

Uniwersytet Opolski. Instytut Nauk Pedagogicznych

SŁAWOMIR KANIA

ORCID: 0000-0003-4815-0182

slawomir.kania@uni.opole.pl

*Analiza uwarunkowań zachowań samobójczych seniorów –
w kierunku gerontosuicydologii*

Analysis of the Determinants of Seniors' Suicidal Behavior – Towards Gerontosuicidology

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Kania, S. (2024). Analiza uwarunkowań zachowań samobójczych seniorów – w kierunku gerontosuicydologii. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 37(2), 219–233. DOI: 10.17951/j.2024.37.2.219-233.

ABSTRAKT

Zwiększająca się skala zachowań samobójczych w populacji stanowi istotne wyzwanie dla działań z zakresu zdrowia publicznego. Seniorzy, czyli osoby, które ukończyły 60. rok życia, oraz osoby w wieku przedemerytalnym stanowią grupę podwyższonego ryzyka, co jest dostrzegalne w liczbie zamachów samobójczych i samobójstw dokonanych. Analizy porównawcze między poszczególnymi kohortami wiekowymi pozwalają na wskazanie tej grupy wiekowej jako posiadającej najwyższy współczynnik dokonanych zamachów w stosunku do prób samobójczych. Celem poznawczo-teoretycznym jest poznanie uwarunkowań zachowań samobójczych seniorów. Celem praktyczno-wdrożeniowym natomiast jest wypracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania zachowaniom samobójczym seniorów. Głównym problemem badawczym jest następujące pytanie: Jakie są uwarunkowania zachowań samobójczych seniorów? Zastosowano metodę *desk research*. Wykorzystując typologię samobójstw przedstawioną przez Durkheim, podjęto próbę analizy specyficznych dla wieku senioralnego czynników podnoszących ryzyko zamachów samobójczych. W związku z tym postuluje się łączenie wiedzy gerontologicznej i suicydologicznej w perspektywę gerontosuicydologiczną. Analizy w tej perspektywie pozwolą na zwrócenie większej uwagi badaczy na problemy kryzysu suicydologicznego w analizowanej kohorcie wiekowej.

Słowa kluczowe: senior; zachowania samobójcze seniorów; gerontosuicydologia; zdrowie publiczne

WPROWADZENIE

Zachowania samobójcze seniorów stanowią ważne wyzwanie dla działań ochrony zdrowia publicznego. Skala zachowań samobójczych seniorów jest równie istotna co skala zachowań samobójczych innych grup, w tym dzieci i młodzieży. Porównując grupy wiekowe, należy zwrócić uwagę na zwiększoną determinację seniorów do dokonania zamachu samobójczego zakończzonego zgonem. Jest to cecha, która znacząco wyróżnia zamachy samobójcze seniorów w porównaniu do innych grup wiekowych. Specyficzne wydają się również inne czynniki, takie jak zmiany psychoorganiczne, lęk przed przejściem na emeryturę czy poczucie beznadziei spowodowane utratą zdrowia w wyniku procesu starzenia. Wykorzystując typologię zachowań samobójczych Durkheima, podjęto próbę zastosowania jej do analizy czynników ryzyka specyficznych dla tej grupy wiekowej. Podstawowym celem poznawczo-teoretycznym było poznanie czynników mogących wskazywać przyczyny skali zamachów samobójczych w wieku 60+. Ze względu na ograniczenia artykułu naukowego, uwzględniono jedynie wybrane czynniki, stanowiące podstawę do uzasadnienia specyfiki zachowań samobójczych seniorów. Celem praktyczno-wdrożeniowym było wypracowanie w oparciu o uzyskane wyniki rekomendacji dla działań zapobiegawczych. W związku z tym głównym problemem badawczym było pytanie: Jakie są uwarunkowania zachowań samobójczych seniorów? Wykorzystano metodę *desk research* jako odpowiednią do przedstawionego problemu badawczego (Bednarowska, 2015, s. 18–26). Uznając specyfikę zachowań samobójczych seniorów, zaproponowano również działania w postaci powołania subdyscypliny – gerontosuicydologii.

TIPOLOGIA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

W literaturze przedmiotu najczęściej spotykaną próbą wyjaśnienia zachowań samobójczych jest ta zaproponowana przez Durkheima. Dokonując obserwacji socjologicznych, zaproponował on podział samobójstw na cztery podstawowe typy: anomiczne, egoistyczne, altruistyczne i fatalistyczne (Pospiszyl, 2008, s. 103–104).

Samobójstwa anomiczne są efektem anomii społecznej. Anomia powstaje w wyniku zakwestionowania i deregulacji norm społecznych, które są istotne dla pożądanego funkcjonowania zbiorowości oraz jednostek należących do tej zbiorowości. Wśród zjawisk, które zostały zdiagnozowane jako zmieniające ład społeczny, znalazły się m.in. załamania gospodarcze (recesja), zmiany systemowe oraz zmiany polityczne, a także gwałtowne wzrosty gospodarcze. Żyjąc w anomii, jednostka traci zarówno możliwość odnalezienia punktu odniesienia w normach społecznych, jak i poczucie więzi społecznej ze społeczeństwem (Domańska, 2017, s. 190).

Samobójstwo egoistyczne rozumiane jest jako efekt braku więzi jednostki ze społeczeństwem, powstałej w wyniku słabej integracji społecznej. Zachowanie samobójcze motywowane jest osobistymi trudnościami w budowaniu więzi oraz odrzuceniem norm społecznych. Samobójstwo egoistyczne nie akceptuje narzuconych norm i pozostaje z nimi w konflikcie (Formella, 2004).

