

Katarzyna Baumann

„Dłoń” Pomoc Psychologiczno-Terapeutyczna, Poznań

Problem aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku

The problem of suicidal acts amongst elderly people

Abstract

The fact that a human life span is becoming longer means it is necessary to take into consideration the needs, feelings and points of view of elderly people. In this article we concentrated on the problem of suicidal acts among elderly people, attributes that predispose people to commit a suicide and indicators of suicide in group of elderly people in Poland. We attempted to describe pre-suicidal disorder, types of suicide and we summarize the problem of loneliness and depression in old age and the correlation between them and suicidal acts.

Gerontol. Pol. 2008; 16, 2: 80–88

key words: *old age, suicide, pre-suicidal disorder, depression, loneliness*

Wstęp

Rozwój techniki i współczesnej farmakologii potrafi przedłużyć ludzkie życie, lecz nie zapewnia jego dobrej jakości. Średnia długość życia w Polsce osiągnęła 79 lat dla kobiet i 70 lat dla mężczyzn. Wraz z wiekiem dochodzi, niestety, do kumulacji różnych chorób z całego życia. Największym problemem jest jednak izolacja w okresie starości — społeczna, ekonomiczna, socjalna, jak również rodzinna. Popadanie w depresję, apatię, pojawienie się myśli samobójczych nie są u seniorów rzadkie, a wręcz zauważa się wzrost liczby zgonów samobójczych w tej grupie wiekowej. Wskaźnik samobójstw dla osób powyżej 65. roku życia wynosi 19,0, a dla 75-latków — 18,8, przy średnim wskaźniku dla całej polskiej populacji wynoszącym 15,6 (2004 r.). W ostatnich latach jest zauważalny także wzrost liczby samobójstw wśród osób w starszym wieku popęlnianych pod wpływem alkoholu [1].

Przedłużenie ludzkiego życia implikuje konieczność zwrócenia uwagi na potrzeby osób w okresie starości. Celem niniejszego opracowania jest omówienie problemu samobójstw wśród osób starszych, a także samotności i depresji w tej grupie wiekowej.

Samobójstwo (suicidium)

W piśmiennictwie można znaleźć różne definicje samobójstwa. I tak, samobójstwo to „celowe zachowanie samodestrukcyjne, prowadzące do śmierci biologicznej, które może mieć charakter gwałtowny (np. samobójstwo przez powieszenie się) lub charakter stopniowy (np. samobójstwo przez zagłodzenie się)” [2]. Wydaje się jednak, że pełną definicję tego zjawiska, która obejmuje najważniejsze czynniki, przedstawia Hołyst [3], pisząc: „Samobójstwo nie jest jedynie przypadkiem samouniżnienia się, lecz trwającym niekiedy całymi latami ciągiem wzajemnie ze sobą powiązanych myśli i czynów”. Autor wprowadził również termin „zachowanie suicydalne”, który wyjaśnia jako „ciąg reakcji, jakie wyzwolone zostają w człowieku z chwilą, gdy w jego świadomości samobójstwo pojawia się jako antycypowany, pożądany stan rzeczy, a więc jako cel”. Można wymienić 4 typy tego zachowania: samobójstwo wyobrażone, upragnione, usiłowane i dokonane.

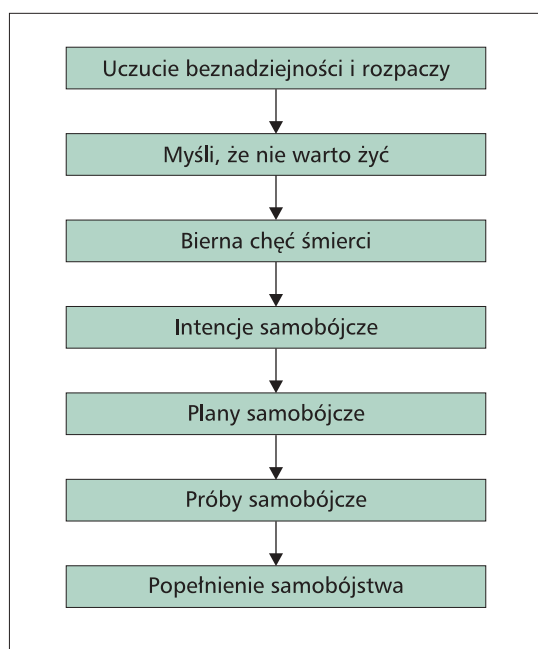
Czasami samobójstwo staje się sposobem rozwiązania życiowych problemów; bardzo często, na szczęście, kończy się na zamiarach (samobójstwo wyobrażone). Jednak u niektórych osób myśl ta zalega i umacnia się, aż staje się celem (samobójstwo upragnione). To zaś doprowadza do prób odebrania sobie życia (samobójstwo usiłowane). Gdy za-

Adres do korespondencji:
mgr Katarzyna Baumann
„Dłoń” Pomoc Psychologiczno-Terapeutyczna
ul. Piątkowska 87a/38, Poznań
tel.: 503 63 18 13
e-mail: kasiabaumann@wp.pl

mach na własne życie kończy się śmiercią, wówczas mówi się o samobójstwie dokonanym. Samobójstwo jest zjawiskiem budzącym wiele kontrowersji i emocji wśród społeczeństwa. Często jest postrzegane jako akt woli sprzeczny z podstawowym prawem biologicznym — instynktem zachowania życia. Akt samobójczy jest fenomenem uwarunkowanym wieloczynnikowo, w którym istotną rolę odgrywają indywidualne różnice osób porywających się na własne życie oraz szeroko rozumiane czynniki społeczne. Innymi słowy, decyzja o samobójstwie jest chęcią zmiany rzeczywistości, w której się egzystuje [4].

