

Ewa Śliwa¹ 

Kiedy życie traci sens – analiza czynników decydujących o samobójstwach osób w starszym wieku

When life loses meaning – analysis of factors determining suicides among older people

Streszczenie: Niniejszy artykuł służy analizie zjawiska samobójstw wśród osób starszych, skupiając się na klasyfikacji zachowań suicydalnych oraz prowadzących do nich motywacji; poznaniu czynników ryzyka – indywidualnych i środowiskowych; analizie charakterystycznych cech wspólnych; psychologicznej analizie procesu; przeglądzie czynników klinicznych i socjologicznych w kontekście samobójstw osób starszych.

Słowa kluczowe: samobójstwo, starość, osamotnienie, choroba

Summary: This article aims to analyze the phenomenon of suicides among older people, focusing on the classification of suicidal behaviors and motivations leading to them; identifying individual and environmental risk factors; analyzing standard characteristic features; psychological analysis of the process; reviewing clinical and sociological factors in the context of suicides among older people.

Keywords: suicide, old age, loneliness, illness

1 Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie, ewa.sliwa@up.krakow.pl

Wprowadzenie

Indywidualizm jednostki – oto kierunek, charakterystyczna cecha pokoleniowa nadająca rys tożsamościowy współczesnemu społeczeństwu w skali globalnej. Okoliczności życia i śmierci każdego człowieka stają się kwestią jego indywidualnego wyboru. Jednakże na taki wybór niezmiennie wpływają czynniki kontekstualne: osobowościowe oraz rodzinne, społeczne, kulturowe, zdrowotne, ekonomiczne i polityczne, w jakich funkcjonuje każda jednostka.

W szczególnej sytuacji znajdują się osoby w podeszłym wieku. Często przeżywają one problemy zdrowotne, doświadczają poczucia osamotnienia czy braku celu w życiu. Przeprowadzone badania miały charakter eksploracyjno-opisowy i wyjaśniający. Celem badań było wskazanie i opis czynników decydujących o podjęciu przez starszą osobę decyzji o popełnieniu samobójstwa. Z uwagi na wybraną jakościową strategię badań metodą badawczą jest analiza indywidualnych przypadków, a techniką – wywiad narracyjny. Wywiad narracyjny przeprowadzony został z jedną osobą wyłonioną drogą losowo-celową z grupy pacjentów w wieku starszym objętych terapią po próbie samobójczej. Składał się z trzech faz: otwartego opowiadania, pytań uzupełniających oraz bilansowania. Zebrany materiał następnie podlegał transkrypcji w postaci zapisanego tekstu. Metodą wykorzystaną w opracowaniu oraz analizie zebranego materiału badawczego była metoda analizy struktur procesu, dostosowana do zastosowanej metody badawczej – wywiadu narracyjnego – opracowana przez Fritza Schütze. Aby zapewnić wyższą jakość przeprowadzonych badań oraz ograniczyć możliwość popełnienia błędu pomiarowego, zastosowano metodę analizy zespołowej. Drugą formą zapewnienia wysokiej jakości badań była metoda triangulacji przeprowadzona w części artykułu poświęconej dyskusji. Triangulacja polegała na konsultacjach zespołowych. Wyniki badań prezentują opis i znaczenie czynników determinujących decyzje życiowe osób starszych w odniesieniu do postaw rezygnacyjnych, poczynione na przykładzie historii życia reprezentantki najstarszego pokolenia Polaków. Wnioski uwieńczone zostały postulatami do zastosowania na gruncie rozwoju wiedzy i praktycznych działań w obszarze nauk społecznych dotyczących jakości życia osób starszych.

Metodologia przeprowadzonych badań

1. Cel przeprowadzonych badań oraz uzasadnienie

Głównym celem badań jest wyłonienie i opis czynników powodujących utratę sensu życia oraz podjęcie prób samobójczych przez osoby starsze.

Przemiany historyczno-społeczne, w których uczestniczyli przedstawiciele najstarszego pokolenia Polaków, w istotny sposób rzutują na percepcję jakości

życia odczuwanej przez osoby w podeszłym wieku. Osoby najstarsze brały udział w wydarzeniach drugiej wojny światowej, doświadczyły przemian ideologicznych związanych z wprowadzaniem socjalizmu w Polsce powojennej, a także przeżyły proces transformacji ustrojowej krajów Europy Wschodniej. Obecnie uczestniczą w dynamicznie rozprzestrzeniających się procesach globalizacyjnych, które dla młodego pokolenia stanowią nowe perspektywy rozwojowe i życiowe, jednak dla starszych osób są przemianami trudnymi do zaakceptowania i wdrożenia w życie. Często budzą postawy lękowe związane z nieprzewidywalnością zdarzeń zachodzących na całym świecie, możliwością pojawienia się nowych zagrożeń. Do tego dochodzą ograniczenia związane z wiekiem, stanem zdrowia, jakością więzi rodzinnych, możliwością realizowania potrzeb podstawowych oraz wyższego rzędu. Otwiera to przestrzeń do pracy dla wielu specjalistów, tj.: psychologów, andragogów, animatorów kultury i sztuki, której celem będzie zapobieganie utracie poczucia sensu życia przez osoby starsze.

2. Cele szczegółowe przeprowadzonych badań

- a. Zbadanie i opis wydarzeń życiowych skłaniających do podjęcia prób samobójczych.
- b. Określenie i opis czynników zdrowotnych determinujących utratę satysfakcji z życia.
- c. Wyłonienie i opis czynników powodujących poczucie osamotnienia u osób starszych.
- d. Rozpoznanie czynników wpływających na niemożność zaspokojenia potrzeb życiowych.

3. Prezentacja problemów badawczych

Problem główny:

Jakie czynniki determinują podjęcie decyzji o popełnieniu samobójstwa u osób starszych?

Problemy szczegółowe:

- Jak kształtuje się ogólna satysfakcja z życia osoby starszej?
- Jak przebiega proces utraty sensu życia?
- Jak stan zdrowia i kondycja fizyczna warunkują myśli suicydalne osób starszych?
- Jaki wpływ miały wydarzenia historyczne oraz przemiany społeczne i kulturowe w Polsce i na świecie na proces kształtowania się jakości życia seniorów?
- Jakie znaczenie mają relacje rodzinne i społeczne dla poczucia wartości życia osoby starszej?
- Jakie formy aktywności wzmacniają poczucie zadowolenia z życia?

4. Opis metod wykorzystanych do zebrania materiału badawczego

Ze względu na charakter problemu badawczego uzasadnione było podjęcie strategii badań jakościowych. Podejście to pozwala na podejmowanie zagadnień uwzględniających specyfikę jednostkowych przypadków nadających znaczenie procesowi zmian, jakie mają miejsce w szerszym kręgu społecznym. Istotną cechą badania jakościowego jest dążenie do ujmowania badanego zjawiska w jego szerokim kontekście – zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym. Zrezygnowano z formułowania hipotez, określania wskaźników oraz zmiennych. Przeprowadzone badania mają charakter eksploracyjno-opisowy i wyjaśniający. Dotyczą analizy zmian zachodzących w życiu badanej przedstawicielki starszego pokolenia, prowadzących do podjęcia prób samobójczych. Metodą był wywiad narracyjny dotyczący historii życia. Założeniem sformułowanym na wstępie badań był związek pomiędzy biegiem życia wplecionym w sytuację społeczną i kulturową w Polsce i na świecie. Badaniu podlegały więc nie tylko poszczególne zagadnienia, zjawiska, lecz przede wszystkim zależności pomiędzy nimi.

Narracja w badanym przypadku była słowną rekonstrukcją ciągu zdarzeń. Wywiad narracyjny był przeprowadzony niestandardowo: osoba badacza pełniła rolę uważnego słuchacza i powiernika zwierzeń. W takim badaniu na wstępie należało nawiązać kontakt z osobą badaną, spowodować, by czuła się naturalnie w sytuacji badania i aby opowiadanie o swoim życiu było dla niej miłą, choć monologową, formą rozmowy. Badacz następnie zadał tylko jedno inicjujące pytanie, a następnie skupił się na rejestrowaniu opowieści oraz wychwyceniu znaczeń z przekazu pozawerbalnego. Dzięki zastosowaniu metody wywiadu narracyjnego ważną częścią badań może być odkrywanie różnych wymiarów, aspektów lub też niuansów zawartych w pojęciach.

5. Charakterystyka próby badawczej oraz terenu badań

Badaniami objęta została 92-letnia kobieta, po dwóch próbach samobójczych, będąca przedstawicielką najstarszego pokolenia Polaków. Udzielała ona wywiadu w miejscu swego zamieszkania.

