

# Ryzyko zachowań suicydalnych wśród starszych wiekiem pacjentów zakładów opieki długoterminowej

## Risk of suicidal behaviors among elderly patients of long-term care units

ARTUR OSTRZYŻEK<sup>1/</sup>, JERZY T. MARCINKOWSKI<sup>2/</sup>, ANETA KLIMBERG<sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Pedagogiki Zdrowia i Wychowania Fizycznego, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

<sup>2/</sup> Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Problematyka samobójstw jest wciąż w centrum zainteresowania nauk społecznych. Szereg doniesień z zakresu suicydologii, medycyny, kryminalistyki, kryminologii, psychologii i socjologii, analizuje różne uwarunkowania, które leżą u podstaw zamachów samobójczych. Do niedawna rozpowszechnienie tego zjawiska było największe w grupie wiekowej 15-29 lat. Ostatnio ma miejsce dość wyraźna tendencja do zwiększania się ryzyka samobójstwa wraz z wiekiem. W większości krajów współczynnik samobójstw osiąga maksymalną wartość w grupie wiekowej 75 lat i więcej. Trudno podzielić pogląd, że w odniesieniu do osób młodych samobójstwo jest 'wołaniem o pomoc', zaś do osób starszych – jedynie 'wołaniem o śmierć'. Autorzy są zdania, że osoby starsze podejmując próbę samobójczą równie często manifestują chęć dalszego życia. W akcie autodestrukcji komunikują się ze swoim najbliższym otoczeniem społecznym i proszą o uwagę, wsparcie, ulgę w cierpieniu czy po prostu wypełnienie wszechobecnej samotności. Ze względu na znaczny odsetek osób w podeszłym wieku, będących pacjentami ośrodków opieki długoterminowej dokonaliśmy przeglądu literatury przedmiotu za okres ostatnich dekad.

**Słowa kluczowe:** ryzyko samobójstwa, wiek podeszły, ośrodki opieki długoterminowej

The problem of suicides continues to be a focus of interest for social sciences. Multiple reports in the fields of suicidology, medicine, criminalistics, criminology, psychology and sociology have examined a variety of factors underlying suicidal attempts. Until recently, the prevalence of suicide was the highest in the age group of 15-29 years. Lately, however, there has been a relatively marked tendency for the risk of suicide to increase with age. In the majority of countries, the suicide rate is reaching its maximum level in the age group defined as 75 years and more. The view that in young people suicide is a 'call for help' and in the elderly merely a 'call for death' is difficult to uphold. The authors argue that elderly people attempting to take their life also frequently manifest their desire to live on. The act of self-destruction is a way of communicating with their closest social environment, and asking for attention, support, relief from suffering or, quite simply, for filling their overwhelming loneliness. On account of the considerable proportion of elderly people who are treated at long-term care facilities, we have reviewed the literature on this topic from the last several decades.

**Key words:** suicide risk, elderly age, long-term care units

© Hygeia Public Health 2018, 53(1): 39-47

www.h-ph.pl

Nadesłano: 10.10.2017

Zakwalifikowano do druku: 20.12.2017

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

dr n. med. Artur Ostrzyżek

Zakład Pedagogiki Zdrowia i Wychowania Fizycznego

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Filia w Piotrkowie Trybunalskim.

ul. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski

tel. 694 777 700, e-mail: a.ostrzyzek@unipt.pl

## Wprowadzenie

Zjawisko samobójstwa towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Choć zmienia się tło historyczne, w którym jest osadzone i zmieniają się sposoby realizacji zamachów samobójczych, a także ich ocena etyczno-moralna, pozostaje ono niezmiennie w swej istocie dramatycznym wydarzeniem, w którym znajdują ujście nadzwyczaj skomplikowane problemy i relacje ogólnoludzkie. Niezależnie od płci i wieku, niesie olbrzymi ładunek emocjonalny i dotyka wszystkich sfer egzystencji człowieka, a w tym najważniejszej – jego życia. Często rozmiar problemów rodziny ofiary za-

machu samobójczego, z którymi pozostaje *post factum* (a w przypadku nieudanej próby samobójczej również niedosłzłego samobójcy), na trwale stygmatyzuje ich samych oraz najbliższe otoczenie społeczne. Trudno podzielić pogląd, że w odniesieniu do osób młodych samobójstwo jest 'wołaniem o pomoc', zaś do osób starszych – jedynie 'wołaniem o śmierć' [1, 2].

Kartezjusz uważał, że wszyscy ci, którzy o śmierć proszą, tak naprawdę oczekują pomocy w niesieniu 'brzemienia życia', którego bynajmniej nie chcą utracić. Camus w swoich esejach podkreślał, że każdy wysiłek, który podejmuje człowiek ma sens o tyle,

o ile stanowi pewnego rodzaju zmaganie z tym co nieuchronne, ze śmiercią. Można, a nawet trzeba, przyjąć postawę niezgody na los, ale nigdy nie oznacza to wyboru śmierci, uważał filozof [3].

Warto podkreślić, że nawet chorzy terminalnie, mówiąc że chcą umierać, często proszą o pomoc w życiu – o pomoc w zwalczaniu depresji, niepokoju o przyszłość, zwalczaniu smutku, braku kontroli, zależności, cierpienia fizycznego i rozpaczy duchowej [4].

Autorzy niniejszej pracy są zdania, że osoby starsze podejmując próbę samobójczą równie często jak osoby młode, manifestują chęć dalszego życia, a nie wyłącznie śmierci. W akcie autodestrukcji komunikują się ze swoim najbliższym otoczeniem społecznym i proszą o uwagę, wsparcie, ulgę w cierpieniu czy po prostu wypełnienie wszechobecnej samotności.

Przegląd literatury przedmiotu dostarcza wielu doniesień z zakresu omawianej tematyki. Badacze analizują różne uwarunkowania czynów samobójczych osób starszych z uwzględnieniem danych medycznych oraz zmiennych socjodemograficznych i kreślą domniemany portret potencjalnej ofiary. W tej grupie stosunkowo mało opracowań dotyczy pacjentów ośrodków opieki długoterminowej, a przecież to właśnie one skupiają duży odsetek chorych, obarczonych z racji wieku największą ilością dysfunkcji psycho-somatycznych, a więc potencjalnie zagrożonych samobójstwem.

