

## **PROBLEMY WIEKU SENIORALNEGO W KONTEKŚCIE PSYCHOSPOŁECZNYM**

*Dorota Rynkowska*

**Abstract:** Recently, the problem of old age and aging is the subject of a lively social discourse. It is present in the mainstream medical, psychological, social, economic and even political. Aging population is one of the characteristic phenomena of the modern world. Old age is a very complex and individualized process takes at least three levels: biological, psychological and socio-social. Old age and aging is characterized by typical biological changes, mental changes, developmental tasks, critical life events and typical social roles. The phenomenon of social functioning unit binds to the state of mental balance, which is particularly noticeable in old age.

The purpose of this article is an attempt to show some psychosocial problems of seniors in perspective changing social reality.

**Key words:** age, aging, exclusion, isolation, mental disorders, depression

*Starzenie się to nie tyle stan, ile zadanie.  
Jeśli się je rozwiąże, to starość będzie co najmniej równa piękna jak młodość,  
a śmierć będzie nie kresem, ale owocem.*

Annemarie Meiner

W ostatnim czasie problematyka starości i starzenia się stanowi przedmiot dyskursu społecznego, obecna jest w nurcie medycznym, ekonomicznym a nawet politycznym.

Starzenie się społeczeństw jest jednym z charakterystycznych zjawisk współczesnego świata. Jest to proces, który prowadzi do ogromnych przeobrażeń w wielu dziedzinach życia – polityce, gospodarce, kulturze, edukacji, usługach medycznych, opiekuńczych, co w konsekwencji kształtuje przyszłość nas wszystkich. Za bezpośrednie przyczyny starzenia się społeczeństwa należy uznać przeszłe i aktualne trendy pod względem rodności, migracji i umieralności. Celem nowoczesnej polityki społecznej wobec osób starszych jest między innymi próba dbałości o jakość ich życia w poszczególnych fazach starości i skuteczne reagowanie na specyficzne potrzeby seniorów. W badaniach prowadzonych wśród osób starszych wskazuje się, że głównymi czynnikami wpływającymi na jakość ich życia są: zdrowie fizyczne, podtrzymywanie relacji rodzinnych i społecznych, brak dyskryminacji, zdolność do aktywnego uczestnictwa w różnych obszarach życia, zabezpieczenie materialne, stosunek społeczeństwa do tej kategorii osób (Rynkowska 2013). Szacuje się, że udział ludzi starych (w wieku 65 lat i więcej) w populacji

wzrośnie do blisko 30% w 2050 roku. Próg demograficznej starości mierzony według wskaźnika przyjętego przez demografów ONZ wyraża się odsetkiem 7% ludzi w wieku 65 lat i więcej w stosunku do ogółu ludności.<sup>1</sup> Starość i starzenie się to pojęcia, które w zależności od przyjętego kryterium są różnie definiowane. Starość traktowana jest jako jedna z faz cyklu życia człowieka o charakterze statycznym, natomiast starzenie się traktowane jest jako proces o charakterze dynamicznym. Rozpatrując starość w kontekście biologicznym starzenie się wszystkich organizmów żywych traktowane jest jako stale postępujące i nieodwracalne pogarszanie się funkcjonowania, którego konsekwencją jest śmierć. Jest to proces naturalny i długotrwały. Kiedy poszerzymy perspektywę starości i starzenia się o kontekst psychiczny i społeczny, wówczas terminy te będą charakteryzowały się jako wielowymiarowe procesy, w których następują zmiany w obszarze somatycznym i psychospołecznym, o umiarkowanym charakterze. W związku ze zmianą perspektywy otwiera się możliwość spojrzenia na starość poprzez elementy psychiczne (intelekt, emocje, tożsamość) i społeczne (role społeczne). Celem niniejszego artykułu jest próba ukazania wybranych problemów psychospołecznych, takich jak dyskryminacja i marginalizacja społeczna seniorów oraz depresja starcza w perspektywie rzeczywistości społecznej.

### **1 Starości i starzenie się – wymiar psychologiczny i społeczny**

Starzenie się organizmu jest procesem przebiegającym na wielu płaszczyznach, dlatego jest trudny do jednoznacznego zdefiniowania. Można go opisać jako zmiany zachodzące w organizmie wraz z upływem czasu. Doprowadzają one do stopniowego wyczerpywania rezerw, jakie posiada każdy organizm ludzki. Często spotyka się z potocznym rozumieniem starości jako niesprawności czy braku samodzielności, jednak jest to myślenie stereotypowe, gdyż zdarza się, że żyją wśród nas ludzie cieszący się dobrym zdrowiem i kondycją fizyczną do późnych lat życia (Wieczorowska – Tobis, Talarska, 2010:25). Badacze zajmujący się problematyką starości i starzenia się podkreślają, że proces ten dokonuje się w czterech aspektach:

---

<sup>1</sup> Zjawisko starzenia się ludności przy jednoczesnym wydłużaniu trwania ludzkiego życia dotyczy głównie krajów wysokorozwiniętych. Według danych szacunkowych wynika, że do roku 2020 ogólna liczba osób starszych osiągnie powyżej 1 mld, co stanowić będzie około 30% całej populacji. Z prognoz wynika, że w 2020 roku około 24% Polaków osiągnie wiek ponad 60 lat, a przeciętna długość życia odpowiednio dla kobiet wyniesie 80 lat, dla mężczyzn 73 lata. Sytuacja ta pokazuje, że będzie należało podjąć szereg działań na rzecz tej kategorii osób celem poprawy jakości jej życia w zakresie ochrony zdrowia, działalności opiekuńczo-wspierającej, całożyciowej edukacji czy wydłużenia aktywności zawodowej. Podejmowanie tych działań i szeregu innych powinno mieć na celu niwelowanie trudności i problemów wieku senioralnego w wielu wymiarach życia społecznego.

- biologickým - jako naturalne, neodwracalne oraz nasilajúce się zmiany metabolizmu i fizykochemicznych właściwości komórek, które doprowadzają do upośledzenia samoregulacji, adaptacji oraz regeneracji organizmu oraz do zmian morfologicznych i czynnościowych dotyczących kształtu i funkcji komórek,

- psychicznym - objawiający się zmniejszoną aktywnością psychofizyczną, co prowadzi do tego, że komórki nerwowe nierozmnażające się obumierają lub ulegają uszkodzeniu, następuje utrata neuroprzekazników oraz zwyrodnienie włóknkowe prowadzące do choroby Alzheimera,

- społecznym - trzeci wiek to zazwyczaj stadium życia, w którym często następuje utrata autonomii, potrzeba opieki społecznej,

- duchowym - charakteryzujący się większą wrażliwością na sprawy wiary, nadrabianiem zaległości na polu życia duchowego, dobroczynności oraz ciągle rodzącymi się pytaniami co będzie po śmierci? (Pikuła 2011:39).

Wielu autorów różnie definiuje pojęcie starości co oznacza, że pojęcie to posiada znaczenie wielowymiarowe. Definicje te są wynikiem wcześniej przyjętego punktu widzenia. Z medycznego punktu widzenia starość jest czynnikiem wskazującym na biologiczny jej charakter oraz proces, który jest nieodwracalny w obrębie każdego gatunku i każdego żywego organizmu. Psychologia wskazuje na zmiany o charakterze degradacyjnym w sferze osobowości człowieka: wycofywaniu się z kontaktów społecznych co prowadzi do pogłębiania osamotnienia. Starość jest wpisana w życie każdego człowieka, jednak jak będzie ten proces postępował jest to sprawa indywidualna.

Składają się na to czynniki natury genetycznej, społecznej, kulturowej, psychologicznej i ekologicznej. Tym samym bardzo trudno jest jednoznacznie określić w jakim wieku lub na jakim etapie życia zaczyna się starość (Chabior 2000:23-24). Obecnie przyjmuje się kryterium metrykalne, czyli arbitralnie określa się wiek, w którym rozpoczyna się starzenie. Dominujące stanowiska, w tym Światowa Organizacja Zdrowia za początek starości uznaje 65 rok życia. Jest to wiek umowny i nie może być uznawany przez gerontologów za obiektywny wskaźnik starości. Dzieje się tak dlatego, że poszczególne narody i rasy starzeją się według typowo występujących dla danego obszaru zamieszkania wzorców. Wiek kalendarzowy co prawda ułatwia analizy demograficzne i planowanie polityki społecznej, to jednak nie oznacza, że osoby przekraczające ten wiek automatycznie przekraczają granice starości i wiążące się z nimi skutki biologiczne. Końcem tej fazy życia jest śmierć, która literaturze przedmiotu, zwłaszcza gerontologicznej podaje wiek 110-120 lat jako maksymalną długość życia ludzkiego (Brzezińska, Graczkowska 2012:14). Według Aleksandra Kamińskiego, propagatora teorii aktywności i wychowania do starości, kluczem do pozytywnego i satysfakcjonującego starzenia się jest wspomaganie tych ludzi w rozszerzaniu własnych zainteresowań, aspiracji, umiejętności oraz

niwelowanie błędnych przyzwyczajzeń. Fundamentem zdrowego przejścia na emeryturę jest zaakceptowanie własnego starzenia się oraz praca nad sobą (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006:178-179).