6. Organizacja i przebieg badań biograficznych

Pierwszym krokiem w podejściu do etapu empirycznego prowadzonych badań było wytypowanie przedstawiciela najstarszego pokolenia Polaków, spełniającego wymagania doboru celowego. Wypowiedź rejestrowana była w postaci zapisu elektronicznego. Jednocześnie prowadzona była obserwacja wypowiedzi osoby badanej, pozwalająca na wychwycenie wszelkich pozawerbalnych przekazów istotnych dla prowadzonego badania. Wywiad poprzedzało nawiązanie kontaktu

interpersonalnego, zainspirowanie osoby badanej do rozmowy oraz wytworzenie odpowiedniej, przyjaznej atmosfery pozwalającej na otwartość w przekazywaniu przez nią historii życia. Wywiad prowadzony był trójfazowo. Najpierw miała miejsce faza otwartego opowiadania, następnie faza pytań uzupełniających, a kończyła go faza bilansowania. Wywiad narracyjny rozpoczynał się zdaniem: „Proszę, by pani opowiedziała mi historię swego życia”. Zakładano brak jakiegokolwiek tematycznej interwencji prowadzącego wywiad. Na jego pierwszy etap przeznaczona była optymalna, wystarczająca dla swobodnej wypowiedzi, ilość czasu. Gdy interlokutorka kończyła swe opowiadanie wyraźnym sformułowaniem (kodą), artykułowane były pytania uzupełniające, wynikające z problematyki pracy. Zebrany materiał następnie podlegał transkrypcji w postaci zapisanego tekstu, opatrzonego uwagami pochodzącymi z obserwacji badanej osoby.

7. Metody analizy zebranego materiału

Metodą wykorzystaną w opracowaniu oraz analizie zebranego materiału badawczego była metoda analizy struktur procesu. Wykorzystując model narracyjno-strukturalny opracowania danych, badacz za pomocą określonej procedury określa, jakie elementarne struktury procesu są konstytutywne dla badania biografii. Celem zastosowania tej metody jest rekonstrukcja wzajemnych relacji pomiędzy faktycznie istniejącymi wzorcami biograficznymi a nie pomiędzy subiektywnymi interpretacjami życia poczynionymi przez badanych.

Analiza danych zebranych metodą wywiadu narracyjnego

Leżę i czekam na śmierć. Nic w moim życiu już się nie wydarzy. Mam żal do Boga, że tak długo mnie tu trzyma. Czasami wściekam się na Niego. Mówiłam mu, że nie ma litości, że za jakie grzechy mnie tak karze...

Respondentką była kobieta w wieku 92 lat. Na użytek badań, w celu chronienia jej tożsamości, określana będzie imieniem Joanna. Urodziła się w niewielkim miasteczku na południu Polski. Posiadała czworo rodzeństwa – dwóch braci i dwie siostry. Obecnie nikt z rodzeństwa nie żyje, choć wszyscy przeżyli okres wojenny, założyli rodziny, posiadali dzieci i wnuki. Czas wojenny przypadł na wiek 9–15 lat w życiu Joanny. Od najmłodszych lat Joanna pracowała. Dziś można by określić działanie jej rodziny jako wykorzystywanie zasobów, jakie posiadała. Badana służyła w domu żony wysoko postawionego w randze wojskowej Niemca. Chroniło to jej rodzinę przed ewentualnymi zagrożeniami wywiezienia na tereny zachodnie Rzeszy Niemieckiej. Okres ten Joanna wspomina jako

bardzo trudne doświadczenie w swoim życiu. Tylko młody wiek i związana z tym odporność organizmu, jak również chęć przetrwania, pozwoliły badanej przetrwać obciążającą psychicznie i wyczerpującą zdrowotnie pracę.

W czasie wojny i okupacji byłam młodą dziewczyną. Miałam 9 lat, gdy poszłam do służby do Niemki. Elegancka pani, miała wysoko postawionego męża. Ja miałam tam u nich sprzątać. Pani codziennie rano wkładała białe rękawiczki i przejeżdżała ręką po meblach i półkach. Jak na rękawicze był jakiś ślad kurzu lub paproch, to dostawałam baty. Najbardziej lubiła bić po twarzy i głowie. Ale jak przychodził Pan, to była miła. Czasami nawet mnie czekoladą poczęstował. Wtedy była najbardziej wściekła. I wolałam już tej czekolady nie dostać, żeby tylko potem, jak go nie będzie, nie oberwać. Potem gdzieś ich przenieśli, a ja już poszłam do fabryki do pracy.

W fabryce pracowałam w hali, gdzie produkowali jakieś metalowe części do maszyn. Nie mówili, do czego, bo bali się sabotażu. Ja te części miałam pakować do skrzynek i zanosić do innej części hali. Było tam zawsze bardzo gorąco. Pot leciał z całego człowieka. Podłoga była nagrzana, więc chodziłam boso. Lato, zima – zawsze boso. Ciężka praca, ale za to rodzina była chroniona, nie kwalifikowali nas do wywózki. Myślę, że przez tę pracę mam problemy ze stawami i kręgosłupem. Ale jak się jest młodym, to nie myśli się o starości. A starość się Panu Bogu nie udała, oj, nie udała.

We wspomnieniach z okresu młodości pojawia się wątek zdrowia, tak istotny w okresie starości Joanny. Już wtedy wystąpiło zagrożenie późniejszymi powikłaniami zdrowotnymi, bagatelizowane przez młodą, nieświadomą konsekwencji, dziewczynę. Gdy w wieku podeszłym Joanna podjęła próby pozbawienia się życia, stan jej zdrowia był czynnikiem o ogromnym znaczeniu.

Joanna była zamężna dwa razy. Pierwsze małżeństwo było zaaranżowane przez rodzinę badanej, z mężczyzną dużo od niej starszym, nadużywającym alkoholu.

Jeszcze w czasie wojny rodzina postanowiła mnie wydać za mąż. Byłam bardzo młoda i nikt mnie o zgodę nie pytał. Trafił się dużo starszy rzeźnik, który chciał mnie za żonę, i rodzina się zgodziła. U mnie decydowała matka. Miałam jeszcze czwórkę rodzeństwa – dwóch braci i dwie siostry. Więc matka stwierdziła, że dzięki temu mięsa w rodzinie nie braknie. Wtedy pierwszy raz pomyślałam, że wolałabym się zabić niż za niego wyjść. Tak naprawdę to matka sprzedała mnie za mięso. Nawet planowałam powiesić się na stryszku. Ale nie odważyłam się zabić. Głównie przez wiarę. Pamiętam, jak

mi babcia opowiadała, że w piekle diabeł będzie oczy widłami wykuwał. Bałam się i poddałam się rodzinie.

Po raz pierwszy w opowieści badanej pojawił się wątek samobójstwa. Wprawdzie nie była to świadoma decyzja o dokonaniu samozagłady, lecz ewentualność, która stanowiła reakcję młodej dziewczyny na perspektywę ślubu z prawie nieznanym mężczyzną. Joanna nie była szczęśliwa w tym małżeństwie.

Wysłałam więc za mąż i zaraz po wyzwoleniu urodziłam synka. Zostałam sama ze swoimi problemami. Rodzina tylko korzystała z pomocy mojego męża, a jak się chciałam pożalić, to mi matka mówiła, że taki jest los kobiety i mam go w spokoju znosić, i że powinnam się cieszyć, że mnie ktoś w ogóle chciał. Jedyna osoba, która mnie wspierała, to mój kuzyn Adam. Został nawet chrzestnym mojego syna. Ale jak przychodził nas odwiedzić, to mąż zawsze stawiał spirytus i chciał z nim pić. Adam przychodził coraz rzadziej. Potem się zakochał, ale dziewczyna go nie chciała, i popełnił samobójstwo. Teraz już na nikogo nie mogłam liczyć. Zaczęła się moja gehenna. Mąż pił. Dużo zarabiał, ale wszystko przepijał. Potrafił nawet obrus, który wyhaftowałam, żeby było ładnie, wziąć i sprzedać. Znowu zaszłam w ciążę, ale straciłam to dziecko. Chciałam się zabić. Ale teraz miałam syna i co? Miał zostać z takim ojcem? Jeszcze i jego by za wódkę sprzedał.

Badana po raz kolejny podnosi wątek popełnienia samobójstwa. W tym wypadku czynnikiem wstrzymującym był fakt posiadania dziecka. Jednak należy zauważyć, że tak drastyczny czyn, jakim jest pozbawienie siebie życia, był wpisany w schemat radzenia sobie z sytuacjami krytycznymi, którymi dysponowała badana. Możliwe jest, że wartość samego życia oraz jego utraty została zaburzona w percepcji badanej pod wpływem stałego zagrożenia jego ulotnością. Doświadczane i obserwowane okrucieństwa i mordy dokonywane przez okupanta na Polakach także mogły wpłynąć na postrzeganie życia jako czegoś ulotnego, co można łatwo utracić. W rodzinie badanej były także obecne wzory radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi poprzez akty definitywnej rezygnacji z życia. Ważną osobą dla Joanny był jej kuzyn Adam, który właśnie na taką drogę rezygnacji z życia się zdecydował. To potwierdza obecność w schematach rodzinnych postaw suicydalnych.

