



Anna Leszczyńska-Rejchert
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

LĘKI OSÓB W FAZIE PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI W PERSPEKTYWIE GERAGOGIKI

Słowa kluczowe: lęki, seniorzy, geragogika

Keywords: fears, seniors, geragogy

FEARS OF PEOPLE IN THE LATE PHASE OF ADULTHOOD
IN PERSPECTIVE OF GERAGOGY

Abstract:

The paper contains content relating to the fears, which are going through older people, their sources and effects, as well as the possibility of dealing with fears. The whole text is based on an analysis of the literature of the subject and the results of empirical research carried out among seniors, who live in Olsztyn. In summary, presented in the article content, it can be concluded that the fears going through every person. Persons who are in the period of old age may have severe, however, some of the fears. Fears of Polish seniors relate primarily to their health, the lack of money for treatment and the fear of loneliness. If Polish seniors suffer from severe anxiety, as a rule, are turning for help to the members of his family and the support they receive. Some elderly people have developed their own strategies for coping with fears, for example, addressing the things give pleasure as doing knitting, solve the crossword, meet with friends or watching television and listening to the radio. In the light of empirical research carried out, it can be concluded that the situation of emotional polish seniors is not optimal, and therefore the article presents optimization demands on this issue.

*„Lęk w sposób nierozzerwalny wiąże się z naszym życiem.
Towarzyszy nam w różnych formach od narodzin aż do śmierci.
Ludzkość w swej historii nieustannie podejmowała
nowe próby ujarzżenia go, osłabienia i przewyciężenia.
Magia, religia i nauka – wszystkie te dziedziny próbowały to czynić.
Poczucie bezpieczeństwa odnajdywane w Bogu, miłość pełna
poświęcenia, badanie praw natury lub asceza wyrzekająca się uroków
życia czy mądrość filozofów nie usuwają wprawdzie lęku,
jednak pomagają go znosić,
a nawet czynić owocnym dla naszego rozwoju”*

(Riemann, 2005, s. 9)

Wprowadzenie

Ostatni okres życia człowieka nazywany jest przez psychologów (np. przez D. J. Levinsona) fazą późnej dorosłości (tj. starości), która rozpoczyna się wraz z ukończeniem 60 r.ż. (por. Matlakiewicz, Solarczyk-Szwec 2009, s. 17). W okresie późnej dorosłości mogą występować różnorodne problemy, np. zdrowotne, materialne, rodzinne, problemy wynikające z dyskryminacji społecznej, jak również problemy emocjonalne. Wśród problemów emocjonalnych seniorów występują – jak w każdej grupie wiekowej – lęki, niepokoje. Chociaż uczucia takie, jak lęk: niepokój, strach, obawa to stany emocjonalne pojawiające się u osób w różnym wieku, to jednak emocje te dotyczą znaczą część ludzi należących do najstarszej grupy wiekowej. Według niektórych psychologów bowiem (m.in. Marii Susułowskiej) lęki nasilają się wraz z wiekiem (Susułowska 1989, s. 189, 194).

Sytuacja życiowa seniorów jest bardzo zróżnicowana, co wynika nie tylko ze zróżnicowanego obiektywnego stanu zdrowia, subiektywnego poczucia stanu zdrowia czy sytuacji rodzinnej i materialnej, ale również emocjonalnej. Emocje przejawiające się w lęku, niepokoju, obawach i strachu mogą wynikać z osobowości danego seniora, z jego doświadczeń życiowych, mogą wiązać się z pewnymi trapiącymi go chorobami (zwłaszcza o charakterze dementyjnym) czy wreszcie mogą być skutkiem nagłej zmiany sytuacji życiowej (np. w związku z koniecznością zamieszkania u członków rodziny, w placówce całodobowej opieki, zmiany środowiska wiejskiego na miejskie lub miejskiego na wiejskie).

Geragogika (inaczej pedagogika starości) to nauka o wspomaganiu osób starszych w ramach szeroko pojętych oddziaływań edukacyjnych. Głównym celem geragogiki jest tworzenie warunków do pełnego rozwoju seniorów, aby mogli oni osiągnąć pomyślną starość. Pomyślna starość z perspektywy geragogiki oznacza takie funkcjonowanie osoby będącej w fazie starości, które łączy się ze świadomością własnych możliwości rozwojowych oraz ze świadomością, że można starać się o wspomaganie swojego rozwoju ze strony osób i instytucji. Zakres zainteresowań geragogiki jest bardzo szeroki, obejmuje m.in.: kształcenie i samokształcenie seniorów, aktywność i aktywizację osób starszych,

przygotowanie i wychowanie do starości, możliwości i zadania rozwojowe seniorów, integrację i edukację międzypokoleniową, opiekę nad seniorami, a także potrzeby i problemy ludzi starszych (Leszczyńska-Rejchert 2010, s. 26–27).

Geragogika jako nauka rozpatruje populację osób starszych m.in. w aspekcie problemów emocjonalnych, w tym odczuwanych przez seniorów lęków, bada rodzaje lęków występujące u osób w fazie starości, określa ich przyczyny oraz opracowuje strategie niwelowania lęków ludzi starszych.

Niniejszy artykuł zawiera treści dotyczące lęków seniorów, odwołując się do dotychczasowych analiz teoretycznych, jak i wyników badań własnych autorki artykułu, przeprowadzonych w lutym 2014 r. wśród osób starszych (tj. od 60 r. ż.), mieszkających na terenie miasta Olsztyna.

Lęk, strach, obawa, niepokój – wyjaśnienia terminologiczne

W ujęciu słownikowym lęk oznacza „uczucie trwogi, obawy przed czymś; strach” (Mały słownik języka polskiego 1997, s. 389). Natomiast strach to „uczucie ogarniające kogoś wobec niebezpieczeństwa; trwoga, lęk, przerażenie” (tamże, s. 885). Obawa zaś to „stan, uczucie niepewności, niepokoju co do skutku, następstw czegoś; strach, lęk” (tamże, s. 518). Niepokój to „brak spokoju, równowagi; zaniepokojenie, obawa, lęk” (tamże, s. 500). Uogólniając, można stwierdzić, iż w przytoczonych znaczeniach są to słowa bardzo do siebie zbliżone pod względem semantycznym. Nie dziwi zatem fakt, iż w języku potocznym określenia „strach”, „lęk”, „niepokój” i „obawa” używane są zamiennie.

