

KATARZYNA TOMASZEK

*Zachowania suicydalne osób starszych  
– psychologiczna analiza zjawiska*

---

Suicide among older people – psychological analysis

WSTĘP

Zachowania suicydalne odnoszą się do wszelkich form działania godzących w życie i/lub zdrowie jednostki. Określane są one w kryminologii jako „ciąg reakcji wyzwolonych w człowieku z chwilą, gdy w jego świadomości samobójstwo pojawia się jako antycypowany, pożądaný stan rzeczy, jako cel, do którego się dąży” (Hołyst 1983, s. 121). Zachowania te obejmują jednak swym zakresem nie tylko akty samobójcze, ale również rozmyślne samouszkodzenia oraz zapowiedzi wyrażające się groźbą dokonania samodestrukcji, czy też wyobrażenie zabójstwa siebie (Juczyński 1997, s. 69). Definicja powyższa ujmuje nie tylko bezpośrednie działania zmierzające do własnej śmierci, ale i zamiar wyrażający się w chęci działania i narażania się na szkodę. W każdym akcie autodestruktywnym według Menningera (za: Cekiera 1975, s. 40) wyróżnić można trzy elementy, z których jeden jest dominujący w indywidualnym przypadku. Są to: chęć zabijania – impuls pierwotnej agresji; chęć, aby być zabitym – impuls, którego źródłem jest modyfikacja pierwotnej agresji; pragnienie śmierci – impuls pochodzący od impulsywności i ich sofistycznej modyfikacji.

Wydaje się, że skalę omawianego zjawiska najłatwiej zaobserwować, analizując statystyki aktów samobójczych zakończonych zgonem. Każdego roku według danych Światowej Organizacji Zdrowia ok. 500 tys. ludzi popełnia samobójstwo (Krzywiński 1993). Rozwój cywilizacyjny niosący ze sobą udogodnie-

nia i uwalniający człowieka od wysiłków nie zmniejszył występowania zachowań autodestruktywnych. Przeciwnie, z roku na rok ich statystyki rosną (wg WHO w 2000 roku zabiło się 1 mln ludzi, a w 2002 już 1,5 mln). W Polsce obserwuje się podobne trendy. W roku 1980 na 100 tys. mieszkańców przypadało 10,7 samobójców, w 1990 roku – 13,0, w 2000 już ok. 15, a dane za 2003 rok szacują tę liczbę na ok. 19 (Jarosz 1997).

Przewiduje się, że w przyszłości grupą wiekową, która będzie najbardziej liczna, będą osoby w wieku podeszłym. W Polsce według Głównego Urzędu Statystycznego w 2025 roku liczba osób starszych będzie przewyższać liczbę ludzi młodych. W świetle powyższych danych zasadne staje się dokonanie analizy omawianego zjawiska w populacji osób starszych.

Z nielicznych badań przeprowadzonych dotychczas na populacji suicydentów geriatrycznych wynika szczególnie powiązanie samobójstwa z depresją, chorobą somatyczną i sytuacją społeczną (szczególnie stratą bliskiej osoby). Za pioniera badań w tej dziedzinie można uznać Ringla (1992, 1993), który wskazywał na istnienie tzw. złożonego czynnika braku adaptacji wiekowej. Czynniki powyższy jest odpowiedzialny za pięciokrotnie częstsze rejestrowanie samobójstw niż prób samobójczych w populacji geriatrycznej. Badacze zachowań suicydalnych osób starszych koncentrowali się głównie na ich związku z depresją. Przytoczyć tu można badania Barraclougha (za: Pitt 1986), pokazujące, że osoba starsza choruje na depresję średnio ok. 0,5 roku – dane wskazują także, że nierzadko osoby te udają się na tydzień przed podjęciem próby samobójczej do lekarza, lecz nie otrzymują pomocy z racji trudności w diagnozie – czy badania Seligmana (za: Pitt 1986), który łączy występowanie depresji ze stanem wyuczonej bezradności; według niego samobójstwo o takim podłożu ma miejsce zwłaszcza u ludzi mieszkających w domach pomocy społecznej). Badania zjawiska samobójstwa w połączeniu z problematyką chorób somatycznych (nowotwór) prowadzone były przez Hietnana (za: Pilecka 2004) w Finlandii. Badania Lindemana (za: Pilecka 2004), choć bezpośrednio nie odnoszą się do omawianej grupy wiekowej, to jednak z racji podjętej tematyki ściśle wiążą się z okresem starości. Autor ten podaje, że jednym ze zniekształceń procesu żałoby może być samobójstwo. Znikoma liczba badań odnośnie do samobójstw osób starszych wydaje się jeszcze jednym czynnikiem przemawiającym za zasadnością analizy powyższego zagadnienia.

Kolejnym czynnikiem skłaniającym do analizy zjawiska autodestrukcji w populacji osób starszych jest wzrost wskaźników omawianego zjawiska w tej kategorii wiekowej. W latach 1980–1992 wskaźniki samobójstw dokonanych w USA zwiększyły się dla osób w wieku 80–84 lat o 35–36%, dla ogólnej populacji – o 9%. W Polsce według danych Komendy Głównej Policji w 2007 roku na 4658 zamachów samobójczych przypadało 847 aktów dokonanych przez osoby powyżej 60 r.ż. Należy też zaznaczyć, że akty samobójcze podejmowane przez osoby w wieku dojrzałym i podeszłym charakteryzują się wysoką skutecznością.