W przypadku samobójstwa altruistycznego głównymi motywami osoby decydującej się na akt samozagłady są m.in. dobro najbliższych, dobro innych, wyższe cele, w tym o charakterze społecznym, danie świadectwa poświęcenia sprawie itd. Jednostka decydująca się na samobójstwo altruistyczne przejawia zachowania świadczące o niewłaściwej więzi z otoczeniem społecznym, w którym może postrzegać siebie jako zbędną lub identyfikować siebie jako ciężar dla rozwoju jej otoczenia społecznego. Niektóre zachowania samobójcze mogą mieć charakter akcentujący wartości prospołeczne, tj. wierność, oddanie, natomiast inne mogą przybierać formy ataków terrorystycznych, czyli poświęcenie własnego życia dla ataku przeciwko innym, lecz w zgodzie z wyobrażonym dobrem własnej społeczności. Możliwe są również manifestacje poglądów politycznych w formie samobójstwa altruistycznego, gdzie akt samozagłady może stanowić próbę wywierania wpływu na decyzje polityczne (Czabański, 2012, s. 49–54).

Ostatni typ to samobójstwo fatalistyczne, które wywołane jest zdarzeniem nieprzewidywanym, losowym, ale negatywnie oddziałującym na samodzielne funkcjonowanie jednostki. Zdarzenie losowe jest znaczące w konstruowaniu motywów, jeżeli jest niemożliwe do przewyciężenia lub niemożliwe do zaakceptowania są jego efekty. Do zdarzeń losowych zaliczono w tym obszarze choroby fizyczne i psychiczne, choroby terminalne, nabycie niepełnosprawności oraz osadzenie w zakładzie karnym. Samobójstwo fatalistyczne wynika z przeświadczenia jednostki, że jej stan nie ulegnie poprawie, a jedynie potencjalnie może zwiększyć się jej ekspozycja na cierpienie w wyniku zdarzeń losowych. Ważnym motywem jest też nabycie poczucia uzależnienia swojej woli od decyzji innych osób. Poczucie to jest bliskie poczuciu zniewolenia lub permanentnej zależności od innych osób (Domańska, 2017, s. 190).

SKALA ZAMACHÓW SAMOBÓJCZYCH SENIORÓW

Należy przyjąć, że okres definiowany przez badaczy zagadnienia jako senioralny zazwyczaj sytuowany jest w przedziale 60+ (Sosnowska-Bielicz, Wrótniak, 2018, s. 117–118). Analizując skalę zachowań samobójczych, uwzględniono również wiek poprzedzający okres senioralny, czyli od 55. do 59. roku życia, co uzasadnione jest poszukiwaniem rozwiązań profilaktycznych także o charakterze uprzedzającym. Ważnym argumentem jest przy tym znaczenie lęku przed emeryturą, utożsamianą z pogorszeniem sytuacji życiowej, jako czynnika uwarunkowań zachowań samobójczych seniorów (Świerczewski, 2022, s. 94). Istotna wydaje

się też analiza sytuacji wieku przedemerytalnego (50–59 lat) oraz pierwszych lat funkcjonowania w okresie wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn (60–69 lat) na tle porównawczym dla pozostałych grup wiekowych.

Tabela 1. Zamachy samobójcze zakończone zgonem w latach 2012–2022 według grupy wiekowej w Polsce

Grupa wiekowa (w latach)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0–6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7–12	1	4	3	5	2	1	5	4	1	2	6
13–18	138	144	124	114	101	115	92	94	106	125	150
19–24	326	454	521	436	371	353	344	360	349	344	317
25–29	314	425	439	473	405	406	384	402	415	384	356
30–34	337	451	453	467	468	499	443	474	452	467	476
35–39	316	466	493	497	431	465	446	520	481	505	510
40–44	333	445	494	458	446	462	472	453	490	492	465
45–49	375	452	488	424	438	405	437	453	430	465	445
50–54	510	616	615	567	497	442	427	391	399	409	426
55–59	517	764	717	666	633	603	551	451	429	466	428
60–64	379	540	585	593	542	536	565	533	524	454	466
65–69	192	294	368	332	355	379	357	403	387	378	363
70–74	126	207	195	194	204	213	261	280	271	282	262
75–79	120	153	185	170	171	142	156	150	144	141	175
80–84	87	125	149	121	138	143	109	133	137	136	128
85 i więcej	73	118	98	107	133	104	127	144	143	135	128

Źródło: opracowanie własne na podstawie Statystyk Policyjnych.

Analizując dane udostępnione przez Komendę Główną Policji (Statystyki Policyjne, b.d.), należy zwrócić uwagę, że w latach 2012–2022 najwyższa liczba samobójstw występowała w grupie wiekowej 55–59 lat. W latach 2018–2019 najwyższa liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem dotyczyła osób w wieku 60–64 lat. Należy podkreślić, że liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem dla poszczególnych grup wiekowych 60+ jest przeważnie wyższa niż dla osób z grupy wiekowej 13–19 lat. Powodem tego stanu rzeczy może być starzejące się społeczeństwo, a tym samym wzrost liczby ludności w wieku emerytalnym i przedemerytalnym (55–59 lat). W związku z tym niezbędne wydaje się poszukiwanie dodatkowych wskaźników zachowań samobójczych. Jednym z nich może być liczba prób samobójczych w stosunku do liczby zamachów samobójczych zakończonych zgonem.

Wykorzystując dane pozyskane ze Statystyk Policyjnych, należy podkreślić, że są to dane oficjalne pozwalające na ogólne wnioski. Wiele zamachów samobójczych nie jest ujmowanych w Statystykach Policyjnych, ponieważ nie są zgłaszane Policji (Rosa, 2012, s. 265–290). Analizując współczynnik wyrażający się stosunkiem liczby zamachów samobójczych zakończonych zgonem do liczby zamachów samobójczych w ogóle, należy zwrócić uwagę na okres 2012–2022, w którym najwyższe wartości liczbowe zaobserwowano w grupie wiekowej 60+ w stosunku do pozostałych grup wiekowych. Należy również podkreślić, że ten współczynnik dla grupy wiekowej 60+ nigdy nie uzyskał wartości poniżej 0,61. Możliwym wytłumaczeniem tych ustaleń jest to, że osoby z grupy wiekowej 60+ częściej dokonują udanych zamachów samobójczych w porównaniu do pozostałych grup wiekowych. Jest to zgodne z ustaleniami innych badaczy, którzy zaobserwowali podobne prawidłowości, mianowicie że cechą charakterystyczną dla zachowań samobójczych seniorów jest większa determinacja w odebraniu sobie życia oraz większa motywacja do realizacji zamachu samobójczego z wykorzystaniem metod zwiększających prawdopodobieństwo zgonu (Sacharczuk, 2021, s. 29).

