

JAKUB TRNKA
ŁUKASZ SZLESZKOWSKI
HUBERT SZATNY
Akademia Medyczna we Wrocławiu

SAMOBÓJSTWA OSÓB STARSZYCH

Samobójstwem nazywamy zamierzone i celowe pozbawienie się życia. Według Światowej Organizacji Zdrowia codziennie na świecie około 1300 osób popełnia samobójstwo, co daje rocznie liczbę około pół miliona. Liczby przypadków samobójstw różnią się między sobą bardzo znacznie w różnych krajach. Krajami o najwyższych współczynnikach samobójstw na 100 tys. mieszkańców są Litwa – 45,8, Rosja – 41,8, Estonia – 40,9, Łotwa – 40,1 i Węgry – 35,2. Krajami o najniższych wskaźnikach są Meksyk – 2,6, Armenia – 2,3, Albania – 2,3, Azerbejdżan – 0,6. W Polsce statystyki odnotowują wskaźnik około 14 przypadków samobójstw na 100 tys. mieszkańców. Liczba zamachów samobójczych jest około 15-krotnie większa niż dokonanych samobójstw. Kobiety częściej dokonują prób samobójczych, zaś mężczyźni częściej dokonują udanych prób samobójczych. Sposób popełnienia samobójstwa różni się w zależności od płci. Kobiety wybierają bardziej estetyczne rodzaje śmierci (np. otrucie lekami, gazem), mężczyźni zaś bardziej gwałtowne np. powieszenie, postrzał, skok z wysokości.

Biorąc pod uwagę motywację sprawcy można wyróżnić trzy rodzaje samobójstw:

- a. Samobójstwo altruistyczne;
- b. Samobójstwo egoistyczne;
- c. Samobójstwo anomiczne.

Samobójstwo altruistyczne to rzadko spotykany akt odebrania sobie życia w imię wyższych celów, np. dla dobra społeczeństwa. Typowym przykładem są lotnicy japońscy Kamikaze lub nurkowie – „żywe torpedy”. Samobójstwo egoistyczne jest przejawem skłócenia jednostki ze społeczeństwem, odrzucenia przez nią norm społecznych i niemożliwości przystosowania się. Samobójstwo anomiczne popełniane jest w sytuacjach kryzysowych.

Badania statystyczne wykazują, że najczęstszymi przyczynami zamachów samobójczych są w kolejności: choroba psychiczna, nieporozumienia rodzinne, przewlekła choroba, warunki ekonomiczne, zawód miłosny, nagła utrata źródeł utrzymania, śmierć bliskiej osoby, problemy szkolne, trwałe kalectwo, AIDS, niepożądana ciąża, przyczyna była nieustalona.

Najczęstszymi sposobami popełnienia zamachu samobójczego były: powieszenie, samobójczy upadek z wysokości, inne samouszkodzenia, uszkodzenie układu krwionośnego (naczyń i serca), rzucenie się pod pojazd, zażycie leków nasennych, utonięcie, postrzał samobójczy, zażycie trucizny, otrucie gazem, inny sposób.

Wiek samobójców jest bardzo zróżnicowany – od kilkuletnich dzieci do osób w wieku starczym. Obserwuje się wyraźne zmniejszenie liczby samobójstw u osób w wieku starczym. Jest to w sposób oczywisty związane z mniejszą ilością osób w tym wieku w społeczeństwie.

Organizm człowieka w okresie starości najczęściej dotknięty jest kilkoma współistniejącymi przewlekłymi procesami chorobowymi, od schorzeń układu krążenia, np. zaburzeń krążenia mózgowego, poprzez zmiany zwyrodnieniowe stawów utrudniające poruszanie się, nietrzymanie moczu i stolca do zwiększonego ryzyka chorób nowotworowych. Choroby u osób starszych często przebiegają w sposób nietypowy, podstępny, obserwuje się zwiększone ryzyko powikłań. Rezerwy fizjologiczne narządów również są znacznie mniejsze, co zwiększa zapadalność na choroby i wydłuża okres rekonwalescencji. Zmiany fizjologiczne w mózgu powodują m.in. zmniejszenie zainteresowań aż do całkowitej koncentracji ich na swojej osobie, skostnienie poglądów uniemożliwiające nabywanie nowych doświadczeń, labilność emocjonalną, czy osłabienie zdolności intelektualnych i pamięciowych. Zmiany te powodują utrudnienie w nawiązywaniu stosunków z otoczeniem, postrzeganie osób starszych jako „dziwaków” i pogłębiają poczucie osamotnienia i wyobcowania. Ważnym momentem okresu starzenia się jest zaprzestanie czynnej pracy zawodowej i odejście na emeryturę. Często jest to moment przełomowy będący katalizatorem starzenia się jednostki. Zakończenie pracy wiąże się niejednokrotnie z poważnymi konsekwencjami socjoekonomicznymi. Człowiek dotychczas aktywny, szanowany i doceniany traci swoją pozycję i znaczenie. Często wiąże się to ze zmianą sytuacji finansowej, czego konsekwencją może być konieczność przeprowadzki, zmiany otoczenia i środowiska. Zwłaszcza w zdehumanizowanym wielkomiejskim środowisku człowiek stary jest anonimowy, uznawany za niedołęznego. We współczesnym świecie panuje kult młodości, człowiek stary nie jest szanowany ani postrzegany poprzez pryzmat swoich wcześniejszych dokonań. Niejednokrotnie lęk przed starością może przybierać destrukcyjny charakter autohomofobii, będącej wyrazem nieprzystosowania się do ostatniego etapu życia, jakim jest starość.

