roku usiłowali

pozbawić się życia. Bardzo prawdopodobne, że jest to wielkość niedoszacowana.

W badaniach suycydologicznych zrealizowanych w regionie łódzkim w latach 2003–2004 na reprezentatywnej próbie respondentów oszacowano między innymi skalę występowania myśli samobójczych w roku poprzedzającym badanie. Wśród osób w wieku 60–65 lat wynosiła ona około 0,5% badanych, co w przeliczeniu na liczbę ludności stanowi ponad 2000 mieszkańców regionu [27]. Według danych Komendy Wojewódzkiej Policji w Łodzi w 2009 roku w regionie łódzkim samobójstwo popełniło 369 osób, wśród nich było 80 osób w wieku 60 lat i więcej. Liczba prób samobójczych jest wielkością szacunkową i mogła wynosić 800–3200 przypadków.

Metody aktów samobójczych

Z cytowanych wcześniej europejskich badań realizowanych w ramach projektu WHO wynika, że najczęściej stosowanym sposobem podejmowania prób samobójczych przez osoby starsze było zatrucie lekami (52,7%, przede wszystkim z lekami grupy benzodiazepin oraz leków nasennych) oraz podcięcie żył (11,2%) [21]. Tylko w jednym z badanych regionów (Guipuzca, Hiszpania) najczęściej wybieraną metodą był skok z wysokości (29,4%). Kobiety częściej stosowały zatrucie lekami, a mężczyźni częściej jako metodę wybierali powieszenie. Zdecydowana większość (89,1%) badanych kobiet używała tak zwanych „miękkich” metod (np. zatrucie lekami, podcięcie żył). Z kolei mężczyźni zdecydowanie częściej stosowali tak zwane „twarde” metody (powieszenie, skok z wysokości). Może to świadczyć o większej niż w przypadku kobiet determinacji śmierci [28]. Według Friesona akty samobójcze dokonywane przez osoby starsze wiążą się z większym ryzykiem wystąpienia zgonu [28]. Osoby starsze używające broni palnej do popełnienia samobójstwa częściej strzelają sobie w głowę, podczas gdy większość młodych potencjalnych samobójców strzela sobie w brzuch lub kończyny. Suycydologowie są zgodni, że usiłowania samobójcze seniorów należy traktować bardziej jako samobójstwa nieudane niż jako próby samobójcze podejmowane bez wystąpienia determinacji śmierci. W Stanach Zjednoczonych najczęściej stosowanymi metodami samobójstw wśród osób starszych są zastrzelenie i powieszenie. W 1998 roku 71% samobójstw wśród seniorów zostało dokonanych z użyciem broni palnej, mężczyźni wybierali tą metodę dwukrotnie częściej niż kobiety [17, 22]. Około 33% kobiet jako metodę samobójstwa zastosowało zatrucie lekami. Mężczyźni zdecydowanie rzadziej wybierali ten sposób (3%).

Czynniki ryzyka zachowań samobójczych u osób starszych

Zachowania samobójcze są uwarunkowane współistniejącymi kategoriami czynników o zróżnicowanej strukturze i etiologii, powiązanych ze sobą zależnościami przyczynowo-skutkowymi. Ta prawidłowość dotyczy też aktów samobójczych wśród seniorów [29]. Niektóre czynniki mają wpływ na występowanie każdej z trzech kategorii zachowań (myśli samobójcze, próby samobójcze, samobójstwa dokonane), inne są specyficzne tylko dla jednej z nich. Jednak występowanie jednej czy dwóch kategorii zachowań samobójczych jest czynnikiem ryzyka dla innej kategorii zachowań. Na przykład we wszystkich grupach wiekowych występowanie myśli, a przede wszystkim prób samobójczych jest traktowane jako najsilniejszy czynnik ryzyka popełnienia samobójstwa [30]. W tekście omówiono tylko psychospołeczne czynniki ryzyka. Należy jednak zaznaczyć, że bardzo istotny wpływ na omawiane zachowania mają także uwarunkowania biologiczne, przede wszystkim somatyczny i psychiczny stan zdrowia. Suycydologowie zwracają uwagę na rolę takich czynników, jak występowanie chorób somatycznych [31] i związany z ich obecnością chroniczny ból [32], a także demencję, chorobę Alzheimera [33], depresję [34], zaburzenia lękowe [35], schizofrenię [36], nadużywanie, uzależnienie od alkoholu [37] oraz zaburzenia osobowości [38].