Także już na tym etapie życia można zauważyć kolejny czynnik wpływający na decyzję Joanny-seniorki o pozbawieniu się życia, mianowicie osamotnienie. Rodzina, w odczuciu badanej, ją opuściła, jedyna wspierająca osoba popełniła samobójstwo. Osamotnienie wywołało u badanej potrzebę uwolnienia się z sytuacji,

w której przeżywała cierpienie. Jednak Joanna przezwyciężyła ten kryzys, podejmując ogromne, jak na tamten czas, wyzwanie. Podjęła decyzję o rozwodzie.

Miałam 19 lat i postanowiłam się rozwieść. To było wtedy ciężkie, bo ludzie nie uznawali rozwodów. Uważali, że to zawsze kobieta jest winna. Rozwódki były źle traktowane, jak kobiety lekkich obyczajów. Uważano, że wszyscy piją: jedni mniej, inni więcej, i że nie można się rozwieść, bo mąż pije. Cała moja rodzina się mnie wyparła. Powiedzieli, że nie chcą mnie znać. Stanęli po stronie męża. Na szczęście na sprawę o rozwód on przyszedł całkiem pijany, brudny, rozchełstany. Zaczął na mnie wrzeszczeć. Sędzina, jak go zobaczyła, to kazała go wyprowadzić, a do mnie powiedziała: „Dziecko, daję ci rozwód. Idź i ulóż sobie życie od nowa. Najlepiej gdzieś wyjedź”. Zostałam sama z dzieckiem. Za uskładane w tajemnicy drobniaki pojechałam do miasta, które dopiero powstawało i gdzie dużo młodych ludzi jechało do pracy – do Nowej Huty.

Życie Joanny wkroczyło w nowy etap. Podjęła decyzję wyjazdu do nieznanego wcześniej miejsca wraz z małym dzieckiem. To świadczy o sile psychicznej i fizycznej, jaką dysponowała badana pomimo opuszczenia przez bliskich. Osobowościowe cechy Joanny, jej życzliwość dla innych, komunikatywność, otwartość na ludzi powodowały, że łatwo zyskiwała pomoc i wsparcie u nowo poznanych osób. Okres powojenny w Polsce charakteryzowały częste migracje i przemieszczanie się ludności, która – dobrowolnie lub pod przymusem – osiedlała się na nowych terenach. Wielu młodych ludzi, zgodnie z propagandą idealistyczną dominującą w kraju, przybywało do nowo tworzonych ośrodków przemysłowych, takich jak Nowa Huta, by odnaleźć tu łatwiejsze, szczęśliwsze życie.

Gdy wysiadłam z takiej wojskowej ciężarówki, ledwo żywa, z dzieckiem, ogarnął mnie strach. Co ja najlepszego zrobiłam. Że przyjdzie mi żebrać. Szłam ulicą i zobaczyłam stragany, gdzie kobiety w białych fartuchach sprzedawały. Było jakieś święto i ze sklepów wyszli sprzedawać na placu. Podeszłam i zapytałam o pracę. Okazało się, że potrzebowały do pomocy w sklepie. Jedna z tych kobiet ulitowała się i wzięła mnie do siebie na noc. Ta noc przemieniła się w tydzień albo więcej. Zaczęłam chodzić do sklepu do pracy. Szybko się okazało, że potrafię najszybciej liczyć – i to w głowie. Nie na papierze. Więc zaczęłam obsługiwać klientów. Zawsze byłam miła i wesoła. Taką mam naturę. Lubiłam zagadywać do klientów, więc częściej przychodzili i miałyśmy już stałych klientów. Potrafiłam też bardzo

cieniutko i ładnie kroić wędlinę. To była szkoła Niemki i teraz się przydała. Brygadzysta zobaczył, że dobrze pracuję, i chciał mi pomóc. Pomógł mi znaleźć pokój w mieszkaniu, gdzie były już trzy dziewczyny. Ale pokój miałam własny. Dla siebie i synka.

Analizując wypowiedź Joanny, można stwierdzić, że nastąpił najszcześniejszy okres w jej życiu. Czuła, że może o sobie decydować, stała się świadoma swoich możliwości. Mogła się kształcić, pracować i utrzymać siebie i syna. Mogła liczyć na pomoc ze strony przełożonego, była lubiana w pracy. Odzyskała nadzieję na lepszą przyszłość. Wierzyła także w głoszoną propagandę ideologiczną, gwarantującą młodym, wiernym systemowi ludziom świetlaną przyszłość.

Teraz mój los się polepszył. Zarabiałam, miałam gdzie mieszkać. Otaczali mnie inni młodzi ludzie, którzy skądś przyjechali. Wszyscy byli równi. Uwierzyłam, że to nowe nasze państwo to jest nasza przyszłość. Przyszłość, gdzie nie będzie biedy, gdzie wszyscy są równi i wystarczy tylko solidnie pracować, by żyć szczęśliwie. Brygadzysta posłał mnie do szkoły średniej, żebym miała wykształcenie. Na początku myślałam, że to niepotrzebne, ale zapytał mnie, czy chcę być kiedyś kierowniczką sklepu, i że mam się uczyć. Był dla mnie trochę jak ojciec.

W tym momencie rozpoczyna się kolejny etap w życiu badanej. Etap, w którym Joanna sama wybiera partnera życiowego, kierując się uczuciami. Ponieważ wierzyła, że każdy może kształtować swój los, nie obawiała się niczego i była przekonana, że wreszcie odnalazła miłość swego życia i nic nie stanie na przeszkodzie ich wspólnemu szczęściu.

Kiedyś przyszedł do sklepu bardzo ładny chłopak. Wysoki, barczysty, niebieskie oczy. No to go obsłużyłam, jakoś zagadałam. No i nic, bo był jakiś taki cichy i nieśmiały. Za tydzień przyszedł znowu. Tak zaczął przychodzić stale i zauważyłam, że czeka, żebym to ja go obsłużyła. Dziewczyny już do siebie mrugały, gdy przychodził. Kiedyś na koniec, jak zapłacił, położył na ladzie bukietik stokrotek. To już był znak. Wysłałam za nim, żeby podziękować, i tak się zaczęło. Pracował w hucie i dostaliśmy stamtąd mieszkanie. Musieliśmy wziąć ślub, bo wtedy dawali większe mieszkanie. Był cichy, tylko koleżanki z pracy zaprosiłam. Pierwsze nasze mieszkanie, dwa pokoje. Jeden dla syna, drugi dla nas. Cieszyłam się jak wariatka. Zygmunt też się cieszył, ale jakby go coś gryzło od środka. Wiedziałam, że dręczy go jakaś tajemnica, bo czasami nie mógł spać w nocy albo się budził z krzykiem. Gdy

pytałam, co mu jest, mówił, że to wojna go zmieniła. Nie chciał o tym rozmawiać. Jednak prawda okazała się straszniejsza.

Pomimo radości z życia rodzinnego można zauważyć w przeżyciach badanej pojawiający się strach przed nieznanymi konsekwencjami przeszłości jej partnera. Znamiona czasu powojennego w Polsce niosły ze sobą groźbę dla wszystkich osób, u których dopatrywano się potencjalnego zagrożenia dla nowego systemu politycznego.

Problemy się zaczęły, gdy kiedyś w niedzielę rano ktoś zapukał do drzwi. Stało trzech mężczyzn i pytali o męża. Powiedzieli tylko: „Pan pójdzie z nami”. Zygmunt pożegnał się tak, jakby wyjeżdżał w daleką podróż, i poszedł. Był przygarbiony, blady jak śmierć. Byłam tak wystraszona, jak nawet w czasie wojny nie byłam. Próbowałam dowiedzieć się, co się stało. Rano opowiedziałam wszystko brygadziście, a on powiedział, że zobaczy, co da się zrobić. Następnego dnia powiedział, że nie wiem, za kogo wysłałam za mąż, że to wróg ustroju i że lepiej, żebym wzięła rozwód, bo różnie może być. Że dla dobra dziecka powinnam o Zygmuncie zapomnieć. Więcej nie chciał nic powiedzieć. Wpadłam w panikę. Nie wiedziałam, o co chodzi. Rozpaczalam, ale nie miałam nikogo, kto mógł mi pomóc. Znowu zostałam sama. Bałam się i tęskniłam. Odechciało mi się chodzić do pracy. Nawet syn mnie nie cieszył. Rano zwlekałam się z łóżka, zaprowadzałam syna do szkoły, szłam do roboty. Ale nic mnie nie cieszyło. Ludzie zaczęli się odsuwać ode mnie. Odbierałam syna, a potem kładłam się do łóżka. Nawet nie wiedziałam, co dzieciak w tym czasie robił. Okazało się, że brała go do siebie sąsiadka. Przestałam chodzić do szkoły, wiecznie leżałam w łóżku.