## **2 Wybrane problemy psychospołeczne seniorów**

Wiek jest obok płci podstawowym biologicznym wyznacznikiem egzystencji człowieka i jego miejsca w społeczeństwie. Osoby starsze stanowią zróżnicowaną populację pod względem cech społecznych, psychicznych, kondycji zdrowotnej i warunków bytowych. Proces starzenia przebiega etapami. Najpierw jest etap starzenia się społecznego, dopiero później następuje starzenie fizyczne. W wymiarze psychospołecznym zmiany związane ze starością nie układają się w jeden, podobny dla wszystkich wzorzec osobowości i zachowania człowieka starszego. Stereotypowy obraz seniora to postrzeganie go jako osobę bierną, zamkniętą na otaczającą rzeczywistość, zbyt słabo adaptującą się do nowych warunków społeczno- kulturowych, pozostającą w cieniu współczesnej rzeczywistości, zdominowanej przez postęp technologiczny. Jest to jednak dość zafałszowany obraz osób znajdujących się w tym przedziale wiekowym. Okazuje się, że zachowanie i podejmowane działania wielu seniorów są zaprzeczeniem takiego obrazu. Dla wielu z nich okres starości ze wszystkimi jej konsekwencjami, oznacza możliwości podróżowania, rekreacji, uprawiania swojego hobby, zawierania nowych znajomości i kontaktów, kształcenie się i podejmowanie wielu działań np.: o charakterze wolontariatu. Zatem mamy do czynienia z co najmniej dwiema grupami seniorów, którzy dzielą się na tych biernych, ograniczających swoją aktywność do swoich najbliższych, jak i na tych, którzy odznaczając się dobrą formą psychiczną i fizyczną, przejawiają aktywność na różnych płaszczyznach życia społecznego. Aktywność osób starszych w istotny sposób łączy się z potrzebami: osobistego rozwoju, poczucia własnej wartości, przynależności do grupy i zajmowania w niej określonego miejsca, bycia we wspólnocie, realizowania planów życiowych i satysfakcji życiowej. Ponadto na rodzaj i jakość aktywności osób starszych wpływa również ich kondycja psycho- fizyczna, posiadany zasób umiejętności, ale również usytuowanie w danym kontekście społecznym (Steuden 2012:82).

### **2.1. Problem dyskryminacji i marginalizacji społecznej osób starszych**

Starzenie się jest dla każdego człowieka poważnym wyzwaniem i wymaga adaptacji do tego okresu życia. Sytuacja osób starszych w społeczeństwie ulega znacznej ewolucji, a nawet degradacji (Kotowska 2014:238). Współczesna cywilizacja lansuje kult młodości, witalności, tężyzny fizycznej. Natomiast starość jawi się jako ciemna strona życia, niedołączna, trudna, schorowana, sfrustrowana. Liczne przejawy ageizmu stanowią wyraz lęku, obaw przed kon-

sekwencjami naturalnego procesu starzenia się i starości. Osoby starsze doświadczają wielu trudności i konsekwencji swojej starości również w wymiarze społecznym. Jest to okres, w którym dochodzi do wielu zmian, dotyczących pozycji, roli społecznej, funkcjonowania w układzie rodzinnym, towarzyskim i zawodowym.

W schyłkowej fazie życia jednostki mają tendencję do zmniejszania z różnych przyczyn swojej aktywności i ograniczają liczbę kontaktów społecznych przez co więzi z innymi stają się słabsze i trudniejsze. Na czas starości przypada również moment przejścia na emeryturę. Senior odchodząc na emeryturę stopniowo traci liczne role społeczne, które pełnił przez całe swoje życie. Zakończenie pracy zawodowej łączy się najczęściej z zanikaniem kontaktów koleżeńskich czy przyjacielskich. Takie wycofanie się z kontaktów społecznych doprowadza do zanikania kontaktów emocjonalnych ze społeczeństwem i zamykaniem się w sobie, słabnięciem sił i myśleniem o odejściu. Seniorzy w tym okresie doświadczają często wielu traumatycznych przeżyć, kryzysów, postępujących chorób i problemów psychospołecznych. Poważnym zagrożeniem w życiu starszego człowieka jest jego dyskryminacja, która odnosi się do wielu dziedzin życia, a w konsekwencji prowadzi do osamotnienia i izolacji społecznej. Termin „dyskryminacja społeczna” – oznacza nierówne traktowanie członków danej grupy społecznej lub kilku grup społecznych w odniesieniu do innych ludzi. Przejawia się najczęściej w formie pozbawienia lub ograniczenia praw człowieka, prześladowania bądź też w nieprzychylnym nastawieniu lub uprzedzeniu. Podstawą dyskryminacji społecznej jest zazwyczaj przynależność narodowa, rasowa lub wyznaniowa, pochodzenie społeczne, przynależność klasową (Zych2001:59). Wśród przyczyn dyskryminacji seniorów wyróżniamy:

- przekonanie i jednocześnie stawianie zarzutu, że osoby starsze stanowią balast, obciążenie dla budżetu państwa, dla pracujących i całego społeczeństwa;
- utrwalania stereotypów na temat uciążliwości wieku podeszłego;
- panującej teorii dominacji w społeczeństwie rozwiniętym, dotyczącej prymatu rodziny dwupokoleniowej nad wielopokoleniową, która spowodowała upowszechnienie instytucjonalnych form opieki; (Goodman N.: Wstęp do socjologii. Poznań 1997, s. 17)