### Zmiany demograficzne a epidemiologia samobójstw w Polsce i na świecie

Starzenie demograficzne stało się obecnie udziałem większości państw świata, a udział osób starszych w ogólnej liczbie ludności systematycznie wzrasta. W skali świata, odsetek osób powyżej 65 r.ż. przyrasta w szybkim tempie. Liczebność tej grupy wzrosła nie długo z 87,5 mln w 2010 r. do 152,6 mln w 2060 r., co będzie odpowiadało zwiększeniu się udziału osób starszych w populacji generalnej z 17,4 do 29,5%. Odsetek osób w wieku +85 lat wzrosł z 14% w 2013 r. do 19% w 2050 r. Za przykład 'młodych populacji' posłużyć mogą jeszcze kraje Południowej Azji, takie jak: Bangladesz, Sri Lanka, Nepal, Birma, Kambodża czy Indonezja, Azji Środkowej (Afganistan, Jemen) oraz Bliskiego Wschodu (Pakistan i Syria) oraz część państw Afryki, gdzie według raportów ONZ, mediana wieku kształtuje się poniżej 35 r.ż. [5, 6].

Na kontynencie amerykańskim populacja osób w wieku +65 lat, zwiększyła się z 3 mln osób w 1900 r. do 39 mln w 2009 r., co już wtedy stanowiło 13% ogółu mieszkańców USA. Największy jednak przyrost ludności w tej grupie wiekowej dokonuje się obecnie i obejmie lata 2010-2030. Prognozy demograficzne mówią o wzroście nawet do 72 mln osób w wieku +65

lat w 2030 r. i odsetku 19 mln Amerykanów w wieku +85 lat w 2050 r. W grupie osób w wieku +65 lat blisko 29% zamieszkuje samotnie, przy czym 2-krotnie więcej kobiet niż mężczyzn [7-9].

W niezbyt odległej perspektywie 'najstarszym' państwem świata będzie Japonia. W 2013 r. odsetek osób starszych w wieku +65 lat wynosił tu 25%, a prognozy przewidują, że w 2025 r. przekroczy on 30%, zaś w 2060 r. osiągnie nawet 39,9% [10].

Liczebność populacji powyżej 65 r.ż. w krajach UE przyrasta w równie szybkim tempie i w 2060 r. osiągnie blisko 1/3 ogółu mieszkańców. Do 'najstarszych' państw należą w tej grupie: Włochy, Grecja, Szwajcaria i Niemcy. Kraje Europy Środkowo-Wschodniej uznawane w 2010 r. za stosunkowo mniej zaawansowane w procesie demograficznego starzenia się, staną się za 50 lat krajami o najwyższym udziale osób w wieku +65 lat, zbliżonym do wartości obserwowanych w krajach Europy Południowej i w Niemczech. W 14 krajach UE odsetek osób w tym wieku będzie wynosić przynajmniej 30%, a w pozostałych krajach w przedziale 22-29% [11].

Analizując dostępne dane epidemiologiczne dotyczące subpopulacji Polski w wieku +65 lat, na przestrzeni kilku ostatnich dekad, uwagę zwracają zmiany odzwierciedlające wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia ludzkiego:

- osoby powyżej 65 r.ż. stanowią obecnie 14,7% populacji, a osób w wieku +70 lat jest obecnie blisko 3,9 ml, co stanowi 10% ludności Polski;
- obserwujemy zjawisko starzenia się najstarszej generacji (*double-ageing*) – szybki przyrost liczby osób w wieku powyżej 80 lat; obecnie w Polsce żyje 1,4 mln takich osób (3,9% ludności);
- pomimo wzrostu bezwzględnej liczby osób w tej grupie wiekowej i towarzyszącego jej wzrostu liczby zgonów, odnotowano zmniejszenie natężenia umieralności; współczynnik zgonów obniżył się w tej grupie z 64,3‰ w 1990 r. do 49,8‰ w 2013 r., a w przypadku seniorów (+85 lat) aż o ponad 42‰ – w tym czasie współczynnik dla całej populacji Polski, pozostał praktycznie na niezmiennym poziomie i wynosił ok. 10‰;
- zaobserwowano przesuwanie się odsetka zgonów w stronę coraz to starszych kategorii wiekowych tj. +85 lat, podczas gdy w latach 90. XX w. największy odsetek zgonów był udziałem osób w przedziale wieku 80-84 lata;
- wśród blisko 390 tys. zgonów w populacji Polski ogółem w 2013 r. osoby w wieku +65 lat stanowiły 72%, podczas gdy w 1990 r. było to 64%;
- w okresie od 1991 r. przeciętna długość życia mężczyzn wzrosła o 7,2 lat, a kobiet o 6 lat (do 73,1 lat dla mężczyzn i 81,1 lat dla kobiet w 2013 r.) [12].

Prognozy GUS wskazują, że proces starzenia się polskiego społeczeństwa będzie się stopniowo pogłębiał, choć z różną dynamiką w poszczególnych okresach czasu. Początkowo do 2025 r. będzie wzrastał udział 'młodszej' subpopulacji 65-79 lat, a jednocześnie będzie ubywało osób w wieku +80 lat. Po 2025 r. drastycznie wzrośnie odsetek osiemdziesięciolatków i osób starszych. Do 2015 r. udział osób w wieku +70 lat wzrośnie z 10 do 15% i osiągnie liczbę 5,6 mln ludności [13].

Przedstawione dane demograficzne pozostają w ścisłym związku z sytuacją życiową wielu seniorów, dożywających swej 'późnej dorosłości' w niejednokrotnie złej kondycji bio-psycho-społecznej, często na tyle, że uniemożliwiającej funkcjonowanie poza systemem instytucjonalnego wsparcia. Niestety 'starzenie pomyślnie' (*successful aging*) – takie, które przebiega z minimalnymi deficytami związanymi z procesem starzenia się, wciąż jest udziałem mało licznej grupy seniorów. Dla większości oznacza ponoszenie strat we wszystkich obszarach życia, na co często składają się: utrata partnera życiowego, zwiększająca się liczba współwystępujących schorzeń (głównie o przewlekłym przebiegu), zmniejszenie dochodów i ograniczenie kontaktów społecznych, które to czynniki w konsekwencji prowadzą do stopniowej utraty autonomii i uzależnienia od pomocy innych. Choć w większości państw ok. 90-95% starszej populacji udaje się pozostać w miejscu zamieszkania i tam otrzymać formalną lub nieformalną pomoc (Formal and Informal Support Services – FAISS), to pozostali wymagają opieki, leczenia i rehabilitacji w ośrodkach opieki długoterminowej (*long-term care* – LTC), o różnym poziomie referencyjności. Zazwyczaj placówki lepiej wyposażone w sprzęt i z pełną obsadą kadrową (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci) posiadają status 'nursing homes' i są nastawione na świadczenie wysokospecjalistycznej opieki pielęgniarskiej. Dla pozostałych zarezerwowano model funkcjonowania w segmencie tzw. 'domów pomocy dla seniora', 'domów rezydenta' lub 'pomocowych placówek opieki zdrowotnej' (*health care facilities*).