Tabela 2. Współczynnik zamachów samobójczych do zamachów samobójczych zakończonych zgonem w latach 2012–2022

Grupa wiekowa (w latach)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0–6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7–12	0,20	0,44	0,21	0,42	0,22	0,04	0,19	0,09	0,03	0,02	0,07
13–18	0,48	0,41	0,29	0,24	0,22	0,16	0,12	0,10	0,13	0,09	0,07
19–24	0,54	0,59	0,44	0,40	0,38	0,31	0,30	0,29	0,28	0,22	0,19
25–29	0,56	0,58	0,46	0,45	0,40	0,34	0,35	0,34	0,34	0,30	0,28
30–34	0,64	0,60	0,45	0,43	0,44	0,40	0,36	0,35	0,36	0,31	0,34
35–39	0,69	0,63	0,53	0,50	0,45	0,41	0,37	0,39	0,35	0,34	0,33
40–44	0,73	0,69	0,57	0,52	0,50	0,44	0,42	0,40	0,40	0,35	0,35
45–49	0,74	0,72	0,66	0,58	0,56	0,46	0,48	0,47	0,43	0,42	0,38
50–54	0,80	0,79	0,69	0,68	0,63	0,56	0,55	0,53	0,50	0,49	0,48
55–59	0,85	0,86	0,77	0,75	0,72	0,66	0,66	0,60	0,59	0,57	0,55
60–64	0,86	0,87	0,77	0,79	0,74	0,71	0,74	0,68	0,65	0,61	0,61
65–69	0,90	0,87	0,83	0,80	0,83	0,74	0,76	0,70	0,69	0,64	0,64
70–74	0,92	0,93	0,87	0,86	0,78	0,78	0,80	0,75	0,73	0,72	0,63
75–79	0,92	0,91	0,91	0,85	0,82	0,77	0,77	0,75	0,73	0,73	0,73
80–84	0,94	0,93	0,92	0,85	0,82	0,81	0,77	0,82	0,80	0,73	0,71
85 i więcej	0,92	0,89	0,87	0,86	0,92	0,79	0,80	0,80	0,81	0,74	0,75

Źródło: opracowanie własne na podstawie Statystyk Policyjnych.

Samobójstwa seniorów oraz samobójstwa osób w wieku przedemerytalnym stanowią zatem istotne wyzwanie dla społeczeństwa. W literaturze przedmiotu wyróżnia się szereg czynników warunkujących zachowania samobójcze seniorów, w tym: wdowieństwo, wielochorobowość, różne niepełnosprawności, samo-alienację, redukcję aktywności społecznej, samotność, zawężenie zainteresowań, utratę poczucia bezpieczeństwa (Baumann, 2008, s. 83–84). Uwzględniając powyższe ustalenia, podjęto się zastosowania klasyfikacji zamachów samobójczych dla grupy wiekowej 60+ z wykorzystaniem do tego celu typologii zaproponowanej przez Durkheima.

UWARUNKOWANIA SAMOBÓJSTWA ANOMICZNEGO SENIORÓW

Zmiany społeczno-gospodarcze, które mogą być uwarunkowane również decyzjami politycznymi, mogą oddziaływać na zachowania samobójcze seniorów. W tym obszarze należy wskazać na szereg czynników kwestionujących i zmieniających to, co jest rozumiane przez dane pokolenie seniorów jako tradycyjne, a zarazem jest znane. Szereg procesów utożsamianych jako postęp może być identyfikowany jako kryzys dla seniorów. Transformacja ustrojowa, europeizacja i globalizacja zwiększają ekspozycję na poczucie znaczącej zmiany społecznej, a tym samym na poczucie zagubienia i braku rozumienia tych zmian społecznych. Zmiany technologiczne, demograficzne, prawne czy też zmiany postaw ekologicznych mogą czynić dla seniora ład społeczny coraz bardziej niezrozumiałym (Pikuła, 2016, s. 16–19).

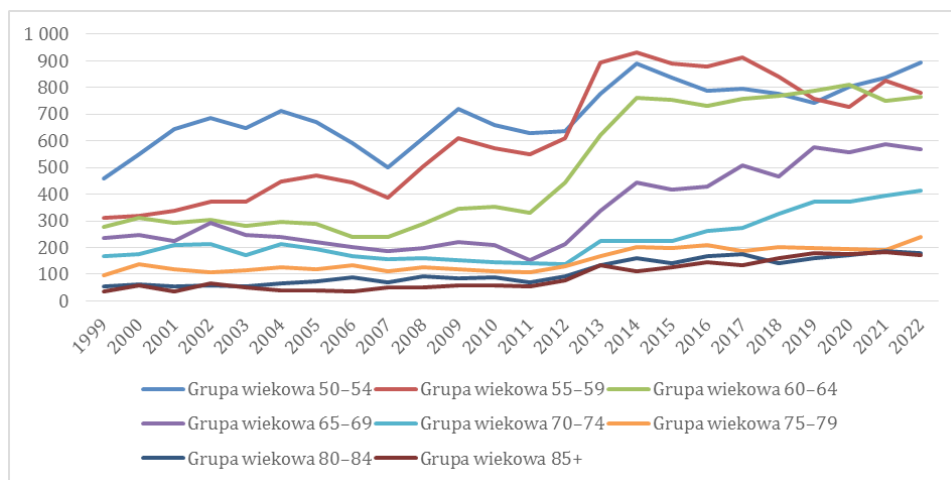
Przykładem takich zmian mogą być zmiany demograficzne społeczeństwa polskiego oraz utrudnienie rodzinnego wsparcia międzypokoleniowego, rozumianego jako wymierny spadek możliwości pełnienia tradycyjnej roli seniora. Prawdopodobne wydaje się, że zapotrzebowanie na potrzeby takie jak wsparcie przez seniorów rozwoju dorastających wnuków czy wspieranie własnych dorosłych dzieci w okresie dorosłości (np. w opiece nad potomstwem, finansowo, mieszkaniowo) może ulec osłabieniu w wyniku zmian demograficznych, tj. niskiego współczynnika dzietności. Konsekwencją jest również potencjalny spadek ilościowych możliwości przyjmowania opieki oraz jakości rodzinnej opieki nad seniorem. Spadek ten określany jest mianem zjawiska wypalania się rodzinnego zainteresowania relacjami z seniorami, interpretowanego jako efekt nadmiernego obciążenia opieką generacją starzejących się członków rodziny, którzy stają się liczniejsi od młodszego pokolenia mającego się nimi opiekować (Szukalski, 2004, s. 101).