Zdaniem N. Goodmana (Goodmann 1997:17-18) przyczyną tego zjawiska są zmiany, jakie nastąpiły w wyniku uprzemysłowienia, zaś podstawą tej formy dyskryminacji jest ocena cech zewnętrznych ludzi starszych. Uznano ich za mniej użytecznych od młodszych osób, które mają więcej siły i energii. Ludzie starsi mają utrudniony dostęp do rynku pracy, słabszą pozycję ekonomiczną niż inne grupy dorosłych. Usuwa się ich poza nawias, traktuje jako niepotrzebnych, przeszkadzających rodzinie, czy oddaje do placówek pomocy społecznej.

Wyróżniamy następujące rodzaje dyskryminacji ludzi starszych (Leszczyńska- Rejchert 2010:81): : - dystansowanie się, czyli unikanie bliskich kontaktów z osobami starszymi,

- dewaluowanie, czyli upowszechnianie przekonań o negatywnych cechach ludzi starszych

- delegitymizacja, tj. utrwalenie w postaci aktów prawnych negatywnego stosunku jednych osób wobec innych, co prowadzi zaliczenia danej jednostki do kategorii społecznej pozbawionej określonych praw,

- segregacja, polegająca na izolowaniu jednostek lub grup od środowiska społecznego. Powoduje to trudne do przełamania bariery psychiczne, zarówno u osób starszych, jak i tych, którzy nimi będą. Negatywny obraz człowieka starszego, połączony z rzeczywistym obniżeniem się sprawności psychofizycznej i faktyczną utratą dotychczasowych ról społecznych, powoduje wejście w schemat samospełniającej się przepowiedni, prowadzącej do załamania psychicznego i społecznego. Obniża się nastrój, spada inicjatywa i aktywność, co w rezultacie prowadzi do pogorszenia jakości życia. Z dyskryminacją ludzi w starszym wieku wiąże się zjawisko subkultury osób starszych, które polega na izolowaniu się przez nich od młodszych generacji. Subkultura ta jest wyrazem opozycji osób starszych w stosunku do reszty społeczeństwa. Jej członków łączy świadomość przynależności do grupy dyskryminowanej. Członków tej subkultury cechuje krytycyzm w stosunku do młodych, brak zainteresowania współczesnymi wydarzeniami i wycofanie się z pomocy w rodzinie. Pojęcie marginesu społecznego jak i marginalizacji jest terminem wieloznacznym i pociągającym za sobą rozmaite konotacje. W potocznym, codziennym użyciu, pojęcie to nacechowane jest pejoratywnie i stanowi jeden z poręcznych elementów opisu zjawisk dewiacyjnych, czy tzw. mętów społecznych, wykołajeńców. W naukach społecznych jednakże, pojęcie to ma charakter neutralny, wskazujący na pewien obszar zjawisk występujących w polaryzujących się współczesnych społeczeństwach. Marginalizacja jest rozumiana jako brak uczestnictwa pewnej części społeczeństwa w jego instytucjach społecznych i zarazem, gdy dominujący typ porządku społecznego jest przez ową zbiorowość z różnych przyczyn odrzucany bądź ignorowany (Gnieciak 2008:167). Główne przyczyny marginalizacji społecznej ludzi starszych tkwią w czynnikach ekonomicznych (niskie emerytury i renty) oraz w uwarunkowaniach społeczno – kulturowych (dezintegracja wspólnot globalnych, narodowych, rodzinnych, rozwój techniczny i informatyczny, za którymi nie nadążają osoby starsze). Ponadto marginalizację społeczną osób starszych w Polsce pogłębiają: niska aktywność ludzi starszych w walce o swoje prawa i przywileje, swoista „pokora” i „duma” starszego pokolenia (nie należy ubiegać się o pomoc ze strony instytucji, gdyż świadczy to o nieporadności życiowej i niewłaściwym wychowaniu dzieci ), ograniczony dostęp do

informacji, ignorowanie ludzi starszych i starości przez media, brak zainteresowania prawami i potrzebami ludzi starszych, brak integracji społecznej oraz postawy wobec starości. Człowiek jako jednostka społeczna, z natury potrzebuje obecności drugiego człowieka. Poczucie przebywania z innymi wynika z potrzeby afiliacji, która powinna być realizowana już we wczesnym dzieciństwie do późnej starości. Jednak gwałtowne zmiany społeczno-ekonomiczne, obyczajowe powodują, że coraz mniej czasu poświęcamy innym, w tym również osobom starszym, które czują się samotne i opuszczone. Obawa przed samotnością jest jednym z dotkliwszych problemów starszego człowieka. Poczucie osamotnienia często towarzyszy ludziom starszym, a jej obiektywnym źródłem jest rzeczywista społeczna izolacja, której sprzyjają: zaawansowany wiek, płeć, trudna sytuacja materialna, niski poziom wykształcenia, wdowieństwo.