W opowieści badanej pojawiają się syndromy stanu depresyjnego, wówczas choroby, która nie była jeszcze diagnozowana. W obecnym stanie medycyny możemy odnaleźć powiązania pomiędzy przeżywaną depresją a podejmowanymi aktami samobójstwa. W historii opowiadanej przez respondentkę zauważyć można jej bezradność, zagubienie, niepewność jutra, utraconą motywację do życia. Jednak Joanna nie wspomina w tym wypadku o myślach samobójczych. Przeżywa cierpienie związane z osamotnieniem, choć wokół niej byli ludzie, którzy chcieli jej pomóc. Stan ten trwał około pół roku. Więc na tyle długo, by ktoś obserwujący funkcjonowanie kobiety mógł zainicjować pomoc. Jednak tak się nie stało. Życie przyniosło inne rozwiązanie.

Tak minęło pół roku. Któregoś dnia zobaczyłam, że jakiś starszy mężczyzna stoi przed sklepem i jakby boi się wejść. Wyszłam do niego – to był mój Zygmunt. Ale bardzo zmieniony. Popłakałam się. Nic nie było już z tego postawnego, wysokiego, barczystego chłopaka. Obraz biedy i nędzy. Zgarbił się, miał powybijane zęby, lękliwie patrzył na boki. Zaczął mnie przepraszać, że zrobił kłopot, ale mówił, że nie ma dokąd pójść. Zabrałam go do domu. Nie chciał nic jeść, tylko spać. Tak spał przez trzy dni, wstając tylko, by się czegoś napić. Gdy wstał na dobre, poszedł się umyć, przebrać. Coś zjadł. A potem zapytał, czy może na trochę zostać. Jak to na trochę? Przecież jest moim mężem. I nie zostawię go za nic. Ja tak czekałam, a on chce gdzieś iść. To on się popłakał i tylko ten raz widziałam, jak płakał. Już potem nigdy w życiu. Powiedziałam, że teraz nie może być między nami żadnych tajemnic. Że muszę wiedzieć, co się działo w jego życiu. Wprawdzie powiedział, że im mniej wiem, tym dla mnie lepiej, ale się zgodził. Pochodził z Białostocczyzny. Jako szesnastolatek wstąpił do partyzantki. Toczyli takie walki z Niemcami, znienacka, z lasu. Potem przyszli Rosjanie i z nimi też walczyli. Był w AK. Pokazywał mi białą-czerwoną naszywkę i legitymację. Za to go ścigali po wojnie. Ktoś z tej grupy, w której był, musiał go wskazać i zaczęli go tropić. Nie chciał mówić, co było w więzieniu, jak go bili, znęcali się nad nim. Powiedział tylko, że był za młody i niewiele wiedział, i to, co wiedział, już ktoś im zeznał. Dlatego go wypuścili. Przez całe życie towarzyszył mu lęk, że po niego przyjdą. Nie wierzył nikomu. A ja i tak myślę, że nie powiedział mi wszystkiego.

Joanna odzyskała męża, jednak wraz z tym w jej życiu pojawił się nieustanny strach przeżywany przez Zygmunta. Badana współuczestniczyła w tym lęku, co wzmogło u niej występujące stany depresyjne. Zauważyć można, że syn pozostaje jakby w tle jej przeżyć. Nie jest wymieniany w większości wątków opowieści, którą dzieli się respondentka. Joanna jest mocno skupiona na własnych przeżyciach związanych z relacją z Zygmuntem. Dziecko nie było wówczas wystarczającą motywacją do wyjścia ze stanów lękowych.

Minęła pierwsza radość z powrotu Zygmunta i niby wszystko wróciło do normalności, ale nic już nie było jak wcześniej. Baliśmy się gdzieś wychodzić. Zwykle wyjście do pracy mogło być pożegnaniem na zawsze. Synowi zabroniliśmy mówić o tym, co się dzieje w domu, nawet z kolegami. W domu zaczęły się awantury. Zygmunt strasznie się denerwował o wszystko. Syn także był powodem do awantur. Zdecydowałam się odesłać go do mojej matki. Nie było to łatwe, ale tam przynajmniej miał spokój. Tam skończył podstawówkę.

Badana zdecydowała się na drastyczny krok oddania dziecka pod opiekę rodziny, z którą była skonfliktowana i nie utrzymywała kontaktów. To może świadczyć o poziomie napięcia, w jakim żyła. Każdy dzień powodował podejmowanie walki o przetrwanie. Tak swe życie w małżeństwie postrzegała respondentka. Ponieważ badana nie mogła nigdzie wyjeżdżać, bojąc się zostawiać męża samego, a on bał się uczestniczyć w jakichkolwiek pozadomowych aktywnościach, rozwiązaniem stał się ogródek działkowy. Usytuowany był, jak opowiadała respondentka, w zacisznym łukowym otoczeniu błoni nowohuckich. Pozwalał na namiastkę swobodnego życia.

Jedyną naszą rozrywką był niewielki ogródek działkowy. Mieliliśmy tam maliny, truskawki, marchewkę, pietruszkę, takie tam, na własne potrzeby. Zygmunt hodował pszczoły. To była jego pasja. Codziennie brał rower i rano jechał na tę działkę. Wracał wieczorem. Ja czasami szłam tam za nim z jakimś jedzeniem. Nie jeździliśmy nigdzie, bo Zygmunt się bał. Nie lubił oddalać się zbyt od domu. Któregoś dnia wrócił pobity. Dwóch drabów napadło na niego w drodze na tę działkę, tam gdzie nikt nie chodził. Nie wiadomo, o co im chodziło, bo roweru mu nie zabrali. Nawet taką małą radość w życiu chcieli mu odebrać. Zaczęliśmy chodzić na tę działkę razem. Pewnie by odpuścił i siedział w domu, ale były pszczoły, które kochał. To go podtrzymało, by się nie załamał.

W wypowiedziach badanej pobrzmiewa niewyrażone wprost głębokie zaangażowanie emocjonalne w związek z drugim mężem. Dla niego poświęca możliwość wychowywania jedynego dziecka. Współodczuwa z mężem jego lęki, wspomnienia trudnych przeżyć z okresu partyzantki oraz późniejszego uwięzienia. Nie próbuje wyprowadzić go z tego stanu psychicznego, nie stara się powrócić do normalnego funkcjonowania, lecz poddaje się wpływowi emocji przeżywanych przez Zygmunta. Lekarstwem okazuje się być czas oraz zmieniająca się sytuacja polityczna w kraju.

Życie mijało, więcej dzieci nie miałam. Myślę, że to mąż nie mógł mieć dzieci po tym wszystkim, co przeszedł. Bardzo mu to leżało na sercu. Często wpadał w nerwy z byle powodu. Wtedy nie zwracał uwagi na nic, tylko się wściekał o każdy drobiazg. Poszłam do lekarza psychiatry i mówię, co i jak. Że mąż sam nie przyjdzie, a że już nie można mu bez leków pomóc. Lekarz przepisał leki na uspokojenie, ale powiedział, że mąż ma sam przyjść. To było na nic, mąż nigdy nie poszedłby do psychiatry. Więc nic się nie zmieniło. Trzeba było cierpieć dalej. Syn przyjeżdżał na święta,

ale nie czuł się dobrze u nas. Nie lubił Zygmunta i obwiniął go, że zniszczył mi życie. Powiedział, że to nie jest już jego dom. Bolało mnie to, ale takie życie wybrałam. Potem zapisał się do szkoły morskiej i na stałe wyjechał nad morze. Był bardzo rzadko u nas, czasami wysyłał jakieś pocztówki z krajów, gdzie pływał.

Zauważalne jest, że Joanna unika w wypowiedziach określenia swoich emocji związanych z synem. W żadnym momencie jej opowieści nie padło sformułowanie, że kocha swoje dziecko. Jedynie w początkowym okresie życia syna pojawiły się wątki mówiące o jej trosce i przywiązaniu do małego dziecka. Wynikać to może z wzorców zaczerpniętych z domu rodzinnego badanej, w którym matka nie była osobą czującą, okazującą uczucie domownikom. Badana odczuwa także jako traumatyczne przeżycie oddanie jej na służbę do Niemców, by zabezpieczyć rodzinę przed restrykcjami nakładanymi na Polaków. Drugim ciężkim przeżyciem było oddanie przez rodzinę Joanny za żonę starszemu, problematycznemu mężczyźnie, do którego młoda dziewczyna nic nie czuła i wręcz wołała popełnić samobójstwo niż wyjść za mąż. Temu mężczyźnie urodziła syna. Wysoce prawdopodobne jest, że podobieństwo do znenawidzonego człowieka utrudniło badanej utrzymanie prawidłowej relacji z synem. Wszystkie te czynniki mogły wpłynąć na jej stosunek do własnego dziecka.