Obecność stanu anomii w życiu człowieka może także zawęzić się do zjawisk, które zaburzają funkcjonowanie otoczenia danej jednostki społecznej. Możliwe jest wytworzenie się swoistego rodzaju anomii domowej, gdzie w sytuacji rozwodu czy śmierci współmałżonka zmienia się znacząco postrzeganie norm społecznych

i w ogóle ich sensowność (Juszczak, 2020, s. 49). Wdowieństwo jest czynnikiem, który potencjalnie zwiększa efekt poczucia pustego gniazda, ale może być analizowane również jako odrębny czynnik. Poczucie straty najbliższej osoby, w tym przypadku małżonka/i, jest znaczącym czynnikiem oddziałującym na długość i jakość życia, nie tylko w przypadku osoby starszej. Obserwuje się wyższe współczynniki występowania chorób i zgonów osób owdowiałych, przy czym ryzyko to było znacząco wyższe w okresie do 2 lat od zgonu współmałżonka/i. Szczególnie na pogorszenie jakości życia narażeni byli mężczyźni. Śmierć małżonka/i może zatem w dużym stopniu pogorszyć funkcjonowanie psychofizyczne seniorów, a efekt ten może być zwiększony w sytuacji, gdy seniorzy funkcjonują w doświadczeniu pustego gniazda, czyli prowadzą autonomiczne jednoosobowe gospodarstwa domowe (Synowiec-Piłat, 2012, s. 202–203). Wdowieństwo jest sytuacją szczególnie trudną dla seniorów, ponieważ samodzielność osoby owdowiałej mogła z przyczyn wieku być oparta na współmałżonku, a zatem może ulec znacznej regresji. Czynności życia domowego, wykonywane z łatwością przez zmarłego małżonka/ę, osobie owdowiałej mogą sprawiać ogromne trudności. Tęsknota pojawiająca się w wyniku utraty osoby udzielającej wsparcia emocjonalnego zwiększa trudności z dostosowaniem się do nowej sytuacji, a co za tym idzie może sprzyjać wycofaniu społecznemu seniorów i ograniczeniu społecznej adaptacji do zmian społeczno-gospodarczych w społeczeństwie (Szukalski, 2006, s. 63–70).

Innym znaczącym czynnikiem mogą być zmiany gospodarcze, społeczne i polityczne, które szczególnie widocznie zaznaczyły się na skali samobójstw po zmianie ustrojowej rozpoczętej po 1989 r. (Czabański, Mariański, 2018, s. 226–228). W 1992 r. odnotowano najwyższy skok liczby samobójstw w stosunku do roku poprzedniego (Bochenek, 2009, s. 165–168). Zmiany ustrojowe zintegrowały społeczeństwo, które musiało zmierzyć się ze zmianami ekonomicznymi, tj. gwałtownymi zmianami rynku pracy, utratą pracy i redukcją możliwości zdobycia środków finansowych (Olszewska, Warzyńska-Bartczak, 2015, s. 85–85).

Wraz ze starzejącym się społeczeństwem wzrasta liczba osób w wieku emerytalnym i okołoemerytalnym, co może oznaczać zarówno większe obciążenie finansowe dla społeczeństwa, jak i konieczność wprowadzenia zmian w systemie emerytalnym. Wykorzystując dostępne statystyki policyjne z lat 1999–2023, warto przeanalizować trzy znaczące wzrosty liczby samobójstw zakończonych zgonem i prób samobójczych osób w wieku przedemerytalnym. Sytuacja dotyczy lat 1999–2000, 2007–2008 i 2012–2013, co dotychczas w literaturze przedmiotu nie przyciągnęło uwagi badaczy tematu. W 1999 r. w Polsce miała miejsce duża reforma emerytalna, która zmieniła zasady wypłacania świadczeń z tytułu przejścia na emeryturę. Powiązano wówczas wysokość emerytury z wysokością składki emerytalnej. Kolejny skok nastąpił po reformie systemu emerytalnego wprowadzonej po kryzysie ekonomicznym w 2007 r., w efekcie której wprowadzono kolejne zmiany tzw. niedokończonej reformy emerytalnej. Stało się tak pomimo sprzeciwu



Rysunek 1. Zamachy samobójcze w latach 1999–2022 w grupie osób 50+ w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie Statystyk Policyjnych.

społecznego, a potencjalne oszczędności w systemie emerytalnym zyskano kosztem przywilejów branżowych. W 2012 r. ponownie zmieniono zasady, obliczając wysokość świadczeń emerytalnych, a w 2013 r. podniesiono wiek emerytalny zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn. Decyzja o zmianie wieku emerytalnego spotkała się z manifestacjami oraz odrzuceniem wniosku o referendum w tej sprawie. W latach 1999, 2007 i 2012 pomijano społeczne wnioski w tym zakresie oraz podkreślano znaczenie zmian w celu nabycia oszczędności, opodatkowania i dobrowolnych składek. Modyfikacje te potencjalnie mogły wytworzyć poczucie anomii, szczególnie w przypadku rencistów, osób bliskich wieku emerytalnego i samych emerytów (Kolek, 2014, s. 20). Dodatkowo obecnie „społeczne konsekwencje zmian w systemie emerytalnym są trudne do przewidzenia, nikt nie jest w stanie przewidzieć, jaka będzie rzeczywista wysokość świadczeń w chwili przejścia na emeryturę” (Kolek, 2014, s. 20). W związku z tym istnieje potrzeba szerszych analiz, a przedstawione argumenty mogą stanowić przesłanki do zbadania znaczenia tego fenomenu. Należy również uwzględnić w tym okresie potencjalne znaczenie innych czynników towarzyszących wzrostowi zamachów samobójczych seniorów i samobójstw zakończonych zgonem, takich jak kryzysy ekonomiczne czy gwałtowne zmiany polityczne.