Artykuł niniejszy ma na celu odpowiedź na pytanie odnośnie do specyfiki zachowań suicydalnych u osób starszych.

#### EPIDEMIOLOGIA ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH U OSÓB STARSZYCH

Analiza trendów samobójczych na świecie pokazuje, że skala omawianego zjawiska w prawie wszystkich krajach w ciągu ostatnich stu lat wyraźnie wzrosła (Jarosz 1997). Według danych szacunkowych WHO (Bilikiewicz 2003) codziennie śmiercią samobójczą ginie 1300–1500 osób. Jarosz (1997) podaje, że w 2000 roku w Polsce odnotowano 5841 dokonanych samobójstw, jednocześnie stwierdza ona, iż duży wpływ na liczbę samobójstw ma nasilenie się omawianego zjawiska w grupach wieku średniego i zaawansowanego. Tendencja powyższa odnosi się do wszystkich krajów, a szczególnie do tych, w których odnotowuje się przewagę ludzi dojrzałych i starszych nad młodymi. Autorka, przeprowadzając analizę samobójstw dokonanych w latach 1993–1995 w wybranych krajach, zauważa ich zróżnicowanie z uwagi na wielkość liczby samobójstw przypadających na 100 tys. mieszkańców. W przedziałach wiekowych, do których odnosi się niniejsza praca, wskaźnik ten przedstawiał się następująco: 65–74 rok życia – najwyższe wskaźniki (powyżej 30) odnotowuje się w: Austrii, Bułgarii, Francji, Kazachstanie, Szwajcarii; szczególnie wysoki jest w Rosji (45,7) i na Węgrzech (53,2). Powyżej 75 roku życia – najwyższe wskaźniki (powyżej 40) omawianego zjawiska odnotowuje się w takich krajach, jak Austria, Bułgaria, Dania, Francja, Japonia, Kazachstan, Niemcy, Rosja, Szwajcaria; szczególnie wysoki jest wskaźnik na Węgrzech (96,0). Polska zajmuje na tej liście środkowe miejsce, wskaźnik odpowiednio dla przedziału wiekowego 65–74 r.ż. równy 17,8, zaś dla osób powyżej 75 roku życia – 14,9.

Lester (2000), dokonując analizy epidemiologii samobójstw na świecie i w Polsce, zauważa wzrost częstości zamachów samobójczych wśród ludzi w wieku podeszłym. Podaje on, że od 1970 do 1980 roku wskaźnik omawianego zjawiska w tej populacji wzrósł w 17 z 28 narodów objętych badaniem i wśród kobiet w 15 krajach. Autor przytacza również wskaźniki samobójstw w zależności od wieku w latach 1960–1990. Autor stwierdza tendencje wzrostowe omawianego zjawiska wśród mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych, w tym również w populacji ludzi starszych. Przy tym wskaźnik samobójstw w omawianej grupie wiekowej jest wyższy dla mężczyzn w porównaniu z kobietami. Podobnie Pużyński (2003) zauważa, że mężczyźni popełniają samobójstwo 2–3 razy częściej niż kobiety.

Nadmienić jednak należy, iż – jak pisze Jarosz (1997, s. 120) – wśród mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych obserwuje się dominację prób samo-

bójczych ambiwalentnych i zakończonych zgonem ofiary, u kobiet zaś odnotowuje się większą liczbę gestów samobójczych, które przewyższają liczbę prób samobójczych, te zaś są wyższe niż liczba samobójstw dokonanych, stąd skalę powyższego zjawiska zarejestrować jest łatwiej u mężczyzn (na podstawie najbardziej reprezentatywnego zachowania suicydalnego, jakim jest zamach samobójczy). Dane z badań Lestera (2000) uprawniają do jeszcze jednego wniosku: ilość samobójstw kobiet, szczególnie w wieku dojrzałym i podeszłym, wzrosła w porównaniu ze wskaźnikami z 1960 roku, zaś w grupie kobiet powyżej 65 roku wskaźnik ten podniósł się prawie dwukrotnie.

Warto przytoczyć jeszcze dane statystyczne Komendy Głównej Policji odnośnie do samobójstw za lata 1999–2007. W 1999 roku w skali kraju 32,77% suicydentów miało powyżej 51 lat, w 2000 roku procent ten wynosił już 35,27%, zaś w 2007 roku wzrósł do 37,3%.

W powyższych danych nie wyodrębniono kategorii wiekowych osób z populacji geriatrycznej, dlatego tak duży udział w skali krajowej suicydentów z tej grupy mógł wynikać z obserwowanego w Polsce fenomenu szczególnie wysokich wskaźników powyższych zachowań dla osób w średnim wieku (między 34–54 lata). Rozróżnienia na przedziały wiekowe co 5 lat dokonano przy opisie epidemiologii samobójstw od 2002 roku. W 2002 roku udział osób powyżej 60 r.ż. w skali krajowej wyniósł 20,4%, zaś w 2007 – 18,2%. Zauważyć jednocześnie można, iż z wiekiem liczba zamachów mających na celu odebranie sobie życia zmniejsza się w 2007 roku: najwięcej suicydentów odnotowano w grupie wiekowej 60–64 lata (239 zamachów samobójczych), mniej w grupie wiekowej powyżej 80 r.ż. (120 suicydentów).

