

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach. Wydział Nauk Społecznych

ŁUKASZ ŚWIERCZEWSKI

ORCID: 0000-0002-8258-6388  
lukasz.swierczewski@uph.edu.pl

---

## *Zachowania suicydalne wśród osób starszych*

---

Suicidal Behavior among the Elderly People

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Świerczewski, Ł. (2022). Zachowania suicydalne wśród osób starszych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 35(4), 89–104. DOI: 10.17951/j.2022.35.4.89-104

### ABSTRAKT

W polskim społeczeństwie już samo słowo „samobójstwo” wywołuje wiele skrajnych emocji, takich jak strach, niepewność, ale również wrogość, a nawet niechęć i zażenowanie. Czasami są to smutek i żal. Większość ludzi woli unikać tego tematu i żyć w złudnym przekonaniu, że problem ten dotyczy tylko niewielkiej części populacji. Zjawisko to jednak istnieje i w coraz większym stopniu dotyka wszystkie grupy społeczne i wiekowe, w tym także osoby starsze, które teoretycznie powinny cieszyć się życiem i w pełni z niego korzystać. Zachowania suicydalne wśród seniorów na przestrzeni ostatnich lat stają się coraz większym problemem, który z roku na rok systematycznie przybiera na sile, co wyraźnie potwierdza zwiększająca się liczba przypadków prób i skutecznych zamachów samobójczych dokonywanych przez osoby starsze. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie skali zjawiska samobójstw wśród reprezentantów grupy wiekowej powyżej 65. roku życia, ze szczególnym uwzględnieniem ogólnego zarysu problematyki zjawiska, jego etiologii i symptomatologii. W zakończeniu szczegółowo zaprezentowano modele oddziaływań prewencyjnych, które uwzględniając czynniki społeczne, psychologiczne, psychiatryczne i kryminologiczno-wiktyologiczne, mogą skutecznie wpłynąć na wydatne ograniczenie występowania zjawiska w omawianej grupie społecznej.

**Słowa kluczowe:** samobójstwo; osoby starsze; zachowania suicydalne; oddziaływania prewencyjne

### WPROWADZENIE

Funkcjonowanie człowieka we współczesnej rzeczywistości przynosi oprócz pozytywnych zjawisk również te, które powodują głębokie stany stresu i frustracji,

apatii i chłód uczuciowy, ucieczkę w stany uzależnień, stany stresu pourazowego czy wreszcie chęć odebrania sobie życia. Są to najczęściej wydarzenia związane z utratą stałego źródła utrzymania, majątku, swobód obywatelskich, śmiercią najbliższych, chorobą somatyczną lub psychiczną, samotnością, zawodem miłosnym czy starością.

Lęk przed utratą prestiżu społecznego, określonej pozycji w strukturze rodziny, poczucie winy i bycia niepotrzebnym czy pojawienie się sytuacji trudnych życiowo może bardzo często prowadzić do podejmowania prób samobójczych, szczególnie wśród osób w starszym wieku<sup>1</sup> (Konieczna-Woźniak, 2005, s. 61). Największym problemem w tej kategorii osób jest jednak „wyrzucenie” ich na margines życia społecznego, które może dotyczyć płaszczyzny społecznej, rodzinnej, materialnej czy socjalnej. Doświadczanie stanów depresyjnych, apatii, myśli samobójczych nie należy do sytuacji rzadkich u ludzi starszych, wręcz przeciwnie – obserwuje się wzrost liczby zgonów spowodowanych samobójstwem w tej grupie wiekowej (Baumann, 2008, s. 80). Jest to los osób niemogących pogodzić się z daną sytuacją, zrezygnowanych, apatycznych, dla których życie przestało istnieć (Hołyst, 2021, s. 721). To również szczególny rodzaj sprzeciwu, który ma na celu zainteresowanie otoczenia ich specyficznymi potrzebami związanymi z problemami dotyczącymi płaszczyzny materialnej, społecznej, kulturowej, psychologicznej i zdrowotnej (Hołyst, 2021, s. 721). W obecnej dobie życia stanowi to poważny problem społeczny i medyczny.

Celem niniejszego opracowania jest prezentacja skali zjawiska samobójstw wśród reprezentantów grupy wiekowej powyżej 65. roku życia. Odniesiono się w szczególności do ogólnej charakterystyki zjawiska, jego etiologii i symptomatologii. Zaprezentowano też wybrane modele oddziaływań prewencyjnych, które uwzględniając czynniki społeczne, psychologiczne, psychiatryczne i kryminologiczno-wiktyologiczne, mogą skutecznie wpłynąć na wyddatne ograniczenie występowania tego typu zachowań.

## POJĘCIE SAMOBÓJSTWA

W literaturze istnieje wiele definicji określających samobójstwo. Według *Nowej encyklopedii powszechnej* (2004) samobójstwo definiuje się jako „celowe zachowanie samodestrukcyjne, prowadzące do śmierci biologicznej, które może mieć charakter gwałtowny lub powolny”.