Z perspektywy psychologiczno-psychiatrycznej czyn samobójczy jest ujmowany jako zdarzenie wielowymiarowe, które z punktu widzenia potencjalnego samobójcy ma być skutecznym rozwiązaniem piętrzących się problemów.

Shneidman [5] stwierdza: „Samobójstwo to świadomy akt unicestwienia; najlepiej rozumieć je jako wielowymiarowy stan złego samopoczucia u osoby o niezaspokojonych potrzebach, która samobójstwo uważa za najlepsze rozwiązanie jakiegoś ze swoich problemów”. A zatem autor ten w swojej definicji kładzie szczególny nacisk na motywację, która leży u podstaw czynu suicydalnego. Na rycinie 1 przedstawiono model suicydalny.



Źródło: [6]

Rycina 1. Model suicydalny
Figure 1. Model of suicidality

Typy samobójstw usiłowanych

W piśmiennictwie [7] wymienia się na ogół 6 (przedstawionych poniżej) typów samobójstw usiłowanych:

- samobójstwo bilansowe — jest popełniane przez osobę, która znajduje się w skrajnie trudnej sytuacji (np. w obliczu tortur, ciężkich cierpień związanych z chorobą somatyczną itp.); do tego typu czynu jest predysponowana osoba o cechach anankastycznych lub aleksytymicznych, czyli mająca trudności z werbalizacją i ekspresją uczuć;
- samobójstwo psychotyczne — jest szczególnie częste w ciężkich zespołach depresyjnych oraz w schizofrenii; jest ono wynikiem budowy schematów poznawczych na podstawie treści urojeniowych;
- samobójstwo stymulujące — występuje w zaburzeniach osobowości; przejawia się głównie w postaci samouszkodzeń, zwłaszcza w sytuacji braku stymulacji, czyli radykalnego zredukowania dopływu bodźców (deprywacja sensoryczna) i informacji (deficyt informacji);
- samobójstwo reaktywne — jest wynikiem reakcji na utratę „obiektu uczuć”, czyli obiektu włączonego w obręb „ja”, na przykład bliskiej osoby (śmierć, odejście, rozwód), ale także utratę stanowiska i pracy (przejsie na emeryturę) oraz majątku lub zdrowia;
- samobójstwo rozładowujące — popełniane przez osobę, której reakcją na trudne (szeroko rozumiane) sytuacje jest właśnie czyn samobójczy;
- samobójstwo manipulacyjne — jest wyuczone, gdy człowiek nabył i utrwalił wzorce zachowania się, ukierunkowane na osiągnięcie pożądanego celu poprzez pośrednie lub bezpośrednie wywieranie presji na otoczenie.

Samobójstwa stymulujące, reaktywne, rozładowujące i manipulacyjne są analogiczne do zachowań agresywnych, ponieważ czyn samobójczy jest uważany za wyraz autodestrukcji.

Cechy charakterystyczne osób popełniających samobójstwo

Shneidman [5] sformułował listę cech charakteryzujących osoby, które dopuściły się aktu samobójczego. Cechy te pogrupował w następujących kategoriach:

- cechy sytuacyjne — bodźcem do popełnienia samobójstwa jest nieznośny ból psychiczny; natomiast czynnikiem stresującym — frustracja wynikająca z niezaspokojonych potrzeb psychicznych;
- cechy wolicjonalne — dążeniem samobójców jest znalezienie rozwiązania, natomiast celem — zniesienie świadomości;

Tabela 1. Czynniki ryzyka samobójczego według Ringela**Table 1.** Indicators of suicidal risk according to Ringel

Pora roku: wiosna i jesień; dni tygodnia: poniedziałek i wtorek; wiek > 45 lat; płeć męska; rozwód lub owdowienie; samotność; zła sytuacja materialna; utrata pracy; samobójstwo wśród osób bliskich; przewlekłe choroby somatyczne; przewlekłe bóle; nieuleczalne choroby; zespół presuicydalny; depresja o ciężkim nasileniu, z poczuciem winy i niską samooceną, lękiem, bezsennością oraz myślami samobójczymi; nadużywanie alkoholu; schizofrenia, zwłaszcza z rozkazującymi omamami słuchowymi; zaburzenia osobowości

Źródło: [8]

- cechy afektywne — dominującą emocją w samobójstwach jest poczucie beznadziejności i bezradności; natomiast wewnętrzną postawą jest ambiwalencja;
- cechy poznawcze — wszechobecnym stanem poznawczym jest zawężenie; na przykład zawężone wzorce myślenia uniemożliwiają wyjście poza schemat poznawczy;
- cechy relacyjne — aktem interpersonalnym jest zakomunikowanie intencji, czyli poinformowanie drugiej osoby, że decyzja o samobójstwie jest sensowna; natomiast działaniem w samobójstwie jest prawo do wyjścia z sytuacji według własnej woli lub też prawo do autonomicznej decyzji dotyczącej sposobu wyzwolenia się od bólu;
- cechy seryjne — zgodność wewnętrzną w samobójstwie dotyczy wzorców radzenia sobie z trudnościami z ciągu całego życia (decyzja o czynie samobójczym jest logiczna i współgra ze stylem życia i dotychczas stosowanymi strategiami radzenia sobie z przeciwnościami losu).