W naukach społecznych lęk odróżnia się od strachu. W psychologii lęk definiowany jest jako „1. najogólniej: niejasny, nieprzyjemny stan emocjonalny charakteryzujący się przeżywaniem obaw, strachu, stresu i przykrości. Lęk jest często przeciwstawny strachowi ze względu na to, że (...) lęk jest stanem pozbawionym obiektu, natomiast strach jest zawsze strachem przed czymś, kimś lub jakimś zadaniem; 2. W teorii uczenia termin ten odnoszony jest do wtórnych (uwarunkowanych) popędów, które motywują do reakcji unikania. W ten sposób, jak się zakłada, reakcja unikania jest wzmacniana przez zmniejszenie się lęku; 3. W teorii Freuda: lęk rozumiany jest jak w 1., przy dodatkowym założeniu, że działa on jako rodzaj sygnału niebezpieczeństwa natury psychicznej, które może pojawić się, jeśli nieświadome pragnienie zostanie zrealizowane; 4. w egzystencjalizmie: lęk to reakcja emocjonalna towarzysząca bezpośredniej świadomości braku sensu, poczucia, że świat, w którym żyjemy, jest niepełny, chaotyczny” (Reber, Reber 2005, s. 359). W naukach psychologicznych wyróżniono wiele kategorii lęków, np. lęk fobiczny (tj. strach odczuwany przez osobę chorą na fobię), lęk moralny (wywołany zakazami superego), lęk neurotyczny (inaczej niezwiązany, lęk niejasny, mglisty, pojawiający się w zaburzeniu lekowym), lęk separacyjny („1. W psychoanalizie hipotetyczny lęk dziecka przed możliwą utratą matki; 2. Ogólnie: lęk przed możliwością utraty każdej innej osoby, od której ktoś jest uzależniony”) (tamże, s. 359–360).

Aleksandra Szymanowska, po przeanalizowaniu literatury psychologicznej i psychiatrycznej stwierdziła, iż „lęk jest definiowany najczęściej jako stan emocjonalny o negatywnym zabarwieniu, pojawiający się jako reakcja na realne lub antycypowane zagrożenie. Jeżeli zagrożenie istnieje obiektywnie, pojawiający się lęk określany jest mianem lęku sygnałowego, realnego, obiektywnego lub też nazywany jest strachem. Trwa on tak długo, jak długo trwa zagrożenie (...) lęk będący reakcją na zagrożenie w rzeczywistości nie istniejące, bezprzedmiotowe lub niemożliwe do określenia nazywany bywa lękiem neurotycznym lub nerwicowym. Występuje on jako ogólny niepokój, może też występować pod postacią fobii lub napadów lękowych zwanych również zespołem paniki. (...) Fobia jest uporczywą, irracjonalną, nieproporcjonalną do rzeczywistego zagrożenia reakcją strachu przed jakimś obiektem, którym może być zarówno człowiek, zwierzę, roślina, przedmiot martwy, jak i stan organizmu czy sytuacja społeczna. Przedmiot wzbudzający strach jest w przypadku fobii najczęściej przedmiotem <zastępczym>. Prawdziwe źródło lęku jest bowiem nieświadome” (Szymanowska 1999, s. 126).

W naukach o wychowaniu również dostrzega się różnicę pomiędzy lękiem a strachem. Według Wincentego Okonia strach to „przykra emocja o charakterze wrodzonym, pojawiająca się jako reakcja na niebezpieczeństwo lub na nagłą zmianę sytuacji, której człowiek szybko nie potrafi ocenić” (Okon 1996, s. 266). Z kolei autor ten lęk utożsamia z niepokojem, definiując niepokój jako „rodzaj emocji zbliżonej do strachu, której nie można jednak – jak w przypadku strachu – łatwo rozpoznać i usunąć” (tamże, s. 190).

Dlaczego ludzie starsi lękają się dość często i czego boją się seniorzy?

Lęk jest naturalną ludzką emocją, bardzo często jest reakcją przystosowawczą, gdyż przygotowuje organizm do ucieczki przed niebezpieczeństwem (Myers 2003, s. 493). Lęk wynika też z negatywnych doświadczeń, m.in. przeżytych urazów (wywołanych np. doświadczeniem gwałtu) (tamże, s. 493–495). Niektórzy boją się znacznie bardziej niż inni, bywają też osoby o bardzo niskim poczuciu lęku, co jest warunkowane genami oraz doświadczeniami życiowymi (tamże, s. 494). Lęk jest częścią ludzkiego życia, jeśli jednak jest zbyt silny i zbyt trwały (czego skutkiem jest często ucieczka przed ludźmi, unikanie kontaktu wzrokowego lub rozmów), może prowadzić do zaburzeń lękowych. Najczęstsze z nich to uogólnione zaburzenie lękowe (powoduje niewytłumaczalne i niekontrolowane napięcie), fobie (obawy przed czymś), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (tj. problemy z nawracającymi myślami i działaniami) (tamże, s. 558).