## **2.2 Depresja jako zaburzenie psychiczne wieku senioralnego**

Zjawisko funkcjonowania społecznego człowieka wiąże się ze stanem psychicznym, co szczególnie widoczne jest w okresie starości. W psychologii okres starości nazywany jest „okresem strat” lub „kryzysem starości”. Wśród wielu krytycznych zdarzeń wpisanych w tę fazę życia najczęściej wymienia się utratę zdrowia i witalności, atrakcyjności, ale również utratę najbliższych osób i perspektywę zbliżania się własnej śmierci. Te czynniki i wiele innych związanych np.: ze zmniejszeniem statusu ekonomicznego, skutkują ograniczeniami w życiu codziennym, które stają się źródłem poważnego dyskomfortu psychicznego seniora. Trudna sytuacja socjalno-ekonomiczna zmusza do zmiany stylu życia, prowadzi niekiedy do ograniczenia kontaktów rodzinnych, towarzyskich, doprowadzając tym samym do izolacji osoby starszej. Wszystko to wpływa negatywnie na świadomość starzejącego się człowieka i jego funkcjonowanie społeczne (Straś- Romanowska 2004). Zmiany w psychice człowieka starszego analizowane są głównie w kontekście osobowości i sprawności umysłowej. Pogarszający się stan zdrowia wywiera negatywny wpływ na możliwości fizyczne i psychiczne jednostki. W chorobach somatycznych wiąże się z chronicznymi bólami, a w przypadku chorób psychicznych z degradacją psychiczną. Niekorzystny stan zdrowia utrudnia mobilność, ogranicza uczestnictwo w życiu rodzinno-towarzyskim, kulturalnym, prowadzi do bierności, frustracji i wycofywania się z życia. Potrzebą współczesnej rzeczywistości społecznej jest umiejętność wykrywania i przeciwdziałania chorobom z obszaru zaburzeń psychicznych. Jest to tyle ważne, iż postępująca choroba może prowadzić do poważnych, nieodwracalnych stanów i konieczności stałej, specjalistycznej opieki. W wymiarze psychicznym każdy z nas starzeje się indywidualnie i zależy to od czynników, zarówno biologicznych, jak i psychospołecznych. Wśród tych pierwszych znaczącą rolę odgrywają choroby

somatyczne, ich częstotliwość i przebieg, a także choroby ośrodkowego układu nerwowego (Pikuła 2013:45). W przypadku zmian psychicznych mają one ścisły związek ze zmianami zachodzącymi w mózgu i początkowo przybierają formę osłabienia pamięci oraz spowolnienia reakcji psychicznych. Mają na to wpływ zarówno uwarunkowania biologiczne starzejących się organizmów, jak czynniki psychiczno- społeczne. Stopień nasilenia objawów i przeżyć psychicznych związanych ze starzeniem jest różny w odniesieniu do poszczególnych jednostek. Dodatkowo ich rozpoznanie utrudnia zacierająca się granica między normą i chorobą (choćby niekiedy choroba ujawnia się nagle i ostro np.: po wstrząsie psychicznym). Osoby w podeszłym wieku są szczególnie podatne na zaburzenia sfery psychicznej w postaci depresji, demencji i majaczenia (Błaszczuk, Rynkowska 2014 za Chodorowski 2005:44). Wśród najczęstszych zaburzeń psychicznych wieku podeszłego wyróżniamy:

- demencję, czyli ogólne pogorszenie się funkcji intelektualnych, wynikających z atrofii układu centralnego. Do podstawowych objawów demencji starczej zaliczamy: zaniki pamięci, afazję, apraksję, agnozję, zmiany osobowości, samopoczucia i zachowania, utratę umiejętności oceny otoczenia. Do najczęstszych chorób, które są przyczyną demencji należą: choroba Alzheimera, choroba Parkinsonsa, choroba Picka, płasawica Huntingtona, choroba Creutzfelda-Jakoba;

- majaczenie (ostrzy zespół mózgowy), czyli zaburzenia świadomości o ostrym początku i falującym przebiegu, w którym zaburzenia dotyczą orientacji, pamięci, uwagi, myślenia, percepcji i zachowania. Do wystąpienia majaczenia przyczynia się stosowanie leków uspokajających i nasennych, hospitalizacja, odizolowanie od rodziny, zbiegi i procedury medyczne;