Jednocześnie podkreślić należy, że rzeczywista liczba dokonywanych samobójstw w omawianej grupie, jak również w całej populacji nie jest możliwa do oszacowania i prawdopodobnie znacznie przewyższa podawane wskaźniki. „Ciemna liczba” wynika z trudności w sklasyfikowaniu niektórych zamachów, kiedy czyn ten może być uznany za wypadek (szczególnie przy samozatruciach, utopieniach, upadkach z wysokości), jak również w przypadku zatajania przez rodzinę faktycznej przyczyny zgonu ze względów społecznych (Krzywiński 1993).

Wydaje się, że dla potrzeb niniejszej pracy warto przytoczyć jeszcze statystykę zamachów mających na celu nie tylko zabicie siebie, ale również innych. Dane poniższe nie obejmują, niestety, wszystkich krajów. Samobójstwo rozszerzone (Pilecka 2004) jest częstsze wśród małżeństw starszych, w których jedno z partnerów jest ciężko chore. W USA samobójstwo połączone z zabójstwem u starszych jest dwukrotnie częstsze niż w populacji ludzi młodszych. W każdym roku przybywa powyżej 500 przypadków tego typu samobójstw, w każdym tygodniu ok. 20 osób w USA umiera z tego powodu. Niemal zawsze mężczyzna zabija chorą żonę, a potem siebie.

DETERMINANTY SKLANIAJĄCE OSOBY STARSZE DO PODEJMOWANIA  
ZAMACHÓW SAMOBÓJCZYCH

Jednym z istotnych motywów samobójczych jest przeżywanie przez jednostkę sytuacji trudnej, która w jej percepcji wydaje się nierozwiązywalna. Starość obfituje w wydarzenia generujące kryzys, a jego powstaniu sprzyjają również mniejsze możliwości adaptacyjne osoby. Stan taki może przerodzić się w kryzys suicydalny (Płużek (1994)). Wiąże się on ze specyficznymi doświadczeniami podnoszącymi ryzyko samobójstwa. Pilecka (2004) wymienia wśród nich takie sytuacje, jak: **poważna choroba** (związane jest to z możliwością uruchomienia w takiej sytuacji schematu zależności i bezradności; zauważyć należy, że specyficznymi sytuacjami są tu choroby chroniczne zmniejszające umiejętności radzenia sobie ze stresem) i terminalne (u większości pacjentów wyzwalały myśli samobójcze, które jednak przez stosunkowo niewielki odsetek chorych są realizowane; Louhivnosi i Hakama (za: Pilecka 2004, s. 75) podają, że ryzyko zamachu samobójczego wzrasta w takich sytuacjach dwukrotnie; Simonton (za: Pilecka 2004) stwierdza, że taka choroba zmienia dotychczasową percepcję świata – osoba może zacząć bagatelizować pewne zdarzenia; stan ten może też wyzwolić tłumioną agresję i złość, zmianom podlega też system wartości; dodatkowo osoba zaczyna przeżywać wzmógłony lęk przed śmiercią, a stan ten sprzyja pojawieniu się depresji); **starość** (znaczący ubytek sił witalnych i zwiększona zapadalność na stany chorobowe, trudne doświadczenia życiowe – żałoba – podnoszą ryzyko wystąpienia zachowań autodestruktywnych); Ringel (1992, 1993) wiązał starość ze stanami depresyjnymi i brakiem adaptacji wiekowej przejawiającej się nieradzeniem sobie z racji mniejszej sprawności fizycznej; osłabieniem poczucia własnej wartości i zawężeniem kontaktów interpersonalnych, a więc osamotnieniem, problemami materialnymi. **Głód** – rodzi trudności w kontroli osobistej; wielu ludzi na emeryturze, jak pisze Pilecka (2004), ma trudności z zaspokojeniem podstawowych potrzeb życiowych z powodu trudności finansowych; autorka wymienia ponadto: straty osobiste; poczucie samotności; zmęczenie i słabe nasilenie energii psychicznej; nowe doświadczenia życiowe, np. przeprowadzka, wiele starszych osób musi skorzystać z pomocy państwa i zamieszkać w domach pomocy społecznej; chroniczny ból; nieumiejętność sprostania problemom, uzależnienia, gniew; trudności w kontrolowaniu swych reakcji.

Pilecka (2004) wskazuje ponadto na tzw. **psychologiczną podatność** (osoby depresyjne czy z wysokim niepokojem interpretują zwykle swe doświadczenia jako negatywne); oraz **podatność neurologiczną** (choroby i deficyty neurologiczne powodujące trudności w zmaganiu się ze stresem).

Zachowania samobójcze osób w podeszłym wieku charakteryzują się specyficznymi cechami demograficznymi. Polewka i współautorzy (2002) dokona-

li analizy archiwalnych protokółów z oględzin zwłok, samobójstw dokonanych przez 92 osoby powyżej 65 r.ż. (od 65 do 89 lat) na terenie Krakowa i okolic w latach 1998–2000. Wyniki potwierdziły dominujące trendy panujące na świecie odnośnie do suicydentów geriatrycznych. Typowym reprezentantem omawianej grupy jest mężczyzna mający 70 i więcej lat, mieszkający na wsi lub w małym miasteczku (choć aktualnie obserwuje się tendencję do wyrównywania liczby samobójstw w miastach i wsiach). Dodać należy, iż u suicydentów geriatrycznych częściej obserwuje się obecność zaburzeń psychicznych w postaci depresji, zwykle cierpią oni na jedną lub kilka chorób somatycznych. Najczęściej dokonują aktu samobójczego przez powieszenie.