Olgierd Kossowski ujmuje starość jako okres dramatycznego zmagania się osobowości z problemami wewnętrznymi i zewnętrznymi, które wynikają z coraz trudniejszej adaptacji organizmu. Objawem tej walki o zachowanie homeostazy w środowisku jest zazwyczaj lęk. Człowiek starszy ma zmniejszone poczucie bezpieczeństwa. W związku z tym lęk jako uogólnione uczucie niepokoju i obaw, staje się częstym problemem emocjonalnym człowieka starszego. Jest to niezwykle ważny problem, gdyż – jak twierdzi M. Susułowska – lęk

wraz z wiekiem nie zmniejsza się, lecz rośnie. Stany lękowe może wywołać osamotnienie, depresja, demencja, choroby fizyczne. Często osoba starsza nie potrafi wskazać bezpośredniej przyczyny lęku. W okresie starości może wystąpić tzw. autohomofobia, czyli mówiąc słowami Stanisława Kowalika „lęk przed samym sobą jako osobą wkraczającą w fazę starości”. Najczęściej ludzie starsi przejawiają lęk biologiczny (związany z pogarszającym się funkcjonowaniem zmysłów i obniżającym się stanem zdrowia), lęk przed chorobą (głównie taką, która uzależnia od opieki innych ludzi), lęk przed samotnością i śmiercią. Jednak należy podkreślić, że poziom lęku przed śmiercią u osób starszych jest niższy niż u ludzi młodszych. Duży niepokój o swoje życie może wywołać u ludzi w starszym wieku m.in. ciężka choroba lub śmierć kogoś bliskiego. Pojawia się wtedy zazwyczaj potrzeba dyskusji o życiu i o śmierci. W Polsce osoby starsze obawiają się przede wszystkim choroby, biedy i braku pieniędzy na leczenie oraz czują się zagrożone przestępczością⁷ (Coni, Davison, Webster 1994, s. 92; Frąckiewicz, B. Żakowska-Wachelko 1987, s. 12; Garrett 1990, s. 151; Kowalik 2000, s. 74; Kossowski 1998, s. 2–3; Łój 2004, s. 92; Obawy i niepokoje Polaków. Komunikat z badań CBOS. Warszawa 1998, nr 41/98, s. 18–19; Puchalska 1986, s. 88, 96; Reichmann 1997, s. 56–57; Susułowska, Psychologia..., dz. cyt., s. 189, 194; tejże, 1986, s. 71).

Z reguły ludzie starsi myślą o śmierci częściej niż osoby w młodszym wieku, traktują ją jako zjawisko nieuniknione i stopniowo oswiają się z myślą o niej. Ich trudności wiążą się zaś z **problemem uświadamiania sobie nadchodzącej śmierci**. Śmierć staje się wszechobecna (umierają przyjaciele, sąsiedzi, członkowie rodziny), co przypomina osobom starszym, że nie zostało im już wiele czasu na życie. Może wówczas rodzić się chęć wypełnienia go w sposób bardziej intensywny niż dotychczas, stąd ludzie starsi mogą stać się bardziej zniecierpliwieni, chcą rozwiązać wiele spraw jak najszybciej. Taka postawa może powodować liczne konflikty z otoczeniem i brak zrozumienia intencji człowieka starszego ze strony bliskich. Uświadomienie sobie nadchodzącej śmierci łączy się często z przyjęciem refleksyjnej postawy wobec życia, co przejawia się w pogłębianiu zainteresowań filozoficznych i religijnych oraz w dokonywaniu bilansu własnego życia (czyli subiektywnej retrospekcji osiągnięć życiowych). Człowiek starszy pragnie bowiem w obliczu nadchodzącej śmierci uświadomić sobie sens własnego życia, by ograniczyć lęk przed tym, co ma nastąpić. Podsumowuje swoje osiągnięcia, porażki, docieka ich przyczyn. Jeśli może odwołać się do swoich osiągnięć i odczuwa satysfakcję z dobrze przeżytego życia, to zazwyczaj osiąga zadowolenie, jeśli natomiast żałuje utraconych szans i przypomina sobie tylko porażki, to ma poczucie niezadowolenia i zgorzknienia, popada w nastroje przygnębienia. Dodatni bilans życiowy sprzyja dobremu samopoczuciu zdrowotnemu i przystosowaniu się do starości⁸ (Bromley 1969, s. 91; Frąckiewicz, Żakowska-Wachelko 1987, s. 23; Garrett 1990, s. 151; Kowalik 2000, s. 286; Pietrasiński 1992, s. 116).

⁷ Ten fragment tekstu został już wcześniej opublikowany w książce: A. Leszczyńska-Rejchert, Człowiek starszy i jego wspomaganie..., dz. cyt., s. 101–103.

⁸ Autorka pisała już o tym w książce: A. Leszczyńska-Rejchert, Człowiek starszy i jego wspomaganie..., dz. cyt., s. 101–103.

Lęk rodzi się w różnych sytuacjach życiowych. Pojawia się wtedy, gdy ktoś chce uniknąć niepowodzeń, kompromitacji czy złej oceny. Nasilenie lęku się zwiększa w zależności od przykrych i oczekiwanych skutków. Im groźniejsze są negatywne przewidywane skutki, tym silniejszy lęk i bardziej wpływa dezorganizująco na zachowanie jednostki (Okoń 1996, s. 190). Większość osób starszych ma dużo czasu wolnego, dlatego seniorzy składają się do rozmyślania o przyszłych niepokojących wydarzeniach, co nasila ich lęki.

Ponadto warto jednak pamiętać o tym, że – jak podkreśla Fritz Riemann – pomimo podobieństw w przeżywaniu lęku u różnych osób „każdy człowiek boi się na swój indywidualny sposób, który jest właściwy jego istocie”, „każdy człowiek przeżywa swą własną odmianę lęku”, „nasz osobisty, nam właściwy lęk ma ścisły związek z indywidualnymi okolicznościami naszego życia, naszymi skłonnościami i środowiskiem, w którym wzrastaliśmy; ma więc swoją historię rozwoju, która rozpoczyna się już w momencie naszych narodzin” (Riemann 2005, s. 11). Każdy z nas może mieć i przeżywać swoje **lęki indywidualne**.

Lęk pojawia się również w sposób naturalny w ważnych dla naszego rozwoju momentach, zwłaszcza gdy dokonują się zmiany, wypracowujemy nowe rozwiązania, wypełniamy nowe zadania (tamże, s. 13). Można te lęki nazwać **lękami rozwojowymi**.