Zdaniem Hołysta (2016, s. 606) samobójstwo należy traktować nie jako zdarzenie, lecz jako proces, ponieważ „samobójstwo nie jest jedynie przypadkiem tragicznego samounicestwienia się, lecz trwającym niekiedy całymi latami

---

<sup>1</sup> Aktualnie w Polsce żyje około 13% ludzi „starszych”, tj. w wieku powyżej 60. roku życia. Przewiduje się, że liczba ta będzie wzrastała i w najbliższym czasie osiągnie około 2 mln.

ciągami wzajemnie ze sobą powiązanych myśli i czynów”. Uwzględniając takie rozumowanie, badacz wprowadził do nazewnictwa termin „zachowanie suicydalne”. Przez to określenie należy rozumieć „ciąg reakcji, jakie zostają wyzwolone w człowieku z chwilą, gdy w jego świadomości samobójstwo pojawia się jako antycypowany, pożądany stan rzeczy, a więc jako cel” (Hołyst, 2016, s. 606–607). W związku z tym umownie można mówić o samobójstwie wyobrażonym, upragnionym, usiłowanym i dokonanym (Hołyst, 2021, s. 271–272).

Samobójstwo wyobrażone pojawia się z chwilą, kiedy w umyśle człowieka tworzy się możliwość pozbycia się problemów dnia codziennego poprzez odebranie sobie życia. Zdecydowanej większości osób myśli te przemijają i nie stanowią żadnego problemu. Istnieje jednak pewna grupa ludzi, u których myśli te pozostają i stanowią cel życia – wówczas określa się taki stan jako samobójstwo upragnione. W tej grupie znajdują się osoby, które podejmują próbę odebrania sobie życia, co nazwane jest w literaturze kryminologicznej samobójstwem usiłowanym. Niektóre podejmowane próby kończą się śmiercią i wtedy mówi się o samobójstwie dokonanym (Hołyst, 2016, s. 607). Schemat modelu suicydalnego obrazuje rysunek 1.



Rysunek 1. Model suicydalny

Źródło: (Kołodziej, 2008, s. 87).

- Rozpatrując zachowania samobójcze, można wyodrębnić następujące cechy:
- świadome, konkretnie zamierzone działanie,
  - dążenie do autodestrukcji, łącznie z odebraniem sobie życia,
  - przeświadczenie, że zamach samobójczy odwróci niekorzystną sytuację jednostki, która targa się na własne życie,

- chęć definitywnego rozstania się ze światem zewnętrznym lub uzyskania zaplanowanych zmian,
- zróżnicowanie motywów (celów), które stara się uzyskać osoba targająca się na własne życie. Najistotniejsze z nich to determinacja do odebrania sobie życia, krótkotrwała ucieczka od ponurej rzeczywistości oraz pozbycie się niewygodnej sytuacji, w jakiej osoba się znalazła,
- współistnienie różnych stanów emocjonalnych mających miejsce przed podjęciem samobójstwa, takich jak: poczucie osamotnienia, izolacja z grona osób najbliższych, depresja, brak perspektyw dalszej egzystencji,
- zaburzona komunikacja interpersonalna,
- stan psychiczny sprowadzający się do lęku i niepokoju, poczucia zagrożenia, autoagresji oraz myśli zmierzających do odebrania sobie życia (Ringer, 1993; Rosa, 2013, s. 92).

### ETIOLOGIA ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH

Zachowania samobójcze wśród seniorów są uwarunkowane wieloma czynnikami, do których należy zaliczyć czynniki biologiczne, psychologiczne oraz społeczne i ekonomiczne. Przyczynami odebrania sobie życia osób w podeszłym wieku mogą być różnorodne zjawiska społeczne, które są ściśle związane ze starością, takie jak przejście na emeryturę, trudności finansowe, zmniejszenie liczby znajomych oraz utrata określonej pozycji społecznej lub rodzinnej, a także śmierć współmałżonka (Hołyst, 2021, s. 723–724). Należy podkreślić, że współczynniki wśród wdowców i rozwiedzionych obojga płci są czterokrotnie wyższe niż odpowiednio współczynniki osób wolnych lub pozostających w związku małżeńskim (Bińczycka-Anholcer, 2005, s. 78–79).

Według Marrisa (za: Baumann, 2008, s. 83) do czynników ryzyka zachowań samobójczych w okresie starości zalicza się:

- zaburzenia psychiczne i depresje,
- uzależnienia chemiczne, ze szczególnym uwzględnieniem nadużywania alkoholu,
- podejmowanie prób samobójczych,
- próby stosowania metod o dużym ryzyku śmierci (np. broń palna),
- osamotnienie, marginalizację społeczną, utratę wsparcia,
- poczucie beznadziejności życiowej, brak logicznego myślenia,
- zachowanie samobójcze w rodzinie,
- trudności ekonomiczne,
- problemy i/lub patologie funkcjonowania rodziny,
- stany stresu i frustracji,
- trudne doświadczenia życiowe,
- wrogość, agresję, drażliwość,

- choroby somatyczne,
- kumulację kryzysów prowadzących do samobójstwa.

Do najczęściej wymienianych przyczyn prowadzących do samobójstwa wśród seniorów (Hołyst, 2021, s. 724) należą:

- choroba mentalna (np. depresja),
- uzależnienie od alkoholu lub innych środków psychoaktywnych,
- przewlekła choroba somatyczna (np. nowotwór),
- nagłe obniżenie bądź całkowita utrata pozycji społecznej lub rodzinnej,
- trudności finansowe,
- poczucie izolacji, osamotnienia,
- utrata życiowego partnera.