Istotne wydaje się podanie dwóch typów samobójców w wieku geriatrycznym, jakie wyodrębnili Overstone i Kreitman (za: Krzywiński 1993). Są to:

1. Grupa nieparasuicydalna – należą tu osoby, które wcześniej nie dokonywały prób samouniżenia, są dobrze przystosowane, ale reagują na trudności krótką i silną depresją z próbą samobójczą.

2. Grupa parasuicydalna – należą tu osoby, które wcześniej podejmowały już kroki w kierunku samodestrukcji (przynajmniej raz), uzależnione od alkoholu, z zaburzeniami osobowości.

Autorzy stwierdzają, że większość suicydentów geriatrycznych należy do pierwszej grupy. Krzywiński (1993) stwierdza, że fakt powyższy może wynikać z tego, że samobójstwa podejmowane przez osoby starsze są znacznie częściej zakończone zgonem, niż ma to miejsce w innych grupach wiekowych (szacuje się, że skuteczność zamachów u ludzi młodszych wiekiem wynosi 7:1, zaś u starszych 1:1; inne proporcje to odpowiednio 20:1 i 4:1). Innym czynnikiem powodującym, iż w populacji suicydentów geriatrycznych częściej spotykamy się z samobójstwami wykonanymi według ustaleń Overstone i Kreitman (za: Krzywiński 1993) jest wybór bardziej drastycznych środków minimalizujących możliwość przeżycia (mężczyźni zwykle wybierają śmierć przez powieszenie, posługują się też bronią palną czy skaczą z dużej wysokości; kobiety wybierają zwykle samozatrucie lekami najczęściej przepisany im w związku z chorobą, połączone nie rzadko z odurzeniem alkoholem, czy też otrucie gazem świetlnym, utopienie). Każde to przypuszczać, że osoby dokonujące powyższych aktów są zdecydowane na śmierć.

Badacze zjawiska wskazują na trzy główne grupy przyczyn zachowań suicydalnych u osób starszych (Krzywiński 1993, s. 63):

1. **Zaburzenia psychiczne** – głównie chodzi tu o depresję, stwierdzono ją u 20% samobójców w wieku geriatrycznym, szerzej pojęta (endogenna, psychogenna i krótkie reakcje depresyjne) według badaczy ma miejsce we wszystkich przypadkach zachowań samobójczych (za: Krzywiński 1993). Copeland (za: O'Connor, Sheehy 2002) stwierdza, że na tę chorobę zapada ok. 10–15%

osób po 65 r.ż. Badania Cattella (za: O'Connor, Sheehy 2002, s. 50–51) prowadzone w Londynie na 104 przypadkach samobójstw osób starszych wykazały, że 79% suicydentów przed śmiercią miało objawy depresji, a u większości trwała ona przed momentem zgonu ok. 6 miesięcy. Barraclough (za: O'Connor, Sheehy 2002) podaje specyficzne cechy depresji starczej: słabe lub umiarkowane nasilenie zaburzeń nastroju, bezsenność, spadek wagi, obniżenie aktywności i hipochondria. Wydaje się jednak, że powyższe objawy można spotkać u większości jednostek w podeszłym wieku.

Warto w tym miejscu przytoczyć te elementy zespołu depresyjnego, które w szczególny sposób predestynują do podejmowania kroków samobójczych. Puzyński (1988, s. 372) podaje tu:

- wysoki poziom lęku, któremu towarzyszą zaburzenia snu i pobudzenie psychoruchowe,
- poczucie: beznadziejności i sytuacji bez wyjścia, braku pomocy od najbliższych, choroby; urojenia nihilistyczne,
- poczucie winy,
- nastrój dysforyczny objawiający się ujemną oceną swej pozycji, poczuciem nieszczęścia, krzywdy losowej, ujemną oceną swych możliwości, poczuciem spiętrzenia trudności: cechuje go gwałtowność, zmienność i znaczna reaktywność,
- dolegliwości bólowe i przewlekłe choroby somatyczne,
- uporczywe zaburzenia snu.

Wydaje się też zasadne przedstawienie czynników wskazujących pośrednio na tendencje samobójcze. Bilikiewicz (2003) wymienia wśród nich: rozmowy o bezsensie życia i sposobach zakończenia swej egzystencji; sny o tematyce śmierci, egzekucji; nagła wizyta chorego u lekarza, którego wcześniej unikał, czy u bliskich lub zupełna izolacja; nagła poprawa nastroju i uspokojenie przy wcześniejszym przeżywaniu silnych lęków. Nadmienić należy również, że akty samobójcze w depresji mają zwykle miejsce na jej początku i w czasie jej ustępowania; świadczyć to może o tym, że decyzja zabicia się nie wynika tylko z faktu depresji.