Życie każdego człowieka nie trwa wiecznie, dlatego też w końcowej fazie życia może pojawić się tzw. **lęk dezintegracyjny** (przed rozpadem, dezintegracją, śmiercią). Uświadomienie sobie nieuchronności śmierci może w chwilach refleksji wywołać złe samopoczucie (Kruszyński 1999, s. 36). „Lęk, który niesie śmierć, dotyczy przede wszystkim negatywnej siły niszczącej życie i przemieniającej je w niebyt” (tamże, s. 37). Z drugiej strony – jak uważa Joanna Mesjasz – „Lęk przed śmiercią jest naturalnym doświadczeniem z uwagi na nasze skończone bytowanie w ciele. Sam w sobie jest jednak czymś więcej niż sygnałem końca. Dojrzałe spotkanie z nim stwarza szansę na wykroczenie poza determinizm, na odkrycie w pełni wartości życia. Niewykorzystanie jej, odrzucenie świadomości własnej śmierci, może powodować, że w miejsce wypartego lęku przed śmiercią pojawi się **lęk przed życiem**” (Mesjasz 2010, s. 19).

We współczesnym świecie śmierć staje się tematem tabu, została zepchnięta do szpitali, gdzie się jej nie dostrzega (Cichowicz, Godzimirski – wyb. 1993, s. 6, za: Kruszyński 1999, s. 37). „Umieranie przebiega obecnie pod czujnym okiem lekarzy, głównie dlatego, że medycyna chce wygrać ze śmiercią. Pozorny triumf medykalizacji i nastawienie społeczne powoduje jednak coraz większe niezrozumienie śmierci, odwracanie się od niej z jednoczesnym pogłębianiem się poczucia osamotnienia u osób umierających” (Mesjasz 2010, s. 46). Śmierć przekształciliśmy w towar, o którym się nie mówi, nie rozpaczamy, nie nosimy żałoby, wypieramy niemożliwy ból modną depresją, przez co tracimy szansę na własny rozwój, ponieważ nie staramy się zrozumieć konieczności śmierci (tamże, s. 19).

U osób starszych, w sytuacjach trudnych czy krytycznych, może dojść – podobnie jak u osób z młodszych generacji wiekowych – do lęku przed życiem i chęci odebrania sobie życia. Pragnienie to rodzi się zwłaszcza, „gdy poczucie utarty kontroli nad własnym życiem, poczucie bezradności wobec wymagań codziennych sytuacji staje się elementem

dominującym w psychice człowieka, gdy stres przestaje być czynnikiem mobilizującym, a staje się czynnikiem destrukcyjnym” (Hołyst 1994, s. 16 i 26, za: Kruszyński 1999, s. 37). Podobne stany mają miejsce w ostatnim etapie procesu umierania, tj. agonii. Rafał Kruszyński uważa, że **etap agonii wywołuje dużo lęków i obaw u człowieka**. „Agonia, mimo iż stanowi tylko fragment umierania, jest okresem, kiedy jednostka zagłębia się w siebie, a jej relacje ze światem zewnętrznym stają się coraz bardziej odległe. Agonia jest punktem kulminacyjnym dla całego procesu umierania. (...) Agonia zatem to kumulacja bólu, który dla żywych wydaje się nieunikniony i nieodłączny. Cierpienie towarzyszące umieraniu ma charakter zindywidualizowany, co powoduje, iż jednostka uświadamia sobie, że musi w przyszłości, która jest bliżej nieokreślona, przeżyć ten ból i wziąć za niego odpowiedzialność. Subiektywność odczuwania bólu w akcie agonii, sprawia, że walka z nim wymyka się uniwersalnym formułom. Niepokój zaś towarzyszący śmierci, na zasadzie reakcji zwrotnej, może powodować wielokrotnie jego wzmocnienie. Innymi czynnikami psychologiczno-społecznymi wpływającymi i potęgującymi ostateczny stan są: depresja, wrogość, samotność. Wszystkie komponenty bólu są trudne do opisania. Nie mają kształtu, długości, nie da rady ich zmierzyć czy zważyć. One tkwią we wnętrzu człowieka, w jego ciele i właściwie tylko śmierć kładzie im ostateczny kres. Tak więc przyczyna staje się rozwiązaniem” (Kruszyński 1999, s. 38).

Przy czym – jak twierdzi Joanna Mesjasz – „Lęk tanatyczny może stać się swoistym katalizatorem rozwoju, gdyż prowokuje do zadawania pytań, refleksowania życia z różnych perspektyw, pozwala zobaczyć skończoność człowieka nie w kategoriach wyroku, ale wyjątkowości danego mu daru. (...) Śmierć (...) darem staje się, gdy człowiek, pozostając, odkrywa istotę, doskonali, tworzy, integruje paradoksy i odległe znaczenia, a nawet nadaje sens własnemu życiu wstecz. W przekleństwo przeradza się wtedy, gdy jednostka skoncentrowana na bólu, samotności, kruchości i skończoności nie jest w stanie nadać śmierci sensu” (Mesjasz 2010, s. 12).

Skutki lęków, niepokojów lub obaw u osób starszych

Lęk realny może być przeżywany już od urodzenia. Jeśli jest na umiarkowanym poziomie sprzyja mobilizacji sił do walki z niebezpieczeństwami w sytuacjach zagrożenia. Podobnie nieokreślony niepokój, ale o niewielkim nasileniu, pojawiający się w nowych sytuacjach (np. wymagających wprowadzenia zmian), pobudza do aktywności. Jednak należy zwrócić uwagę, że zbyt nasilony strach czy lęk wpływa destrukcyjnie na jakość ludzkiego życia, paraliżuje, dezorganizuje, zaburza działanie jednostki, co może prowadzić do poczucia całkowitej bezsilności i bezradności (Szymanowska 1999, s. 126). Jeśli lęk występuje zbyt często lub zbyt intensywnie, może przyczynić się do choroby psychicznej.