Szczegółowe dane dotyczące obciążenia sektora świadczeń długoterminowych poszczególnych państw pokazują, że odsetek osób starszych pozostających pod opieką ośrodków o typie 'nursing home' czy domów seniora (rezydenta) jest zróżnicowany i wynosi ok. 2-15% populacji +65 lat i blisko 50% osób starszych powyżej 90 r.ż. Prawie połowa wszystkich osób mieszkających w domach opieki ma 85 lat lub więcej. Większość z nich stanowią kobiety (72%), z których wiele nie ma już małżonka (prawie 70% jest wdowami, a pozostałe są rozwiedzione lub nigdy nie były zamężne). Najmniej liczną grupę stanowią osoby poniżej 65 r.ż. [14, 15].

Zawężenie otaczającego świata do wyłącznej potrzeby rozwiązywania problemów dnia codziennego i brak jasnych perspektyw co do poprawy swojej sytuacji życiowej, jest przyczyną poważnych kryzysów egzystencjalnych, rozwoju depresji oraz innych zaburzeń psychicznych. W konsekwencji nie starcza sił do dalszego życia i może pojawić się zamysł próby samobójczej. Samobójstwo jest obecnie na świecie trzecią co do częstości przyczyną zgonów w grupie wiekowej 10-14 lat, drugą wśród osób w przedziale wieku 35-44 lata, piątą w grupie osób 45-54 lata, ósmą wśród osób w wieku 55-64 lata i siedemnastą wśród osób powyżej 65 r.ż. Jego ryzyko znacznie wzrasta po 70 r.ż., szczególnie u mężczyzn [16, 17].

Ponieważ jednak informacje dotyczące skali zjawiska pochodzą z bardzo różnych źródeł, często nie są one spójne, a więc i w pełni wiarygodne. Ze 194 państw świata tylko 60 posiada dobre jakościowo systemy rejestracji samobójstw, a 28 – narodowe programy prewencji w tym zakresie [18]. WHO od 1950 r. monitoruje dane epidemiologiczne dotyczące samobójstw, obejmujące wszystkie państwa i regiony świata, a także inicjuje działania profilaktyczne na rzecz ograniczania skali tego niepokojącego zjawiska.

Według szacunkowych danych WHO, globalny wskaźnik samobójstw w 2015 r. wyniósł 10,7 na 100 tys. mieszkańców, co przełożyło się na blisko 800 tys. zgonów na świecie z tego powodu. Dla Regionu Europejskiego wyniósł on średnio 14,1 i był wyższy niż dla pozostałych regionów świata. Dla Polski wynosił odpowiednio 22,3 na 100 tys. mieszkańców, był więc znacząco wyższy w porównaniu do 2013 r. (16,0). Najwyższe wskaźniki samobójstw na świecie odnotowano w 2015 r. dla Sri Lanki (35,3) oraz Korei Południowej (32,0) i Europy – dla Litwy (32,7), Kazachstanu (27,5) i Białorusi (22,8). Jeśli chodzi o wiek, współczynniki samobójstwa są najwyższe u osób w wieku +70 lat, w niemal wszystkich regionach świata [19].

Analizując dostępne dane za 2013 r. dla grup wiekowych +85 lat, wskaźniki te wśród państw europejskich były najwyższe dla Austrii (50,96), Estonii (46,07), Chorwacji (45,7) i Litwy (45,16), a najniższe dla Irlandii (1,55), Turcji (5,02) i Norwegii (5,25) [20]. Prognozy zakładają globalny wzrost liczby samobójstw do poziomu 1,53 mln w 2020 r., co oznacza przyrost ich udziału w ogólnej liczbie zgonów z 1,8% w 1998 r. do 2,4% w 2020 r. Choć grupą najwyższego ryzyka pozostają w większości państw osoby w młodszych kategoriach wiekowych, systematycznie wzrasta również udział w zamachach samobójczych osób powyżej 65 r.ż. [21]. Proporcja prób samobójczych do zamachów ze skutkiem śmiertelnym wynosi dla populacji generalnej 10-20:1, a dla osób młodych wynosi 200:1 [22].

Przyjmuje się, że rozmiar zamachów samobójczych, nie zakończonych śmiercią wielokrotnie przewyższa dane będące przedmiotem standardowej zgłaszalności. Źródłem polskich danych dotyczących samobójstw jest GUS oraz Komenda Główna Policji (KGP). Zgodnie z informacjami KGP w 2013 r. zarejestrowano 8 575 zamachów samobójczych, które w 6165 przypadkach zakończyły się zgonem. To samo źródło mówi o liczbie 10 207 prób samobójczych w 2014 r. i 6 165 zgonów. W 2015 r. było to odpowiednio 9 973 usiłowań samobójstwa, w 5 688 przypadkach zakończonych zgonem. Dane za 2016 r. mówią o liczbie 9 861 zamachów samobójczych, w 5 405 przypadkach zakończonych zgonem. Analizując dynamikę zjawiska za okres lat 2013-2016 odnotować należy bezwzględny wzrost liczby samobójstw osób w wieku +65 lat, zróżnicowany w poszczególnych podkategoriach wiekowych (tab. I).

### Suicydogenne aspekty samotności ludzi starszych

Konsekwencją wydłużania życia ludzkiego jest przedłużony okres pozostawania w 'późnej dorosłości', określane często mianem 'trzeciego wieku'. Choć z biegiem lat dochodzi do kumulacji chorób całego życia, Bińczycka-Anholcer jest zdania, iż największym problemem człowieka starego nie są choroby, a izolacja, zarówno społeczna, ekonomiczna, socjalna, jak i rodzinna [24].