Cechy społeczno-demograficzne

Istotną rolę w etiologii zachowań samobójczych odgrywają niektóre cechy demograficzne, na przykład płeć, wiek, stan cywilny. W większości uprzemysłowionych krajów, w różnych grupach wiekowych, mężczyźni są w grupie najwyższego ryzyka popełnienia samobójstwa (2–4 razy częściej niż kobiety), w przeciwieństwie do kobiet, które częściej podejmują próby samobójcze. Proporcje samobójstw dokonanych przez mężczyzn i kobiety w wieku 75 lat przeciętnie wynoszą jak 8–12:1. Na przykład w Stanach Zjednoczonych proporcje samobójstw podjętych przez białych mężczyzn i białe kobiety powyżej 85. roku życia są jak 53:1 [28]. Wśród mieszkańców Kanady najwyższe wskaźniki samobójstw odnotowano w grupie mężczyzn powyżej 80. roku życia oraz w grupie kobiet pomiędzy 65. a 69. rokiem życia [39]. McCall spekuluje, że samobójstwa osób w wieku 65–69 lat są spowodowane zmianą (tzn. pogorszeniem się) statusu społecznego związanego na przykład z przejściem na emeryturę, podczas gdy samobójstwa starszych osób w wieku 75 są częściej związane z problemami zdrowotnymi [40]. Tak duże dysproporcje między płciami tłumaczy się skuteczniejszym radzeniem sobie ze stresem przez kobiety czy na przykład specyfiką zachorowań na

depresję przez mężczyzn. Mimo że starsi mężczyźni zdecydowanie rzadziej chorują na depresję niż kobiety, to w jej przebiegu częściej nadużywają leki i alkohol, co samo w sobie już stanowi czynnik ryzyka. Ponadto w przypadku mężczyzn istnieje większe niż u kobiet prawdopodobieństwo nierozpoznania i tym samym niepodjęcia leczenia depresji. Obserwacje kliniczne dostarczają dowodów co do różnic w podejściu do leczenia depresji przez mężczyzn w porównaniu z kobietami, u których zazwyczaj wcześniej diagnozuje się i rozpoczyna leczenie [41]. Inne różnice dotyczą niektórych cech osobowości, takich jak brak otwartości na nowe doświadczenia, sztywność poznawcza, dychotomiczne myślenie, niechęć do szukania pomocy, które będąc czynnikami ryzyka są zróżnicowane przez płeć. Na przykład mężczyźni uważają, że prośba o pomoc w trudnej sytuacji życiowej jest oznaką słabości i konsekwentnie odmawiają jej przyjmowania, nawet jeśli bardzo jej potrzebują. Kobiety zachowują się inaczej, korzystają z pomocy i traktują ją jako wartość, w przeciwieństwie do mężczyzn.

Większość badań pokazuje, że owdowiali starsi mężczyźni zdecydowanie częściej giną śmiercią samobójczą niż owdowiałe kobiety. Na przykład w Stanach Zjednoczonych wskaźnik samobójstw owdowiałych mężczyzn w wieku 65 lat i więcej wynosił 84/100 tysięcy, podczas gdy owdowiałych kobiet 7/100 tysięcy [26]. Podobne prawidłowości odkryto w badaniach europejskich w odniesieniu do prób samobójczych [22]. W większości badanych regionów najwyższy odsetek niedoszłych samobójców odnotowano wśród owdowiałych mężczyzn (44,9%), w przeciwieństwie do żonatych (37,3%), żyjących w separacji lub rozwiedzionych (9,0%) oraz osób stanu wolnego (7,9%).

Krytyczne wydarzenia życiowe

Istotną rolę w etiologii zachowań samobójczych, również seniorów, odgrywają krytyczne wydarzenia życiowe. Badania Luscomba i wsp. pokazały występowanie stresującego wydarzenia w okresie od tygodnia do miesiąca przed podjęciem aktu samobójczego [42]. Carney i wsp. odnotowali istotne różnice w charakterze samych wydarzeń poprzedzających samobójstwa osób starszych i młodszych [43]. Konflikty w relacjach z innymi osobami, problemy w pracy lub jej utrata, naruszenie prawa częściej występowały wśród ofiar samobójstw w młodszym i średnim wieku, podczas gdy choroby somatyczne i doświadczenia różnego rodzaju straty (np. śmierć bliskiej osoby, utrata prestiżu związana z zakończeniem aktywności zawodowej) zdecydowanie częściej dotyczyły osób starszych. Wielu badaczy jest zgodnych, że jednym z najważniejszych psychospołecznych predyktorów zachowań samobójczych, niezależnie

od wieku, ale szczególnie istotnym wśród osób starszych, jest utrata partnera i psychospołeczne konsekwencje takiej sytuacji (cierpienie i ból psychiczny, lęk o przyszłość, poczucie samotności, zachwianie mechanizmów wsparcia społecznego, pogorszenie sytuacji materialnej) [44, 45]. Wskaźniki samobójstw u osób, które doświadczyły samobójczej śmierci partnera lub innej bliskiej osoby są pięciokrotnie wyższe niż populacji generalnej [46]. Ryzyko dokonania samobójstwa jest najwyższe w okresie pierwszego roku od śmierci partnera i pozostaje podwyższone przez następnych 5 lat [47–48].

Istotnym wydarzeniem, również traktowanym jako czynnik ryzyka, jest też przejście na emeryturę. Takie zdarzenie może prowadzić do poczucia bycia bezużytecznym, bezwartościowym, co może prowadzić do obniżenia jakości życia [49–50]. Wśród innych wydarzeń wymienia się także zaburzone relacje z bliskimi osobami (konflikty, awantury). Ich źródłem mogą być:

- utrata satysfakcjonującej pozycji w strukturze rodziny; przejawami takiej sytuacji jest na przykład izolowanie, marginalizowanie, czyli nieliczenie się z jej opinią osoby starszej, odsuwanie od podejmowania ważnych dla niej decyzji, instrumentalnie traktowanie (np. korzystanie z pomocy finansowej, sprawowanie opieki nad dziećmi, wnukami);
- brak akceptacji, tolerancji ze strony rodziny wobec odmiennych, czasami traktowanych jako dziwaczne, zachowań starszej osoby;
- poczucie winy występujące u seniora wynikające ze świadomości „bycia ciężarem” dla rodziny.