Zespół presuicydalny

Znany austriacki psychiatra i suicydolog Erwin Ringel [8] wyróżnił zespół cech, które są charakterystyczne dla osoby mającej dopiero zamiar popełnić samobójstwo. Należą do nich:

- przeżywanie niepokoju i lęku, zagrożenia, poczucie mniejszej wartości oraz niewydolności, rezygnacja;
- autoagresja;
- ucieczka od realnych problemów w fantazje o śmierci, snucie planów samobójczych.

Autor wymienia także jako sygnały samobójstwa: wypowiedzi typu: „lepiej byłoby wam beze mnie”, „lepiej byłoby ze sobą skończyć”; zbieranie leków; zdobycie sznura lub ostrego narzędzia; napisanie testamentu i pożegnalnych listów; nieoczekiwane wizyty o charakterze pożegnalnym składane bliskim i znajomym; nagłe izolowanie się od otoczenia; snucie rozważań o śmierci; pojawiające się w snach treści dotyczące śmierci, egzekucji i pogrzebu.

Ringel wymienił również czynniki ryzyka predysponujące osobę do popełnienia czynu samobójczego (tab 1). Podsumowując dane z piśmiennictwa [9], przyjmuje się, że do czynników socjodemograficznych, które wpływają na zamiar popełnienia czynu suicydalnego przez osobę starszą, zalicza się czynniki demograficzne (wiek, płeć oraz status socjoekonomiczny) oraz indywidualno-rodzinne (historia myśli samobójczych bądź zachowań samobójczych oraz nadużywanie substancji uzależniających (alkohol, leki psychotropowe i nasenne, narkotyki).

Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że samobójstwa popełnione pod wpływem alkoholu przez osoby w okresie starości stanowią 22% wszystkich zgonów samobójczych (w Stanach Zjednoczonych — 25%; w Polsce — 22,1%) [1].

W innym zestawieniu wymienia się także różne inne czynniki zagrożenia samobójstwem, do których należą [10]:

- płeć męska;
- zaawansowany wiek;
- próba samobójstwa w przeszłości;
- skuteczność wybranej metody;
- pedanteria w realizacji planu;
- zapobieganie możliwościom odratowania;
- wielokrotność podejmowania prób samobójczych;
- szczerze podjęty zamiar odebrania sobie życia;
- fantazje połączenia się po śmierci ze zmarłą wcześniej osobą;
- ustalona diagnoza psychiatryczna [przy poszczególnych chorobach odsetki chorych kończących życie samobójstwem wynoszą: 15% — depresja (na poziomie psychotycznym), 15% — alkoholizm i uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych, 10% — zaburzenia afektywne dwubiegunowe, 10% — schizofrenia, 10% — silne zaburzenia osobowości, 5% — zaburzenia organiczne)];
- przewlekła choroba somatyczna;
- znaczny stres w życiu;
- niekorzystne zmiany w statusie społecznym;
- trudne warunki życiowe;
- samotność (wdowieństwo, separacja, rozwód,

Tabela 2. Czynniki ryzyka zachowań samobójczych w okresie starości**Table 2.** Indicators of risk of suicidal behaviour in old age

1. Choroby depresyjne, zaburzenia psychiczne
2. Alkoholizm i inne uzależnienia
3. Fantazje samobójcze
4. Wcześniejsze próby samobójcze
5. Sięganie po metody o dużym ryzyku śmierci, np. broń palną
6. Wyobcowanie, samotność, utrata wsparcia
7. Poczucie beznadziejności, sztywność myślenia
8. Zachowania samobójcze w rodzinie
9. Trudności ekonomiczne
10. Problemy i/lub patologie w rodzinie
11. Stres, trudne doświadczenia życiowe
12. Wrogość, agresja, drażliwość
13. Choroby somatyczne
14. Zbieżność powyższych czynników, narastanie kryzysów samobójczych

Według Marris [9, 11]

- pobyt w więzieniu);
 - brak pracy, zajęcia (zwłaszcza u osób dobrze wykształconych)
 - samobójstwa w rodzinie.
- Podobny zestaw czynników ryzyka zachowań suicydalnych u osób w starszym wieku podaje Marris (tab. 2) [11].

Samotność w okresie starości

Samotność to ważny czynnik ryzyka samobójczego. Mówiąc o samotności, warto przytoczyć definicję Rembowskiego [12], który stwierdza: „Samotność jest złożonym i wielowymiarowym, psychospołecznym doświadczeniem człowieka. Jest to nieprzyjemne uczucie, pojawiające się na skutek niezgodności pomiędzy oczekiwaniami a realnymi możliwościami. Należy do stanów emocjonalnych, w których jednostka jest świadoma izolacji od innych osób i niemożności działania na ich korzyść”.

Samotność powszechnie rozumie się jako nieprzyjemny stan psychiczny, który został spowodowany niezadowolaniem z liczby i jakości szeroko rozumianych związków społecznych, czyli interakcji danej jednostki z innymi osobami. Mówiąc o samotności, trzeba zwrócić uwagę na jej aspekt wewnętrzny i zewnętrzny.

Twardowska-Rajewska [13] stwierdza, że wewnętrznymi źródłami samotności mogą być: niska samoocena, lęki, skłonności depresyjne, nieśmiałość, koncentracja na sobie, brak umiejętności społecznych, introwersja, brak asertywności, poczucie umiejscowienia

wienia kontroli na zewnątrz, niedojrzałość emocjonalna oraz brak akceptacji siebie. Natomiast spośród zewnętrznych źródeł samotności autorka wymienia krytyczne wydarzenia życiowe (np. śmierć partnera życiowego, zmiana miejsca zamieszkania), wykorzystywanie (np. fizyczne, psychiczne, finansowe itp.), brak środków materialnych, szybkie tempo życia i jego anonimowość oraz automatyzację i ruchliwość społeczną.