Z danych Eurostatu wynika, że w 2014 r. w Polsce odsetek osób starszych w wieku +65 lat wynosił 14,9% (średnia dla państw UE 18,5%). W tej grupie 28,1% osób żyło samotnie (średnia dla państw UE 31,4%) [25]. Samotność lub nawet sama obawa przed nią, zdaniem wielu autorów może być ważnym predykatorem aktów samobójczych. Choć nie dotyczy wyłącznie populacji seniorów, to jednak w odniesieniu do osób w wieku +85 lat, jej rozpowszechnienie sięga nawet 40-50% [26-28]. Podstawową trudnością, z jaką mamy bardzo często do czynienia w przypadku samotnych osób w starszym wieku, są występujące postawy znie-

chęcenia, świadomej izolacji i wycofywania się z intensywnych kontaktów społecznych, pogłębiane przez powszechnie funkcjonujące w naszym społeczeństwie stereotypy odnoszące się do ludzi starszych. Odmawiają one im prawa do twórczego życia i szczęścia, a gloryfikują postawy pasywności i braku społecznego działania [29]. Często pierwszym, trudnym okresem w życiu starzejącego się człowieka jest moment zakończenia kariery zawodowej, związany z przejściem na emeryturę oraz czas bezpośrednio go poprzedzający. Wówczas to może nastąpić drastyczna zmiana jakości stosunków społecznych, wynikająca z ustania dotychczasowych więzi koleżeńskich i utraty rytmu życia wyznaczonego czasem aktywności zawodowej i wypoczynku. Dla wielu osób może to oznaczać utratę autorytetu w rodzinie i środowiskach, wyznaczających ich dotychczasową pozycję. Nagromadzenie napięć i przeszkód, które w danej chwili wydają się nie do pokonania, prowadzi do zachowań suicydalnych [30]. Wśród innych zdarzeń życiowych kategorizowanych jako 'krytyczne' dla starszej wiekiem populacji i stwarzających wyższe ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresyjnych i lękowych oraz zaburzeń zachowania, wielu autorów wymienia śmierć współmałżonka czy partnera życiowego bądź też przeprowadzony rozwód [31-33].

Źródeł społecznego wyobcowania osób starszych należy również upatrywać w ich zagubieniu w świecie nowoczesnych technologii informatycznych oraz w braku przygotowania do przyjęcia kolejnych i odpowiedzialnych ról społecznych. Negatywny wpływ na ich sytuację życiową i podejmowane decyzje, wywierają dodatkowo powszechnie funkcjonujące i dyskredytujące to środowisko przekonania co do bezradności i społecznej nieprzydatności osób starszych, które powodują, że liczba osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i innymi jej skutkami wciąż zwiększa się. Wiśniewska-Roszkowska mówi o 'sztuce starzenia się', będącej konsekwencją przyjętej przez każdego człowieka, indywidualnej perspektywy życia w starości. Dla jednych oznacza ona osłabienie lub całkowite wycofanie się z uczestnictwa

Tabela I. Częstość podejmowanych prób samobójczych oraz zakończonych zgonem w poszczególnych grupach wiekowych (+65 lat) [23]  
Table I. Frequency of suicide attempts and suicide completed in individual age groups (+65 years) [23]

Wiek (w latach) /Age (in years)	2013		2014		2015		2016	
	próby samobójcze /suicide attempts	samobójstwa dokonane /suicide completed	próby samobójcze /suicide attempts	samobójstwa dokonane /suicide completed	próby samobójcze /suicide attempts	samobójstwa dokonane /suicide completed	próby samobójcze /suicide attempts	samobójstwa dokonane /suicide completed
65-69	337	294	443	368	417	332	430	355
70-74	223	207	225	195	226	194	263	204
75-79	168	153	203	185	199	170	208	171
80-84	134	125	162	149	142	121	169	138
+85	133	118	113	98	125	107	145	133
Ogółem /Total	995	897	1146	995	1109	924	1215	1001

w życiu społecznym, dla innych poszukiwanie nowych obszarów aktywności [34]. Od pewnego czasu toczy się dyskusja dotycząca domniemanych korzyści i strat, czy też przewagi pewnych elementów nad innymi w doświadczaniu starości w dwóch modelowych sytuacjach: starzenia się z widocznymi deficytami po stronie somatycznej, ale z zachowaną sprawnością umysłową – i sytuacją odwrotną, gdy adekwatnemu do wieku ubytkowi sił witalnych towarzyszą nieproporcjonalne duże deficyty po stronie funkcji poznawczych. Elzenberg jest zdania, że to właśnie samotność w starości, której towarzyszy niemoc i bezradność fizyczna jest niemal absolutną [35]. Pozostawanie w samotności osoby chorej lub o znacznych deficytach dotyczących samoopieki, jest wówczas znacząco częściej związane z podwyższonym ryzykiem hospitalizacji lub umieszczenia w zakładzie opieki długoterminowej, które to zdarzenia nie pozostają bez wpływu na kondycję psychiczną seniorów [36, 37].

Transfer do szpitala czy domu opieki, wobec mocno ograniczonych mechanizmów adaptacyjnych osoby starszej jest wydarzeniem traumatycznym samym w sobie i może być dodatkowym źródłem stresu oraz nasilać kryzys psychiczny. Stały brak satysfakcjonującej obecności osób bliskich i doświadczania pomocy oraz dominujące poczucie nieprzydatności, często nasilają istniejący już ‘ujemny bilans emocjonalny’, pogłębiają izolację i prowadzą do ostatecznego wycofywania się z pełnionych ról społecznych, a nierzadko skłaniają do poszukiwania dramatycznych rozwiązań [38].