Gdy miałam około pięćdziesiątki, przyszła do nas do sklepu młoda dziewczyna. Zosia przyjechała z malutkiej wsi i nic nie umiała. Prawdziwe cielętko z wielkimi oczami. Wiedziała tylko, że chce zostać w mieście. Jej matka zmarła. Nie miała nikogo, więc przyjechała. Przypomniało mi się, że ja też tak kiedyś przyszedłam i szukałam pomocy. Więc zaopiekowałam się nią i zyskałam przybraną córkę. Pomogłam jej zapisać się do szkoły: najpierw zawodowej, potem technikum, znalazłam miejsce w internacie. Dostała stypendium, a i ja jej dorzucałam grosza, żeby miała na jakiś ciuszek. Kształciła się na krawcową. Potem poznała chłopaka, a ja zrobiłam wesele. Jak prawdziwa matka.

W dziewczynie, którą zaopiekowała się Joanna, odnalazła więź, jakiej nie potrafiła stworzyć z synem. Wysoce prawdopodobne jest, że brak dzieci z drugim mężem, zmieniające się warunki w kraju oraz długi staż w małżeństwie ustabilizowały emocjonalnie Joannę, która mogła skonfrontować się z niezrealizowanymi potrzebami macierzyństwa. Relacja z Zosią znacząco wpłynęła na jakość życia Joanny. Żyła teraz życiem przybranej córki. Cieszyła się jej szczęściem. Znowu odzyskała radość i chęć nawiązywania przyjaznych kontaktów z ludźmi.

Jak stwierdziła, była osobą rozpoznawalną na osiedlu, gdzie mieszkała. Często przystawała na pogawędki ze znanymi i nieznanymi osobami. Ten dobrostan skomplikowało pogarszające się zdrowie – zarówno Joanny, jak i jej męża.

Potem zaczęły się choroby. Najpierw cukrzyca u Zygmunta. Bardzo zaawansowana. Musieli mu amputować najpierw jeden palec u stopy, potem następne. Wtedy stracił radość życia. Stał się jeszcze bardziej agresywny, ciągle się kłócił. Myślę, że ten ból, którego kiedyś w więzieniu doznał, dopiero wtedy wyszedł na wierzch i zaczął mu mieszać w głowie. Podejrzewał wszystkich, że go śledzą. Nawet mnie. To było nie do zniesienia. Wtedy znów pomyślałam, że tak naprawdę nie mam dla kogo żyć. Po co się męczyć? Lepiej, jakby mnie nie było. Dla nikogo nie byłam ważna, nikomu niepotrzebna. Znowu myślałam, żeby zażyć wszystkie leki i skończyć ze sobą. No, ale zbyt Zygmunta kochałam, żeby go zostawić samego w chorobie. Znowu poprosiłam o pomoc lekarza psychiatrę. Przyszedł do domu jako lekarz, a Zygmunt nie wiedział, jakiej specjalizacji, i przepisał mu leki. Po ich zażywaniu Zygmunt się uspokoił. Życie znów było do zniesienia.

Kolejny raz okoliczności życiowe kierują myśli badanej w stronę samobójstwa. Pierwszy raz też w wypowiedzi Joanny pojawia się stwierdzenie, że kogoś kocha. Jest to miłość bezwarunkowa, pełna poświęceń. Troska o los męża jest czynnikiem powstrzymującym badaną przed targnięciem się na własne życie. W tym okresie życia Joanna zaczyna odczuwać poważne problemy zdrowotne. Nadmiernie eksploatowany pod względem fizycznym i psychicznym organizm sygnalizuje konieczność podjęcia starań o utrzymanie kondycji zdrowotnej badanej w stanie pozwalającym na satysfakcjonujące funkcjonowanie. Należy zauważyć, że zarówno praca w fabryce we wczesnej młodości, jak i wyczerpująca praca w roli ekspedientki spowodowały poważne komplikacje zdrowotne Joanny. Do czasu pojawienia się dolegliwości bólowych uniemożliwiających codzienne funkcjonowanie badana lekceważyła objawy chorobowe, całą swą uwagę poświęcając chorobie męża.

Zaczęły mnie boleć kolana – najpierw czasami, potem codziennie. Miałam coraz większy problem z chodzeniem. Do tego doszedł problem z kręgosłupem. To się przypominało dźwiganie towarów w sklepie. Zawsze byłam silna i dźwigałam worki z cukrem i mąką. Nawet byłam z tego dumna. Teraz dopiero zrozumiałam, że byłam głupia, bo kto doceni to, że się poświęcałam. To było straszne. Nie chciałam być zamknięta w czterech ścianach domu. Chodziłam mimo tego bólu. Lekarz kazał mi kupić kule lub laskę.

No nie, nigdy nikt mnie nie zobaczy o lasce. No i doigrałam się. Upadłam na ulicy i nie mogłam sama się podnieść. Ból był nie do wytrzymania. Straciłam przytomność i obudziłam się w szpitalu. Skomplikowane złamanie nogi w udzie z przemieszczeniami. Stałam się zależna od innych. To było najgorsze. Pozbawiało mnie godności.

Badana weszła w okres życia naznaczony chorobą i cierpieniem. Inne problemy zeszły na plan dalszy. Jak mówiła, dzięki utrzymywaniu wcześniejszych znajomości zawsze był ktoś pomocny, kto zrobił zakupy lub pomógł w domu. Joanna mogła także liczyć na pomoc przybranej córki, Zosi. Badana zawsze była osobą niezależną, więc stan, w którym musiała zdać się na opiekę innych, często przypadkowych, osób, był dla niej bardzo trudny do zaakceptowania. Na początku choroby mogła liczyć na pomoc i towarzystwo męża. Jednak ten pod wpływem leków był pozbawiony inicjatywy i decyzyjności. Wykonywał polecenia, ale nie znajdował rozwiązań dla sytuacji problematycznych. Joannę czekał kolejny cios, którego się nie spodziewała.

Zygmunt któregoś wieczoru narzekał na serce i duszność. Nie chciał, żeby wzywać pogotowie. Zażył krople na serce i położył się spać. Powiedział, że wszystko już mu minęło. Kiedy się obudziłam i go zawołałam, nie odzywał się. Zadzwoniłam do sąsiadki i gdy ona przyszła, to go znalazła. Leżał koło wersalki i nie oddychał. Próbowali go reanimować, ale serce mu wysiadło. Miał rozległy zawał. Umarł. Nawet się z nim nie pożegnałam. Zostałam sama. Nie mogłam się z tym pogodzić. Znowu moje życie straciło sens. Chciałam też umrzeć... Któregoś dnia wysypałam sobie wszystkie tabletki na ból, co miałam wykupione, i jedna po drugiej zaczęłam je łykać. Zaczęło mi się robić słabo, potem pojawiły się zawroty głowy. Żaden diabeł po mnie nie przyszedł. Babcia nie mówiła prawdy. Znowu obudziłam się w szpitalu. Tym razem znajomy przyszedł mnie odwiedzić. Znalazł mnie nieprzytomną i puste słoiczki po lekach.

Kolejny raz u badanej pojawiły się myśli suicydalne. Osamotnienie, żal, poczucie straty, choroba i cierpienie, zależność od innych osób – wszystkie te czynniki wystąpiły jednocześnie. Wobec takiego nagromadzenia obciążeń Joanna była bezbronna. Podjęła desperacką próbę pozbawienia się życia. Paradoksalnie próba ta doprowadziła do otoczenia jej właściwą specjalistyczną opieką. Dzięki trzymiesięcznemu pobytkowi w szpitalu psychiatrycznym wyleczono także nogę badanej. Następnie, dzięki pomocy sąsiadki – pielęgniarki – Joanna została wysłana do sanatorium na rehabilitację.

Byłam jak we śnie. Silne leki, które dostawałam, powodowały, że cały czas spałam. Potem dawali mi coraz mniej leków i zaczęłam rozumieć, co się ze mną dzieje. Bardzo chciałam wrócić do domu. Położyć się we własnym łóżku. I tak po prostu leżeć. Nic więcej. Ale jeszcze nie chcieli mnie wypuścić. Przychodziła do mnie codziennie młoda pani psycholog. Rozmawiałyśmy, a właściwie to ona pytała, a ja opowiadałam. To przynosiło ulgę. Jak już noga mi się wygoiła i zaczęłam uczyć się chodzić, to każdy dzień był lepszy. Zaczęłam krótkie spacerować – najpierw o kulach, potem o lasce. Wreszcie mnie wypisali. I spełniło się moje marzenie. Wróciłam do domu. Otworzyłam drzwi i poczułam pustkę. Puste ściany, meble, żadnego życia. Niby wszystko takie samo, moje, ale inne, obce. Jak teraz żyć? Sąsiadka znów mi pomogła. Załatwiła mi sanatorium. To zmieniło moje życie. Poznałam nowych ludzi. Nowe miejsce. Ja, która tak dawno nigdzie nie wyjeżdżałam, poczułam się lepiej. Były piękne widoki i dobre jedzenie, i nawet ćwiczenia w basenie. Wracałam do zdrowia.