- depresję

Depresja jest uznawana za jedną z najczęściej występujących chorób psychicznych i cywilizacyjnych XX wieku. Poważnym problemem występującym wśród osób starszych są zaburzenia psychiczne, wśród których najczęściej występującym jest depresja. Objawy depresji mają charakter zaburzeń psychicznych, intelektualnych i somatycznych, chociaż rzadko te objawy występują jednocześnie. Szacuje się, że liczba chorych na depresję dotyczy około 17% populacji, z czego dane epidemiologiczne dotyczące występowania objawów depresji w wieku podeszłym mówią o przedziale od 5-44%. W zależności od stosowanych kryteriów rozpowszechnienie objawów depresyjnych w populacji powyżej 60 roku życia wynosi około 1,7-16,1%, natomiast wzrasta u osób powyżej 65 roku życia i wynosi 15-25%. U osób starszych w porównaniu z młodszymi ciężka postać depresji występuje rzadziej, ale większy jest stopień nasilenia objawów chorobowych (Steuden 2012:66). Przyczyny i okoliczności występowania choroby osób w podeszłym wieku mają różne podłoże. Ogólnie stwierdza się, że częstotliwość występowania depresji spo-



wodowana jest kumulacją wielu czynników ryzyka, zwłaszcza ze zwróceniem uwagi na szczególną sytuację psychospołeczną, pogłębiającym się i pogarszającym stanem fizjologicznym oraz licznymi chorobami somatycznymi. Depresja wśród seniorów może być wtórną reakcją na obecność choroby, zwłaszcza o przebiegu przewlekłym i niekorzystnym rokowaniu. Każda przewlekła choroba somatyczna zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia depresji, która w przypadku seniorów koreluje z chorobami układu krążenia. Depresja może być też związana z nieodpowiednim trybem życia, brakiem aktywności fizycznej, stosowaniem używek, słabo zbilansowaną dietą czy nieregularnym przyjmowaniem leków. Obecność depresji zwiększa ponadto ryzyko wystąpienia zawału i udaru, które w przypadku osób w podeszłym wieku przynoszą najczęściej nieodwracalne zmiany (Mielczarek 2010:210). Zarówno depresja, jak i choroby somatyczne przyczyniają się do zaburzeń w codziennym funkcjonowaniu seniora, a także do częstszego korzystania z instytucjonalnej opieki zdrowotnej. Według Kasl-Godley (Steuden 2012 za Kasl-Godley 1998:211) można upatrywać wzajemnej zależności obydwu stanów, czyli nasilenia symptomów depresyjnych z obniżonym poziomem kondycji fizycznej w związku z tym, że :

- depresja stanowi następstwo zmian biologicznych zachodzących w starzejącym się organizmie w związku z występowaniem licznych chorób i ich leczeniem

- depresja może przyczyniać się do zwiększonej częstotliwości występowania chorób somatycznych, te z kolei wpływają na obniżenie mechanizmów obronnych organizmu, także immunologicznych

- nasilające się objawy depresyjne mogą prowadzić do braku dbałości i troski o siebie, zaniechaniu leczenia np.: poprzez nieregularne wizyty lekarskie i nieregularne przyjmowanie leków

- depresja i choroby somatyczne są od siebie niezależne, ale mogą powodować wzajemne oddziaływanie u jednostki chorobowej, a nawet potęgować odczucie ich wzmacniania.

Głównymi symptomami depresji są obniżenie nastroju, przygnębienie, apatia, smutek zahamowanie czynności psychicznych, nasilona drażliwość, występowania nieuzasadnionego lęku i niepokoju. Depresji często towarzyszy utrata wszelkich zainteresowań i znaczne ograniczenie aktywności w wielu obszarach: rodzinnym, towarzyskim, kulturalnym, zawodowym. Do tego obserwujemy brak dbałości o wygląd zewnętrzny, zaburzenia snu, łaknienia, popędu seksualnego. U osób w wieku podeszłym bardzo istotne są uwarunkowania psychospołeczne, wśród których wymienia się: zdarzenia określane jako „utrata”, wdowieństwo, samotność, pogarszający się stan zdrowia, przejście na emeryturę, zmianę miejsca pobytu, hospitalizację, upośledzenie funkcji poznawczych. W skrajnych przypadkach osłabienie funkcji poznawczych może

być ludzaco podobne do stanu otępienia i wówczas określane jest pseudo-otępienie depresyjne. Jednym ze znaczących czynników prowadzących do depresji starczej według A. Kępińskiego jest poczucie bycia niepotrzebnym, które godzi w obraz samego siebie i odbierane jest jako rezultat „śmierci społecznej” (Brzezińska, Graczkowska 2012:43). Swoisty obraz samego siebie to wizerunek określony zespołem cech, które na podstawie aktualnych i wcześniejszych doświadczeń jednostka uznaje za własny, charakterystyczny wyłącznie dla niego. Dotyczy to wyglądu, zasobu umiejętności, uzdolnień i doświadczeń, cech charakteru, pozycji, potrzeb psychicznych i możliwości realizacji własnych dążeń, aspiracji a także preferowanych wartości. Obraz siebie jest jednym z elementów struktury osobowości, pozwalającym na doświadczanie różnych zdarzeń, zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych. Te ostatnie odbierane są jako czynniki obciążające, które zaburzają równowagę psychiczną człowieka i mogą wywoływać stany depresyjne spowodowane np.: utratą bliskiej osoby, pracy, utratą zdolności do pełnienia ról społecznych, rozwodem, separacją, chorobą, stresem, gwałtem.