### **Czynniki protekcyjne i czynniki ryzyka zachowań samobójczych w zakładach opieki długoterminowej**

Poważne myśli samobójcze oraz planowanie w tym zakresie są powszechne dla całej populacji generalnej [39]. O ile szacunki dotyczące częstości występowania myśli samobójczych u starszych dorosłych różnią się znacznie, o tyle zgoda panuje co do tego, iż częściej popierają oni idee samobójcze niż młodszy wiekiem i są bardziej skuteczni [40]. W okresie ostatnich dekad istotnie wzrosła liczba przypadków zgonów w domach opieki z przyczyn zewnętrznych, w tym samobójstw [41]. Częstość myśli i prób samobójczych będących udziałem pensjonariuszy placówek opieki długoterminowej szacuje się w szerokich granicach 5-33%, a za czas krytyczny dla ich wystąpienia przyjmuje się okres pierwszych 6 miesięcy po przyjęciu do LTC. Część autorów zwraca również uwagę na suicydogenną rolę oczekiwania na umieszczenie w ośrodku opieki [42, 43]. Biorąc pod uwagę wciąż rosnącą liczbę osób starszych, dla których u schyłku życia dramatyczną koniecznością (a równie często i osobistym problemem), staje się transfer i funkcjonowanie w warunkach LTC oraz fakt, iż znacząco wzrasta odsetek samobójstw

w grupie wiekowej +65 lat wyraźnie widać, że problem profilaktyki i prewencji suicydalnej będzie w najbliższych latach jednym z priorytetowych zadań z zakresu zdrowia publicznego [44].

Choć żaden czynnik ryzyka nie został uznany za ‘ostatecznie’ suicydogenny, dostępne wyniki badań przeprowadzonych w ostatnich latach, pozwalają zidentyfikować lub potwierdzić istotne czynniki zagrożenia i korelacje między nimi, co może umożliwić opracowanie i wdrożenie nowych strategii zapobiegania samobójstwom oraz rozwój i doskonalenie tych istniejących. Sytuacja życiowa i zdrowotna rezydentów zakładów opieki długoterminowej nie jest przedmiotem wielu badań naukowych, o ile dotyczy tych sfer ich życia, które uzasadniają tezę o powszechnej deprecjacji starzenia się i starości. Warunki w jakich przebywają mieszkańcy często są dalekie od ideału, a pobyt w nawet najlepiej zorganizowanej i wyposażonej placówce LTC nie kompensuje im szeregu deficytów natury psychologicznej, związanych z pozostawaniem w samotności ‘wśród ludzi’. Utrata szacunku i wsparcia ze strony rodziny, fizyczny dyskomfort, pogłębianie uczucia lęku i bezradności w pozostawaniu w samotności oraz odczuwanie własnej niemocy, to odczucia które są najczęściej opisywane przez seniorów w kontekście ich sprawstwa dla powstawania myśli samobójczych. Za najważniejsze czynniki protekcyjne i ochronne osoby starsze uznają: wsparcie rodziny i przyjaciół, umiejętność kontrolowania emocji i dystansowania się od stresu, tworzenie sieci wsparcia, uwolnienie od bólu, obcowanie z religią i doświadczanie jej wsparcia [45].

O umieszczeniu w ośrodku LTC najczęściej przesądzają czynniki obiektywne związane z brakiem możliwości zapewnienia seniorom opieki i ich obiektywnymi potrzebami zdrowotnymi, w tym zakresie oraz czynniki subiektywne, związane z przekonaniem rodziny czy nieformalnych opiekunów o działaniu w słusznym, szeroko pojętym interesie osoby starszej. W grupie osób w wieku +65 lat 1 na 6 osób potrzebuje pomocy w zakresie podstawowych czynności życiowych (*activities of daily living* – ADL). Dla starszych w wieku +75 lat jest to 1 na 3-4 osoby i odpowiednio 1 na 2 osoby dla najstarszych (+85 lat) [46].

Poszukując źródeł zachowań autodestrukcyjnych w starszej wiekiem populacji, część autorów bazuje na kryteriach demograficznych i wysokim ryzyku populacyjnym związanym z obecnością wielu chorób, szczególnie o przewlekłym przebiegu. Inni, próbują oszacować względne zagrożenie suicydalne poszukując wskaźników o typie *population-attributable risk* (PAR), których nie można przypisać do określonego czynnika ryzyka [47]. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa wyłoniono te czynniki, których związek z zachowaniami samobójczymi wśród osób w starszym wieku, został najlepiej udokumentowany.

Na pierwszym miejscu sytuują się wszystkie zaburzenia psychiczne i nieudana próba samobójcza w przeszłości, która jest najsilniejszym predykatorem kolejnej, skutecznej i kończącej życie [48, 49]. W grupie dysfunkcji psychicznych, których obecność bezpośrednio łączy się ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa we wszystkich kategoriach wiekowych, wiodące miejsce zajmuje depresja. Duże zaburzenia depresyjne (*major depressive disorders* – MDD) pozostają najważniejszym pojedynczym predykatorem zachowań samobójczych. Częstość występowania depresji w populacji +65 lat szacuje się na ok. 15-20%, a wśród pensjonariuszy zakładów opieki długoterminowej odsetek zaburzeń o typie depresji jest o wiele wyższy i wynosi nawet 50-68% [50-52]. Wongpakaran N i Wongpakaran T, próbując oszacować rozpowszechnienie MDD w grupie 113 rezydentów placówki LTC w północnej Tajlandii, ujawnili obecność depresji u blisko 1/4 mieszkańców, a u 1/3 wykazali również obecność myśli samobójczych [53]. Murphy i wsp. poddali szczegółowej metaanalizie oryginalną literaturę przedmiotu, dotyczącą samobójstw rezydentów domów opieki zakończonych zgonem, obejmującej lata 1949-2013 i wykazali 113 przypadków zamachów samobójczych, głównie w USA. Depresję zdiagnozowano u 67% seniorów; w grupie tej przeważali mężczyźni (61,4%) w wieku 61-93 lata [54]. Choć obecność zaburzeń afektywnych znacząco zwiększa ryzyko zachowań samobójczych, część autorów krytycznie ocenia cytowany często w literaturze przedmiotu za Guze i Robins, uśredniony obraz częstości występowania samobójstw w grupie chorych na chorobę afektywną [55, 56].