Z doświadczeń zawodowych autora tekstu w pracy ze starszymi osobami, które usiłowały popełnić samobójstwo i zostały hospitalizowane w Klinice Ostrych Zatrucí Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi wynika, że występuje jeszcze jedna kategoria przyczyn rodzinnych konfliktów — nadużywanie alkoholu przez dorosłe dziecko, najczęściej syna, nieposiadającego własnego, stałego źródła dochodu, który pozostaje na utrzymaniu matki. Osoba taka, często uzależniona od alkoholu, zachowując się agresywnie, nierzadko stosując przemoc fizyczną, zmusza starszą matkę do finansowania swojego stylu życia.

Społeczna izolacja

Wśród psychospołecznych czynników zachowań samobójczych jako niezwykle istotny wymienia się izolację społeczną i brak społecznego wsparcia. Badania sytuacji społecznej ofiar samobójstw w podeszłym wieku wykazały, że częściej śmiercią samobójczą giną starsze osoby mieszkające samotnie. Tendencja ta nie jest obserwowana u osób w średnim wieku [51]. Jednak rola tego czynnika w etiologii samobójstw jest niejednoznaczna. Na przykład badania Conwella i wsp. dowodzą, że liczba

osób żyjących samotnie nie wrasta wraz w wiekiem [17]. Inni autorzy twierdzą, że nie ma istotnych różnic pomiędzy tą cechą sytuacji społecznej młodszych a starszych ofiar samobójstw [52]. Mieszkanie w pojedynkę nie jest automatycznie tożsame ze społeczną izolacją. Ktoś może czuć się izolowany nawet jeśli mieszka z innymi. Bardziej trafny wydaje się pogląd, że brak społecznego wsparcia, społeczna izolacja pełni pośrednią rolę w genezie omawianych zachowań. Jej rola jest silniejsza kiedy współwystępuję z innymi czynnikami ryzyka, na przykład doświadczeniem krytycznych wydarzeń życiowych (utrata bliskiej osoby) czy nadużywaniem alkoholu [53].

Zachowania samobójcze pensjonariuszy domów pomocy społecznej

Omówienie wybranych aspektów tego zjawiska warto zacząć od postawienia pytania. Czy zachowania samobójcze pensjonariuszy takich placówek są w jakiś sposób odmienne, specyficzne (np. pod względem częstotliwości występowania, stosowanych metod pozbawienia się życia, a przede wszystkim uwarunkowań) od aktów samobójczych podejmowanych również przez osoby starsze, będące w analogicznym przedziale wieku, ale niebędące mieszkańcami domów pomocy społecznej? Przegląd kilku badań w pewnej mierze pozwala znaleźć odpowiedź na tak postawione pytanie.

Skala zachowań samobójczych

Większość badań dotyczących aktów samobójczych w domach pomocy społecznej jest zrealizowanych na stosunkowo małych grupach, co powoduje, że uzyskane wyniki nie mają charakteru reprezentatywnego dla całej populacji osób podejmujących działania samobójcze w takich instytucjach.

Niezbyt liczne doniesienia pokazują, że skala samobójstw dokonanych w domach pomocy społecznej jest niższa niż osób w analogicznych kategoriach wiekowych niebędących pensjonariuszami tych instytucji [54]. W badaniu z lat 60. określono, że 2% wszystkich samobójstw ma miejsce w takich placówkach [55]. Późniejsze studia wskazały, że odsetek takich zgonów to 1–11% wszystkich samobójstw dokonanych przez osoby starsze [56, 57]. Jednak dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w Stanach Zjednoczonych w 2004 pokazały, że współczynnik samobójstw dokonywanych w domach pomocy społecznej przez osoby powyżej 65. roku życia (19/100 tys.) był wyższy niż w populacji w analogicznej grupie wiekowej — 14/100 tysięcy [58].

W innych badaniach przeprowadzonych w Finlandii, których celem było opisanie wszystkich samobójstw popełnionych w okresie jednego roku przez osoby starsze będące pensjonariuszami domów pomocy społecznej,

zidentyfikowano 12 takich przypadków, co stanowiło 0,9% wszystkich zgonów samobójczych dokonanych przez seniorów [59].

W jedynych znanych autorowi tekstu polskich badaniach na temat zachowań samobójczych w domach pomocy społecznej zrealizowanych w Poznaniu w 2001 roku przez Czabańskiego określono między innymi skalę zjawiska [60]. Analiza obejmowała okres 10 lat (1991–2000). W tym czasie w placówkach objętych badaniem nie doszło do samobójstwa wśród pensjonariuszy. Takie przypadki miały miejsce w latach 70. i 80. w dwóch największych domach pomocy społecznej w Poznaniu. Sześć osób (czterech mężczyzn, dwie kobiety) popełniło samobójstwo. W okresie objętym badaniem odnotowano trzy próby samobójcze.