UWARUNKOWANIA SAMOBÓJSTW EGOISTYCZNYCH SENIORÓW

Wśród czynników o charakterze społecznym, specyficznym dla tej grupy wiekowej, należy wskazać zjawisko, które przez badaczy społecznych określone jest mianem śmierci społecznej. Jest to sytuacja utraty zdolności działania

społecznego jednostki społecznej, której towarzyszy przejście w stan braku aktywności społeczno-zawodowej. Śmierć społeczna jest zjawiskiem interpretowanym jako faktyczne wykluczenie z relacji społecznych oraz sama alienacja, któremu wraz z przejściem np. w stan emerytalny towarzyszy nagła regresja aktywności społecznych. Redukcja do roli społecznej seniora może zachodzić gwałtownie poprzez punkt przejścia w stan bierności zawodowej lub może to być proces utożsamiany ze społecznym starzeniem się. Społeczne oczekiwania konstruowane wobec osób starszych utrudniają pełne uczestnictwo w społeczeństwie, z którym się identyfikują i w którym dotychczas realizowali swoje działania (Wawrzyniak, 2011, 187). Śmierć społeczna wyraża się więc separacją seniorów od społeczeństwa, ograniczeniem kontaktów międzyludzkich, zrywaniem więzi z rodziną i społeczeństwem, dominującą postawą rezygnacyjną wobec otoczenia społecznego, trudnościami w znalezieniu się w nowej roli społecznej. Efektem śmierci społecznej jest ograniczenie możliwości aktywności społecznej seniorów oraz nabywanie przez seniorów tendencji do jej unikania. Wskaźnikami psychicznymi zjawiska śmierci społecznej są cierpienie, lęk i poczucie bezsensu (Szafranek, 2016, s. 51).

Kolejnym specyficznym czynnikiem może być zjawisko pustego gniazda, rozumiane jako faktyczne i/lub emocjonalne osamotnienie seniora w przestrzeni mieszkalnej. W sytuacji pozostawienia seniorów przez członków rodziny, owdowienia czy doświadczenia śmierci przyjaciół przez seniora, zawęża się grono osób, z którymi mógłby utrzymywać głębokie i satysfakcjonujące relacje. Doświadczając fizycznego opuszczania przez bliskie osoby, człowiek izoluje się i nie ma możliwości rozwijania relacji interpersonalnych czy też kompensowania braków w relacji z otaczającym środowiskiem społecznym. Stan ten określany jest mianem sieroctwa człowieka starego, który doświadcza rzeczywistej separacji od najbliższych z kręgu rodziny i własnych rówieśników. Migracja zarobkowa dorosłych dzieci seniorów również może spowodować faktyczne opuszczenie i separację od osób starzejących się. Obecnie migracja zarobkowa osób dorosłych stanowi jeden z nasilających się trendów społecznych. Jego konsekwencją jest poszukiwanie nowej definicji środowiska rodzinnego, adekwatnych do pojęć takich jak rodzina świata czy rodzina migracyjna. Ogromne znaczenie mają też migracje potomstwa do innych środowisk lokalnych czy ośrodków miejskich znacznie oddalonych od miejsca codziennego życia starzejących się rodziców. Dotychczas wskazywano szereg potencjalnych negatywnych konsekwencji dla separacji migracyjnej rodziców od własnego potomstwa czy też małżonków, gdzie separacja migracyjna dorosłych dzieci i wnuków od seniorów jest rzadziej podejmowana. Separacja w wyniku migracji zarobkowej nie wiąże się w sposób bezpośredni z poczuciem osierocenia człowieka starego, ponieważ zależy od jakości więzi rodzinnych, czyli osłabienia relacji i poczucia braku bliskości. Doświadczenie migracji zarobkowej, czyli brak bliskości geograficznej oraz brak

działań nakierowanych na podtrzymywanie komunikacji z własnymi dorosłymi dziećmi, może wzmacniać poczucie porzucenia. Jednocześnie działania podtrzymujące relację „na odległość”, tj. epizodyczne odwiedziny, częste kontakty telefoniczne, wakacyjne podsyłanie wnuków itd., mogą znacząco osłabiać znaczenie tego czynnika dla powstawania poczucia opuszczenia rodzinnego przez seniorów (Kramkowska, 2016, s. 123–141).

SAMOBÓJSTWO ALTRUISTYCZNE SENIORÓW

Motywy altruistyczne samobójstw seniorów mogą być związane z ich sytuacją rodzinną. Seniorzy, którzy doświadczają różnych problemów zdrowotnych, mogą utożsamiać opiekę nad nimi samymi jako znaczne obciążenie dla ich najbliższego otoczenia rodzinnego. Sytuacja ta może sprzyjać powstawaniu poczucia winy, wynikającego z obciążenia kosztami finansowymi, obniżenia jakości życia rodzinnego czy przymusu opieki. Powstające poczucie winy może zostać wzmocnione konfliktami w rodzinie (Rosa, 2013, s. 95) dotyczącymi tej sytuacji, np. podziału opieki, kosztów finansowych czy obowiązków rodzinnych.