Wielu autorów podkreśla natomiast, że wystąpienie epizodu depresji stanowi poważny czynnik ryzyka kolejnych tego typu zdarzeń w przyszłości. Okres następujący po nim nazywają ‘szczególnie wrażliwym’, gdyż możliwość popełnienia samobójstwa wzrasta wówczas wielokrotnie [57, 58]. Wyniki przekrojowych badań longitudinalnych pacjentów objętych opieką długoterminową wskazują, że zaburzeniom typu depresyjnego często towarzyszą znaczne ograniczenia w sferze poznawczej, deficyty funkcjonalne i niepełnosprawność, których obecność może stanowić dodatkowy czynnik zagrożenia suicydalnego [59, 60]. Rutynowa ocena rezydentów ośrodków LTC pod kątem obecności dysfunkcji psychicznych, a w szczególności depresji, za pomocą celowanych narzędzi przesiewowych, może skutecznie ograniczyć skalę zjawiska autoagresji. Należy odnotować, że obecnie dla celów wykrycia czynników predykcyjnych dla wystąpienia myśli samobójczych, nawet u osób z zaburzeniami funkcji poznawczych lub depresją, włączono dwa narzędzia: *Core Symptom Index* (CSI) oraz *Mini-International Neuropsychiatric Interview*

(MINI). Testy te mogą okazać się niezwykle przydatne do zastosowania w warunkach opieki długoterminowej [61]. Giebel i wsp. porównali sytuację kliniczną osób z demencją (*people with dementia* – PwD), otrzymujących opiekę domową z osobami przebywającymi w warunkach LTC i odnotowali w odniesieniu do pierwszej grupy, silną, dodatnią korelację dotyczącą manifestowanych zaburzeń poznawczych i towarzyszących im symptomów depresji. W grupie osób z LTC objawy depresji związane były częściej z niską jakością życia badanych i obecnością zaburzeń zachowania [62]. Retrospektywna analiza epidemiologiczna zgonów z powodu samobójstwa w domach opieki i środowiskowych domach pomocy w Virginii, wykazała większe prawdopodobieństwo odebrania sobie życia w placówkach o typie *nursing home*. Autorzy są zdania, że czas oczekiwania na objęcie opieką długoterminową osób przebywających w środowisku, może być ważnym diagnostycznie okresem pod kątem potrzeb prewencji suicydalnej, o ile zostanie wykorzystany do przeprowadzenia oceny zagrożenia [63]. Mezuk i wsp. na podstawie szczegółowej analizy epidemiologicznej okoliczności samobójstw w domach opieki za okres minionych 25 lat wykazali, że choć myśli samobójcze są powszechne wśród ich mieszkańców domów opieki, to jednak stosunkowo rzadko zakończone są samobójstwem. Autorzy są zdania, iż badacze problemu w większości ograniczają się do poszukiwania indywidualnych korelacji myśli samobójczych z depresją, samotnością i izolacją społeczną, a rzadziej organizacyjnych uwarunkowań (topografia zakładu, liczba łóżek, kwalifikacje personelu) utrzymywania dobrego stanu emocjonalnego chorych [64]. Monitorowanie zagrożeń zdrowia i życia rezydentów placówek LTC jest podstawowym obowiązkiem organizatorów opieki długoterminowej. W praktyce oznacza to konieczność takiego zabezpieczenia podstawowych potrzeb życiowych mieszkańców domów opieki i ośrodków opieki długoterminowej, które może skutecznie ograniczyć liczbę zdarzeń niepożądanych związanych z wiekiem i niepełnosprawnością seniorów [65, 66].

Koopmans i wsp. postulują konieczność rutynowej oceny poziomu zagrożenia suicydalnego pacjentów LTC, w ramach przyjętych standardów postępowania. Autorzy są zdania, że zwiększeniu świadomości personelu w tym zakresie powinno towarzyszyć zwiększenie ich kompetencji do szybkiego ujawniania depresji i oznak innych dysfunkcji psychicznych [67].

Wyniki retrospektywnego badania kohortowego akredytowanych placówek typu *nursing home* w Virginii (Australia) dotyczące zgonów z przyczyn zewnętrznych, w latach 2000-2012 ujawniły 1 296 przypadków, przy czym te będące wynikiem upadków stanowiły 89% ogólnej liczby zgonów, zadławienia – 6,9% i samobójstwa – 1,3%. Zgony były częściej udziałem

łem kobiet w wieku +85 lat, co odzwierciedla typowy dla placówek opiekuńczych rozkład płci i wieku ich rezydentów. Zdaniem autorów znaczna część zgonów z przyczyn zewnętrznych mieszkańców domów opieki jest potencjalnie do uniknięcia [68]. Ibrahim i wsp. na podstawie analizy zgonów z przyczyn zewnętrznych w domach opieki w Australii, za okres ostatniej dekady (146 przypadków samobójstw z liczby 3289 zgonów w badanym okresie), doszli do przekonania, że obok dalszej konieczności dostosowywania funkcjonujących systemów opieki do zmieniających się potrzeb osób w starszym wieku, istnieje również potrzeba opracowania i wdrożenia narodowego programu zapobiegania samobójstwom [69]. Chociaż samobójstwa w ujęciu globalnym nie są wiodącą przyczyną zgonów wydaje się, że dane epidemiologiczne dotyczące tych zdarzeń mogą być dobrym miernikiem sprawności działania systemu ochrony zdrowia danego państwa, w szczególności zaś – zdrowia publicznego. Dane światowe dotyczące skali problemu są jednak niepełne i należy zakładać jego większe rozpowszechnienie. W odniesieniu do całej populacji osób starszych, podstawowym elementem skutecznej profilaktyki suicydalnej powinna być celowana edukacja seniorów, ich rodzin, przyjaciół i opiekunów oraz profesjonalistów medycznych zaangażowanych w proces terapeutyczny, obejmująca różne obszary życia w starości, a w szczególności te będące źródłem napięć i stresu, które w sposób istotny podwyższają ryzyko zamachów samobójczych [70]. Poszukując skutecznych metod profilaktyki samobójstw, określa się nawet miano wybranych biomarkerów w głównych zaburzeniach psychiatrycznych. Wyniki badań Niculescu i wsp. dowodzą, że poziom ekspresji genów w okresach krytycznych i poza nimi może mieć wartość predykcyjną dla prognozy myśli samobójczych [71]. Opieka nad pacjentami narażonymi na popełnienie samobójstwa powinna obejmować umiejętność rozróżnienia czynników zwiększających ryzyko samobójstwa, począwszy od niepokojących sygnałów, poprzez stworzenie

planu oceny ryzyka wystąpienia samobójstwa, aż do ustalenia konkretnych działań, jakie należy podjąć w sytuacji kryzysowej [72]. W profilaktyce samobójstw w warunkach instytucjonalnej opieki długoterminowej szczególnego znaczenia nabiera poszerzona wiedza zespołu terapeutycznego, dotycząca potrzeb psychicznych osób starszych, umożliwiającą wczesne rozpoznanie niepożądanych stanów emocjonalnych, w tym głównie objawów depresji. Wzmacnianie samooceny i niwelowanie źródeł emocjonalnego bólu, mają zasadnicze znaczenie dla eliminowania czynników ryzyka [73]. Chauliac i wsp. są zdania, że specjalistyczne przeszkolenie części personelu domów opieki i tworzenie instytucji ‘gatekeeper’ pod kątem prewencyjnego wykrywania zagrożeń suicydalnych, może przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa seniorów na poziomie instytucjonalnym [74].