Powyższa wypowiedź badanej wskazuje, jak istotne dla podniesienia jakości życia seniorów są nowe formy aktywności. W chwili zmiany środowiska Joanna odzyskała chęć życia. Nowi znajomi, zabiegi, spacerować, troska personelu to nowe doświadczenia, które pozwoliły jej uporać się z problemami, jakie skłaniały ją do desperackiego kroku pozbawienia się życia.

Po powrocie zaczęłam od sprzątania mieszkania. Któregoś dnia odwiedziła mnie Zosia. Dawno jej nie widziałam. I przyniosła złą wiadomość. Z całą rodziną przenoszą się do Anglii, bo mąż Zosi dostał tam dobrą posadę w firmie, w której pracował. Przenieśli się całą rodziną. Zosia mówiła, że zawsze mogę ich odwiedzić, ale ja czułam, że to tylko tak na otarcie łez. Nie chciałam jednak wracać do stanu, w jakim byłam po śmierci Zygmunta. Codziennie chodziłam na cmentarz. Tam zawsze kogoś spotkałam. Zagadałam i wysłuchałam. O tych zmarłych, co odeszli, o ich życiu. Ja mówiłam o swoim. Moją pociechą był piesek. Przybłąkał się do mnie na cmentarzu. Był spragniony i brudny. Wzięłam go, bo był bardzo malutki. I znów było do kogo wracać do domu. Teraz gotowałam dla pieska. On słuchał mnie, jak się żaliłam, jak narzekałam, wskakiwał na krzesło, patrzył i słuchał, jakby całkiem rozumiał. Tak mijają lata.

Jednak wraz z upływem czasu stan zdrowia badanej się pogarszał. Najbliższą dla niej istotą był pies. Niestety, Joanna zapadła na chorobę, która mocno zdeterminowała jej życie – na parkinsona.

Ta poskładana noga bardzo bolała, zwłaszcza na pogodę. Śruby, które łączyły kości, uwierały. Ledwo poruszałam się po domu. Ale to jeszcze było dobrze. Potem przyplątał się parkinson. Zaczęłam się trząść. Najpierw ręka, potem głowa. Jak zjeść tu zupę czy napić się, gdy wszystko się trzęsie. To już było za wiele. No, po co komu takie życie. Coraz mniej sąsiadów przychodziło, bo nie mogli patrzeć, jak się męczę. Ja zawsze byłam zadbaną kobietą, uśmiechałam się do ludzi, wszyscy mnie lubili. Teraz brzydziłam się sobą.

Czynnikiem, który powodował mocną koncentrację badanej na swoim stanie zdrowia, był brak innych form aktywności. Ograniczona do czterech ścian swojego mieszkania nie miała okazji, by odciągnąć myśli od odczuć przekazywanych przez ciało. Zagłębianie się w sygnały pochodzące od ciała prowadziło do silniejszego odczuwania bólu i koncentrowania się na wszelkich oznakach pogarszania się stanu zdrowia. Brak alternatywnych form spędzania czasu bardzo destrukcyjnie wpłynął na psychikę Joanny. Złego dopełniło zdarzenie, które zburzyło jej zaufanie do ludzi i spowodowało powstanie poczucia wyalienowania, wyobcowania i wykorzystania.

Drzwi stale są otwarte, żeby ktoś ze starych znajomych, gdyby przechodził obok, mógł wejść. Ale tylko najbliższa sąsiadka przychodzi. Któregoś dnia, gdy się obudziłam, nie znalazłam portmonetki pod poduszką. Tam ją trzymałam, bo gdy ktoś przychodził, to dawałam pieniądze, żeby mi coś kupił. Ktoś wszedł, jak spałam, i ukradł. Ktoś ze znajomych, bo przecież nikt obcy by nie wszedł. Tego już było za dużo. Załamalam się wtedy. Byłam sama, ktoś podle wykorzystał moją chorobę. Nie mogę uwierzyć, że są tacy ludzie. Nie chcę żyć na takim świecie. Zażyłam wszystkie te leki, które miałam. Położyłam się do łóżka i czekałam na śmierć. Myślałam, że tak sobie zasnę i już nie obudzę się. Że skończą się cierpienia. Ale tak się nie stało. Najpierw poczułam okropny ból w żołądku, a potem już nic nie pamiętam. Straciłam przytomność. I znowu było płukanie żołądka, znowu psychiatryk. Co ja komu takiego zrobiłam, że muszę tak cierpieć? Po co oni ratują starą, nikomu niepotrzebną kobietę? Wszędzie miałam jakieś rurki. Lekarka powiedziała, że o mały włos się „nie przekreśliłam”. Zaczęłam płakać. Po co mnie ratowali. Nie będzie końca tym cierpieniom. A może już jestem w piekle? Tylko za co? Dalej nie chce mi się żyć. Leki mnie tylko otępiają i ciągle śpię. Zakładam pampersa. Czuję do siebie wstręt. Nawet pies mi nie pomaga. Patrzy z wyrzutem, że chciałam go zostawić. I czeka tylko na sąsiadkę, która przychodzi go wyprowadzić. Takie to moje nic niewarte życie.

Najistotniejszym czynnikiem, który skłaniał badaną do podjęcia prób samobójczych, zawsze było osamotnienie. Brak wsparcia, opuszczenie lub utrata najbliższych osób powodowały, że życie w odczuciu badanej traciło sens. Bardzo destrukcyjne dla jej psychiki było także poczucie braku nadziei oraz niemożności wpływania na swój los. W ostatnim okresie życia Joanna straciła zaufanie do ludzi. Wciąż towarzyszyły jej żal, poczucie straty, choroba i cierpienie. Pojawił się także wstręt do samej siebie spowodowany niedołążnością i uzależnieniem od innych osób. Ostatnie zdanie, jakim badana kończy swą opowieść, najwierniej oddaje stan psychiczny i emocjonalny, w jakim znajdowała się respondentka.

Prezentacja wyników

Samobójstwo rzadko jest, w powszechnej świadomości, kojarzone z osobami starszymi. W sporej mierze dzieje się tak za sprawą dzieł literackich i szerzej pojętych artefaktów kultury. Łatwiej przyswajalny, bardziej swojski, jest obraz zagubionego młodego człowieka, który – jak Werter – decyduje się na odebranie sobie życia w reakcji na silny bodziec.

Jest to jednak tylko jeden z typów samobójstwa opisywanych w literaturze specjalistycznej. Samobójstwo jest bowiem przewidywalnym zjawiskiem, które można wpisać w ciąg przyczynowo-skutkowy i opisać jako konsekwencję czynników kontekstualnych. Niektóre z tych czynników pojawiają się w życiu człowieka dopiero w pewnym wieku (jak przejście na emeryturę lub śmierć partnera życiowego). Coraz częściej samobójstwo jest również konsekwencją rosnącego nacisku na indywidualizm i wybór jednostki w globalnym społeczeństwie. Aby zrozumieć mechanizmy prowadzące do tego aktu, odwołać się należy do klasyfikacji motywacji, cech charakterystycznych oraz czynników zwiększających prawdopodobieństwo samobójstwa.

Brunon Hołyst przytacza w swojej pracy następującą definicję samobójstwa: „Samobójstwo nie jest jedynie przypadkiem samounicestwienia się, lecz trwającym niekiedy całymi latami ciągiem wzajemnie ze sobą powiązanych myśli i czynów” (Hołyst, 2012, s. 640). Jest aktem, którego motywacja oraz sposób wykonania warunkowane są w przeważającym stopniu czynnikami specyficznymi dla danej jednostki, indywidualnego obrazu świata i swojego w nim miejsca. Innymi słowy, kontekst, w jakim omawiane są poszczególne przypadki, jest niezwykle istotny. Aby lepiej zrozumieć wielowymiarowość tego zjawiska, przytoczmy słowa Edwina S. Shneidmana: „Samobójstwo to świadomy akt unicestwienia; najlepiej rozumieć je jako wielowymiarowy stan złego samopoczucia u osoby o niezaspokojonych potrzebach, która samobójstwo uważa za najlepsze rozwiązanie jakiegoś ze swoich problemów”. Shneidman taki stan określa nazwą „ból duszy” (Shneidman, 1998, s. 27).