SAMOBÓJSTWO FATALISTYCZNE SENIORÓW

Jednym z ważnych uwarunkowań motywów fatalistycznych zamachów samobójczych są choroby somatyczne i zaburzenia psychiczne (Polewka i in., 2006, s. 365–368), a także zmiany psychoorganiczne wynikające z postępującego procesu starzenia (Brzeski, Sodolski, 2009, s. 505–513). Szczególne znaczenie mają tutaj depresja, która jest najczęściej diagnozowanym zaburzeniem psychicznym w grupie osób 65+ (Fabiś, Pyrtek, 2022, s. 51–66), oraz wcześniej podjęta nieudana próba zamachu samobójczego. Choroby somatyczne i zaburzenia psychiczne utrudniają samodzielne funkcjonowanie seniorów oraz powodują, że doświadczają oni szerokiego spektrum poczucia cierpienia. Szerokie spektrum doznawania cierpienia fizycznego i psychicznego oraz przeświadczenie o narastającym ryzyku wzrostu tego cierpienia zwiększają występowanie uczucia bezradności u seniorów. Przeświadczenie o braku możliwości poprawy swojego stanu zdrowia, swojej funkcjonalności czy aktywności społecznej sprzyja poczuciu braku nadziei. Zawężenie spostrzegania do argumentów o braku możliwości poprawy jakości swojego życia zwiększa lęk o swoje dalsze trwanie w sytuacji doświadczania cierpienia spowodowanego różnymi chorobami. W konsekwencji senior doświadcza pogarszających się negatywnych stanów emocjonalnych i obniżają się jego możliwości radzenia sobie z bólem egzystencjalnym. Najbliższe otoczenie społeczne może zacząć być postrzegane jako nieudolne w uśmierzaniu cierpienia oraz wrogo nastawione do osób domagających się pomocy (Urbanek, 2017, s. 249–266).

Ważna w tym obszarze dyskusji jest również sytuacja umieszczenia seniorów w domach pomocy społecznej (DPS). Przez część seniorów zamieszkanie w DPS-ie będzie interpretowane jako dożywotne zepchnięcie na margines życia społecznego. Postępujący proces starzenia wraz ze świadomością zamiaru umieszczenia w DPS-ie może stanowić ważną przesłankę do popełnienia zamachu samobójczego przez seniora. W związku z tym oczekiwanie na miejsce czy już umieszczenie w DPS-ie może stanowić czynnik zwiększający ryzyko zamachu samobójczego. Warunki, których doświadczają seniorzy już po umieszczeniu w DPS-ie, także mogą stanowić ważne uwarunkowanie motywów fatalistycznych. Wśród znaczących czynników wyróżnia się ponowną adaptację do przestrzeni mieszkalnej, co stanowi wyzwanie dla seniorów, gdyż wiąże się z potencjalnym przymusem zmiany swoich przyzwyczajęń. Pogarszający się stan zdrowia oraz proces adaptacji znacząco zwiększają ryzyko zachowań samobójczych seniorów. Niektóre ustalenia badawcze wskazują na występowanie wyższego ryzyka zachowania samobójczego seniorów w DPS-ach niż w analogicznej grupie wiekowej osób funkcjonujących poza DPS-ami (Rosa, 2013, s. 95–97).

DYSKUSJA

Powyższe ustalenia znajdują częściowe potwierdzenie w badaniach międzynarodowych. Należy podkreślić, że w grupie seniorów występuje wyższy wskaźnik samobójstw w porównaniu do innych kohort wiekowych (27,45 na 100 tys. dla grupy 70+; zob. Beghi i in., 2021). Najwyższy wskaźnik śmiertelności osób starszych w porównaniu z innymi grupami wiekowymi odnotowywany jest w większości regionów świata (World Health Organization, 2014, s. 16–22). Wśród wielu przyczyn tego stanu rzeczy wyróżnia się m.in. przyczyny neurobiologiczne, psychiczne i społeczne. Najmniej zbadane są przyczyny neurobiologiczne zachowań samobójczych osób starszych, gdzie wskazuje się na powiązania zmian neurodegeneracyjnych związanych z wiekiem ze zmianami stężenia neuroprzekazników w ośrodkowym układzie nerwowym (Cattell, 2000, s. 102–108). W obszarze społecznych czynników podkreśla się znaczenie samotności dla zachowań samobójczych seniorów, rozumianej zarówno w perspektywie izolacji społecznej, jak i losowych wydarzeń życiowych zmniejszających możliwości wsparcia społecznego seniorów, jak np. owdowienie (Sadek i in., 2024). W perspektywie psychologicznej podkreśla się znaczenie zaburzeń psychicznych, takich jak depresja i zaburzenia nastroju (Gramaglia i in., 2022).

DELEGACJE DLA GERONTOSUICYDOLOGII

Suicydologia jest nauką, która zajmuje się analizowaniem uwarunkowań zachowań samobójczych. Zgromadzona wiedza ma pozwolić na ograniczenie

tego zjawiska w przyszłości. W perspektywie przytoczonych danych zachowania samobójcze osób, które ukończyły 60. rok życia, stanowią wyzwanie dla działań zapobiegawczych. Odmierna skala dla skuteczności zachowań samobójczych seniorów oraz odmienne uwarunkowania w stosunku do pozostałych grup wiekowych pozwalają na wyodrębnienie oddzielnego pola analiz badawczych. Można również przypuszczać, że ze względu na procesy demograficzne, czyli niską dzietność i starzejące się społeczeństwo, problem zachowań samobójczych seniorów będzie coraz bardziej istotny dla działań w obszarze zdrowia publicznego. Na przykład wdowieństwo obecnie ulega odroczeniu i wraz ze starzejącym się społeczeństwem sytuacja utraty małżonka dotyczy starszych kohort seniorów, czyli w wieku 80+ i 90+ (Szukalski, 2007, s. 111–117), co może zwiększać znaczenie utraty małżonka dla powstawania zachowań samobójczych. Wdowieństwo jest czynnikiem znacznie częściej występującym w przypadku kobiet w wieku senioralnym niż mężczyzn w wieku senioralnym (Szukalski, 2016, s. 1–4). Zamachy samobójcze zdecydowanie częściej dotyczą mężczyzn niż kobiet, co wydaje się ważną przesłanką dla ustalenia znaczenia tego czynnika dla struktury zamachów samobójczych z uwzględnieniem płci biologicznej. Niektóre wyniki badań pozwalają na wskazanie występowania stylu odwiązania się od partnera, którego występowanie ma znaczenie dla zmniejszenia stopnia występowania poczucia osamotnienia z powodu owdowienia (Niewiedział, 2014, s. 68–69).