Ustalono również, że niekiedy występują wśród seniorów myśli samobójcze, najczęściej wśród osób, których stan zdrowia ulega pogorszeniu. Zaobserwowano też, że rozmowy na temat możliwości popełnienia samobójstwa najczęściej są prowadzone przez nowych mieszkańców domu. Po okresie adaptacji do nowych warunków zmniejsza się obecność tematu samobójstwa w rozmowach między pensjonariuszami.

Metody samobójstw

W cytowanych fińskich badaniach pensjonariusze domów opieki jako metodę samobójstwa najczęściej wybierali powieszenie (67%), w drugiej kolejności utopienie. Większość z nich to mężczyźni (75%) oraz osoby, które mieszkały w placówce opiekuńczej od roku (42%) [59]. Co trzecia z ofiar samobójstwa wcześniej podejmowała próby samobójcze. Z badań Abramsa i wsp. wynika, że seniorzy mieszkający w domach pomocy społecznej jako metodę samobójstwa wybierali skok z wysokości, powieszenie, zażycie leków [54].

Niektórzy badacze zwracają uwagę na specyficzne, bardziej subtelne zachowania samobójcze w tej grupie społecznej, które zawierają ukryte intencje samobójcze. Farberow jako pierwszy użył terminu „subintencjonalne samobójstwo” (ang. *sub-intentional suicide*), w odniesieniu do takich zachowań, jak odmowa przyjmowania posiłków, napojów, leków, wykonywania czynności medycznych, pielęgnacyjnych, która jest traktowana jako celowa i przemyślana forma samouszkodzenia organizmu [61]. Taka metoda podejmowania aktów samobójczych, która często może prowadzić do śmierci jest szczególnie powszechna w domach pomocy społecznej, gdzie dokonanie samobójstwa przy użyciu innych metod może być wcześniej zauważone i udaremnione. Wybór takiego zachowania może też uzasadniać fakt, że osoby starsze często są głęboko wierzące i dokonanie samobójstwa w sposób bezpośredni uważają za grzech.

Odmowa przyjmowania posiłków, leków, stosowania zabiegów medycznych nie jest przez nich traktowane jako akt samobójczy. Taka interpretacja wydaje się być swoistym mechanizmem obronnym.

Osgood donosi, że ta kategoria zachowań występuje statystycznie częściej w domach opieki funkcjonujących przy zakonach lub innych instytucjach kościelnych, a rzadziej w prywatnych i publicznych placówkach tego rodzaju [62]. Zachowanie to kończy się śmiercią w 80 na 100 tysięcy przypadków [63].

W badaniach Drapera i wsp. ustalono, że zachowania samouszkodzające (ang. *self-destructive behaviors*) są powszechne wśród rezydentów domów opieki [64]. Zachowania o pośrednim charakterze (odmowa przyjmowania leków, jedzenia, odmowa współpracy z personelem opiekuńczym) odnotowano u 61% badanych pensjonariuszy. Z kolei zachowania o bezpośrednim charakterze (cięcie/niszczenie, uderzenie i spożywanie obcych przedmiotów) zaobserwowano u 14% badanych. Ustalono, że ten rodzaj zachowań częściej występuje u osób cierpiących na demencje.

W polskich badaniach ustalono, że pensjonariusze domów pomocy społecznej, którzy zginęli śmiercią samobójczą jako metodę najczęściej wybierali powieszenie (5 osób), jedna osoba wyskoczyła przez okno [60]. Osoby, które usiłowały popełnić samobójstwo jako metodę wybierały skok z okna.

Czynniki ryzyka zachowań samobójczych w domach pomocy społecznej

Jedną z kategorii czynników ryzyka tworzą zaburzenia i choroby psychiczne oraz choroby somatyczne. W badaniach Suominena i wsp. ustalono, że u 75% osób, które odebrały sobie życie w domach opieki, zdiagnozowano choroby psychiczne: depresję, chorobę dwubiegunową, depresyjne zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia depresyjne nie wyróżnione inaczej, dystymie, organiczne zaburzenia nastroju, zaburzenia adaptacyjne z zaburzeniami nastroju, uzależnienie od alkoholu i nadużywanie alkoholu [59]. Większość z ofiar samobójstwa (67%) nie było w przeszłości leczonych psychiatrycznie, ale 17% samobójców było konsultowanych psychiatrycznie w okresie miesiąca przed śmiercią. Zwraca się uwagę na jeszcze jedną kategorię czynników, która jest związana z pobytem w domu pomocy społecznej. Jednym z najistotniejszych czynników suicydogennych są konsekwencje zmiany miejsca zamieszkania i rozpoczęcia życia przez osobę starszą w nowym środowisku, czasami wbrew jej własnej woli: zmiana środowiska, konieczność przystosowania się do nowych warunków (np. konieczność zaakceptowania ograniczeń swobody, utrata indywidualizmu, czasami także negatywne zachowania personelu,

również w skrajnych przypadkach, w postaci stosowania przemocy psychicznej, fizycznej). Jak pokazują badania, depersonalizacja pensjonariuszy jest zjawiskiem powszechnym w takich instytucjach [65]. Rozpoczęcie życia w nowych, obcych realiach przy współistniejących chorobach psychicznych i somatycznych zwiększa ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych. Jest ono największe w okresie pierwszych 6 miesięcy pobytu w placówce. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na suicydogenną rolę oczekiwania na miejsce w takiej placówce [66]. Sytuacja taka jest szczególnie stresująca dla małżeństw, które boją się odseparowania podczas przeniesienia oraz pobytu w takiej placówce. Czabański w swoich badaniach ustalił, że wśród 5 osób, które w przeszłości (tzn. przed zamieszkaniem w placówce opiekuńczej) podejmowały próby targnięcia się na życie, dwie zrobiły to w okresie bezpośrednio poprzedzającym przyjęcie do domu pomocy społecznej [60].