Wśród osób starszych cierpiących na depresję występuje wysoka śmiertelność. Wpływają na to spowolnienie ruchowe, wywołana przez depresję zmiana elementów biologicznych np.: zmniejszone lub zwiększone wydzielanie hormonów, zaburzenia funkcji immunologicznych, brak współpracy w leczeniu chorób somatycznych, niepożądane działania leków przeciwdepresyjnych. Istnieje wyraźny związek między depresją a samobójstwem, szczególnie u osób starszych i jednocześnie cierpiących na poważną, przewlekłą chorobę somatyczną. Chore na depresję osoby starsze rzadziej mówią o samobójstwie, ale częściej podejmują próby samobójcze. Zaobserwowano, że samobójstwa u osób w przedziale wieku 75-84 są trzykrotnie częstsze niż u osób młodszych, a u osób powyżej 85 roku życia nawet czterokrotnie częstsze (Brzezińska, Graczkowska 2012:45). Ze względu na wiek i liczne schorzenia są one w skutkach groźniejsze dla ich życia niż w przypadku młodszych ludzi. Depresji doświadczają częściej seniorzy o niskiej samoocenie, spowolnionej motoryce, osamotnieni, rozczarowani życiem, często rodzinnym, schorowani. Większy odsetek prób samobójczych wśród seniorów pozwala wnioskować o ich większej determinacji. Najczęstszymi metodami odebrania sobie życia wśród seniorów są powieszenie, utopienie, upadki z wysokości. U osób w wieku podeszłym występują ponadto liczne zatrucia, które wynikają z celowego nieprzestrzegania zaleceń lekarskich dotyczących stosowania, dawkowania leków, którą mogą stanowić przyczynę ich zgonów. Zamachy samobójcze są szczególnie często powtarzane, czasem wielokrotnie przez ludzi w podeszłym wieku, właśnie chorujących na depresję, u których leczenie jej okazało się mało skuteczne. Najczęstsze przyczyny podejmowania prób samobójczych przez seniorów dotyczą trzech obszarów: zaburzenia psychiczne, choroby somatycz-

ne i problemy natury psychospołecznej. Wśród przyczyn z tego ostatniego obszaru wymienia się przede wszystkim poczucie osamotnienia i odrzucenia, poczucie bezużyteczności, brak wsparcia i opieki, poczucie bezradności, utrata współmałżonka (Błaszczuk, Rynkowska 2014:90). Depresja to rodzaj zaburzenia psychicznego, który można i należy leczyć. U osób starszych objawy depresyjne łączą się z samotnością i osamotnieniem, które stanowią nieodłączny element ludzkiej egzystencji we wszystkich typach społeczeństw i obszarach kulturowych. Jedną z bardzo ważnych, naturalnych, psychicznych potrzeb człowieka, w tym również starszego jest potrzeba przynależności. Każdy z nas pragnie uczestniczyć w różnych grupach, zaczynając od rodziny poprzez grono znajomych, sąsiadów, pracowników, członków jakiejś instytucji. Proces ten konstryuuje się już we wczesnym dzieciństwie i zmienia w ciągu całego życia ludzkiego. Ma istotny wpływ na poczucie bycia osamotnionym i postrzeganie samotności, zwłaszcza w schyłkowym okresie życia. Poczucie samotności sprzyja negatywnemu obrazowi samego siebie. W przypadku braku bliskich relacji rodzinnych i przyjacielskich rodzi się samotność i poczucie osamotnienia. Powszechnie można zauważyć, że wśród seniorów objawy depresyjne łączą się z samotnością i osamotnieniem. Wskazuje się na kilka grup czynników, które korelują w relacji depresja-osamotnienie. Do pierwszej grupy zaliczamy czynniki społeczno-kulturowe, które dotyczą negatywnego postrzeganie i odbioru seniorów w przestrzeni publicznej, rodzinnej, zawodowej, dystans międzypokoleniowy, trudna sytuacja materialna, brak bliskich relacji z otoczeniem. Drugą grupę czynników ryzyka stanowią elementy socjodemograficzne, takie jak: stan cywilny (częste wdowieństwo, zwłaszcza kobiet), stan zdrowia (zwłaszcza jakość zdrowia psychicznego i somatycznego), sytuacja materialna.