Istotnymi czynnikami, które należy wziąć pod uwagę, analizując przypadki samobójstw wśród osób starszych, są sytuacja zdrowotna i jakość życia w podeszłym wieku. Organizm człowieka w okresie starości najczęściej zmagają się z kilkoma przewlekłymi zespołami chorobowymi wpływającymi na zdolności motoryczne, poznawcze i zmniejszającymi komfort życia (np. nietrzymanie moczu). Należy również zauważyć, że jest on w tym wieku bardziej podatny na choroby nowotworowe. Ogólna podatność na choroby wzrasta, podczas gdy okres rekonwalescencji wydłuża się. W mózgu zachodzą równie istotne zmiany. Powoduje to zawężenie zainteresowań i często w konsekwencji ograniczenie ich do własnej osoby, utrudnienia w procesie poznawczym i zmniejszoną otwartość na nowe doświadczenia. Obserwujemy również spadek sprawności intelektualnej i pamięciowej. Konsekwencją wymienionych zmian jest pogłębienie uczucia osamotnienia, gdyż zmiany zachodzące w mózgu stopniowo utrudniają komunikację z otoczeniem i sprawiają, że relacje z osobami starszymi bywają trudne, a starszych ludzi uważa się za „dziwaków”.

Ważnym czynnikiem mającym wpływ na potencjalną decyzję o samobójstwie jest moment zaprzestania aktywności zawodowej, czyli przejścia na emeryturę. Wiąże się on ze zmianą statusu społecznego, ale również zmianą sytuacji ekonomicznej. Częstym rezultatem przejścia na emeryturę jest poczucie alienacji, odrzucenia, bycia niepotrzebnym w świecie skoncentrowanym na ludziach młodych. To, w połączeniu ze spadkiem jakości życia powodowanym zmianami w organizmie, często prowadzi do pojawienia się u osoby starszej myśli samobójczych.

Kolejnym czynnikiem jest podatność osoby starszej na nadużycia ze strony otoczenia, w tym rodziny. Ludzie w podeszłym wieku często są przez swoje rodziny lub opiekunów traktowani przedmiotowo. Przemoc wobec nich może przybierać różne formy – od przemocy fizycznej, poprzez ograniczanie swobody, kradzież, po przemoc psychiczną. W przypadku przeprowadzki do domu opieki zmniejszone zdolności przystosowawcze prowadzą do problemów z aklimatyzacją w nowym otoczeniu. To zaś skutkuje przedmiotowym traktowaniem ze strony przemęczonego i często cierpiącego na zespół „wypalenia” personelu domów opieki społecznej. Ludzie starzy w swoich środowiskach często spychani są na margines, odsuwani od życia społeczności, metaforycznie skazani na wygnanie (Tymka i in., 2015, s. 11).

Proces dochodzenia do decyzji o samobójstwie jest podobny, niezależnie od wieku. Wśród osób starszych jednak częściej spotykamy się z samobójstwem bilansowym, to znaczy przemyślaną decyzją, wyborem powodowanym obniżeniem jakości życia, niską samooceną i ujemnym bilansem życia. Wśród ważniejszych czynników przyczyniających się do podjęcia decyzji o samobójstwie wśród osób starszych należy wymienić chorobę afektywną, adaptację do chorób

i żalobę. Do powstania myśli samobójczych często przyczynia się również, mimo wcześniejszego szczęśliwego życia, kryzys psychologiczny powodowany tragicznym doświadczeniem (Tomaszek, 2009, s. 54).

Według Ada Kerkhofa i Elli Arensman, akt samobójczy często poprzedzony jest okresem powracających myśli o własnej śmierci i samobójstw wyobrażonych. Podkreślają one, że istnienie niezrealizowanych myśli samobójczych jest istotnym wskaźnikiem możliwości wystąpienia samobójstwa usiłowanego. W tym wypadku tragiczne wydarzenie jest tylko katalizatorem, który popycha, dotychczas pozostające w sferze wyobrażenia myśli o zamachu na własne życie, w fazę usiłowania. Jednym z ważniejszych czynników decydujących o powstaniu myśli samobójczych u osób starszych jest zły stan zdrowia.

Spośród trzech stadiów wyróżnionych przez Waltera J. Pöldingera (Pöldinger, 1997) w dynamice zachowań suicydalnych (rozważanie, ambiwalencja oraz decyzja) stadium ambiwalencji jest u osób starszych długie i intensywne. Proces dochodzenia do decyzji o samobójstwie jest również wydłużony. Ta wiedza, w połączeniu ze znajomością czynników mających wpływ na powstawanie procesu autodestruktywnego, daje wskazówki na temat rozpoznawania samobójstw i zapobiegania im.

Można zatem powiedzieć, że okres starości sprzyja powstawaniu procesu suicydalnego. Specyfika starzenia, czyli pogarszający się stan zdrowia i zmniejszenie możliwości sprawczych, zbiega się z narastaniem problemów życiowych, takich jak: utrata, spadek statusu społecznego, osamotnienie, postawa społeczeństwa wobec starości. U osoby starszej ten negatywny bilans sił względem przeciwności generuje poczucie bezsilności i w konsekwencji tendencje ucieczkowe. Jako istotne czynniki wymienić należy zaburzenia psychiczne, choroby somatyczne i problemy społeczne.

Powiązany zjawiskiem, wymagającym wzmianki, jest tzw. samobójstwo rozszerzone. Polega ono na zabiciu ciężko chorego partnera, a potem zamachu na własne życie. Dokonywane jest zazwyczaj przez mężczyzn w długoletnich związkach, poprzedzone długim okresem opieki nad ciężko chorym partnerem, i towarzyszy mu zazwyczaj nieleczona depresja. Wieść o pogłębiającej się chorobie powoduje powstanie poczucia bezsilności i w konsekwencji wyzwolenie myśli samobójczych.

Depresja występuje u 30–60% osób w wieku podeszłym i starym. Ponadto jest chorobą śmiertelną wśród ludzi starszych, gdyż grozi samobójstwem. Istnieje również związek pomiędzy zjawiskiem depresji (zwłaszcza nawracających zaburzeń afektywnych) a ryzykiem aktu samobójczego: ryzyko jest wielokrotnie większe w populacji cierpiącej na depresję. Według badań Raymonda Cattella, przeprowadzonych na 104 przypadkach samobójstw ludzi starszych w Londynie, 79%

(w badaniach przeprowadzonych w Manchesterze – 61%) samobójców wykazywało przed śmiercią objawy depresji, w większości przypadków trwającej ponad 6 miesięcy. Zatem leczenie depresji i zapobieganie nawrotom jest istotnym środkiem zapobiegawczym wobec ryzyka samobójstwa (Polewka i in., 2006, s. 524).

Innym czynnikiem, którego powiązanie z prawdopodobieństwem samobójstwa jest niezaprzeczalne, jest choroba alkoholowa. Według raportu WHO, samobójstwa popełnione pod wpływem alkoholu to 22% wszystkich przypadków. Z badań przeprowadzonych przez Aarona T. Becka i Roberta Steera na pacjentach hospitalizowanych z powodu próby samobójczej wynika, że diagnoza alkoholizmu przy pierwszej hospitalizacji jest powiązana z 5-krotnie wyższym ryzykiem kolejnych prób samobójczych (Polewka i in., 2006, s. 524).

Trzecim spośród najważniejszych czynników są choroby somatyczne. W literaturze przedmiotu wykazuje się związek pomiędzy zaistnieniem choroby a prawdopodobieństwem samobójstwa. Ponadto z przeprowadzonych dotychczas badań wynika, że ilość prób samobójczych wśród osób dotkniętych chorobami somatycznymi wzrasta. Przyczyn należy się doszukiwać w zmianach fizjologicznych zachodzących w ośrodkowym układzie nerwowym oraz zmianach somatycznych wynikających z procesu starzenia. W miarę starzenia nie tylko objawy chorób wieku średniego ulegają zaostrzeniu, a ich przebieg staje się bardziej przewlekły, ale pojawiają się również choroby wieku starczego. W badaniach przeprowadzonych w Kanadzie H. Quan, J. Arboleda-Flórez i G. H. Fick potwierdzili związek pomiędzy chorobami somatycznymi (w szczególności chorobami nowotworowymi, chorobami prostaty i układu oddechowego) a prawdopodobieństwem próby samobójczej. Warto zwrócić uwagę, że chorobom tym najczęściej towarzyszyła depresja lub inne choroby psychiczne (Polewka i in., 2006, s. 524).

Samobójstwo, zwłaszcza osoby starszej, jest powiązane z kondycją całego społeczeństwa. Innymi słowy, jest rezultatem złożonego procesu, który chcemy poznać, jeżeli zależy nam na rozwoju i – w istocie – przetrwaniu społeczeństwa w konkurencyjnym świecie.