Z badań tego autora wynika również, że istnieją dwie podstawowe przyczyny prób samobójczych podejmowanych przez mieszkańców placówek. Są to choroby somatyczne i towarzyszący im ból rodzący cierpienie fizyczne i psychiczne oraz poczucie osamotnienia wynikające z faktu opuszczenia przez najbliższych.

Identyfikacja i profilaktyka zachowań samobójczych wśród seniorów

Najważniejszym celem działań profilaktycznych jest ograniczenie zachowań samobójczych. Jedną z metod jego realizacji jest identyfikacja osób zagrożonych popełnieniem aktu samobójczego. Badania pokazują, że 50% ofiar samobójstw w wieku 60 lat i więcej spotkało się ze swoim lekarzem pierwszego kontaktu (lekarzem rodzinnym) na miesiąc przed samobójczą śmiercią, 26% w okresie tygodnia, a 7% na dzień przed dokonaniem samobójstwa. Ponad połowa tych osób skarżyła się na dolegliwości fizyczne. Stosując metodę autopsji psychologicznej odkryto, że osoby te podczas wizyty u lekarza pierwszego kontaktu w 49% (!) przypadków ujawniły intencje samobójcze, a 18% nie wprost sygnalizowało samobójcze zamiary [38]. Oszacowanie ryzyka popełnienia samobójstwa nie powinno się tylko ograniczać do identyfikacji myśli i planów samobójczych. Należy pamiętać, że determinacja związana z pozbawieniem się życia wśród osób starszych może być znacznie silniejsza niż w przypadku osób młodych. Ważne jest także ustalenie, czy dana osoba była/jest leczona psychiatrycznie (ambulatoryjnie, hospitalizacja). Badania pokazują, że aż 93% samobójców, którzy mieli kontakt z lekarzem rodzinnym w okresie 30 dni przed śmiercią było w przeszłości leczonych psychiatrycznie (ambulatoryjnie, hospitalizacja w oddziale psychiatrycznym) [67]. Ustale-

nia te mogą sugerować, że identyfikacja osoby starszej zagrożonej samobójstwem nie jest trudna. Jednak jak już wcześniej wspomniano, osoby takie potrafią starannie przygotować się do samobójczego zamachu, nie komunikują swoich zamiarów, dbając by ich intencje nie zostały wcześniej odkryte, tym samym ograniczając możliwość skutecznego przeciwdziałania [26].

W kontekście omawianego problemu ważne jest dysponowanie narzędziami służącymi do oszacowania ryzyka. Klinicyści stosują powszechnie używaną Skalę Intencji Samobójczych A. Becka. Jednak w miarę rozwoju wiedzy na temat różnic w zachowaniach samobójczych w poszczególnych grupach wiekowych pojawia się potrzeba skonstruowania skali szacującej ryzyko samobójstw wśród seniorów. Na przykład Nelson i Farberow stworzyli narzędzie mierzące występowanie wcześniej wspomnianego subintencjonalnego zachowania samobójczego (do jego opisu stosuje się też termin „pośrednie zachowanie samobójcze”, ang. *ISDB, indirect self-destructive behaviors*) wśród pensjonariuszy domów pomocy społecznej [61]. Innym narzędziem jest *Yale Evaluation of Elderly Suicidality Scale (YEES)* [26]. Skala mierzy trzy aspekty suicydalności: aktualne postawy wobec samobójstwa, występowanie w okresie miesiąca pośrednich gestów samobójczych, aktualne bezpośrednie myśli samobójcze, plany, groźby raz podjęte próby samobójcze w okresie ostatniego roku. Innym narzędziem mierzącym pośrednie i bezpośrednie zachowania autodestrukcyjne jest *Harmful Behavior Scale* [64].

Programy zapobiegania samobójstwom skierowane do osób starszych są rzadko realizowane. Jednym z nich jest Program Prewencji Samobójstw Osób Starszych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (PROSPECT), którego celem jest rozszerzenie i wzrost efektywności leczenia depresji, poczucia beznadziejności i występowania myśli samobójczych u osób starszych leczonych w podstawowej opiece zdrowotnej [68]. Drugi projekt to *Hungarian Prototyp Depression Program in Eastern Europe: A Pilot Project in the Region of Kiskunhalas* [69]. Program jest realizowany w regionie Węgier, w którym poziom samobójstw wynosi 60/100 tysięcy. Jego celem jest redukcja samobójstw poprzez leczenie depresji i uzależnień od substancji psychoaktywnych. W realizację programu są zaangażowani lekarze pierwszego kontaktu, pielęgniarki, lekarze psychiatry.