Samobójstwo człowieka nie ma odpowiednika w całej przyrodzie. Smith stawia pytanie natury egzystencjalnej, czy nie jest możliwe, iż wielu ludzi odbierających sobie życie jest w istocie szczęśliwszych od tych, którzy ‘przebijają się przez życie z rozpaczą, bez pomocy, nawet sprawiając ból sobie i innym?’ [75].

Wydaje się, że każda próba porządkowania lub kategoryzowania tej tematyki zasługuje na uwagę, jeżeli przyjąć aspekt poznawczy za cel prowadzonych dociekań naukowych. W efekcie, możemy bowiem poszerzyć naszą wiedzę w tym zakresie i opracować bardziej skuteczne narzędzia profilaktyki czy prewencji suicydalnej, adresowane do populacji generalnej. Jeśli jednak w praktyce klinicznej, dla oceny możliwej próby zamachu samobójczego w konkretnym przypadku, spróbujemy zastosować wyłącznie uśredniony obraz ryzyka, możemy popełnić poważny błąd [76].

*Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.*

*Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo / References

1. Kępiński A. Melancholia. Sagittarius, Kraków 1993.
2. Buiting HM, Deeg DJ, Knol DL, et al. Older peoples' attitudes towards euthanasia and an end-of-life pill in The Netherlands: 2001-2009. *J Med Ethics* 2012, 38(5): 267-273.
3. Camus A. Dwa eseje. Krag, Warszawa 1991.
4. Block SD, Billings JA. Patient requests for euthanasia and assisted suicide in terminal illness. The role of the psychiatrist. *Psychosomatics* 1995, 36(5): 445-457.
5. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2013. United Nations, New York 2013: ST/ESA/SER.A/348. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf> (15.11.2017).
6. Albert SM, Cattell MG. Old age in global perspective: cross-cultural and cross-national views (Social Issues in Global Perspective) G.K. Hall, New York 1994.
7. Erber JT. Aging and older adulthood. Wiley-Blackwell, Chichester 2013.
8. The Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. Older Americans 2010. Key Indicators of Well-Being. US Government Printing Office, Washington 2010. <https://agingstats.gov/docs/PastReports/2010/OA2010.pdf> (15.11.2017).

9. A Profile of Older Americans: 2015. Administration on Aging, Administration for Community Living, US Department of Health and Human Services. <https://www.acl.gov/sites/default/files/Aging%20and%20Disability%20in%20America/2015-Profile.pdf> (15.11.2017).
10. Arai H, Ouchi Y, Toba K, et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int* 2015, 15(6): 673-687.
11. European Commission. Demography Report 2010: Older, more numerous and diverse Europe-ans. European Union, Luxembourg 2011. [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6824](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6824) (15.11.2017).
12. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. GUS, Warszawa 2014.
13. Prognoza ludności na lata 2014-2050. GUS, Warszawa 2014. [http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza\\_ludnosci\\_na\\_lata\\_\\_\\_\\_2014\\_-\\_2050.pdf](http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050.pdf) (15.11.2017).
14. Ribbe MW, Ljunggren G, Steel K, et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age Ageing* 1997, 26(suppl 2): 3-12.
15. Health in Aging Foundation. Aging & Health A to Z: Nursing Homes. <http://www.healthinaging.org/aging-and-health-a-to-z/topic:nursing-homes/> (15.05.2017).
16. Agree EM, Glaser K. Demography of informal caregiving. [in:] *International handbook of population aging*. Uhlenberg P (ed). Springer, New York 2009: 647-668.
17. Van Orden KA, Conwell Y. Issues in research on aging and suicide. *Aging Ment Health* 2016, 20(2): 240-251.
18. National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. Suicide. Facts at a Glance 2015. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf> (20.05.2017).
19. Preventing Suicide: A global imperative. WHO, Geneva 2014.
20. World Health Statistics. Suicide mortality rate (per 100 000 population), by WHO region, 2015. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/) (10.05.2017).
21. Värnik P. Suicide in the World. *Int J Environ Res Public Health* 2012, 9(3): 760-771.
22. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008, 30(1): 133-154.
23. Komenda Główna Policji. Zamachy samobójcze. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (15.10.2017).
24. Binczycka-Anholcer M. Zachowania suicydalne osób w starszym wieku. *Suicydologia* 2005, 1(1): 77-87.
25. Eurostat. Proportion of population aged 65 and over, % of total population. Code: tps00028. <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00028&plugin=1> (15.11.2017).
26. Dykstra PA. Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing* 2009, 6(2): 91.
27. Bonnewyn A, Shah A, Bruffaets R, et al. Reflections of older adults on the process preceding their suicide attempt: a qualitative approach. *Death Stud* 2014, 38(6-10): 612-618.
28. You S, Van Orden KA, Conner KR. Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychol Addict Behav* 2011, 25(1): 180-184.
29. Sztabiński PB, Sawiński Z, Sztabiński F (red). *Fieldwork jest sztuką*. IFiS PAN, Warszawa 2005.
30. Szarota Z. *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. AP, Kraków 2004.
31. Chang Q, Chan CH, Yip PSF. A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Soc Sci Med* 2017, 191: 65-76.
32. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, et al. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging* 2006, 21(1): 140-151.
33. Stolz E, Fux B, Mayerl H, et al. Passive Suicide Ideation Among Older Adults in Europe: A Multilevel Regression Analysis of Individual and Societal Determinants in 12 Countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2016, 71(5): 947-958.
34. Wiśniewska-Roszkowska K. *Starość jako zadanie*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1989.
35. Elzenberg H. *Kłopot z istnieniem: Aforyzmy w porządku czasu*. UMK, Toruń 2002.
36. Molloy GJ, McGee HM, O'Neill D, Conroy RM. Loneliness and emergency and planned hospitalizations in a community sample of older adults. *J Am Geriatr Soc* 2010, 58(8): 1538-1541.
37. Walker CA, Curry LC, Hogstel MO. Relocation stress syndrome in older adults transitioning from home to a long-term care facility: myth or reality? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2007, 45(1): 38-45.
38. Ostrzyżek A. Starość jako etap ontogenezy. *Hygeia Public Health* 2014, 49(4): 702-704.
39. Mc Dowell AK, Lineberry TW, Bostwick JM. Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. *Mayo Clin Proc* 2011, 86(8): 792-800.
40. Wasserman D, Wasserman C (eds). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*. Oxford University Press, Oxford 2009.
41. Ibrahim JE, Bugeja L, Willoughby M, et al. Premature deaths of nursing home residents: an epidemiological analysis. *Med J Aust* 2017, 206(10): 442-447.
42. Mezuk B, Prescott MR, Tardiff K, et al. Suicide in older adults in long-term care: 1990 to 2005. *J Am Geriatr Soc* 2008, 56(11): 2107-2111.
43. Loebel JP, Loebel JS, Dager SR, et al. Anticipation of nursing home placement may be a precipitant of suicide among the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1991, 39(4): 407-408.
44. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am* 2011, 34(2): 451-468.
45. Huang LB, Tsai YF, Liu CY, Chen YJ. Influencing and protective factors of suicidal ideation among older adults. *Int J Ment Health Nurs* 2017, 26(2): 191-199.
46. Sonn U. Longitudinal studies of dependence in daily life activities among elderly persons. *Scand J Rehabil Med Suppl* 1996, 34: 1-35.
47. Bruce ML, Pearson JL. Designing an intervention to prevent suicide: PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial). *Dialogues Clin Neurosci* 1999, 1(2): 100-112.
48. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004, 161(3): 562-563.