Powyższe ustalenia w zakresie podwyższonego ryzyka zachowań samobójczych w grupie wiekowej seniorów związanego z procesem starzenia się powinny być akcentowane w działaniach dla profilaktyki suicydologicznej. Perspektywa gerontosuicydologiczna, rozumiana jako próba łączenia wiedzy suicydologów i gerontologów, ma na celu zwiększyć zainteresowanie środowiska naukowego i społecznego problemem zachowań samobójczych seniorów. Ważnym zadaniem jest również analizowanie i opracowywanie programów zapobiegania samobójstwom dedykowanych seniorom; powinny to być działania zarówno instytucjonalne, jak i pozainstytucjonalne. Analogiczne raporty zawężające pole analiz do grupy wiekowej dzieci i młodzieży są łatwo dostępne (Kicińska, Palma, 2022), natomiast jest ich niewiele w odniesieniu do grupy o podobnym ryzyku, jakim są seniorzy. W tym obszarze analiz i ustaleń istnieje wiele przesłanek uzasadniających wyposażenie osób pracujących z seniorami w wiedzę z zakresu suicydologii. Ponadto należy zwrócić uwagę na to, że działania prewencyjne zachowań samobójczych powinny obejmować również wyposażenie w odpowiednie kompetencje osób bezpośrednio pracujących z seniorami, tj. pracowników socjalnych. Istotne wydaje się też edukowanie młodszego pokolenia i osób w wieku przedemerytalnym o ryzyku suicydologicznym w procesie starzenia się (Sobkowiak, 2011, s. 73–74).

REKOMENDACJE DLA PRAKTYKÓW

W oparciu o poczynione ustalenia możliwe jest wskazanie czynników ryzyka potencjalnie podwyższających możliwość występowania zachowań samobójczych u seniorów. Są to:

- izolacja społeczna i poczucie samotności;
- owdowienie;
- tzw. śmierć społeczna, rozumiana jako zanik aktywności społecznej seniorów;
- obecność zmian neurodegeneracyjnych;
- występowanie symptomów depresji i innych zaburzeń nastroju;
- percepcja zmian w polityce społecznej w obszarze świadczeń emerytalnych.

W związku z tym profilaktyka zachowań samobójczych seniorów powinna koncentrować się na czynnikach przeciwnych do wyżej wymienionych, mogących kompensować niektóre z nich, takich jak:

- włączanie seniorów w aktywność na rzecz najbliższego środowiska lokalnego;
- wsparcie w budowaniu zaplecza dla relacji rówieśniczych między seniorami;
- pomoc psychologiczna w procesie przechodzenia żałoby;
- wczesna diagnoza symptomów zaburzeń nastroju i wsparcie psychologiczne;
- wsparcie medyczne i psychologiczne w adaptacji do doświadczania zmian neurodegeneracyjnych;
- wzmacnianie procesu adaptacji do zmian w polityce społecznej w obszarze świadczeń emerytalnych.

Lista ta nie wyczerpuje możliwości w zakresie profilaktyki, a jedynie stanowi przyczynek do dalszego poszukiwania możliwości działania w różnych obszarach działań pomocowych, takich jak praca socjalna, pomoc psychologiczna i praca gerontopedagogiczna.

BIBLIOGRAFIA

- Baumann, K. (2008). Problemy aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 16(2), 80–88.
- Bednarowska, Z. (2015). Desk research – wykorzystanie potencjału danych zastanych w prowadzeniu badań marketingowych i społecznych. *Marketing i Rynek*, (7), 18–26.
- Beghi, M., Butera, E., Cerri, C.G., Cornaggia, C.M., ... Lozupone, M. (2021). Suicidal Behaviour in Older Age: A Systematic Review of Risk Factors Associated to Suicide Attempts and Completed Suicides. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 127, 193–211. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.04.011
- Bochenek, M. (2009). Społeczne koszty przekształceń systemowych w Polsce w latach 1989–2009. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu*, (24), 165–168.
- Brzeski, Z., Sodolski, W. (2009). Suicidal Attempts among Elderly Inhabitants of the Lublin Region. *Medycyna Ogólna*, 15(4), 505–513.
- Cattell, H. (2000). Suicide in the Elderly. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(2), 102–108. DOI: 10.1192/apt.6.2.102