Skutki lęków i strachu pojawiają się w różnych sferach, tj. w:

- sferze somatycznej – poczucie niebezpieczeństwa realnego lub antycypowanego pobudza układ nerwowy wraz z gruczołami nadnerczy do walki z niebezpieczeń-

stwami, co może powodować trudności z przełykaniem, kołatanie serca, ściskanie w piersiach, żołądku, parcie na pęcherz moczowy, drżenie mięśni, suchość w ustach, blednięcie skóry (Szymanowska 1999, s. 127);

- sferze poznawczej – lęk wyzwała mgliste oczekiwanie zagrożenia, co odzwierciedla się w stwierdzeniu „coś strasznego może się zdarzyć”, strach wyzwała najczęściej myśli o niebezpieczeństwach oraz o konkretnej szkodzie (tamże, s. 127);
- sferze emocjonalnej – rodzi się poczucie zagrożenia, bezradności, niepokoju, a nawet obaw, przerażenia czy grozy (tamże, s. 127), pojawia się subiektywne przeżycie cierpienia. Dłużej trwający lęk może przyczynić się do obniżenia się poczucia własnej wartości (Okoń 1996, s. 190);
- sferze behawioralnej – pojawiają się reakcje unikania, ucieczki lub walki (Szymanowska, 1999, s. 127), a także inne zakłócenia w funkcjonowaniu społecznym.

W jaki sposób niwelować lęki występujące w fazie starości?

Przed wszystkim należy mieć świadomość oraz przekazywać ją seniorom, że – jak pisze F. Riemann – „Ciągłe jeszcze istnieje iluzja, którą po cichu pielęgnują w sobie wszyscy ludzie: wiara w to, że można przeżyć życie bez lęku. Lęk jest jednak częścią naszej egzystencji, będąc odbiciem naszych zależności i przekonania o tym, że kiedyś umrzemy. Możemy tylko próbować używać sił jemu przeciwnych: odwagi, ufności, wiedzy, siły, pokory, nadziei, wiary i miłości, co pomaga zaakceptować lęk, rozpocząć zmaganie się z nim, pokonywać go ciągle na nowo” (Riemann 2005, s. 9). Kiedy już zaakceptujemy tę prawidłowość, możemy rozpocząć różnorodne działania mające na celu zlikwidowanie lub obniżenie niektórych lęków.

Powinno się też dotrzeć do źródła lęku seniora i zlikwidować jego przyczyny. Niejednokrotnie potrzebne jest udzielenie wielowymiarowego wsparcia społecznego osobie starszej, by odzyskała poczucie bezpieczeństwa (por. Okoń 1996, s. 190). W sposób profesjonalny pomóc obniżyć lub wyeliminować lęk mogą oddziaływania z zakresu psychoterapii. Psychoterapia w tym przypadku obejmuje takie działania jak ustalenie źródła lęku w perspektywie biograficznej, określenie związku danego lęku z sytuacją osobistą, rodzinną oraz środowiskiem społeczno-kulturowym danej osoby, co w dalszej kolejności umożliwi zmierzenie się z lękiem, ułatwia zrozumienie problemu i prowadzi do wewnętrznej dojrzałości (Riemann 2005, s. 10).

Warto dodać – za F. Riemannem – że uświadomienie sobie lęku, zaakceptowanie faktu, że istnieje i podjęcie próby opanowania go, sprzyjają naszemu rozwojowi, natomiast ucieczka przed lękiem i przed przezwyciężaniem go hamuje rozwój (tamże, s. 12).

Najprostsze sposoby pokonywania lęku może osoba starsza stosować sama. Wśród nich są relaksacja, wykonywanie przyjemnych czynności (Hazlett-Stevens 2008, s. 137 i inne), częste uśmiechanie się oraz wymawianie głosek „e” i „a” (uaktywniających mięśnie związane z uśmiechem) (Reber, Reber 2005, 491), a także pozytywne myślenie i przyznanie sobie prawa do niedoskonałości.

Lęki seniorów – egzemplifikacja empiryczna

Badania dotyczące lęków osób starszych zostały wykonane metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano ankietę jako narzędzie badawcze. Ankieta zawierała zarówno pytania o charakterze zamkniętym, półotwarte, jak i pytania otwarte. Kwestionariusz ankiety wypełniło 42 seniorów, w tym 25 podopiecznych Dziennego Domu Pomocy Społecznej dla Osób Chorych na Cukrzycę w Olsztynie oraz 17 mieszkających w Olsztynie, którzy nie korzystają z instytucji pomocy społecznej. Dobór próby badawczej był celowy, zachęcano do wzięcia udziału w badaniach tylko te osoby starsze, które odczuwają lęki, obawy lub strach. Ankietę rozdano użytkownikom dziennego domu pomocy społecznej oraz innym chętnym seniorom (m.in. słuchaczom UTW, osobom nie korzystającym z instytucji).

Badania empiryczne służyły do uzyskania odpowiedzi na następujące szczegółowe problemy badawcze:

- 1) Czego najbardziej i najmniej boją się badani seniorzy?
- 2) Jaki jest poziom nasilenia poszczególnych lęków u badanych osób starszych?
- 3) Czy i do kogo zwracają się o pomoc badani seniorzy w sytuacji, gdy odczuwają lęki?
- 4) Czy i jakie działania podejmują badani ludzie starsi, aby obniżyć odczuwane lęki?

Dane socjodemograficzne badanych osób starszych były zróżnicowane. Wśród respondentów dominowały kobiety (31 pań) oraz osoby, które znajdują się w fazie tzw. wczesnej starości (tj. od 60 do 74 r.ż.) – 29 osób. W starości właściwej (tj. od 75 do 89 r.ż.) było 10 osób, a seniorów długowiecznych (czyli po 90 r.ż.) było tylko trzech. Wykształcenie respondentów przedstawiało się następująco: wykształcenie wyższe – trzy osoby, średnie 23 osoby, zawodowe – pięć osób, podstawowe – 10 osób oraz niepełne podstawowe – jedna osoba. W związku małżeńskim pozostawało 10 osób, w stanie wolnym osiem osób, 23 osoby były w stanie wdowieństwa, była też jedna kobieta w panińskim stanie cywilnym.