Depresja u osób w okresie starości

Obraz depresji i jej przebieg w okresie starości ściśle się wiążą z medycznymi, społecznymi i psychologicznymi aspektami charakterystycznymi dla tego etapu życia (tab. 3).

W obrazie klinicznym depresji u osób starszych pewne objawy mogą wyraźnie dominować, a inne przejawiać się w mniejszym nasileniu. W tym wieku częściej występuje obraz z zahamowaniem psychoruchowym, przygnębieniem, lękiem o falującym nasileniu i dobowej zmienności obrazu klinicznego [14]. Częściej także spotyka się ze skargi hipochondryczne. Może też nastąpić przesunięcie obrazu depresji z poziomu afektywnego w stronę poziomu somatycznego, co oznacza brak typowego nastroju depresyjnego, pojawianie się drażliwości, poczucie fizycznego cierpienia, bezradności, utratę energii. Brak motywacji do wykonywania zadań, zahamowanie psychoruchowe, wzmożona męczliwość, depresyjny monoideizm powodują, że częstą odpowiedzią na zadawane pytania jest powtarzany zwrot „nie wiem” [14].

Zwiększone ryzyko samobójstwa w okresie starości wiąże się z dużym poziomem lęku, znacznym pobudzeniem psychoruchowym, pobudzeniem z bezsennością oraz urojeniami depresyjnymi i omamami. Należy też pamiętać o tym, że myśli samobójcze najczęściej chorzy zgłaszają (w różny sposób) już wcześniej. Rzadko się zdarza, by pacjent podjął próbę samobójczą, uprzednio o tym nie komunikując.

Samobójstwo wśród osób starszych

Starość postrzegana negatywnie jest utożsamiana z chorobami, z niepełnosprawnością fizyczną w zakresie narządu ruchu, z demencją czy też z zaburzeniami psychicznymi. Osgood [11] podaje, że częstość samobójstw u osób 65-letnich i starszych jest o 50% większa niż w wieku 15–24 lat. Jest też wyższa niż w całej populacji. Wzrasta ona systematycznie szczególnie wśród mężczyzn w okresie całej starości. Analizując dane statystyczne, można stwierdzić, że wraz z wiekiem maleje liczba prób samobójczych, a ro-

Tabela 3. Aspekty życia człowieka w podeszłym wieku
Table 3. Aspects of an elderly human being life

Medyczne	Społeczne	Psychologiczne
Wielochorobowość — po 60. rż. Pogorszenie sytuacji materialnej u 80% ludzi występuje co najmniej jedna choroba		Zmiana osobowości
Choroby układu sercowo-naczyniowego	Izolacja społeczna	Zmniejszenie aktywności umysłowej
Zaburzenia endokrynne i metaboliczne	Wdowieństwo	Nadmierna ostrożność w podejmowaniu decyzji
Choroby ośrodkowego układu nerwowego	Ograniczenie aktywności	Zawężenie zainteresowań
Zwiększona zapadalność na choroby infekcyjne	Wzrost napięć i konfliktów rodzinnych	Konserwatywna postawa wobec nowości
Upośledzenie słuchu		Utrata poczucia bezpieczeństwa
Zaburzenia wzroku — zaćma, jaskra		Skłonności hipochondryczne
Zaburzenia snu		
Skojarzone z wiekiem zaburzenia pamięci		
Wzrost napięć i konfliktów rodzinnych		

Na podstawie literatury przedmiotu [9]

śnie liczba samobójstw dokonanych. Ryzyko samobójstw częściej występuje także wśród przewlekle chorujących osób starszych. Szczególną grupę ryzyka stanowią samotni mężczyźni — wdowcy lub rozwiedzeni, którzy nie potrafią się odnaleźć w społeczeństwie i w rodzinie (w Poznaniu stanowią oni 8% całej populacji samobójców) [1]. Dla osób owdowiałych śmierć współmałżonka jest przyspieszeniem własnej śmierci. Odnotowuje się, że liczba samobójstw w tej grupie jest największa w okresie 6–12 miesięcy po utracie bliskiej osoby, przy czym wskaźnik samobójstw jest 2-krotnie wyższy u samotnych mężczyzn niż u kobiet.

Do innych ważnych czynników ryzyka samobójczego zaliczają się także: stres, lęk, choroby psychiczne, przewlekle schorzenia oraz pogorszenie sytuacji ekonomicznej w wyniku przejścia na emeryturę, zmiana statusu społecznego, utrata pozycji w rodzinie i wiążący się z tym spadek poczucia własnej wartości oraz niekorzystny bilans życiowy [15]. W psychologii wymienia się dodatkowo takie uwarunkowania, jak: osłabienie więzi rodzinnych i sąsiedzkich, poczucie izolacji, odosobnienie oraz postępujące procesy dezintegracyjne.