- Czabański, A. (2012). Przypadki samobójstw altruistycznych we wspomnieniach seniorów. *Nowiny Lekarskie*, 81(1), 49–54.
- Czabański, A., Mariański, J. (2018). Problematyka samobójstw w ujęciu Marii Jarosz. *Teologia i Moralność*, 13(2), 226–228. DOI: 10.14746/tim.2018.24.2.13
- Domańska, J.M. (2017). Teoretyczne aspekty zjawiska samobójstw. *Pedagogika. Studia i Rozprawy*, 26(2), 187–201. DOI: 10.16926/p.2017.26.36
- Fabiś, J., Pyrtek, K. (2022). Samobójstwa wśród osób starszych w dobie pandemii COVID-19. Przegląd literatury polskiej i światowej. *Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 23(2), 51–66. DOI: 10.57655/EXLIBRIS_2_2022_3
- Formella, Z. (2004). Samobójstwo. Refleksja psychopedagogiczna. *Seminare*, 20, 369–385. DOI: 10.21852/sem.2004.27
- Gramaglia, C., Martelli, M., Scotti, L., Bestagini, L... Zeppego, P. (2022). Attempted Suicide in the Older Adults: A Case Series from the Psychiatry Ward of the University Hospital Maggiore Della Carità, Novara, Italy. *Frontiers in Public Health*, 9. DOI: 10.3389/fpubh.2021.732284
- Juszczak, M. (2020). Motyw samobójstwa w wybranych tekstach piosenek polskich. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Kadr Menedżerskich*, (6), 47–57.
- Kicińska, L., Palma, J. (2022). *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012–2021 na podstawie danych Komendy Głównej Policji*. Pobrane z: https://backend.zwj.r.pl/media/attachments/Raport_zalata_2012-2021_zachowania_samobojcze_mlodzi_2_JVEHSul.pdf
- Kolek, A. (2014). *Zmiany polskiego systemu emerytalnego po 2007 roku*. Pobrane z: <https://open.icm.edu.pl/handle/123456789/3311>
- Kramkowska, E. (2016). Człowiek stary w sytuacji migracji dorosłych dzieci. *Roczniki Nauk Społecznych*, 8(44), 123–141. DOI: 10.18290/rns.2016.8(44).2-6
- Niewiedział, D. (2014). Wybrane psychospołeczne predyktory procesu adaptacji do wdowieństwa starzejących się kobiet. Styl „odwiązania” od partnera. *Rocznik Lubuski*, 40(1), 59–72.
- Olszewska, B., Warzyńska-Bartczak, Z. (2015). Samobójstwa w Łodzi jako odzwierciedlenie dezintegracji społecznej w wyniku transformacji ustrojowej. *Suicydologia*, (7), 84–85.
- Pikuła, G.N. (2016). *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Polewka, A., Chrostek-Maj, J., Szczepańska, Ł., Foryś, Z., Chmiest, W. (2006). Samobójstwa usiłowane u osób w wieku podeszłym i późnej starości hospitalizowanych w Klinice Toksykologii w Krakowie w latach 2003–2005 – ocena czynników klinicznych i demograficznych. *Przegląd Lekarski*, 63(6), 365–368.
- Pospiszyl, I. (2008). *Patologie społeczne*. Warszawa: PWN.
- Rosa, K. (2012). (Nie)wiarygodność danych statystycznych dotyczących zachowań samobójczych. Perspektywa teoretyczna i praktyka społeczna. *Przegląd Socjologiczny*, 61(2), 265–290.
- Rosa, K. (2013). Zachowania samobójcze w domach pomocy społecznej. *Psychiatria*, 10(2), 91–100.
- Sacharczuk, K. (2021). Samobójstwa wśród osób w podeszłym wieku w świetle statystyk polskich i europejskich. *Journal Socioterapie*, (7), 33–41.
- Sadek, J., Diaz-Piedra, B., Saleh, L., MacDonald, L. (2024). A Narrative Review: Suicide and Suicidal Behaviour in Older Adults. *Frontiers in Psychiatry*, 15. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1395462
- Sobkowiak, M., (2011). *Przeciwdziałanie zachowaniom suicydalnym w pracy socjalnej*. Gorzów Wielkopolski: Publikatornia.
- Sosnowska-Bielicz, E., Wrótniak, J. (2018). Samotność seniorów a rodzina. Wyzwania dla opieki profesjonalnej. *Studia nad Rodziną*, 22(5), 115–132. DOI: 10.21697/snr.2018.50.5.08

- Statystyki Policyjne (b.d.). *Zamachy samobójcze*. Pobrane z: <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze>
- Synowiec-Piłat, M. (2012). Aktywność starszych ludzi w kontekście promocji zdrowia. W: E. Jurczyk-Romanowska (red.), *Trzecia zmiana* (s. 202–203). Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB.
- Szafranek, A. (2016). Śmierć społeczna osoby starszej i towarzyszące jej okoliczności. W: M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska (red.), *Starość: poznać, przeżyć, zrozumieć* (s. 49–61). Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Szukalski, P. (2004). Przepływy międzypokoleniowe jako obszar działań na rzecz poprawy powstawania i funkcjonowania rodzin w różnych fazach ich rozwoju. W: D. Graniewska (red.), *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne* (s. 93–105). Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Szukalski, P. (2006). Wdowieństwo w starszym wieku w Polsce. *Gerontologia Polska*, 14(2), 63–70.
- Szukalski, P. (2007). Przestrzenne zróżnicowanie wdowieństwa w starszym wieku w Polsce. W: A. Rączaszka (red.), *Uwarunkowania demograficzne rozwoju społeczno-gospodarczego na przykładzie województwa śląskiego i opolskiego* (s. 111–129). Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach.
- Szukalski, P. (2016). Owdowienia we współczesnej Polsce. *Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny*, (9), 1–4.
- 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
- Urbanek, A. (2017). Bezradność wobec życia – dramat starości w cieniu samobójstwa. *Rocznik Andragogiczny*, 24, 249–266. DOI: 10.12775/RA.2017.018
- Wawrzyniak, J.K. (2011). Samobójstwo w starości jako sposób na uniknięcie obniżenia jakości życia. W: A. Fabiś, M. Muszyński (red.), *Społeczne wymiary starzenia się* (s. 185–195). Bielsko-Biała: BGS.
- World Health Organization (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Luxembourg.

ABSTRACT

The increasing scale of suicidal behavior in the population poses a significant challenge to public health activities. Seniors, i.e. people over 60 years of age, and people of pre-retirement age constitute a higher risk group, which is visible in the number of suicide attacks and completed suicides. Comparative analyzes between individual age cohorts allow us to identify this age group as having the highest rate of attacks in relation to suicide attempts. The cognitive and theoretical goal is to learn about the determinants of seniors' suicidal behavior. The practical and implementation goal is to develop recommendations for preventing seniors' suicidal behavior. The main research problem is the following question: What are the determinants of seniors' suicidal behavior? The desk research method was used. Using the typology of suicides presented by Durkheim, an attempt was made to analyze age-specific factors increasing the risk of suicide attacks. Due to the above, it is postulated to combine gerontological and suicidological knowledge into a gerontosuicidological perspective. Analyzes from this perspective will allow researchers to pay more attention to the problems of the suicidological crisis in the analyzed age cohort.

Keywords: senior; seniors' suicidal behavior; gerontosuicidology; public health