Wśród badanych tylko cztery osoby (dwie kobiety i dwóch mężczyzn w wieku 60 lat) nie przebywały na emeryturze, pozostałe osoby miały już status emeryta. Pracę zawodową kontynuowało osiem osób. Większość seniorów niekorzystających z dziennego wsparcia, nie korzystało też z żadnych instytucji (tylko dwie osoby przynależały do organizacji, jedna osoba należała do UTW, jedna do PTTK). Osoby będące podopiecznymi dziennego domu pomocy dodatkowo korzystały z innych instytucji i organizacji służących seniorom (trzy osoby należały do Koła Diabetyków, jedna – do Stowarzyszenia Katolickiego).

W badaniach istotne było m.in. ustalenie stanu zdrowia respondentów. Stan zdrowia w samoocenie badanych osób był bardzo zróżnicowany. Większość respondentów oceniło swój ogólny stan zdrowia jako średni (18 osób), dobry (9 osób), zły (14 osób), tylko 1 osoba oceniła swój stan zdrowia jako bardzo dobry. Można było zaobserwować prawidłowość, że zazwyczaj stan sprawności fizycznej respondenci postrzegali słabiej niż swój stan sprawności umysłowej (proporcja w ocenie sprawności fizycznej wynosiła:

bardzo dobra – 1 osoba, dobra – 11 osób, średnia – 11 osób, zła – 10 osób; natomiast sprawności umysłowej: bardzo dobra – 9 osób, dobra – 20, średnia – 11 ; zła – 2 osoby). Badania potwierdziły też ogólną prawidłowość, że im więcej lat, tym ogólny stan zdrowia jest gorszy (w samoocenie badanych można było zauważyć, że wraz z wiekiem obniża się sprawność fizyczna, natomiast sprawność umysłowa jest w miarę dobra).

Badani seniorzy najbardziej bali się sytuacji związanych z pogorszeniem stanu zdrowia, nieuleczalnych schorzeń i konsekwencji wynikających z sytuacji choroby (22 osoby). Wśród tych chorób największe lęki wzbudzały choroby nowotworowe, choroby Alzheimera, cukrzyca i jej powikłania (m.in. nagłe zasłabnięcie). Najbardziej charakterystyczne wypowiedzi tego typu to: „choroby, ponieważ w tym wieku organizm się starzeje, rozwijająca się cywilizacja wpływa negatywnie na stan zdrowia, niedostateczna opieka lekarska – brak profilaktyki. Leczy się tylko skutki, a często jest to za późno” (kobieta, 61 lat). Respondenci najbardziej bali się też samotności (10 osób). Oto jedna z tych wypowiedzi: „Odczuwam ją czasami, gdy zostaję sama w domu po wyjeździe rodziny. Skutkiem tego jest złe samopoczucie, bezsenność, smutek” (kobieta, lat 90). Bali się również trudnej starości (5 osób), co według nich oznaczało postępujące trudności w poruszaniu się i samoobsłudze, a także obawiali się, że zabraknie im pieniędzy na leczenie (3 osoby) oraz nienawiści i krzywdy ludzkiej (2 osoby). Nieliczni (po 1 wskazaniu) wymieniali jako swoje największe lęki: upływający czas, konsekwencje wynikające z ignorancji i lekceważenia ze strony lekarzy, hospicjum (tak wypowiedziała się jedna z badanych osób: „ze względu na chorobę przebywać w hospicjum”); zagrożone poczucie bezpieczeństwa, obawa przed kataklizmem, śmiercią („Przeraża mnie myśl o śmierci”), obawa o przyszłość dzieci w obecnych warunkach (dzieci wyemigrowały), przestępczości („Że ktoś mnie okradnie, idąc ulicą po zmierzchu lub pobije mnie. Nieznajomych ludzi, którzy pukają do moich drzwi” – kobieta, lat 76), przemocy, ubóstwa. Niektóre osoby wymieniały kilka największych swoich lęków, co odzwierciedlają m.in. takie wypowiedzi: „O stan swojego zdrowia i bezpieczeństwa i postępującej starości. Co się stanie ze mną, jeżeli będę zupełnie sama. Przeraża mnie myśl o śmierci” (kobieta, lat 76).

Respondentów poproszono również, by wskazywali czego boją się najmniej, najwięcej osób (6 badanych) wymieniło ubóstwo, w dalszej kolejności była śmierć (4 osoby), samotność (4 osoby – najczęściej uzasadniały tę małą obawę tym, że mają dzieci i wnuki, które się nimi interesują lub tym, że przebywają w dziennym domu pomocy społecznej, więc ma się nimi kto zająć), przestępczość (3 osoby), po 1 wskazaniu miały następujące odpowiedzi: jazdy windą, braku akceptacji środowiska, starości, przestrzeni (osoba niewidoma), utraty rodziny, głodu, niedożywienia, alkoholizmu, przebywania w środowisku osób nieprzychylnych. Niektórzy wymieniali wiele obaw: „że nie poradzę sobie finansowo, samotności, bo brak mi przyjaciół; w każdej sytuacji życiowej poradzę sobie psychicznie i moralnie. Gdy będę czuła, że stan zdrowia pogarsza się, poproszę rodzinę o ubezwłasnowolnienie i dom spokojnej starości, bo wiem, że w stanie choroby jestem trudna w pożyciu” (kobieta, lat 64).

Po pytaniach otwartych, mających na celu uświadomienie sobie przez badanych własnych, najsilniejszych i najsłabszych lęków, poproszono również seniorów o określenie nasilenia niektórych lęków. Uzyskane dane na ten temat obrazuje poniższa tabela.