Depresja jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego, która wywiera wpływ na czynności psychiczne, psychosomatyczne, somatyczne i poznawcze człowieka. Jej przebieg w okresie starości ma bardzo mocne związki z aspektami medycznymi, społecznymi i psychologicznymi (tabela 1). W tym okresie częściej ma miejsce stan ze spowolnionymi czynnościami psychoruchowymi, lękiem o różnym stopniu nasilenia dobowego oraz znaczącym przygnębieniem i apatią, a także ubolewaniami hipochondrycznymi.

Tabela 1. Aspekty starości

Medyczne	Spoleczne	Psychologiczne
Wielochorobowość – po 60. roku życia u 80% ludzi występuje co najmniej jedna choroba	Pogorszenie sytuacji materialnej	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		Sklonności hipochondryczne
Zaburzenia snu		
Skojarzone z wiekiem zaburzenia pamięci		
Wzrost napięć i konfliktów rodzinnych		

Źródło: (Tucholska, 2006).

Mogą pojawić się również stany drażliwości, wybuchowości, niemocy, cierpienia somatycznego, utrata chęci życia i motywacji do działań, nagminna męczliwość, depresyjny monoideizm, duży poziom lęku, urojenia i omamy oraz bezsenność (Baumann, 2008, s. 83).

Ważnym źródłem prowadzącym do zachowań samobójczych osób starszych są trudne sytuacje życiowe, które najczęściej sprowadzają się do: nagłej utraty pracy, różnego rodzaju chorób somatycznych, utraty prestiżu w najbliższym środowisku, nagłego osamotnienia, lęku o „jutro”, trudnej sytuacji materialnej, niewłaściwych kontaktów z innymi osobami (szczególnie z osobami najbliższymi). Istotnym momentem w tym zakresie jest przejście na emeryturę, co powoduje poczucie odtrącenia, niższości i bezużyteczności (Rosa, 2013, s. 95).

Zdaniem Rosy (2013, s. 95) jeszcze jednym poważnym czynnikiem jest „nadużywanie alkoholu przez dorosłe dziecko, najczęściej syna, nieposiadającego własnego, stałego dochodu, który pozostaje na utrzymaniu matki. Osoba taka, często uzależniona od alkoholu, zachowując się agresywnie, nierzadko stosując przemoc fizyczną, zmusza starszą matkę do finansowania stylu życia”<sup>2</sup>.

Niezwykle ważnym elementem wpływającym na zachowanie samobójcze seniorów jest także izolacja społeczna (Rosa, 2013, s. 95), tzw. margines społeczny (samotność), która przy wystąpieniu braku odpowiedniego wsparcia ze strony innych osób stanowi o sile oddziaływania destruktywnego na sferę psychiczną jednostki. Według Rembowskiego (1992, s. 33) „samotność jest złożonym, 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 niemożliwości działania na ich korzyść”.

Samotność zdaniem Twardowskiej-Rajewskiej (2005) należy rozpatrywać w aspekcie endogennym i egzogennym. Źródłami endogennymi mogą być: zaniżona samoocena, stany lękowe i depresyjne, zamkniętość w sobie, zobojętnienie, zaburzenia osobowości, brak akceptacji własnej osoby. Z kolei do czynników egzogennych należy zaliczyć: trudne sytuacje życiowe (np. śmierć bliskiej osoby), wykorzystywanie przez innych (np. finansowe, psychiczne itp.), trudną sytuację materialną i dynamizm życia.

## ROZMIARY ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

Biorąc pod uwagę dane demograficzne z Polski i rosnącą liczbę osób w starszym wieku, należy rozpatrywać problemy geriatryczne i gerontologiczne ze

---

<sup>2</sup> Stanowisko to wynika z doświadczeń zawodowych badacza w pracy ze starszymi osobami, które podejmowały próby samobójcze i były hospitalizowane w Klinice Ostrego Zatrucia Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

szczególnym uwzględnieniem wszystkich zagadnień gerontologii społecznej (Baumann, 2008, s. 86).

Jedynymi źródłami informacji na temat liczby samobójstw zaistniałych na terenie Polski są dwie instytucje: Główny Urząd Statystyczny (GUS) oraz Komenda Główna Policji (KGP). Jak słusznie zauważa Witkowska (2021, s. 29), każdego roku rozbieżność między obydwiema statystykami jest bardzo widoczna. W porównaniu do danych Policji GUS publikuje swoje tabele z rocznym opóźnieniem, a także nie uwzględnia w ogóle prób samobójczych.

Dane statystyczne KGP (2022) wskazują, że w ostatnich latach odnotowuje się wzrost liczby osób w przedziałach wiekowych 60–64 i 70–74, dokonujących zamachów samobójczych (tabela 2).

Tabela 2. Wiek osób starszych zamieszkałych w Polsce podejmujących zamachy samobójcze w latach 2017–2021 (próby i samobójstwa dokonane)

Grupa wiekowa w latach	Rok				
	2017	2018	2019	2020	2021
55–59	911	841	757	727	824
60–64	759	768	788	810	750
65–69	509	468	578	557	587
70–74	274	328	371	373	393
75–79	185	202	200	196	192
80–84	177	142	162	171	187
85 i więcej	132	159	180	177	183

Źródło: (KGP, 2022).