W starości często występują: depresja, schizofrenia, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości typu „z pogranicza” (*borderline*), choroba Alzheimera czy

choroba Parkinsona. Choroby te predysponują do podejmowania prób samobójczych [16]. Depresje w podeszłym wieku pogarszają współistniejące choroby somatyczne, co zwiększa częstość występowania samobójstw. Chorzy na depresję wyrażają to przez pewne sygnały, między innymi częste rozmowy dotyczące pochówku czy rozstawanie się z rzeczami, które mają dla nich dużą wartość sentymentalną. Depresja jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego, wpływającą na takie funkcje, jak: czynności psychiczne, somatyczne, psychomotoryczne i poznawcze. Osoby w okresie starości niechętnie przyznają się do problemów natury psychicznej. Często choroba psychiczna przebiega pod osłoną schorzenia somatycznego. Jest to przyczyna, która utrudnia szybkie rozpoznanie stanu psychicznego i rozpoczęcie terapii, co jest ważne zwłaszcza u osób z depresją, gdyż nieleczona depresja sprzyja próbom samobójczym. Wczesnymi symptomami myśli samobójczych w tej grupie wiekowej są skargi na bezsenność, zmęczenie, osłabienie, brak koncentracji, a także apatia, nagłe izolowanie się od otoczenia albo przeciwnie — nagłe odwiedziny dalszej rodziny i przyjaciół. Dane statystyczne wskazują, że wśród osób cierpiących na depresję odsetek samobójstw jest 2-krotnie wyższy niż w pozostałych grupach wiekowych. Według Światowej Organizacji Zdrowia około połowa samobój-

ców to osoby, które po raz drugi próbowały pozba-
wić się życia; Hołyst [3] uważa, że odsetek ten wy-
nosi nawet 60%.

Próba samobójcza w okresie starości ma różne pod-
łoża: ekonomiczne, zdrowotne, rodzinne i społecz-
ne. Wbrew pozorom, problem zdrowia i choroby nie
jest najważniejszą przyczyną podejmowania ostatecz-
nej decyzji. Nagłe przejście na emeryturę bez wcześ-
niejszego przygotowania psychicznego i ekonomicznego,
zwłaszcza w przypadku osób bardzo aktywnych
w życiu społecznym oraz rodzinnym, może być jedną
z przyczyn myśli samobójczych. Osoby, które rozpo-
czynają życie w domach pomocy społecznej, znaj-
dują się w nowych, obcych realiach. Przy współist-
niejących chorobach psychicznych narastają stany
maniakalne i depresyjne. O osobach starszych czę-
sto się mówi, że są niedołążne, zależne, wymagają
opieki. Tracą one role społeczne, zawodowe i rodzi-
ne. Osoba w starszym wieku często nie jest zauwa-
żana przez własną rodzinę, bywa ignorowana, alie-
nowana, żyje niejako na jej marginesie. Z okresem
starości wiąże się pogorszenie sprawności psychofi-
zycznej. Często zauważa się u tych osób brak samo-
akceptacji oraz spostrzeganie siebie jako jednostki
niezaradnej, niedołążnej, zależnej i potrzebującej
opieki. Osoby w starszym wieku cierpią na depresję
i popełniają samobójstwa 2-krotnie częściej niż młodszy
pacjenci z tą samą chorobą. Dokonują one zazwy-
czaj negatywnych bilansów życiowych, a ich codzien-
nymi doświadczeniami są brak sprawności fizycznej,
męczliwość, choroba, brak środków finansowych,
utrata (np. pracy, współmałżonka itp.) [17].

W literaturze przedmiotu [16] wykazuje się także
związek między chorobami somatycznymi a zami-
arem popełnienia samobójstwa przez osoby starsze.
Występuje liniowa zależność między schorzeniami so-
matycznymi a prawdopodobieństwem popełnienia
samobójstwa, nawet po wykluczeniu zależności so-
cjodemograficznych oraz chorób psychicznych.
Stwierdzone duże fluktuacje między rodzajem scho-
rzenia fizycznego i zamiarem popełnienia samobój-
stwa sugerują znaczenie także innych mechanizmów
w decyzji o podjęciu próby samobójczej, jak chociaż-
by temperament oraz czynniki środowiskowe.

Warto w tym miejscu przedstawić wyniki badań prze-
prowadzonych przez Quan i wsp. [18] w populacji
osób w wieku powyżej 65 lat. Potencjalni samobójcy
częściej chorowali na schorzenia somatyczne, takie
jak: choroba nowotworowa, choroba niedokrwienna
serca, przewlekła choroba płucna, wrzody żołądka
oraz schorzenia prostaty. Największy odsetek star-
szych osób popełniających samobójstwo obejmował

chorych z nowotworem, następnie mężczyzn ze scho-
rzeniami prostaty oraz z przewlekłą chorobą płucną.
Interesująca jest zależność między stanem cywilnym
osób z przewlekłą chorobą płucną a występowaniem
zachowań autodestrukcyjnych. Starsze osoby żona-
te/zamężne częściej popełniały samobójstwo z oba-
wy przed uzależnieniem od najbliższych i stwarza-
niem im problemów swoją osobą.

U osób w okresie starości ryzyko popełnienia samo-
bójstwa zwiększają zespoły organiczne mózgu, wy-
czerpanie się zasobów materialnych, nieuleczalna
choroba i zaburzenia nastroju [11].

Brakuje dokładnych danych dotyczących liczby sa-
mobójstw w okresie starości, ponieważ ten fakt
w przypadku osoby u kresu życia często jest trakto-
wany przez rodzinę, policję i lekarzy jako „naturalna
śmierć ze starości”. Ta „naturalna” śmierć to czasa-
mi skutek zaprzestania jedzenia, odstawienia leków
lub ich celowego przedawkowania.

Według Marris (za [15]) wymienia się czynniki ryzy-
ka zachowań samobójczych w okresie starości, któ-
re przedstawiono w tabeli 2.