**2. Choroby somatyczne** – Bilikiewicz (2003, s. 223) jako jeden z aspektów psychologiczno-psychiatrycznych choroby somatycznej (szczególnie o niepomyślnym rokowaniu) podaje ryzyko pojawienia się objawów depresyjnych z myślami samobójczymi; badania koncentrowały się tu głównie na chorobach nowotworowych i terminalnych. Hietnan (za: Pilecka 2004) stwierdza, że w analizowanej grupie 1397 samobójców 4,3% stanowili chorzy na nowotwór. Choroba powyższa była głównym motywem odebrania sobie życia u 62% osób, zaś w grupie kontrolnej poważna choroba somatyczna była przyczyną 20% przypadków odebrania sobie życia; zauważono jednocześnie, że większość (72%) samobójców przed zamachem doświadczała silnego bólu fizycznego, zaś 62% było niepeł-

nosprawnych; badania pokazują, że ryzyko samobójstwa wzrasta wraz z przeżywaniem urojeń, zaawansowanym procesem chorobowym, wyczerpaniem emocjonalnym i zmęczeniem; podkreśla się jednocześnie, że 1/3 suicydentów chorych na raka cierpiała na depresję, a ponad 50% okazywała zaburzenia adaptacyjne. Uciążliwe dolegliwości somatyczne, jak pisze Polewka (2002), najczęściej związane z chorobami narządów i układu krążenia: miażdżycą, zawałem, niewydolnością krążenia; nowotworami i zaburzeniami w pracy układu oddechowego i trawienego, mogą stać się główną podstawą zaistnienia zachowań autodestruktywnych, choć zwykle idą one w parze z chorobami afektywnymi, wcześniejszymi próbami zabicia siebie (istotnie wysoki odsetek u kobiet) i uzależnieniami od alkoholu (szczególnie u mężczyzn). Freeman (za: Pilecka 2004) stwierdza, że choroba jako silny czynnik stresujący może generować u osoby poczucie beznadziejności i depresję. Przebieg choroby ściśle wpływa na obraz siebie. Stwierdza się występowanie takich reakcji na chorobę, jak: poczucie beznadziejności i braku sił; wycofanie się z kontaktów społecznych; osłabienie autonomii i silna potrzeba opieki; niepokój dotyczący możliwości doświadczenia bólu, upośledzenia fizycznego i/lub poznawczego, bliskość śmierci; lęk o losy rodziny. Czynniki powyższe rodzą tendencję do nieprzyjmowania do wiadomości przez chorego, jaki jest jego faktyczny stan. Dokonując ich analizy, można dostrzec zbieżność mechanizmów reagowania u chorego i suicydenta, co pozwala generować hipotezę o podwyższonym ryzyku dopuszczenia się aktów samobójczych przez osoby chore.

**3. Problemy społeczne** – istotne są tu: stan cywilny, wdowieństwo, rozwód czy brak związku małżeńskiego, odległe skutki przejścia na emeryturę i zmiany roli społecznej, miejsce zamieszkania (40–50% samobójców mieszka samotnie w mieście). Chodorowski (1995) do czynników środowiskowych zwiększających ryzyko wystąpienia samobójstwa zalicza: ujemny bilans życiowy, niezrealizowanie planów życiowych, zawężenie kontaktów społecznych, utratę życzliwych osób i prestiżu, samotność, izolację, trudności materialne, przejście na emeryturę. Badania pokazują, że współwystępowanie z chorobą somatyczną wielu trudności osobistych (poprzednie próby samobójcze, zaburzenia psychiczne, uzależnienia, depresja i poczucie beznadziejności, strata osoby bliskiej) znacząco zwiększają ryzyko zachowań autodestruktywnych (Pilecka 2004, s. 94).

Mężczyźni podejmują akty samobójcze 5 razy częściej niż kobiety, i to w każdej grupie wiekowej. W populacji geriatrycznej wynikać to może z trudności adaptacyjnych, jakich doświadczają szczególnie mężczyźni po przejściu na emeryturę, ich większą wrażliwością na utratę roli głównego żywiciela domu i utratę samodzielności. Zaskakuje w tym kontekście fakt, że depresja częściej występuje u kobiet.

Ryzyko samobójstwa wzrasta, według Butlera i Lewisa (za: Krzywiński 1993, s. 64), gdy mamy do czynienia z współwystępowaniem wielu czynników suicydogennych, co nierzadko ma miejsce w tym okresie rozwojowym. Są to: de-



presja, żałoba, zwłaszcza w rok po śmierci bliskiej osoby, samotność, utrata zdolności do samodzielnego funkcjonowania, choroba somatyczna, przeniesienie do domu opieki społecznej, alkoholizm, niska samoocena, brak celów życiowych, objawy organicznego uszkodzenia mózgu, zaburzenia snu, płęć męska.

Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badań Szczepańskiej i współautorów (2002). Analizie poddano przypadki 188 osób po 60 r.ż. po próbach samobójczych, leczonych w Klinice Toksykologii w Krakowie w latach 1992–2001. Środkiem użytym w celach samobójczych były leki. Grupę badanych podzielono na trzy podgrupy z uwagi na wiek: 60–70 lat (130 osób – 69,15% ogółu), 71–80 lat (46 osób – 24,47%) i powyżej 80 lat (12 osób – 6,38%). Badania pozwoliły wyodrębnić 8 grup motywów, jakie w opinii pacjentów popchnęły ich do czynów samobójczych. Są to: *problemy rodzinne* (brak relacji z bliskimi); *problemy starości* (przeżycia związane z negatywnym bilansem życia, lękiem przed postępującą utratą witalności i samodzielności, izolacja, niemożność realizacji zainteresowań; mają one charakter depresyjny); *trauma* (związana z wszelkimi sytuacjami trudnymi, których doświadcza osoba starsza); *problemy uzależnień; śmierć i żałoba bliskiej osoby; problemy bytowe; objawy psychotyczne; zdrowie fizyczne i psychiczne*. Badacze stwierdzili, że najbardziej zagrożone są osoby owdowiałe, chorujące przewlekłe i z objawami depresji. Autorzy zauważają, że próby samobójcze, których podłożem były zaburzenia afektywne w postaci depresji, wiązały się częściej z pragnieniem śmierci, zaś tam, gdzie motywem były problemy rodzinne, samobójstwo było raczej formą „wołania o pomoc”. Wyniki pokazują, że w badanej grupie obserwuje się wyższy odsetek „bycia w stanie depresyjnym” u kobiet (36%) w porównaniu z mężczyznami (27,3%) i odwrotną zależność odnośnie do zaburzeń depresyjnych o charakterze depresji inwolucyjnej i zespołu depresyjnego (odpowiednio: 21,1% u kobiet i 27,3% u mężczyzn). Na uwagę zasługuje fakt, iż badani w większości postrzegali swoje schorzenia fizyczne (ok. 70%) i psychiczne (69%) jako przewlekłe. Zauważyć należy też, że 72,87% badanych stwierdza, iż doświadczyło pogorszenia stanu psychicznego na krótko przed podjęciem próby samobójczej. Jednocześnie nie bez znaczenia w etiologii aktów samobójczych jest obecność stanu chorobowego (u 128 suicydentów występowały choroby przewlekłe, a 60 osób czyni je główną przyczyną podjęcia próby zabicia siebie). Badacze zauważają też, iż istotny dla ponowienia próby samobójczej jest brak świadomości, że może się liczyć na wsparcie. Kolejne próby zabicia siebie zmniejszają skuteczność pomocy bliskich.

Podkreśla się jednocześnie, że osoby w wieku podeszłym doświadczają zwykle większości czynników predestynujących do zachowań autodestruktywnych, czyli: klinicznych objawów depresji, alkoholizmu, wcześniejszych zapowiedzi lub prób samobójczych; kolejne czynniki to płęć męska, starszy wiek, zagrożenie bytu materialnego, brak pracy, przewlekłe choroby, doświadczenie utraty bli-

skiej osoby. Badania Szczepańskiej (2002) pokazują, że osoby doświadczające objawów presuicydalnych charakteryzują się innymi motywami popychającymi je do samoniszczenia (problemy rodzinne i stan zdrowia) niż suicydenci bez takich objawów.

Seligman i Rosenhan (2003) stwierdzają, że motywy skłaniające jednostkę do zabicia siebie można zasadniczo zakwalifikować do dwóch kategorii: potrzeby samozagłady i potrzeby manipulacji. Wydaje się jednak, że powyższe ujęcie jest zbyt wąskie. Juczyński (1997, s. 70) podaje, że ponad połowa prób samobójczych wiąże się z ciężką depresją, bezradnością i rezygnacją. Jednocześnie zamachy o takim podłożu są częściej zakończone zgonem ofiary. Zauważa on także, że ok. 30% prób zabicia siebie łączy oba motywy.

Interesujące wydaje się wskazanie, że jednym z motywów samobójstwa może być opiekowanie się bliską ciężko chorą osobą. Badania nad tym zjawiskiem prowadził Cohen (za: Pilecka 2004, s. 44). Analizował on przypadki osób między 79 a 80 r.ż.; samobójstwa takie według autora wynikały raczej z desperacji i depresji niż miłości i adoracji. Dodaje on, że sytuacja choroby bliskiej osoby może doprowadzić do utraty poczucia sensu życia i wyzwalać tłumione dotąd nierozwiązane konflikty, wzmaga też ambiwalencje uczuć. Dokonano wyodrębnienia typów małżeństw szczególnie narażonych na tego typu zachowania:

- małżeństwa z długoletnim stażem, gdzie partnerzy wykazują wzajemną silną zależność od siebie i nawzajem się ochraniają, akt samobójczy jest planowany przez dłuższy czas, a jego podłożem stanowi zwykle nieleczona depresja i wynikające z niej zniekształcenia percepcji własnej sytuacji, zabójca to zazwyczaj mężczyzna, który dominuje i kontroluje chorą żonę (ok. 50% przypadków);

- małżeństwa, w których obecna jest agresja i przemoc; zabójca zazwyczaj dokonuje czynu samobójczego w sytuacji zagrożenia dalszego istnienia związku; jest to bardziej charakterystyczne dla młodszych małżeństw, choć spotykane również u starszych (ok. 30% przypadków);

- związki symbiotyczne, gdzie zależność partnerów od siebie prawie uniemożliwia wyodrębnienie ich indywidualnych cech, zwykle jedno lub oboje są chorzy.

Badania retrospektywne Eastecka (za: Pilecka 2004, s. 46) prowadzone w Australii pozwoliły na wyodrębnienie dwóch rodzajów samobójstw rozszerzonych, gdzie starsi partnerzy doświadczali pogorszenia stanu zdrowia lub gdy występowała, zwłaszcza w młodszych małżeństwach, dominacja motywu zazdrości w związkach zagrożonych rozpadem.

Warto jednak pamiętać, że nie istnieje proste przełożenie obecności czynników podnoszących ryzyko omawianych zachowań na pewność ich zajścia. Wydaje się więc, że wysoce utrudnione lub prawie niemożliwe jest przewidzenie, że konkretna jednostka w najbliższym czasie targnie się na swe życie. Wiadomo

jednak, że decyzja zabicia siebie szczególnie w populacji ludzi starszych rzadko jest nagła. Osoba przygotowuje się wcześniej. Szuka takiej drogi samodestrukcji, która wykluczyłaby możliwość przeżycia.