Najwyższy wzrost liczby zamachów samobójczych odnotowano w 2020 r. wśród grupy wiekowej 60–64; wynosił 810, czyli o 22 więcej niż w 2019 r. Zwiększyła się również liczba seniorów w przedziale wiekowym 80–84.

Według danych statystycznych przedstawionych w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) dotyczącym występowania zjawiska samobójstwa w skali globalnej, co roku około 702 tys. osób odbiera sobie życie, co sprawia, że ponad 1 na 100 zgonów (1,3%) jest wynikiem aktu samobójczego. Na całym świecie co 40 sekund ktoś popełnia samobójstwo, a co 3 sekundy podejmowana jest próba samobójcza (WHO, 2021, s. 1). Co więcej, większość zgonów spowodowanych zamachem na własne życie miała miejsce w krajach o niskich i średnich dochodach (77%), czyli tam, gdzie żyje większość światowej populacji. Z informacji WHO wynika również, że blisko 42% samobójstw na świecie popełnianych jest przez osoby, które ukończyły 50. rok życia (WHO, 2021, s. 7). Największą liczbę samobójstw, liczoną na 100 tys. mieszkańców, odnotowano takich w krajach jak:

Sri Lanka, Gujana, Wybrzeże Kości Słoniowej, Surinam, Korea Południowa (WHO, 2021; Witkowska, 2021, s. 28).

Dane na temat zamachów samobójczych gromadzi także Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD), która przedmiotowy wskaźnik definiuje jako zgony celowo zainicjowane i dokonane przez osobę z pełną świadomością lub oczekiwaniem ich śmiertelnego wyniku. Według OECD w 2020 r. najwyższy wskaźnik samobójstw przeliczany na 100 tys. osób odnotowano w Korei Południowej (24,1). Na kolejnych miejscach uplasowały się takie kraje jak: Litwa (20,3), Słowenia (15,7), Estonia i Belgia (15,2), Łotwa (14,9), Węgry (14,8), Japonia (14,6), Stany Zjednoczone Ameryki (14,1), Finlandia (13,4), Islandia (12,7). Na wysokim, 17. miejscu w tym zestawieniu uplasowała się Polska, osiągnęła bowiem wskaźnik 11,6 (OECD, 2020).

W Europie samobójstwa, zwłaszcza seniorów, stanowią poważny problem. Najwyższy wskaźnik samobójstw odnotowano na Węgrzech (83 na 100 tys. mężczyzn i 20 na 100 tys. kobiet), w Chorwacji (odpowiednio 70 na 100 tys. i 20 na 100 tys.) i na Litwie (60 na 100 tys. i 16 na 100 tys.). Natomiast najniższe wskaźniki miały miejsce w Irlandii (19 na 100 tys. i 13 na 100 tys.), Grecji (9 na 100 tys. i 1 na 100 tys.), Zjednoczonym Królestwie (10 na 100 tys. i 3 na 100 tys.) i Hiszpanii (24 na 100 tys. i 5 na 100 tys.). W Polsce wskaźniki te kształtują się odpowiednio: 36 na 100 tys. i 6 na 100 tys. (Hołyst, 2021, s. 722).

## MOŻLIWOŚCI PRZECIWDZIAŁANIA SAMOBÓJSTWOM OSÓB STARSZYCH

Podstawą działań mających na celu zapobieganie samobójstwom jest rzetelna wiedza w zakresie symptomatologii i etiologii tego zjawiska. Wiedza ta pozwoli na opracowanie właściwych modeli oddziaływań prewencyjnych, które poprzez pryzmat rozwiązań praktycznych powinny odnosić się do aspektów społecznych, psychologicznych, psychiatrycznych i kryminologiczno-wiktyologicznych.

Model społeczny odwołuje się do wsparcia społecznego ludzi starszych, samotnych, do więzi i kontroli społecznej, społeczności lokalnych, z uwzględnieniem związków wyznaniowych i organizacji społecznych (Brodniak, 2006).

Model psychologiczny skupia się na osobowości jednostki, jej stanach emocjonalnych, pourazowych zaburzeniach stresowych (PTSD). Oddziaływania profilaktyczne prowadzą się do diagnozy stanu zdrowia psychicznego, interwencji kryzysowej i psychologicznej oraz wielorakich działań psychoterapeutycznych. Podstawą realizacji tych działań są sprawnie funkcjonujące ośrodki interwencji kryzysowej, telefony zaufania i strony internetowe (James, Gilliland, 2005).

Model psychiatryczny koncentruje się na wczesnym rozpoznaniu defektów psychicznych (ze szczególnym uwzględnieniem stanów depresyjnych), terapii



jednostki dotkniętej myślami samobójczymi, tworzeniu grup wsparcia, a także objęciu osób opieką po stracie bliskiej osoby w wyniku samobójstwa (Araźkiewicz, Chatizow, 2007). Działalność ta obejmuje formy psychiatrycznej i psychologicznej opieki środowiskowej, tworzenie grup wsparcia i ośrodków interwencji kryzysowych.

Model kryminologiczno-wiktyologiczny skupia się na działaniach ukierunkowanych na wyjaśnianie przyczyn samobójstw oraz na analizie przypadków pod kątem powiązań z przestępstwem.