Tabela 1. Rodzaj lęków występujących u badanych osób starszych z uwzględnieniem ich nasilenia w samoocenie respondentów (w liczbach)

Rodzaj lęku	Wysoki poziom lęku	Średni poziom lęku	Niski poziom lęku	Brak lęku	Razem
lęk związany z pogarszającym się funkcjonowaniem zmysłów i obniżającym się stanem zdrowia	16	11	13	1	41
lęk przed chorobą	12	11	4	4	31
lęk przed samotnością	6	14	8	9	37
lęk przed biedą	6	1	11	12	30
lęk przed brakiem pieniędzy na leczenie	13	11	6	7	37
lęk przed śmiercią	6	3	6	16	31
lęk przed przestępczością	10	8	10	6	34

Źródło: badania własne

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli, ludzie starsi najczęściej najwyższy poziom lęku wiążą z obawą o pogarszający się stan zmysłów i swoje zdrowie, chorobami (m.in. chorobą Alzheimera, Parkinsona, nieuleczalnymi, nowotworowymi, układu krążenia, stawów, udarem oraz sprawiającymi trudności w chodzeniu, cukrzycą i jej powikłaniami), brakiem pieniędzy na leczenie oraz przestępczością.

Wymieniane przez respondentów lęki obrazują, jakie najczęstsze problemy dośkwierają osobom starszym w Polsce. Jak wynika z analizowanych badań, najczęstsze problemy polskich seniorów wiążą się ze słabym stanem zdrowia i nie najlepszym zabezpieczeniem finansowym.

W trakcie badań starano się także pozyskać informacje na temat tego, czy osoby starsze zwracają się o pomoc w związku z odczuwanymi lękami, a jeśli tak, to do kogo. Większość badanych odpowiedziała twierdząco (30 osób). W zależności od odczuwanego lęku zwracali się o pomoc do różnych osób, jednak najczęściej do członków swojej najbliższej rodziny (bardzo często do córek) lub przyjaciół, a także do pracowników służby zdrowia (w przypadku lęków związanych ze stanem zdrowia). O wsparcie prosili też pracowników dziennego domu pomocy społecznej (jeśli z niego korzystali). Tylko 12 osób odpowiedzia-

ło przecząco na pytanie, czy zwracają się o pomoc do kogoś, jeśli odczuwają lęki. W tej grupie respondentów było aż siedmiu mężczyzn. Ich uzasadnienia były różnorodne, np. „Jestem samodzielny i zawsze sobie sam radziłem” (mężczyzna, 85 lat); „daję sobie radę z moimi lękami” (mężczyzna, 60 lat); „nie lubię uważać się nad sobą” (mężczyzna, 60 lat).

Bardzo ważnym aspektem było ustalenie, w jaki sposób osoby starsze radzą sobie ze swoimi lękami, co robią, by osłabić najczęściej odczuwane lęki. Jeśli chodzi o lęki związane ze słabym stanem zdrowia, to badani seniorzy wskazywali systematyczną kontrolę stanu zdrowia podczas wizyt lekarskich, regularne przyjmowanie leków, prowadzenie zdrowego stylu życia, zdobywanie wiedzy na temat chorób oraz zajęcie się czymś (pracą manualną, robieniem na drutach, rozwiązywaniem krzyżówek). Lęk dotyczący samotności badani osłabiają spotkaniami z innymi ludźmi, ze znajomymi, dbaniem o podtrzymywanie przyjaźni, oglądaniem telewizji i słuchaniem radia oraz chodzeniem na zajęcia w osiedlowym klubie, a także myśleniem o rzeczach przyjemnych. Lęki wynikające z ograniczonych źródeł finansowych obniżają kupowaniem tylko tego, co potrzebne, a jedna z respondentek stosując powiedzenie „Że ktoś lub coś ma duży łeb, to niech się martwi, a ja nie mam na to czasu”. Lęk przed śmiercią zagłuszają rozmowami z przyjaciółmi, czytaniem odpowiedniej literatury, która wzmacnia podświadomość. Lęk przed przestępczością powoduje, że badani stosują strategię niewychodzenia wieczorem, zwłaszcza w terenie mało oświetlonym, starają się nie nosić cennych rzeczy.

Uwagi podsumowujące i postulaty końcowe

Osoby będące w fazie późnej dorosłości przejawiają różnorodne lęki. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż lęki osób starszych bezpośrednio wiążą się z uwarunkowaniami społeczno-ekonomicznymi. Najczęściej lęki polskich seniorów związane są z obniżającym się stanem zdrowia, samotnością i ograniczonymi finansami. Ta sytuacja jest bezpośrednio wynikiem sytuacji życiowej większości Polaków. Problemy w organizacji służby zdrowia w Polsce, powodujące trudności z dostaniem się do lekarzy specjalistów, a nawet lekarzy rodzinnych, ograniczanie czasu przeznaczonego na pacjenta (osoby starsze, mając zazwyczaj kilka chorób, wymagają więcej czasu na diagnozę i podjęcie skutecznej terapii), wzmacniają lęki seniorów. Zabezpieczenie społeczne nie zapewnia też polskim seniorom poczucia bezpieczeństwa, co odzwierciedla się w nasileniu lęku badanych osób starszych, że zabraknie pieniędzy na leczenie.

Natomiast, dzięki utrzymującej się wciąż w Polsce tradycji niesienia pomocy najstarszym członkom rodziny, polscy seniorzy mogą liczyć na wsparcie ze strony rodziny, nie obawiają się więc braku pomocy z ich strony. Co więcej, jeśli odczuwają lęki, to – jak wykazały przeprowadzone na potrzeby opracowania badania empiryczne – w pierwszej kolejności zwracają się właśnie do rodziny i uzyskują od członków rodziny potrzebne wsparcie. To napawa wielkim optymizmem. Pozytywne relacje rodzinne są bowiem bardzo ważne dla osób starszych, ponieważ zaspokajają wiele potrzeb osób najstarszych

wiekem. Pojawiający się w wypowiedziach badanych lęk przed samotnością bardziej wiąże się z samotnością moralną, wynikającą z ograniczonych kontaktów rówieśniczych ludzi starszych, zwłaszcza wśród tych z nich, którzy nie mają już sił wychodzić z domu.