Wnioski końcowe

Osoby starsze stanowią jedną z grup ryzyka zachowań samobójczych. Świadczą o tym następujące fakty:

- dane epidemiologiczne pokazują, że zgony samobójcze seniorów w większości państw wysoko

uprzemysłowionych są proporcjonalnie częstsze niż wśród innych grup wiekowych;

- często występująca w tej grupie wiekowej determinacja śmierci jako motyw aktu samobójczego prowadzi w konsekwencji do wyboru takiej metody dokonania samobójstwa, która zwiększa prawdopodobieństwo zgonu;
- ryzyko śmierci zwiększa występowanie subintencjonalnych zachowań samobójczych, które są trudniejsze do identyfikacji i tym samym podjęcia działań zapobiegawczych.

Czy akty samobójcze rezydentów placówek opiekuńczych są specyficzne, różne od tych, które podejmują seniorzy nie mieszkających w takich instytucjach? Odpowiedź na to pytanie nie jest jednoznaczna. W pewnych aspektach takie zachowania są specyficzne. Na przykład, nieliczne badania (z wyjątkiem badań amerykańskich) aktów samobójczych podejmowanych przez pensjonariuszy domów opieki wskazują, że ich skala jest mniejsza niż w populacjach generalnych. Prawdopodobnie ta nie powinna zaskakiwać, dom opieki jako instytucja stwarza pewne ograniczenia w zakresie swobody zachowania, na przykład poprzez zwiększony poziom kontroli.

Z drugiej strony, jak wynika z przytaczanych badań fińskich, większość ofiar samobójczych aktów w placówkach opiekuńczych to mężczyźni, co jest zgodne z tendencją obserwowaną w populacji generalnej nie tylko Finlandii, ale także wielu innych krajów, gdzie samobójstwa częściej popełniają przedstawiciele płci męskiej. Niektóre metody popełniania samobójstwa są specyficzne dla osób mieszkających w domach pomocy społecznej. Dotyczy to przede wszystkim tych, które określa się mianem subintencjonalnych zachowań samobójczych.

Uwarunkowania opisywanych zachowań częściowo mają niespecyficzny charakter. Z badań fińskich wynika, że współwystępowania chorób somatycznych i psychicznych u seniorów, którzy popełnili samobójstwo w placówkach opiekuńczych występowało częściej niż wśród osób starszych, które odebrały sobie życie, ale nie mieszkały w takich instytucjach.

Inne czynniki ryzyka (depersonalizacja, przemoc ze strony personelu), które są charakterystyczne dla niektórych kategorii instytucji totalnych, można zaliczyć do uwarunkowań niespecyficznych

Wśród wielu zagadnień, którymi zajmuje się geriatryka, polityka społeczna i problematyka zachowań samobójczych osób starszych, również tych, którzy są pensjonariuszami domów opieki, powinna zająć ważne miejsce. Najbardziej istotną kwestią powinna być profilaktyka i prewencja aktów samobójczych podejmowanych w tej grupie społecznej. Należy akcentować konieczność prowadzenia działalności edukacyjnej w odniesieniu do

różnych grup zawodowych zajmujących się problemami seniorów (np. lekarzy pierwszego kontaktu, pracowników opieki społecznej, pracowników domów pomocy społecznej). Takie działania powinny obejmować wiele szczegółowych kwestii związanych z prewencją zachowań samobójczych w tej grupie społecznej. Do nich należą między innymi: kształcenie umiejętności identyfikacji sygnałów ostrzegawczych świadczących

o ryzyku popełnienia samobójstwa (tzw. sygnałów zwiastunowych), uświadamianie konieczności zebrania szczegółowego wywiadu dotyczącego występowania myśli i prób samobójczych, wcześniejszego i aktualnego leczenia psychiatrycznego, a także umiejętność rozpoznania symptomów depresji, psychozy, zaburzeń nastroju czy występowania krytycznych wydarzeń życiowych.

Streszczenie

Na podstawie przeglądu badań suycydologicznych w artykule przedstawiono wybrane aspekty aktów samobójczych osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem takich zachowań (próby samobójcze, samobójstwa dokonane) wśród seniorów mieszkających w domach pomocy społecznej. Przedmiotem zainteresowania była skala zjawiska, charakterystyka aktów samobójczych (metody samobójstw, uwarunkowania) oraz działania profilaktyczne. W tekście zasygnalizowano niektóre specyficzne aspekty zachowań samobójczych seniorów 3/4 pensjonariuszy domów opieki.