Bardzo istotnym elementem zapobiegania samobójstwom, szczególnie osób starszych, jest właściwa komunikacja międzyludzka (sąsiedzka), pomoc w pokonywaniu problemów dnia codziennego (w tym samotności) oraz zmiana postrzegania funkcjonowania słabości w życiu osób starszych.

Hołyst (2002, s. 908) stwierdza, że tylko wielokierunkowość działań w zapobieganiu samobójstwom może przynieść pożądany efekt. Do działań tych zalicza:

- zdobywanie wiedzy mającej na celu radzenie sobie z sytuacjami trudnymi życiowo,
- oddziaływanie ukierunkowane na osoby potencjalnie zagrożone (szczególnie seniorów) samobójstwem,
- oddziaływanie na osoby przejawiające zachowania suicydalne,
- oddziaływania terapeutyczne, obejmujące osoby będące w sytuacji presuicydalnej,
- oddziaływania socjologiczne, psychologiczne i medyczne ukierunkowane na osoby po próbach samobójczych.

Autor postuluje również objęcie aktywizacją określonej grupy osób (w tym seniorów), zadbanie o godną pracę dla każdego człowieka, jego godne życie (szczególnie w podeszłym wieku), właściwą opiekę medyczną, promowanie szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej, a także diagnozowanie ludzi zdrowych, które stwarzałyby możliwość wyboru odpowiedniego stylu życia (Hołyst, 1983).

Charakteryzując zagadnienie zapobiegania samobójstwom, należy zwrócić szczególną uwagę na przedsięwzięcia podejmowane przez państwo polskie w tym zakresie na podstawie przepisów zawartych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Rozporządzenie Rady Ministrów, 2021), na mocy których uruchomiono specjalny kompleksowy program zapobiegania samobójstwom, w ramach którego realizowane są następujące zadania:

- rozwijanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych oraz czynników ryzyka i czynników chroniących z nimi związanych, w tym monitorowanie mediów, stosowanie zaleceń specjalistów (np. suicydologów, specjalistów zdrowia psychicznego) w opracowywaniu materiałów informacyjnych i innych przekazów o charakterze medialnym przez instytucje publiczne oraz media publiczne,

- ograniczanie dostępu do metod dokonywania samobójstw w celu zmniejszenia liczby zachowań samobójczych we wszystkich grupach wiekowych, w tym wspieranie inicjatyw mających na celu poprawę bezpieczeństwa w różnych obiektach, np. mostach, wiaduktach, w obszarze infrastruktury kolejowej (m.in. stacje kolejowe, przejazdy, perony) i budynkach, a także podejmowanie racjonalnych działań w obszarze dostępności leków (OTC), środków medycznych i innych toksycznych substancji chemicznych wykorzystywanych w celach samobójczych,
- opracowanie, wdrażanie i ewaluacja programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej ukierunkowanych na zapobieganie zachowaniom samobójczym, dostosowanych do potrzeb różnych populacji,
- zapewnienie dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym przez dostęp do konsultacji za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych (w tym telefony wsparcia i zaufania, poradnie internetowe, infolinie i linie wsparcia), dostosowanej do potrzeb osób w różnym wieku,
- zapewnienie dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym przez dostęp do konsultacji za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych (w tym telefony wsparcia i zaufania, poradnie internetowe, infolinie i linie wsparcia), dostosowanych do potrzeb osób w różnym wieku,
- opracowanie (przy udziale suicydologów i specjalistów zdrowia publicznego), aktualizacja, upowszechnianie i monitorowanie wdrażania standardów postępowania w przypadku ryzyka zachowań samobójczych skierowanych do adekwatnych grup osób i instytucji, m.in. służby zdrowia, pomocy społecznej, kadry pedagogicznej, rodziców, służb mundurowych, mediów i osób duchownych,
- rozwój kompetencji pracowników ochrony zdrowia, pracowników oświaty, pomocy społecznej, służb mundurowych, osób duchownych i innych grup zawodowych, w zakresie wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych oraz podejmowania interwencji wobec osób przejawiających zachowania samobójcze,
- rozwój kompetencji przedstawicieli środków masowego przekazu, w szczególności dziennikarzy, redaktorów, sekretarzy redakcji, wydawców,
- monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, zachowań samobójczych, postaw społecznych,
- prowadzenie działalności naukowo-badawczej, w tym prowadzenie badań ukierunkowanych na monitorowanie zachowań samobójczych w różnych populacjach, z uwzględnieniem metod dokonywania zamachów samobójczych, a także prowadzenie badań ukierunkowanych na identyfikację nowych i monitorowanie znanych czynników ryzyka i czynników chroniących, w tym prowadzenie badań w zakresie wpływu mediów na zachowania samobójcze,

- koordynacja działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym określonych w Narodowym Programie Zdrowia, z uwzględnieniem możliwości utworzenia i prowadzenia Biura do Spraw Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym.