Wyniki badań empirycznych, przedstawione w niniejszym artykule, wskazują również na konieczność podjęcia działań mających na celu optymalizację sytuacji polskich seniorów. W pierwszej kolejności wskazane jest przeprowadzenie wielu inicjatyw służących poprawie ich sytuacji materialnej i zagwarantowanie im lepszej opieki medycznej. Jednak warto podkreślić, że równie ważne są działania wzmacniające sferę emocjonalną osób starszych żyjących w Polsce. W tym aspekcie należy postulować, aby umożliwić seniorom dostęp do zajęć edukacyjnych, uświadamiających im mechanizmy funkcjonowania lęków, ich przyczyn i skutków oraz możliwości radzenia sobie z nimi. Powinno się także zadbać o to, by ludzie będący w fazie późnej dorosłości mieli szersze możliwości korzystania z usług psychologa lub psychiatry, w okresie starości pojawia się bowiem wiele problemów i kryzysów życiowych, które wymagają przepracowania przy wsparciu specjalistów od ludzkiej psychiki. Jeszcze raz warto podkreślić, że lęki – choć są wpisane naturę ludzką – to jednak zbyt intensywne i przewlekłe oraz występujące w wielu rodzajach na raz – wywołują choroby psychiczne, skłaniają do podejmowania zachowań suicydalnych, przyczyniają się do nadużywania leków, uzależnienia od alkoholu, nikotyny, przejawiania zachowań agresywnych, wyzwalają stan bezradności i bezsilności oraz osłabiają chęć do podejmowania różnorodnych form aktywności, sprzyjają wycofywaniu się z życia i izolowaniu się od innych. Ponadto należy zaakcentować, iż słaby stan psychiczny osłabia organizm, co nasila somatyczne zmiany chorobowe. Osoby starsze nie powinny być zatem pozostawione same ze swoimi lękami. Swoistą kontrolę ich sytuacji emocjonalnej mogliby przeprowadzać z urzędu pracownicy socjalni przy wsparciu ze strony psychologów. Wypełnienie części postawionych postulatów optymalizacyjnych zapewne mogłoby przyczynić się do obniżenia w Polsce liczby osób starszych dotkniętych depresją oraz zmniejszenia liczby prób samobójczych podejmowanych przez polskich seniorów.

Bibliografia:

- Bromley D. B., 1969, *Psychologia starzenia się*, Polskie Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Cichowicz S., Godzimirski J. M. (wyb.), 1993, *Antropologia śmierci*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 6, za: R. Kruszyński, 1999, *Lęk dezintegracyjny – problem ludzkiej egzystencji*, „Opieka. Wychowanie. Terapia”, 1.
- Coni N., Davison W., Webster S., 1994, *Starzenie się*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Frąckiewicz L., Żakowska-Wachelko B., 1987, *300 wiadomości o starości*, Wydawnictwo Śląski Instytut Naukowy, Katowice.
- Garrett G., 1990, *Potrzeby zdrowotne ludzi starszych*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
- Hazlett-Stevens H., 2008, *Kobiety, które martwią się za bardzo*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.

- Hołyst B., 1994, *Na granicy życia i śmierci*, BWP „Iustita”, Warszawa 1994, s. 16 i 26, za: R. Kruszyński, 1999, *Lęk dezintegracyjny – problem ludzkiej egzystencji*, „Opieka. Wychowanie. Terapia”, 1.
- Kossowski O., 1998, *O psychice człowieka starego i starszego*, „Praca Socjalna”, 3.
- Kowalik S., 2000, *Wspomaganie rozwoju w procesie starzenia się*, [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*, Kaja B. (red.) Tom 2, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Kruszyński R., 1999, *Lęk dezintegracyjny – problem ludzkiej egzystencji*, „Opieka. Wychowanie. Terapia”, 1, s. 36.
- Leszczyńska-Rejchert A., 2010, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn.
- Łój G., 2004, *Poczucie kontroli a poziom lęku u ludzi starszych*, [w:] *Problemy społeczne, pomoc społeczna, praca socjalna. Wymiar polski i europejski*, Krzyszkowski J., Majer R. (red.), Wydawnictwo AV, Częstochowa.
- Matlakiewicz A., Solarczyk-Szwec H., 2009, *Dorośli uczą się inaczej. Andragogiczne podstawy kształcenia ustawicznego*, Wydawnictwo Centrum Kształcenia Ustawicznego w Toruniu, Toruń.
- Mesjasz J., 2010, *Kłątwa czy dar przemijania? Studium z tanatopsychologii*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa.
- Myers D. G., 2003, *Psychologia*. Przekład J. Gilewicz. Wydawnictwo Zysk i S-ka. Poznań.
- Obawy i niepokoje Polaków. Komunikat z badań CBOS*, 1998, nr 41/98. Warszawa.
- Okoń W., 1996, *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo „Żak”, Warszawa.
- Pietrasiniński Z., 1992, *Rozwój ludzi dorosłych*, [w:] *Wprowadzenie do pedagogiki dorosłych*, Wujek T. (red.), Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Puchalska B. M., 1986, *Lęki i niepokoje ludzi starszych*, [w:] *Encyklopedia Seniora*, Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Reber A. S., Reber E. S., 2005, *Słownik psychologii*. Polskie wydanie pod red. nauk. I. Kurcz i prof. K. Skarżyńskiej, Wydawnictwo Nauk. SCHOLAR. Warszawa.
- Reichmann W., 1997, *Nie da się oszukać starości*, „Tematy”, 7–8.
- Riemann F., 2005, *Oblicza lęku. Studium z psychologii lęku*. Przekład U. Poprawska, Wydawnictwo WAM. Kraków.
- Sobol E. (red.), 1997, *Mały słownik języka polskiego*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Susułowska M., 1986, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka starego*, [w:] *Encyklopedia Seniora*. Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Susułowska M., 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Szymanowska A., Lęk, 1999, [w:] *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Lalak D., Pilch T. (red.), Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.