Hołyst [3] twierdzi, że podłożem decyzji samobój-
czych są liczne, ząbające się czynniki, wśród któ-
rych wymienia między innymi: zaburzenia psychiczne,
stres spowodowany niepowodzeniami życiowymi
i trudnościami dnia codziennego, nieprawidłową oce-
nę swoich możliwości w realizacji celów, osamotnie-
nie, kryzys uznanych wartości, niewłaściwe ukła-
dy społeczne czy też, zwłaszcza w ostatnich latach,
bardzo trudną sytuację materialną.

Samobójstwa a depresja

Z depresją okresu starości ściśle się wiąże problem
samobójstw. Jak podaje Kołodziej [8], samobójstwa
w tym wieku są nie tylko częstsze niż w przypadku
młodszych osób, ale także bardziej zdeterminowa-
ne. Stosunek prób samobójczych do dokonanych
samobójstw w młodszym wieku wynosi 7:1, a u osób
w podeszłym wieku — prawie 1:1. U młodych osób
próby samobójcze często mają charakter manipula-
cyjny, są sposobem zwrócenia uwagi otoczenia na
siebie i swoje problemy. W podeszłym wieku moty-
wacja manipulacyjna jest znacznie rzadsza, a starsza
osoba rzeczywiście podejmuje próbę samobójczą, by
umrzeć.

Depresja predysponuje do podejmowania prób sa-
mobójczych, zwłaszcza kobiety. Kobiety w podeszłym
wieku bardzo ciężko przeżywają na przykład bezdziet-
ność (zwłaszcza gdy była spowodowana bezpłodno-
ścią), syndrom „pustego gniazda”, niespełnione na-
dzieje. Okres starości to czas utraty atrakcyjności

i niebezpieczny etap w życiu kobiety, który może prowadzić do prób samobójczych [1].

W przypadku osób cierpiących na depresję pesymizm, negatywna ocena przyszłości, poczucie beznadziejności, bezradności, ograniczenie i sztywność procesów poznawczych, przekonanie o braku możliwości uzyskania pomocy to wystarczające motywy do wyboru samobójstwa. Gdyby jednak było to do końca prawdą, to każdy chory z depresją byłby samobójcą [15].

Depresja u starszych osób jest spowodowana przyczynami, które można zakwalifikować do 1 z 3 grup [19]:

- przyczyny psychologiczne, na które składają się cechy osobowości depresyjnej, pojawienie się egotyzmu starczego. Na ten stan znacząco wpływają samotność, utrata osób bliskich, utrata pozycji zawodowej i społecznej, beznadziejność, brak celów życiowych;
- przyczyny somatyczne — choroby układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, upośledzenie krążenia mózgowego, niedożywienie, naturalne starzenie się ośrodkowego układu nerwowego z procesami atrofii mózgu (następuje szybciej, tj. ok. 60. rż., u mężczyzn);
- nawrót choroby jako przyczyna pogłębienia się istniejącej już depresji.

Należy też pamiętać o tym, że myśli samobójcze najczęściej chorzy zgłaszają wcześniej, w różny sposób — rzadko się zdarza, by pacjent podjął próbę samobójczą, uprzednio o tym nie komunikując.

Okres starzenia to czas trudnych do zaakceptowania i przezwyciężenia zmian, z których najważniejsze to stopniowy spadek kondycji, śmierć najbliższych i utrata dotychczasowej pozycji społecznej. Pojawiające się w tym kontekście u osób w późnym okresie życia poczucie zagubienia, bezradności, degrengolady może wywoływać myśli i tendencje samobójcze.

Wskaźniki samobójstw w grupie Polaków w starszym wieku

Uwzględniając dane demograficzne z Polski i rosnącą liczbę osób w starszym wieku, należy rozpatrywać problemy geriatryczne i gerontologiczne z uwzględnieniem wszystkich problemów gerontologii społecznej, a także zwrócić uwagę na zachowania autodestrukcyjne w tej grupie wiekowej, zwłaszcza że liczba zgonów samobójczych w Polsce w grupie osób powyżej 60. roku życia w ostatnich latach stale wzrasta zarówno w miastach, jak i na wsiach.

Tendencję wzrostową obserwuje się przede wszystkim na terenach wiejskich, gdzie współczynnik samobójstw na 100 000 mieszkańców w 1990 roku

wynosił 15,7, a w 2000 roku już 17,1. W grupie osób powyżej 60. roku życia występuje tendencja wzrostowa liczby aktów suicydalnych. Mężczyźni w okresie późnej dorosłości popełniają samobójstwa częściej niż kobiety w tej samej fazie życia. W poszczególnych przedziałach wiekowych, w 5-letnich odstępach, proporcje te wahają się w miastach w granicach 6–9/100 000 kobiet i 19–40/100 000 mężczyzn. Na wsiach odpowiednie proporcje liczbowe kształtują się w granicach 4–8/100 000 (kobiety) i 7–19/100 000 (mężczyźni). To nowy trend, który z punktu widzenia psychologicznego jest uwarunkowany faktem, że w realiach współczesnej wsi powtarza się zespół czynników charakteryzujących miasta, do których należą: osłabienie więzi rodzinnych i sąsiedzkich, poczucie izolacji, odosobnienia oraz postępujące procesy dezintegracyjne [1].