Z kolei według Departamentu Zdrowia Stanów Zjednoczonych do najważniejszych metod i form zapobiegania samobójstwom (w tym osób starszych) należy zaliczyć (Brodniak, 2008, s. 3) następujące działania:

- promowanie świadomości, że akty samobójcze należą do istotnych problemów zdrowia publicznego i można im zapobiegać,
- tworzenie grup i instytucji, które miałyby na celu zapobieganie aktom samobójczym,
- wdrażanie i rozszerzanie strategii mającej na celu ograniczenie naznaczania (stygmatyzacji) osób korzystających z opieki psychiatrycznej,
- tworzenie i realizację lokalnych programów zapobiegania samobójstwom,
- lansowanie działań zmierzających do ograniczania dostępu do środków mogących ułatwić popełnienie samobójstwa (jak np. środki odurzające i psychotropowe, dopalacze, broń palna itp.),
- prowadzenie szkoleń (wykładów i ćwiczeń) mających na celu rozpoznawanie zachowań suicydalnych i skuteczne im przeciwdziałanie,
- promowanie i rozszerzanie efektywnej praktyki klinicznej, szczególnie w leczeniu depresji,
- stworzenie możliwości większego dostępu do placówek opieki zdrowotnej i poprawy współpracy między ośrodkami leczenia psychiatrycznego i leczenia uzależnień,
- odpowiednie ukazywanie w środkach masowego przekazu wizerunku osób po nieudanych próbach samobójczych oraz osób psychicznie chorych i uzależnionych,
- promowanie badań dotyczących samobójstw i ich zapobiegania,
- doskonalenie i rozwijanie działań dotyczących realizacji programów prewencyjnych pod kątem ich monitorowania.

Zdaniem Brodniaka (2008, s. 3) „zachowaniom samobójczym można zapobiegać i ograniczyć ich negatywne skutki społeczne oraz zdrowotne przez realizację programów i strategii prewencji na dwóch płaszczyznach instytucjonalnych: systemu opieki zdrowotnej i systemu zdrowia publicznego. Najważniejsze metody i zadania w tym zakresie to: szeroka edukacja istotnych dla prewencji samobójstw grup społeczno-zawodowych i promocja zdrowia psychicznego, neutralizacja czynników ryzyka, w tym promocja czynników chroniących, i rozwiązywanie problemów oraz sytuacji kryzysowych, w tym wczesna diagnoza i leczenie”.

## ZAKOŃCZENIE I REKOMENDACJE DLA PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

Proces starzenia się oraz sama starość dla wielu ludzi są bardzo trudnymi etapami życia, do których większość z nich nie jest przygotowana. Częste występowanie bardzo różnych sytuacji kryzysowych w życiu osób starszych, które są powszechnie bagatelizowane przez otoczenie oraz brak odpowiedniego i skutecznego wsparcia mogą wpływać na zwiększanie się poziomu występowania depresji u seniorów, co może w ostateczności prowadzić do wzrostu zachowań suicydalnych w tej grupie. Jak wskazują policyjne statystyki w Polsce, poziom samobójstw wśród seniorów od lat utrzymuje się na zbliżonym, niepokojąco wysokim poziomie oraz stanowi niezwykle złożony i poważny problem psychologiczny i społeczny.

Spółeczeństwo nie może przechodzić obojętnie obok istniejącego realnie zjawiska, jakim jest ubytek określonego procentu populacji na skutek śmierci samobójczej. Oznaczałoby to bowiem, że wolność jednostki czy jej prawo do wyboru przesunięto do takiego stopnia, że przyczyna podjęcia decyzji o fizycznym samowykluczeniu ze społeczeństwa lub jego usiłowanie jest obojętne dla pozostałych członków danej wspólnoty społecznej. Dlatego też niezwykle ważne jest zainteresowanie obywateli losem innych ludzi, zwłaszcza osób starszych, którzy bez odpowiedniego wsparcia, pozostawieni sami sobie, często borykający się z różnymi problemami ekonomicznymi, zdrowotnymi, również tymi w sferze psychicznej, nie mogąc sobie z nimi poradzić, dokonują bardzo złych wyborów, które w skrajnych przypadkach prowadzą do działań o charakterze autodestrukcyjnym. Dla nich śmierć jawi się jako jedyna możliwa ucieczka od problemów.

W związku z tym fundamentalną rolę w zakresie ograniczenia występowania zachowań suicydalnych w grupie osób starszych powinny zajmować przedsięwzięcia prewencyjne, oparte o sformalizowane dedykowane programy profilaktyczne, wdrażane systemowo przez jednostki administracji rządowej i samorządowej, a kierunki prowadzenia poszczególnych działań w ramach przyjętych procedur powinny dotyczyć takich obszarów jak: całe społeczeństwo, wybrana grupa (osoby starsze) oraz indywidualnie określone osoby.

Bardzo ciekawą koncepcję dotyczącą form i narzędzi profilaktyki samobójstw seniorów oraz ich skuteczności w wybranych krajach europejskich, która może stanowić pewnego rodzaju wzór przy planowaniu działań, sformułowali Jusko, Kozubik i Tokovska (2019, s. 26–28). Realizowana jest ona w czterech podstawowych aspektach: wykorzystanie mediów społecznościowych, edukacja profesjonalistów, wczesna interwencja kryzysowa i dostęp do pomocy oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji.