### **Podsumowanie**

Wzrost populacji osób starszych w społeczeństwie jest faktem i zjawiskiem, które niesie za sobą szereg reperkusji w wielu wymiarach życia społecznego, psychicznego, zdrowotnego, ekonomicznego. Proces starzenia się ma charakter patologiczny i często wyraża się obecnością zaburzeń stanu zdrowia, zanikiem sił witalnych, spadkiem aktywności nie tylko zawodowej. Starość to etap, którego doświadczymy wszyscy w swoim życiu. Nasze przystosowanie do starości i jej godne przeżycie może być możliwe poprzez podjęcie szeregu działań profilaktycznych, dobrą diagnostykę kliniczną, opracowanie programów pomocowych w wymiarze rodzinnym, społecznym i ekonomiczno-prawnym. Ma to na celu podtrzymanie jakości życia osób starszych i zabezpieczenie przed poczuciem osamotnienia, marginalizacją i wykluczeniem społecznym, a także niwelowaniem czynników ryzyka zaburzeń pojawiających się w tym okresie.

## **Bibliografia:**

- Błaszczuk K., Rynkowska D. 2014. *Wybrane problemy zdrowia publicznego w perspektywie pracy socjalnej*. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego: Rzeszów.
- Brzezińska M. Graczkowska M. 2012. *Zaradnik terapeutyczny*. Difin: Warszawa.
- Chabior A. 2000. *Rola aktywności kulturalno- oświatowej w adaptacji do starości*. Instytut Technologii Eksploatacji : Radom- Kielce.
- Chodorowski Z. 2005. *Wybrane problemy medycyny geriatrycznej*. VM Group: Gdańsk.
- Dąbrowski Z. 2008. Terminologia pedagogiki opiekuńczej. [w:] *Pedagogika opiekuńcza. Przeszłość-teraźniejszość- przyszłość*, Jundziłł E. Pawłowska R. (red.). Harmonia : Gdańsk, s. 451-470.
- Erikson E.H. 2004. *Tożsamość a cykl życia*. Zysk-Ska: Warszawa.
- Gnieciak M. 2008. Marginalizacja ludzi starych na osiedlu robotniczym Niszkowice. [w:] *Praca socjalna wobec nowych obszarów wykluczenia społecznego*, Wódz K.; Pawlas-Czyż S. (red.). Akapit: Toruń, s. 167-172.
- Goodman N. 1997. *Wstęp do socjologii*. Zysk-Ska: Poznań.
- GUS (2009), *Prognoza ludności na lata 2000-2035*,  
[stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L\\_prognoza\\_ludnosci\\_na\\_lata2008\\_2035.pdf](http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf)  
(dostęp 09.01.2015)
- Kasl-Godley J. 1998. Depression and depressive in old age [w:] *Clinical geropsychology*, Nordhous I., VandenBos G., Berg S., Fromholt P. (red.). APA : Washington, s. 211-217.
- Kotowska A. 2014. Aksjologiczne, kulturowe i ekonomiczne uwarunkowania aktywizacji osób starszych w Polsce. [w:] *Historyczno-społeczne aspekty starzenia się i starości*, Stawiak-Ososińska M., Szpilit A. (red.). Wydawnictwo Agencja reklamowa TOP- drukarnia Cyfrowa: Kielce, s. 237-250.
- Kropińska S., Zasadzka E., Wieczorowska –Tobis K. 2010. Co to jest starość? [w:] *Pozytywna starość*, Wieczorowska- Tobis K. Talarska D. (red.). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego: Poznań, s. 25-45.
- Leszczyńska- Rejchert A. 2010. *Człowiek starszy i jego wspomaganie- w stronę pedagogiki starości*. UWM : Olsztyn.
- Maslow A.H. 1990. *Motywacja i osobowość*. Pax: Warszawa.
- Mielczarek A. 2010. *Człowiek stary w domu pomocy społecznej*. Akapit: Toruń.
- Orzechowska G. 2001. *Aktualne problemy gerontologii społecznej*. UWM: Olsztyn.
- Pikuła N. 2011, *Gerontologia dla pracowników socjalnych. Etos starości w aspekcie społecznym*. Borgis: Kraków.
- Pikuła N. 2013. *Senior w przestrzeni społecznej*. Borgis: Warszawa.

- Rynkowska D. 2013. Wybrane aspekty jakości życia osób starszych. [w:] *Společné kontexty chorób przewlekłych. Wybrane zagadnienia*. Synowiec-Piłat M., Łaska-Formejster A. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego: Łódź, s.209-223.
- Steuden S. 2012. *Psychologia starzenia się i starości*. PWN: Warszawa.
- Straś - Romanowska M. 2004. Późna dorosłość. Wiek starzenia się. [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. T.2.*, Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.). PWN: Warszawa, s.263-292.
- Szarota Z. 2004. *Gerontologia społeczna i oświatowa – zarys problematyki*. Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie : Kraków.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. 2006. *Podstawy Gerontologii Społecznej*. ASPRA-JR: Warszawa.
- Zych A.A. 2001. *Słownik gerontologii społecznej*. Żak: Warszawa.

*dr Dorota Rynkowska*  
*Instytut Socjologii*  
*Uniwersytet Rzeszowski*