#### DYNAMIKA ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH U OSÓB STARSZYCH

Badacze zjawiska zachowań samobójczych u ludzi starszych nie stwierdzają różnic w procesie dochodzenia do decyzji o podjęciu kroków samodestruktywnych. Wskazują oni jednak na dłuższy czas w tzw. samobójstwach bilansowanych (wyrażających przemyślaną ucieczkę od życia o podłożu psychogennym czy reaktywnym), z którymi częściej mamy do czynienia w populacji geriatrycznej. Zamiar samobójczy jest procesem decyzyjnym, a jego powstanie wiąże się zwykle z depresją spowodowaną negatywnymi doświadczeniami, niską samooceną i ujemnym bilansem swego życia. Proces dochodzenia do stanu, w którym człowiek postanawia odebrać sobie życie, nie zawsze przebiega szybko, ale jego początki wiążą się ze specyficznymi zmianami w sferach życia człowieka. Ringel (1953, za: Juczyński 1997) wyróżnił tzw. zespół presuicydalny pozwalający określić ryzyko samobójstwa (omówiony w pierwszym rozdziale). Wydaje się jednak, że większość z wymienionych objawów jest w sposób naturalny związana z konsekwencjami procesu starzenia. W dynamice zachowań autodestruktywnych Pöldinger (1968 za: Juczyński 1997) wyodrębnił trzy stadia: rozważania; ambiwalencja (u osób starszych stadium to jest długie i intensywne); decyzja. W depresji i stanach inwolucji wszystkie powyższe stadia przebiegają w sposób raczej jednolity. Stwierdzenie powyższe w świetle faktu, że jednym z ważniejszych źródeł tendencji samobójczych u osób w podeszłym wieku jest choroba afektywna, staje się istotne dla określenia specyfiki dynamiki omawianego zjawiska w tej grupie.

Warto zastanowić się również nad wpływem szczególnie częstych w populacji ludzi starszych motywów suicydogennych, jakimi są adaptacja do choroby i żałoba. Wydaje się, że mogą one modyfikować ten proces. Powyższe zjawiska można potraktować jako silnie stresogenne wydarzenia w życiu człowieka. W analizie (za: Pilecka 2004) dynamiki zachowań suicydalnych osób starszych istotne jest pojawienie się tendencji samobójczych po zaistnieniu tragicznego wydarzenia, przy czym wcześniejsze życie mogło być względnie szczęśliwe i osoba nie przejawiała dotychczas tendencji samobójczych. Kryzys psychologiczny, którego doświadczyła, stał się podstawą do zaistnienia zachowań autodestruktywnych.

Kerkhof i Arensman (za: Pilecka 2004, s. 22), przedstawiając dynamikę dochodzenia do samobójstwa, wymieniają m.in. jako jedną z dróg taką, która charakteryzuje się tym, że zaistnienie zamachu poprzedza pewien okres powracają-

cych myśli o własnej śmierci, samobójczych planów i zamachów na swe życie. Zauważają one, że podatność na tego typu zachowania związana jest z pewnymi okresami życia. Jednocześnie podkreślają, iż niezrealizowane myśli samobójcze mogą być wyzwolone przez traumatyczną sytuację. Kryzys, jakiego doświadcza osoba po stracie zdrowia, pracy czy współmałżonka, może przerodzić się w kryzys suicydalny. Jedną z głównych przyczyn zachowań autodestruktywnych w populacji geriatrycznej jest zły stan zdrowia. Nie jest wykluczone, że fluktuacja stanu zdrowia, szczególnie u osób starszych, wpływa na rozwój (lub jego zahamowanie) zamiaru samobójczego.

Zauważyć jednocześnie należy, że proces dochodzenia osoby starszej do samobójstwa jest zwykle wydłużony w czasie. Daje to praktyczne wskazania dla możliwości zapobieżenia zamachowi na swe życie.

#### ZAKOŃCZENIE

W świetle przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że dla okresu starości charakterystyczny jest swoisty splot czynników predestynujących do zachowań autodestruktywnych. Proces starzenia się implikuje obniżenie możliwości adaptacyjnych organizmu. Trudności te zbiegają się jednocześnie z wydarzeniami wymagającymi od osoby zaangażowania wszystkich dostępnych zasobów osobistych i środowiskowych. Pomimo mniejszych możliwości poradzenia sobie z sytuacją kryzysogenną osoba w podeszłym wieku właśnie wtedy doświadcza ich najwięcej. W sferze fizycznej jest ona zmuszona pogodzić się z utratą atrakcyjności, koniecznością zmierzenia się z problemem choroby. W sferze społecznej zmianie ulega jej pozycja w rodzinie i środowisku (przejście na emeryturę), nie rzadko musi borykać się z trudnościami finansowymi, realne staje się zagrożenie utraty bliskich (śmierć współmałżonka). Dołączyć się do tego może także negatywna postawa otoczenia względem starości, wydaje się bowiem, że powszechnie jest dziś gloryfikowanie młodości i zapominanie czy wręcz negacja faktu przemijalności człowieka. Starsza osoba niejako automatycznie zaczyna dokonywać rozrachunku z celami, jakie chciała osiągnąć w życiu. Bilans ten warunkuje to, jaką postawę przyjmie jednostka względem czasu, który jeszcze jej pozostał. Zdarza się, że prezentuje ona wrogość wobec siebie i świata. Implikuje to pojawienie się zaburzeń we wszystkich sferach jej funkcjonowania i umniejsza i tak już uszczuplone możliwości poradzenia sobie. Zetknięcie się takiej jednostki z sytuacjami trudnymi rodzi u niej tendencje ucieczkowe i pragnienie własnej śmierci. Etiologia zachowań autodestruktywnych w populacji geriatrycznej wiąże się według badaczy szczególnie z trzema kategoriami czynników: zaburzeniami psychicznymi (chodzi tu głównie o depresję, cierpi na nią ok. 10–15% ogółu osób starszych; ba-