Postulaty do pracy profilaktycznej

Wśród czynników determinujących powstanie myśli samobójczych znajdujemy takie, które są podatne na zmianę pod wpływem działań społecznych. O ile nie możemy zapobiec starzeniu się organizmu, o tyle możemy spowodować zmianę w stylu życia osób w dojrzałym wieku, powodującą utrzymanie organizmu w jak najlepszej kondycji i sprawności. To pierwszy obszar działań, jakie można podejmować w pracy z seniorami. Aktywność sportowa, turystyka, zamiłowanie

do przebywania w otoczeniu natury to nisza, jaką można wypełnić bogatą ofertą zajęć i aktywności podnoszącą w wysokim stopniu jakość życia osób starszych.

Sposób spędzania czasu to czynnik wpływający także na poczucie osamotnienia i odczuwanie sensu własnej egzystencji. Rozpocząć należy od rozpropagowania w środowisku lokalnym istniejących już instytucji, proponujących różne formy spotkań, wycieczek, zajęć dla seniorów. Są one organizowane przez parafie przykościelne, spółdzielnie mieszkaniowe, kluby seniora. W środowiskach, w których nie ma takiej oferty, należałoby je stworzyć. To wymaga przeprowadzenia badań skoncentrowanych na stworzeniu mapy gmin w Polsce wspierających aktywność dla seniorów i wyłonieniu tych obszarów, gdzie takich propozycji nie ma lub jest ich zbyt mało w odniesieniu do ilości osób w podeszłym wieku albo różnorodność ofert nie odpowiada potrzebom aktywności seniorów.

Najistotniejszy jest problem odczuwanego osamotnienia. Wykorzystać można by środowiska szkolne lub nawet przedszkolne, gdzie mogłyby zostać wdrożone programy współpracy z seniorami zamieszkującymi społeczność lokalną, w której działa szkoła. Także w lokalnych i ogólnopolskich mediach powinny zostać podjęte programy uwrażliwiające i aktywizujące społeczność sąsiedzką do pomocy osobom nieposiadającym wsparcia w rodzinie. Wiąże się z tym zagadnienie odpowiedniego formułowania treści oraz kreowania wizerunku osoby starszej jako człowieka sprawczego, twórczego, posiadającego potencjał wiedzy, doświadczeń możliwy do wykorzystania w postaci zasobów, jakie ma społeczność lokalna. Uniknie się wtedy zagrożenia powstania etykiet naznaczających osoby starsze jako słabe i zależne. Propozycje spędzania czasu poza środowiskiem własnego mieszkania lub domu mogą być pomocne w unikaniu innych zagrożeń prowadzących do myśli samobójczych, takich jak: monotonia życia, uzależnienie od alkoholu lub korzystania z telewizora. Skupienie się seniorów na treściach przekazywanych przez różne stacje informacyjne także może determinować wzrastające poczucie lęku, nieprzewidywalności wydarzeń zachodzących w świecie, co przekłada się na odczuwaną bezsilność i brak nadziei.

Wszelka proponowana im aktywność jest bezcenna dla podniesienia jakości życia osób starszych. Polityka społeczna na poziomie gminnym powinna stymulować powstawanie instytucji posiadających różnorodne oferty wykorzystujące potencjał życiowy seniorów.

Znaczenie zjawiska samobójstw wśród osób starszych w kontekście dehumanizacji środowisk, w których żyjemy, jest niezwykle istotnym problemem badawczym oraz wyzwaniem dla wielu nauk: społecznych, ekonomicznych politycznych. We współczesnym świecie umiejętność tworzenia technologii i poziom jej zaawansowania tworzy środowisko, do którego nie jesteśmy ewolucyjnie przystosowani. Ponieważ samobójstwo u osoby starszej jest często wynikiem

uwarunkowań środowiskowych, badając źródła tego zjawiska i jego przebieg, możemy odkryć sposoby na poprawę jakości życia nie tylko osób starszych, ale w ogóle społeczeństwa w kontekście globalnym.

Bibliografia

- Bielicki, R. (2004). *Dynamika, uwarunkowania, profilaktyka samobójstw w ostatnim ćwierćwieczu XX wieku w Polsce*. Dom Wydawniczy Duet.
- Bilikiewicz, A., Parnowski, T. (2003). Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (ss. 457–502). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Binczycka-Anholcer, M. (2005). Zachowania suicydalne osób w starszym wieku. *Suicydologia*, 1(1), 77–87.
- Czabański, A. (2009). *Samobójstwo altruistyczne*. Zakład Wydawniczy Nomos.
- Cztery U. (2022). *Umysł samobójcy*. Wydawnictwo Urszula Cop.
- Durkheim, E. (2011). *Samobójstwo*. Oficyna Naukowa.
- Hołyst, B. (2012). *Suicydologia*. Wydawnictwo LexisNexis.
- Hołyst, B. (2022). *Zapobieganie samobójstwom. Zachowania suicydalne osób starszych*. Wydawnictwo Difin.
- Israël, L. (2002). *Eutanazja czy życie aż do końca*. Wojskowa Akademia Medyczna.
- Jarosz, M. (2004). *Ucieczka przegranych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jarosz, M. (2022). *Samobójstwa, dlaczego teraz*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- James, R. K., Gilland, B. E. (2006). *Strategie interwencji kryzysowej*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Kołodziej, W. (2006). Zaburzenia psychiczne i ryzyko samobójstw u osób w starszym wieku. W: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kowesko, T. (2019). *Zatrzymać samobójstwo. Poradnik dla rodzin i bliskich*. Wydawnictwo Medyk.
- Lester, D. (2000). Samobójstwa w Polsce na tle trendów światowych. *Psychiatria Polska* XXXIV.
- Magierski, R., Kłoszewska, I. (2005). *Wiadomości Psychiatryczne*, 8(4), 211–216
- Makara-Studzińska, M., Turek, R. (2005). Samobójstwo w chorobach somatycznych. *Suicydologia*, 1(1), 51–54.
- Masi de, F. (2016). *Podatność na psychozę. Psychoanalityczne rozważania o naturze i terapii stanu psychiatrycznego*. Wydawnictwo Ingenium.
- Młodożeniec, A. (2009). Uwarunkowania zachowań samobójczych dzieci i młodzieży. *Remedium*, 7/8, 1–3.

- O'Connor, R., Sheehy, N. (2002). *Zrozumieć samobójcę*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pilecka, B. (2004). *Kryzys psychologiczny – wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pilecka, B. (2004). Samobójstwo wieku starszego. W: P. Piórkowski (red.), *Przemoc i marginalizacja. Patologie społecznego dyskursu* (ss. 142–144). Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Pöldinger, W. J. (1997). *Die Depression als Lebenskrise*. Roche.
- Polewka, A. (2004). Samobójstwa dokonane i depresja u osób w wieku podeszłym. *Przegląd Lekarski*, 59(4–5), 295–297.
- Polewka, A., Chrostek-Maj, J., Szczepańska, Ł., Foryś, Z. (2006). Samobójstwa i próby samobójcze w okresie wczesnej i późnej starości – epidemiologia, czynniki ryzyka, profilaktyka. *Przegląd Lekarski*, 63(6), 323–327.
- Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (ss. 103–142). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Quan, H., Arboleda-Flórez, J., Fick, G. H., Stuart, H. L., & Love, E. J. (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 190–197.
- Ringel, E. (1987). *Gdy życie traci sens: rozważania o samobójstwie*. Wydawnictwo „Glob”.
- Seligman, M., Walker, E., Rosenhan, D. (2003). *Psychopatologia*. Zysk i S-ka.
- Shneidman, E. S. (1998). *The suicidal mind*. Oxford University Press.
- Ślipko, T. (2008). *Etyczny problem samobójstwa*. Wydawnictwo Petrus.
- Śledzianowski, J. (2017). *Samobójstwo w dziejach i cywilizacji śmierci*. Wydawnictwo Jedność.
- Tęcza-Ćwierz, J. (2005). Samobójstwo – ingerencja we własne życie. *Wychowawca*, 3, 19–22.
- Tomaszek, K. (2009). Zachowania suicydalne osób starszych – psychologiczna analiza zjawiska. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 22, 37–50.
- Tucholska, S. (2006). Ryzyko zachowań samobójczych osób starszych. W: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia* (ss. 133–143). Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Twardowska-Rajewska, J. (2005). *Przeciw samotności*. Seria: *Psychologia i Pedagogika*, 126. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Tymka, J., Szleszowski, Ł., Szatny, H. (2015). *Zdrowie i jakość życia a samobójstwa wśród osób starszych*. Akademia Medyczna we Wrocławiu.
- Witkowska, H. (2021). *Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Listy samobójców jako gatunek wypowiedzi i fakt kulturowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Witkowska, H. (2022). *Życie mimo wszystko. Rozmowy o samobójstwie*. Prószyński Media.