Psychiatri 2013; 10, 2: 91–100

słowa kluczowe: zachowania samobójcze, dom pomocy społecznej

Piśmiennictwo

1. Problematyka analizowana w tekście jest przedmiotem badań suycydologicznych realizowanego przez autora w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki (5156/B/PO1/2011/40) „Zdrowie psychiczne społeczeństwa polskiego a samobójstwa. Analiza współzależności”. Kierownik prof. Brunon Hołyst, Wyższa Szkoła Menadżerska w Warszawie.
2. Durkheim E. Samobójstwo. Studium z socjologii. Oficyna Naukowa, Warszawa 2006; 94–350.
3. Hołyst B. Samobójstwo. Przypadek czy konieczność. PWN, Warszawa 1983; 121–123.
4. Rosenberg M.L., Davidson L.E., Smith J.C. i wsp. Operational criteria for the determination of suicide. *J. Forensic Sci.* 1988; 32: 1445–1455.
5. Hołyst B. Suycydologia. Wydawnictwo Prawnicze Lexis/Nexis, Warszawa 2002; 43.
6. The 11th European Symposium on Suicide and Suicidal Behavior: from Greenland to the Caucas, from Urals to Iberia, Portoroz, Slovenia, 9–12 September 2006, abstract book. *Psychiatria Danubia* 2006; 18: 43–44.
7. Gmitrowicz A., Lewandowska A. Charakterystyka uczniów dokonujących zamierzonych samouszkodzeń. *Suycydologia* 2009–2010; 5–6: 78.
8. Ringel E. Samobójstwo — apel do innych. *Oficyna Wydawnicza Profi*, Warszawa 1993; 13–20.
9. Callahan C.M., Hendrie H.C., Nienaber N.A. i wsp. Suicidal ideation among older primary care patients. *J. A. Geriatr. Soc.* 1996; 44: 1205.
10. Conwell Y., Duberstein P., Caine E.D. Risk factors for suicide later life. *Biol. Psychiatry* 2002; 52: 195.
11. Lish J.D., Zimmerman M., Farber N.J. i wsp. Suicide screening in a primary care setting at a Veterans Affairs Medical Centre. *Psychosomatics* 1996; 37: 413.
12. Skoog I., Aevansson O., Beskov J. i wsp. Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year olds. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 1015.
13. Rao R., Dening T., Brayne C. i wsp. Suicidal thinking in community residents over eighty. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1997; 12: 337–343.
14. Linden M., Barnow S. The wish to die in very old person near the end of life: a psychiatric problem? Result from the Berlin Aging Study. *Int. Psychogeriatr.* 1997; 9: 291.
15. Gallo J.J., Anthony J.C., Muthen B.O. Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *J. Gerontol.* 1994; 49: 251.
16. Blazer D.G., Bahn A.K., Manton K.G. Suicide in late life: review and commentary. *J. A. Geriatr. Soc.* 1986; 34: 519.
17. Conwell Y., Duberstein P.R., Caine E.D. Risk factor for suicide in later life. *Biol. Psychiatry* 2002; 52: 194.
18. Parkin D., Stengel E. Incidence of suicidal attempts in an urban community. *Br. Med. J.* 1965; 2: 133.
19. Langley G.E., Bayatti N.N. Suicides in Exe Vale Hospital. *Br. J. Psychiatry* 1984; 145: 463.
20. Paykel E.S., Mayers J.K., Lindenthal J.J., Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br. J. Psychiatry* 1974; 124: 460.
21. De Leo D., Padoani W., Scocco P. i wsp. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2001; 16: 307.
22. Szanto K., Priegerson H.G., Reynolds III C.F. Suicide in the elderly. *Clin. Neurosci. Res.* 2001; 1: 367.
23. Kennedy G.J., Tanenbaum S. Suicide and aging: international perspectives. *Psychiatry Q.* 2000; 71: 345.
24. Pearson J.L., Conwell Y. Suicide in the late life: challenges and opportunities for research. Introduction. *Int. Psychogeriatr.* 1995; 7: 131.
25. Hoyert D.L., Kochanek K.D., Murphy S. Deaths: final data for 1997. *Nat. Vital. Stat. Rep.* 1999; 47: 1–104.
26. Conwell Y., Duberstein P.R., Cox C., Herman J.H., Forbes N., Caine E.D. Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 1998; 6: 122.
27. Rosa K., Merecz D., Sobala W. Identyfikacja czynników ryzyka zachowań samobójczych w regionie łódzkim. Niepublikowany raport badawczy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2004.
28. Frieson R.L. Suicide attempts by the old and very old. *Arch. Intern. Med.* 1991; 141: 141–144.