Poczucie rozpacz

Erikson [20] wyprowadza negatywny biegun kryzysu rozwojowego w okresie starości z lęku przed śmiercią. To właśnie ten lęk najbardziej obnaża brak zdolności do integracji ego lub jej utratę. Doświadczenie emocjonalne, które towarzyszy temu stanowi, to rozpacz (*despair*). Należy podkreślić, że tego rodzaju poczucie rozpacz rzadko bywa wyrażane otwarcie. Jawna rozpacz dotyczy raczej szczególnych sytuacji, gdy ciągłość życia w okresie późnej dorosłości zostanie nagle naruszona (np. poprzez ciężką chorobę, utratę współmałżonka itp.). Znacznie częściej doświadczenie rozpacz związane z zakłóceniem procesu integracji ego ukrywa się pod postacią wielu małych rozgoryczeń, mizantropii czy też stałego niezadowolenia z siebie, z innych ludzi, otoczenia czy instytucji. Wówczas osoba starsza zachowuje się tak, jakby niemal nic ją nie cieszyło. Pozornie nie rozpacza, ale ciągle narzeka. Niezależnie od postaci, w jakiej doświadczenie rozpacz się ujawni, to zawsze wyraża ono „poczucie, że czas jest krótki — zbyt krótki, aby usiłować zacząć inne życie lub wypróbować inne drogi do integracji (...), co oznacza, że swój własny i jedyny cykl życia nie zostaje zaakceptowany jako ostateczny” [20].

A zatem negatywny biegun kryzysu rozwojowego w okresie starości można określić jako pułapkę wynikającą z tendencji do życiowej syntezy. Polega ona na tym, że skłonność do życiowego bilansu może sprawić, że dana osoba dostrzeże fakty, które nie pozwolą zaakceptować swojego aktualnego stanu, a jednocześnie wywoła świadomość, iż jest za późno, żeby coś zmienić lub naprawić. Dając się wciągnąć w pułapkę takiego odczuwania, człowiek ska-

zuje się na stałe niezadowolenie czy wręcz rozpacz. W skrajnym przypadku jednostka funkcjonuje tak, jakby stoczyła się na najniższy szczebel rozwojowy vitalności i była pozbawiona podstawowej siły — niezbędnej do życia nadziei.

Znaczenie zasobów osobistych seniorów

Życie we współczesnym świecie dostarcza wielu przyjemnych doświadczeń i wydarzeń, ale także sytuacji trudnych, stresowych i traumatycznych. Przynosi straty, takie jak: śmierć bliskich, utrata pracy (przejście na emeryturę), wolności, dóbr materialnych, zawody miłosne, pogorszenie i utratę zdrowia, rozstania, przemijanie. Egzystencja w świecie to walka o przetrwanie, o lepszy standard, sukces, środki do życia, przezwyciężenie sytuacji konfliktowych zarówno w życiu osobistym, jak i zawodowym. Wreszcie, współczesny świat naraża niektóre osoby na przeżycie skrajnych wydarzeń — traumatycznych, urazowych, przekraczających miarę zwykłych ludzkich cierpień. Może to być udział w wojnie, trzęsieniu ziemi, padnięcie ofiarą gwałtu, pobyt w więzieniu, obozie koncentracyjnym, uczestnictwo w katastrofie, nagła utrata bliskich, doznanie poważnych obrażeń ciała, nabyta niepełnosprawność czy też sytuacja bezpośredniego zagrożenia życia. Reakcje wielu osób na to zmaganie się ze światem są dramatyczne (kryzys psychiczny, przewlekły stres, zespół stresu pourazowego, rozwój uzależnień, zachowania samobójcze itp.). Jednak zarówno potoczna obserwacja, jak i wyniki badań naukowych wskazują, że przeżywanie trudnych konfrontacji lub spotkań ze światem może prowadzić do wystąpienia różnorodnych zaburzeń, choć nie jest to regułą. Przeciwnie, istnieją osoby, u których traumatyczne zdarzenia uruchamiają zamiast rozpacz i poddania się wolę życia oraz nadzwyczajną odporność [21, 22]. Być może warto się zapoznać z niektórymi czynnikami pośredniczącymi w konfrontacji ze światem, zwanymi zasobami osobistymi. Problematyce zasobów osobistych we współczesnej psychologii zdrowia poświęcono wiele miejsca, widząc w nich czynniki sprzyjające zdrowiu i jakości życia jednostki. W licznych badaniach potwierdzono pozytywne znaczenie następujących zasobów osobistych: wsparcie społeczne, poczucie własnej wartości (poziom samooceny), poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji, optymizm, przekonanie o sprawowaniu osobistej kontroli oraz odporność indywidualna.

Podsumowanie

Strach przed utratą pozycji w społeczeństwie i w rodzinie, poczucie niższości, powstanie nowych sytuacji życiowych często stanowią podstawowe czynniki ryzyka podjęcia próby samobójczej przez osoby w starszym wieku. Nagła zmiana stanu cywilnego (śmierć partnera życiowego), niespodziewane osamotnienie, poczucie izolacji, nieporadność w życiu codziennym, strach przed samotnością — to kolejne czynniki wpływające na ryzyko aktu samobójczego u osób w podeszłym wieku. Alkohol i choroby psychiczne to także istotne czynniki ryzyka suicydalnego — zdarza się, że seniorzy piją alkohol w celu ułatwienia podjęcia decyzji lub dokonania aktu samobójstwa. Występowanie problemu samobójstw jest dla społeczeństwa ponurym przypomnieniem, że nie udało się mu sprawić, aby dla wszystkich jego członków życie miało dużą wartość.