Starzenie się człowieka jest fizjologicznym procesem, ostatnim etapem życia, którym wiążą się znaczne zmiany w organizmie, zarówno w sferze funkcjonowania fizycznego, jak i psychicznego. Zaprzestanie czynnej pracy zawodowej, przejście na emeryturę oraz konsekwencje socjoekonomiczne starzenia się sprzyjają uczuciu odrzucenia i alienacji. Nakładające się na to częste przewlekłe zmiany chorobowe utrudniające codzienne życie i ograniczające samodzielność mogą popychać człowieka do ostatecznego rozwiązania swoich problemów, jakim jest samobójstwo.

Innym problemem mogącym oddziaływać suicydogennie jest zjawisko dość powszechnego wykorzystywania osób starszych, zarówno w rodzinach, jak i domach opieki społecznej. Wykorzystywanie to może przybierać różne formy, takie jak okradanie, przemoc fizyczna, czy psychiczna oraz ograniczanie swobody wolnego wyboru. W rodzinach osoba starsza często postrzegana jest często jako przeszkoda i uciążliwy „balast”. Zamiast uczucia szacunku, jakim kiedyś darzono osobę najstarszą w rodzinie, obecnie niejednokrotnie spotyka się ona z poniżeniem

i wyalienowaniem, jest odsunięta od życia rodzinnego, żyje na uboczu, skoncentrowana na swoich problemach i dolegliwościach.

Dehumanizacja życia społecznego w sposób jaskrawy przejawia się w Domach Opieki Społecznej. Niejednokrotnie personel, obcujący na co dzień ze śmiercią, cierpiący na zespół „wypalenia się” traktuje pensjonariuszy takich Zakładów bardzo przedmiotowo. Przeniesienie w nowe środowisko i oddzielenie od rodziny oraz związany z fizjologicznymi zmianami w ustroju brak elastyczności w funkcjonowaniu społecznym może nieraz przekraczać i tak bardzo już osłabione zdolności przystosowawcze jednostki.

Uczucie osamotnienia, wyobcowania i odrzucenia oraz poczucie bycia niepotrzebnym, towarzyszące niejednokrotnie ludziom starym, może popychać ich do czynów samobójczych. Dane statystyczne Komendy Głównej Policji wskazują, że w ostatnich kilkunastu latach w Polsce rocznie popełnia samobójstwo około 1500 osób w wieku od 50–70 oraz około 350 osób powyżej 70 lat.

W roku 2002 stwierdzono 737 (całkowita ilość wszystkich prób 5928) prób samobójczych u osób w wieku powyżej 65. roku życia, z czego zgonem zakończyło się 699 (5100). W roku 2003 odpowiednio 644 (5467) i 549 (4634).

Tab. 1 Samobójstwa osób starszych w latach 2002–2003 (wg Statystyki Komendy Głównej Policji)

Wiek	zamachy samobójcze		w tym zakończone zgonem	
	2002	2003	2002	2003
65–69	294	249	279	233
70–74	214	173	206	160
75–79	108	114	99	104
80–84	57	56	54	52
85 i więcej	64	52	61	46

Samobójstwa są przedmiotem zainteresowania medyków sądowych. Tak jak w innych rodzajach śmierci gwałtownej zachodzi konieczność ustalenia okoliczności zgonu i wykluczenia ewentualnych działań osób drugich. W praktyce sądowo–lekarskiej zdarzają się bowiem przypadki prób upozorowania zabójstwa na samobójstwo. Dlatego każdy taki przypadek jest analizowany szczególnie wnikliwie. W przypadku samobójstwa zachodzi również konieczność ustalenia, czy inne osoby nie doprowadziły samobójcy do targnięcia się na swoje życie, lub nie udzielały mu w tym pomocy. Artykuł 151 Kodeksu Karnego mówi: „Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

Relacje pomiędzy ludźmi starymi a ich środowiskiem społecznym mogą być zaburzone. Sytuacja staroego człowieka w rodzinie i grupie sąsiedzkiej jest często patologiczna. Ludzie starzy spychani na margines życia społecznego, pozbawieni elementarnej pomocy i opieki przeżywają silne stresy, które kumulując się mogą prowadzić do gwałtownych reakcji i targnięcia się na swoje życie. Zwłaszcza członkowie rodziny mogą czasem stworzyć człowiekowi staremu prawdziwe „piekło na ziemi”. Takie sytuacje również są ścigane przez prawo. Znalazło to

odzwierciedlenie w artykule 207 Kodeksu Karnego mówi, że „Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Jeżeli następstwem czynu (...) jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12”. Są więc podstawy prawne, aby ścigać przejawy patologii społecznej wobec ludzi starszych. Pozostaje pytanie dlaczego robi się to tak rzadko.