29. Rosa K., Merezec D. Suicidal behaviors in the elderly. W: Musielak M. (red.). The many faces of being old. Health and socio-cultural aspects of ageing. Poznan University of Medical Sciences, Poznan 2006; 35–50.
30. Hepple J., Quinton C. One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *Br. J. Psychiatry* 1997; 171: 42.
31. Robins E., Murphy G.E., Wilkinson R.H., Gassner S., Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on study of 134 successful suicides. *Am. J. Pub. Health* 1959; 49: 888.
32. Hitchcock L.S., Farrell B.R., McCaffery M. The experience of chronic nonmalignant pain. *J. Pain Symptom Manage* 1994; 9: 312.
33. Rubio A., Vestner A.L., Stewart J.M., Forbes N.T., Conwell Y., Cox C.H. Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biol. Psychiatry* 2001; 49: 137.
34. Goldney R.D., Wilson D., Dal Grande E., Fisher J., McFarlane A.C. Suicidal ideation in random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2001; 34: 98.
35. Lepine J.P., Chinon I.M., Teherani M. Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50: 144.
36. Radomsky E.D., Haas G.L., Mann J.J., Sweeney J.A. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am. J. Psychiatry* 1999; 156: 1590–1595.
37. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 2001; 96, (suppl. 1): 59.
38. Harwood D., Jacoby R. Suicidal behaviour in elderly. W: Hawton K., van Heeringen K. (red.). The international handbook of suicide and attempted suicide. John Wiley & Sons Ltd, New York 2000; 275.
39. Mireault M., de Man A.F. Suicidal ideation among elderly: personal variables, stress and social support. *Soc. Behavior Personal.* 1996; 24: 385.
40. McCall P.L. Adolescent and elderly white male suicide trends. Evidence of changing well-being? *J. Gerontol.* 1991; 46: 543.
41. Rihmer Z., Rutz W., Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression training programme for general practitioners. *J. Affect. Disord.* 1995; 35: 147.
42. Luscomb R.L., Clum G.A., Patsiakos A.T. Mediating factors in the relationship between life stress and suicide attempting. *J. Nerv. Mental. Dis.* 1980; 168: 644–650.
43. Carney S.S., Rich C.L., Burke P.A., Flower R.C. Suicide over 60: the San Diego study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1994; 42: 174.
44. Smith J.C., Mercy J.A., Conn J.M. Marital status and risk of suicide. *Am. J. Public Health* 1988; 78: 78.
45. Helsing K.L., Comstock G.W., Szklo M. Causes of death in a widowed population. *Am. J. Epidemiol.* 1982; 116: 524.
46. Bunch J. Recent bereavement in relation to suicide. *J. Psychosom. Res.* 1972; 16: 361.
47. MacMahon B., Pugh T.F. Suicide in the widowed. *Am. J. Epidemiol.* 1985; 81: 23.
48. Kaprio J., Kosekenuvo M., Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95.647 widowed persons. *Am. J. Public Health* 1987; 77: 283–287.
49. McJutosh J. Suicide among the elderly: levels and trends. *Am. Orthopsychiatry* 1985; 55: 288.
50. Osgood N. Suicides in the elderly: etiology and assessment. *Int. Rev. Psychiatry* 1992; 4: 217.
51. Barraclough B.M. Suicide in the elderly: recent developments in psychogeriatrics. *Br. J. Psychiatry* 1971; suppl. 6: 87.
52. Heikkinen M.E., Lonnqvist J.K. Recent life events in elderly suicide: a nationwide study in Finland. *Int. Psychogeriatr.* 1995; 7: 282.
53. Murphy G.E., Wetzel R.D., Robins E. i wsp. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch. Gen. Psychiatry* 1992; 49: 459.
54. Abrams R.C., Young R.C., Holt J.H., Alexopoulos G.S. Suicide in New York City nursing homes: 1980–1986 (letter to the editor). *Am. J. Psychiatry* 1988; 145: 1487.
55. Dorpat T.L., Ripley H.S. A study of suicide in the Seattle area. *Compr. Psychiatry*. 1960; 1: 349–359.
56. Copeland A.R. Suicide among the elderly. The Metro-Dade County Experience 1981–1983. *Med. Sci. Law* 1987; 27: 32–36.
57. Conwell Y., Olsen K., Caine E.D., Flannery C. Suicide in later life. *Int. Psychogeriatr.* 1991; 3: 59–66.
58. Are seniors in nursing homes at greater risk for suicide? Dokument elektroniczny: www.nursinghomeneglectlawyers.com.
59. Suominen K., Henriksson M., Isometsä E., Conwell Y. Nursing home suicides — a psychological autopsy study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2003; 18: 1095–1101.
60. Czabański A. Zachowania samobójcze ludzi starszych w domach pomocy społecznej w Poznaniu. Tekst niepublikowany (maszynopis).
61. Farberow N.L. Indirect self-destructive behavior: classification and characteristics. W: Farberow N.L. (red.). The many faces of suicides; indirect self-destructive behavior. McGraw-Hill, New York 1980; 15.
62. Osgood N.J. Environmental factors in suicide in long-term care facilities. *Suicide Life Threat Behav.* 1992; 22: 98.
63. Osgood N.J., Brant B.A., Lipman A. Suicide among elderly in long-term facilities. Greenwood, New York 1991.
64. Draper B., Brodaty H., Low L.F., Richards V., Paton H., Lie D. Self-destructive behaviors in nursing home residents. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2002; 50: 354–358.
65. Cesa-Bianchi M. Biologiczne i społeczne aspekty niedostosowania w wieku podeszłym. *Przegląd Psychol.* 1988; 3: 717–727.
66. Loebel J.P., Loebel J. i wsp. Anticipation of nursing home placement may be a precipitant of suicide among elderly. *J. Am. Geriatrics Society* 1991; 39: 401.
67. Conwell Y., Lyness Y.M., Duberstein P. i wsp. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2000; 48: 23.
68. Mulsant B.H., Alexopoulos G.S., Reynolds C.F. i wsp. Pharmacologic treatment of depression in elderly primary care patients: the PROSPECT algorithm. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2001; 16: 585.
69. Szanto K., Gildengers A., Mulsant H.B. i wsp. Identification of Suicidal Ideation and Prevention of Suicidal Behaviour in the Elderly. *Drug Aging* 2002; 19 (1): 11–24.