Zaskakuje fakt, że dopiero od niedawna zaczęto podchodzić do samobójstw z należytą powagą — jako do ludzkiego problemu zasługującego na naukowe zainteresowanie i humanitarną troskę. Najlepszą drogą do zmniejszenia liczby przypadków autodestrukcji może być powszechna edukacja społeczeństwa. Może to być pierwszy krok w stronę budowy społecznego systemu chroniącego osoby zagrożone samobójstwem. Powinno się rozpowszechniać umiejętność rozpoznawania symptomów presuicydalnych oraz sposoby właściwego reagowania. Należy szerzyć wrażliwość na problemy pojedynczego człowieka i pomóc zrozumieć, że każda osoba ma prawo czuć się zagubiona i smutna, a wina za taki stan nie leży po jej stronie.

Zdaniem autorki niniejszej pracy, aby zmniejszyć liczbę osób zamierzających popełnić samobójstwo, należy uświadamiać społeczeństwo na temat tego zjawiska. Byłby to wielki krok w kierunku pomocy osobom obciążonym myślami samobójczymi. Społeczeństwo byłoby bardziej uwrażliwione na różne zachowania jednostek, dzięki czemu mogłoby właściwie reagować. Jak dotąd bowiem, w opinii społecznej winna jest zawsze osoba cierpiąca, której zarzuca się pasywność, alienację i brak wkładu w życie grupowe. Uważa się, że przez swój egoizm dostrzega ona tylko własne cierpienie i poszukuje rozwiązań korzystnych wyłącznie dla siebie. Samobójstwo, zwłaszcza wśród osób starszych, to zjawisko, którym należy się zajmować na bieżąco, ponieważ ciągłe zmiany geopolityczne, ekonomiczne czy kulturalne wpływają na rozwój osobowości jednostki, co powoduje, że zmieniają się między innymi przyczyny aktów samobójczych oraz wiek samobójców.

Streszczenie

Wydłużające się życie ludzkie oznacza między innymi konieczność uwzględniania potrzeb, uczuć i poglądów osób starszych. W niniejszym opracowaniu zaprezentowano problemy związane z aktami samobójczymi osób w starszym wieku, cechy predysponujące te osoby do podjęcia takiego czynu oraz wskaźniki samobójstw w grupie starszych osób w Polsce. Opisano również zespół presuicydalny i typy samobójstw, podkreślając znaczenie samotności i depresji u osób starszych oraz wiążąc je z aktami samobójczymi.

Gerontol. Pol. 2008; 16, 2: 80–88

słowa kluczowe: starość, samobójstwo, zespół presuicydalny, depresja, samotność

PIŚMIENNICTWO

1. Binczycka-Anholcer M.: *Zachowania suicydalne osób w starszym wieku*. Suicydologia 2005; 1: 77–87.
2. Nowa Encyklopedia Powszechna. PWN, Warszawa 2004.
3. Hołyst B.: *Samobójstwo — przypadek czy konieczność*. PWN, Warszawa 1983.
4. Radziwiłłowicz P.: *Samobójstwo i próba samobójcza — implikacje kliniczne i psychologiczne*. Psychologia Wychowawcza 1998; 426–437.
5. James, R.K., Gilland, B.E.: *Strategie interwencji kryzysowej*. PARPA, Wydawnictwo Edukacyjne, Warszawa 2006.
6. Kołodziej W.: *Zaburzenia psychiczne i ryzyko samobójstw u osób w starszym wieku*. W: Nowicka A. (red.): *Wybrane problemy osób starszych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006; 87–97.
7. Jakubik A.: *Zaburzenia osobowości*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1996.
8. Ringel E.: *Gdy życie traci sens: rozważania o samobójstwie*. Wydawnictwo „Glob”, Szczecin 1987.
9. Tucholska, S.: *Ryzyko zachowań samobójczych osób starszych*. W: Stauden S., Marczuk, M. (red.): *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Wydawnictwo KUL, Lublin 2006; 133–143.
10. Kokoszka A.: *55-letni mężczyzna po poważnej próbie samobójczej nie wyrażający zgody na hospitalizację na oddziale psychiatrycznym ani na kontakt z rodziną*. Opis przypadku. *Medycyna Praktyczna* 2007; 5
11. Osgood N.J.: *Prevention of suicide in the elderly*. J. Ger. Psych. 1991; 24: 293–306.
12. Rembowski J.: *Samotność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
13. Twardowska-Rajewska J.: *Przeciw samotności*. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Seria Psychologia i Pedagogika, nr 126, Poznań 2005.
14. Stokes G., Goudie F.: *Working with dementia*. Winslow Press Ltd, Oxon 1999; 174–181.
15. Pilecka B.: *Samobójstwo wieku starszego*. W: Piórkowski P. (red.): *Przemoc i marginalizacja. Patologie społecznego dyskursu*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004; 129–144.
16. Makara-Studzińska M., Turek R.: *Samobójstwo w chorobach somatycznych*. Suicydologia 2005; 1: 51–54.
17. Magierski R., Kłoszewska I.: *Samobójstwa w wieku podeszłym*. Wiadomości Psychiatryczne 2005.
18. Quan H., Arboleda-Florenz J., Fink G.H., Stuart H.L., Love E.J.: *Association between physical illness and suicide among the elderly*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2002; 37: 190–197.
19. Horwath E., Johnson J., Klerman G.L., Weissman M.M.: *Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression*. Arch. Gen. Psych. 1992; 49: 817–823.
20. Erikson E.H.: *Childhood and society*. Vintage, Londyn 1995.
21. Bishop G.: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
22. Poprawa R.: *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.): *Elementy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo UW, Wrocław 2001; 103–141.