Jeżeli chodzi o wykorzystanie mediów społecznościowych, to niewątpliwie ich największą zaletą jest to, że za ich pośrednictwem można dotrzeć do ogromnej liczby użytkowników, co może mieć oczywisty wpływ na zachowania samobójcze różnych osób. Brak kontroli nad zachowaniem użytkowników sieci,

promowanie zachowań autodestrukcyjnych, udostępnianie instrukcji jak popełnić samobójstwo, utrudniona możliwość właściwej oceny ryzyka ewentualnego zamachu samobójczego, problemy związane z ochroną prywatności i z poufnością danych – to zagrożenia mogące dotyczyć głównie osób starszych, których wiedza na temat obsługi komputera jest z reguły bardzo ograniczona. Jak wskazują doświadczenia oparte np. na efektach uzyskanych w ramach realizacji węgierskiego projektu profilaktycznego pn. „Internet and Media-Based Mental Health Promotion (SUPREME)”, internet i nowoczesne technologie mogą odgrywać bardzo ważną rolę w zapobieganiu samobójstwom. Istotnym kierunkiem działań w tym obszarze jest intensyfikacja działań edukacyjno-informacyjnych na temat szeroko pojętej prewencji samobójstw, cyberzagrożeń oraz świadomego korzystania z zasobów mediów społecznościowych.

Kolejnym elementem proponowanego modelu jest edukacja profesjonalistów, czyli pracowników opieki społecznej i przedstawicieli organizacji pozarządowych, mająca na celu wyposażenie ich w wiedzę i kompetencje, które pozwolą na wczesne rozpoznanie zachowań suicydalnych, identyfikowanych jako potencjalne zagrożenie zdrowia i życia. Do prawidłowej realizacji tego zadania niezbędna jest organizacja szkoleń specjalistycznych, dzięki którym osoby, które je ukończą, będą w stanie wykryć oraz podjąć odpowiednie czynności w wypadku podejrzenia depresji lub stanów lękowych. Poza tym wdrożenie koncepcji permanentnego doskonalenia zawodowego w tym zakresie będzie miało kluczowe znaczenie w skuteczności działania pracowników opieki społecznej, instruktorów resocjalizacji, opiekunów, terapeutów, pielęgniarek i innych osób zaangażowanych w opiekę nad seniorami, a także pozwoli uniknąć syndromu wypalenia zawodowego i utrzymać odpowiedni poziom motywacji.

Istotnym narzędziem w walce ze zjawiskiem samobójstw w grupie osób starszych jest też strategia wczesnej interwencji, gdzie niezmiernie ważne jest wykorzystanie już istniejących sieci centrów kryzysowych i infolinii oraz skutecznej opieki psychiatrycznej (Brazinova, Moravansky, Gulis, 2017). W tym obszarze wyzwaniem jest ciągle rozwijanie sieci i optymalizacja współpracy pomiędzy poszczególnymi jej ogniwami. Pomimo tego, że w praktyce klinicznej nie występują skuteczne algorytmy przewidywania samobójstw, to oczywiste jest, że im lepsze rozpoznanie i zrozumienie czynników klinicznych, psychologicznych, socjologicznych i biologicznych, tym wyższa będzie efektywność rozpoznania osób znajdujących się w grupie ryzyka oraz wyboru optymalnego rodzaju terapii. Działania ukierunkowane na poprawę dostępności usług z zakresu zdrowia psychicznego, zmiany obowiązujących norm prawnych w tym zakresie, walka ze stygmatyzacją osób mających zaburzenia natury psychicznej to przedsięwzięcia, które mogą znacząco wpłynąć na skuteczność profilaktyki samobójstw poprzez obniżenie poziomu występowania zachowań suicydalnych społeczeństwie, zwłaszcza wśród osób starszych (Turecki, Brent, 2016).

Ważnym elementem strategii zapobiegania zachowaniom suicydalnym wśród osób starszych jest także przeciwdziałanie stygmatyzacji. Piętno związane z zaburzeniami psychicznymi może skłaniać seniorów do podjęcia działań zmierzających do pozbawienia się życia. Jak podkreśla Jusko i in. (2019, s. 27), „w wybranych krajach funkcjonują ogólnokrajowe programy profilaktyki zaburzeń psychicznych; jednak ci, którzy faktycznie cierpią lub nawet próbowali popełnić samobójstwo, często niechętnie szukają profesjonalnej pomocy. Tylko niektóre kraje zaliczają zapobieganie samobójstwom do swoich priorytetów w zakresie opieki zdrowotnej, a tylko 28 krajów deklaruje, że posiada narodową strategię zapobiegania samobójstwom”. Stygmatyzacja to złożony konstrukt, składający się z czterech procesów społeczno-poznawczych: stereotypów, uprzedzeń, dezinformacji i dyskryminacji – inne osoby mogą stygmatyzować osobę cierpiącą na chorobą psychiczną lub pacjenci mogą piętnować siebie nawzajem. Dlatego też zwiększenie świadomości społecznej, przełamywanie tabu na temat zjawiska samobójstw to bardzo istotny kierunek działań wpływających na efektywność zapobiegania zachowaniom suicydalnym.