49. Demirçin S, Akkoyun M, Yilmaz R, Gökdoğan MR. Suicide of elderly persons: towards a framework for prevention. *Geriatr Gerontol Int* 2011, 11(1): 107-113.
50. Ostrzyżek A, Kocur J. Zaburzenia depresyjne u pacjentów w podeszłym wieku objętych stacjonarną długoterminową opieką. *Psychiatr Pol* 2003, 37(3): 457-462.
51. Schuster JP, Manetti A, Aeschmann M, Limosin F. Troubles psychiatriques du sujet âgé: données épidémiologiques et morbi-mortalité associée. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013, 11(2): 181-185.
52. Bergman Levy T, Barak Y, Sigler M, Aizenberg D. Suicide attempts and burden of physical illness among depressed elderly inpatients. *Arch Gerontol Geriatr* 2011, 52(1): 115-117.
53. Wongparkan N, Wongparkan T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics* 2012, 12(1): 11-17.
54. Murphy BJ, Bugeja L, Pilgrim J, Ibrahim JE. Completed suicide among nursing home residents: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015, 30(8): 802-814.
55. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000, 157(12): 1925-1932.
56. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970, 117(539): 437-438.
57. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford Publications, New York 2002.
58. Pużyński S. Choroby afektywne nawracające. [w:] *Psychiatria tom 2 – Psychiatria kliniczna*. Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 305-385.
59. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. Incidence of depression in long-term care settings. *J Gerontol* 1992, 47(6): M189-M196.
60. McCusker J, Cole MG, Voyer P, et al. Observer-rated depression in long-term care: frequency and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr* 2014, 58(3): 332-338.
61. Wongparkan T, Wongparkan N. Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. *Clin Interv Aging* 2013, 8: 1553-1559.
62. Giebel C, Sutcliffe C, Verbeek H, et al. Depressive symptomatology and associated factors in dementia in Europe: home care versus long-term care. *Int Psychogeriatr* 2016, 28(4): 621-630.
63. Mezuk B, Rock A, Lohman MC, Choi M. Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014, 29(12): 1198-1211.
64. Mezuk B, Lohman M, Leslie M, Powell V. Suicide Risk in Nursing Homes and Assisted Living Facilities: 2003-2011. *Am J Public Health* 2015, 105(7): 1495-1502.
65. Teigné D, Lucas M, Leclère B, et al. Overview of the risk areas associated with care in nursing homes. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2017, 15(2): 117-126.
66. Van Orden KA, Wiktorsson S, Duberstein P, et al. Reasons for attempted suicide in later life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2015, 23(5): 536-544.
67. Koopmans RT, Zuidema SU, Leontjevas R, Gerritsen DL. Comprehensive assessment of depression and behavioral problems in long-term care. *Int Psychogeriatr* 2010, 22(7): 1054-1062.
68. Ibrahim JE, Murphy BJ, Bugeja L, Ranson D. Nature and extent of external-cause deaths of nursing home residents in Victoria, Australia. *J Am Geriatr Soc* 2015, 63(5): 954-962.
69. Ibrahim JE, Bugeja L, Willoughby M, et al. Premature deaths of nursing home residents: an epidemiological analysis. *Med J Aust* 2017, 206(10): 442-447.
70. Osgood NJ. *Suicide in later life: recognizing the warning signs*. Lexington Books, New York 1992.
71. Niculescu AB, Levey DF, Phalen PL, et al. Understanding and predicting suicidality using a combined genomic and clinical risk assessment approach. *Mol Psychiatry* 2015, 20(11): 1266-1285.
72. McDowell AK, Lineberry TW, Bostwick JM. *Practical Suicide-Risk Management for the Busy Primary Care Physician*. Mayo Clin Proc 2011, 86(8): 792-800.
73. Brant BA, Osgood NJ. The suicidal patient in long-term care institutions. *J Gerontol Nurs* 1990, 16(2): 15-18.
74. Chauliac N, Brochard N, Payet C, et al. How does gatekeeper training improve suicide prevention for elderly people in nursing homes? A controlled study in 24 centres. *Eur Psychiatry* 2016, 37: 56-62.
75. Smith A. *Umysł*. PZWL, Warszawa 1989.
76. Święcicki Ł. Pacjent z myślami samobójczymi. *Med Dypł* 2014, 23(7-8): 66-70.