dania koncentrowały się tu głównie wokół wyodrębnienia w obrazie klinicznym omawianej choroby afektywnej elementów wskazujących na tendencje samobójcze); chorobami somatycznymi przewlekłymi i terminalnymi (powodują zwykle zachwianie równowagi nie tylko zdrowotnej, ale również psychicznej, doświadczenie choroby jest zjawiskiem silnie lękorodnym, zaburzającym poczucie własnej wartości i możliwości kontroli rzeczywistości, co jest podstawą pojawienia się myśli samobójczych); problemami społecznymi (związane są z utratą statusu społecznego i materialnego, śmiercią bliskich, poczuciem osamotnienia, izolacją).

W świetle powyższych ustaleń ważne wydaje się poszukiwanie na drodze badań empirycznych czynników chroniących przed podejmowaniem zachowań suicydalnych specyficznych dla kategorii wieku podeszłego.

Analiza zjawiska objęła także tematykę samobójstw rozszerzonych, dość powszechnych w populacji suicydentów geriatrycznych. Zabicie ciężko chorego partnera, a następnie odebranie życia sobie dokonywane jest głównie przez mężczyzn pozostających w związkach długoletnich, charakteryzujących się silną zależnością od siebie nawzajem współmałżonków. Badacze podkreślają, iż większość tego typu zachowań ma miejsce w sytuacji, gdy partner przez wiele lat opiekujący się współmałżonkiem dowiaduje się o pogłębianiu się choroby. Samobójstwo z zabójstwem jest wówczas aktem bezradności wobec cierpienia bliskiej osoby i obawy przed jej utratą. Zwykle współwystępuje z tymi doświadczeniami nieleczona depresja.

Wydaje się, że dalsze analizy zachowań suicydalnych osób starszych mogłyby dotyczyć specyfiki samobójstw rozszerzonych w populacji geriatrycznej w Polsce. W świetle przytaczanych badań istotna dla zagadnienia jest ponadto odpowiedź na pytanie, jak śmierć samobójcza współmałżonka w populacji geriatrycznej wpływa na proces żałoby i na ryzyko czynów autodestrukcyjnych?

#### BIBLIOGRAFIA

- Bilikiewicz A., Parnowski T. (2003), *Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 457–504). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Cekiera Cz. (1975). *Etiologia i motywacja usiłowanych samobójstw – studium psychologiczne*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Chodorowski Z. (1995). *Samobójcze zatrucia trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi ze szczególnym uwzględnieniem populacji geriatrycznej*. „Gerontologia Polska”, 3, 1–2: 16–19.
- Hołyst B. (1983). *Samobójstwo. Przypadek czy konieczność*. Warszawa: PWN.
- Jarosz M. (1997). *Samobójstwa*. Warszawa: PWN.

- Juczyński Z. (1997). *Ocena ryzyka zachowań autodestrukcyjnych na podstawie cech zespołu presuicydalnego*. W: P. Oleś (red.), *Wprowadzenie do psychologii osobowości* (s. 69–79). Lublin: TN KUL.
- Krzywiński S. (1993). *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lester D. (2000). *Samobójstwa w Polsce na tle trendów światowych*. „Psychiatria Polska”, XXXIV, 5: 773–781.
- O’Connor R., Sheehy N. (2002). *Zrozumieć samobójcę*. Gdańsk: GWP.
- Pilecka B. (2004). *Kryzys psychologiczny wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pitt B. (1986). *Psychogeriatrya wprowadzenie do psychiatrii wieku podeszłego*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Pluzek Z. (1994). *Psychologia pastoralna*. Kraków: Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy.
- Polewka A. (2002). *Samobójstwa dokonane i depresja u osób w wieku podeszłym*. „Przegląd Lekarski”, 59, 4–5: 295–297.
- Pużyński S. (1988). *Depresje*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Pużyński S. (2003). *Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje)*. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria podręcznik dla studentów medycyny* (s. 429–433). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Ringel E. (1992). *Nerwica a samozniszczenie*. Warszawa: PWN.
- Ringel E. (1993). *Samobójstwo – apel do innych*. Warszawa: Oficyna „Profi”.
- Seligman M., Walker E., Rosenhan D. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Szczepańska Ł., Madej J., Groszek B. (2002). *Psychologiczna analiza wyników badań pacjentów w wieku powyżej sześćdziesiątego roku życia hospitalizowanych w Klinice Toksykologii CM UJ po próbach samobójczych*. „Przegląd Lekarski”, 59, 4–5: 286–290.

## SUMMARY

Article is concerning on epidemiology, etiology and dynamics of suicide behavior among older people. According to previous research suicidal acts are associated with depression, psychosomatic disorders and societal situation such as interpersonal losses. This paper contains epidemiology studies of completed and attempted suicide in the population of older people, analysis of its major risk factors and dynamics. Article is based on literature review such authors as: Cekiera, Hołyst, Jarosz, Juczyński, Pluzek, Pużyński, Polewka, Ringel, Szczepańska.

Keywords: older people, suicide, risk factors.