Skuteczna profilaktyka zachowań suicydalnych wśród osób starszych jest możliwa do realizacji, ale wymaga właściwego podejścia ze strony pracowników podstawowej opieki zdrowotnej oraz pracowników socjalnych. Na efektywność podejmowanych w tym obszarze działań istotnie wpływa wiedza oraz merytoryczne przygotowanie pracowników socjalnych, przede wszystkim w obszarach wsparcia psychospołecznego i komunikacji, ale również wrażliwego i empatycznego podejścia do seniorów będących w kryzysie. Nie jest możliwe określenie jednej, dominującej nad innymi, najbardziej skutecznej strategii zapobiegania samobójstwom. Dlatego też bardzo ważne jest umiejętne stosowanie kombinacji poszczególnych strategii, adekwatnych zarówno do cech indywidualnych każdego adresata, jak i cech populacyjnych całej grupy będącej podmiotem podejmowanych działań.

Skuteczne zapobieganie próbom samobójczym może nie być możliwe w każdym przypadku, ale umiejętne korzystanie z już posiadanych zasobów wiedzy teoretycznej, właściwe stosowanie dostępnych metod leczenia oraz odpowiedni dobór realizowanej strategii profilaktycznej może zapobiec większości z nich.

## BIBLIOGRAFIA

### LITERATURA

- Araszkiwicz, A., Chatizow, J. (2007). Psychiatryczny model zapobiegania samobójstwom. *Suicydologia*, 3(1), 29–39.
- Baumann, K. (2008). Problemy aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 16(2), 80–88.
- Bińczycka-Anholcer, M. (2005). Zachowania suicydalne osób w starszym wieku. *Suicydologia*, 1(1), 7–87.

- Brazinova, A., Moravansky, N., Gulis, G. (2017). Suicide Rate Trends in the Slovak Republic in 1993–2015. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(2), 161–168. DOI: 10.1177/0020764016688715
- Brodniak, W.A. (2006). Współczesne społeczno-kulturowe koncepcje i teorie samobójstw. *Suicydologia*, 2(1), 17–25.
- Brodniak, W.A. (2008). Problemy i kontrowersje wokół zapobiegania samobójstwom. *Remedium*, (9), 1–3.
- Hołyst, B. (1983). *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*. Warszawa: PWN.
- Hołyst, B. (2002). *Suicydologia*. Warszawa: PWN.
- Hołyst, B. (2016). *Kryminologia*. Warszawa: Wolters Kluwers.
- Hołyst, B. (2021). *Wiktymologia społeczna*. Warszawa: PWN.
- James, R.K., Gilliland, B.S. (2005). *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpa.
- Jusko, P., Kozubik, M., Tokovska, M. (2019). How Can Suicidal Behaviour in the Elderly Be Prevented? A Scoping Review of the Visegrad Group Countries. *SW Czech and Slovak Social Work. ERIS Journal*, 19(4), 19–31.
- Kołodziej, W. (2008). Zaburzenia psychiczne i ryzyko samobójstw u osób w starszym wieku. W: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych* (s. 87–97). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Konieczna-Woźniak, R. (2005). Seniorzy w społeczeństwie wiedzy i informacji. W: A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczności. Wybrane zagadnienia współczesności gerontologii* (s. 59–70). Sosnowiec: Wyższa Szkoła Zarządzania i Marketingu.
- Nowa encyklopedia powszechna*. (2004). Warszawa: PWN.
- Rembowski, J. (1992). *Samotność*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Ringer, E. (1993). *Samobójstwa – apel do innych*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Profi.
- Rosa, K. (2013). Zachowania samobójcze w domach pomocy społecznej. *Psychiatria*, 10(2), 91–100.
- Tucholska, S. (2006). Ryzyko zachowań samobójczych osób starszych. W: S. Stauden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia* (s. 133–143). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Turecki, G., Brent, D.A. (2016). Suicide and Suicidal Behaviour. *The Lancet*, 287, 1227–1239. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
- Twardowska-Rajewska, J. (red.). (2005). *Przeciw samotności*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Witkowska, H. (2021). *Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Listy samobójców jako gatunek wypowiedzi i fakt kulturowy*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Suicide Worldwide in 2019. Global Health Estimates*. Geneva.

#### NETOGRAFIA

- Komenda Główna Policji (KGP). (2022). *Informacja statystyczna dotycząca zarejestrowanych zamachów samobójczych w latach 2017–2021*. Pobrane z: <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2021). *Suicide Rates 2020*. Pobrane z: <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>

#### AKTY PRAWNE

- Rozporządzenie Rady Ministrów. (2021). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. 2021 poz. 642).

## ABSTRACT

In Polish society, the very word “suicide” evokes many extreme emotions in people, such as fear, uncertainty, but also hostility, and even reluctance and embarrassment. Sometimes it is sadness and regret. Most people prefer to avoid this topic and live under the illusion that this problem affects only a small part of the population. However, this phenomenon exists and affects all social and age groups to an increasing extent, including the elderly, who theoretically should enjoy life to the fullest. Suicidal behavior among seniors in recent years has become a growing problem, which systematically grows stronger every year, which is clearly confirmed by the increasing number of attempts and successful suicide attacks carried out by the elderly. The aim of this article is to present the scale of the suicide phenomenon among representatives of the age group over 65, with particular emphasis on the general outline of the issue, its etiology and symptomatology. The conclusion presents in detail the models of preventive interventions that take into account social, psychological, psychiatric, criminological and victimological factors that can effectively reduce the occurrence of the phenomenon in the discussed social group.

**Keywords:** suicide; elderly; suicidal behavior; preventive interventions