W latach 2001–2003 w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu wykonano ogółem 2400 sądowo–lekarskich sekcji zwłok. Obszarem obsługiwanym przez Zakład Medycyny Sądowej jest miasto Wrocław i okoliczne powiaty: Trzebnica, Oława, Środa Śląska, Wołów, Oleśnica. Analizie poddano 342 sekcje, które dotyczyły osób powyżej 65. roku życia, co stanowi 14 % wszystkich sekcji wykonanych w Zakładzie w tym okresie. Z powyższych przypadków wybrano te, które bezspornie zakwalifikowano jako samobójstwa, zarówno biorąc pod uwagę doniesienie prokuratorskie i ustalenia poczynione podczas dochodzenia jak również wyniki sekcji zwłok. W niektórych przypadkach nie jest możliwe zakwalifikowanie danego przypadku jako samobójstwa czy nieszczęśliwego wypadku. Tak jest np. w przypadku utonięcia, jeśli denat nie zostawił przed śmiercią listu pożegnalnego lub jego zachowanie (np. dodatkowe obciążenie ciała) nie sugeruje czynu samobójczego, niemożliwe jest stwierdzenie w sposób jednoznaczny okoliczności zgonu, gdyż spotykamy się zarówno z samobójstwami przez utonięcie, jak i nieszczęśliwymi wypadkami, np. podczas łowienia ryb, zwłaszcza pod wpływem alkoholu. W przypadkach takich ustalenia, zarówno medyka sądowego, jak i prowadzącego postępowanie prokuratora, ograniczają się do wykluczenia działania osób innych i ich ewentualnego przyczynienia się do zgonu denata. Dlatego też w niniejszej pracy poddano analizie tylko przypadki, w których bezspornie przyjęto samobójstwo.

Wśród 342 sekcji osób starszych jako samobójstwa zakwalifikowano 33 przypadki. Najczęstszym sposobem odebrania sobie życia było powieszenie, łącznie 13 przypadków, wśród których dwa przypadki były tzw. samobójstwem kombinowanym, tzn. takim, w którym samobójca stosuje dwie lub więcej metod odebrania sobie życia. Drugim co do częstości sposobem był upadek z wysokości, stwierdzono łącznie 12 tego rodzaju przypadków. Ponadto stwierdzono cztery przypadki zatrucia lekami, trzy przypadki samobójczego zatrucia gazem i jeden przypadek utonięcia.

Tab. 2 Sposoby i liczba ofiar samobójstw popełnionych przez osoby w wieku powyżej 65. roku życia w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu

	2001	2002	2003	Ogółem
Powieszenie	1	4	8	13
Upadek z wysokości	2	6	4	12
Zatrucie lekami	2	2	0	4
Zatrucie gazem	1	1	1	3
Utonięcie	0	0	1	1
Ogółem	6	13	14	33

17 samobójstw popełniły kobiety, a 16 mężczyźni. Po wykonaniu badań dodatkowych stwierdzono, że jedynie w trzech przypadkach denaci znajdowali się w stanie nietrzeźwości, co stanowi 9% ogółu sekcji samobójstw w tej grupie wieku. Wartości alkoholu etylowego we krwi wynosiły od 1,9 do 3,7 ‰. Z tym, że w ostatnim przypadku wynik mógł być zawyżony przez zaawansowane zmiany gnilne. Ponadto jeden z wyników nie nadawał się do interpretacji z powyższych względów. W większości przypadków samobójczych (powieszeń, zatruc lekami i gazem) miejscem popełnienia samobójstwa było własne mieszkanie, w jednym przypadku była to piwnica w miejscu zamieszkania.

Zwrócić należy uwagę na fakt, że podana liczba samobójstw może być nieznacznie zaniżona względem faktycznej. Zdarza się bowiem, że prokurator po przeprowadzeniu oględzin zwłok w miejscu zdarzenia z udziałem medyka sądowego odstępuje od wykonania sekcji zwłok samobójcy, nie dopatrując się przyczynienia się osób innych do śmierci denata.

Zauważyć należy, że tematyka samobójstw wiąże się z zagadnieniem eutanazji. W obu przypadkach śmierć następuje „z woli i na życzenie” ofiary. W przypadku jednak eutanazji na wyraźną prośbę ofiary w zadaniu śmierci uczestniczy osoba druga, kierująca się współczuciem. W polskim prawie zarówno eutanazja, jak i pomoc przy samobójstwie są przestępstwami.

Na uwagę zasługują dwa przypadki tzw. samobójstw kombinowanych. W takich przypadkach sprawca stosuje jednocześnie więcej niż jeden sposób pozbawienia siebie życia, aby zwiększyć ich skuteczność. Pierwszy przypadek dotyczy 73-letniej kobiety znalezionej we własnym mieszkaniu w pozycji wiszącej na kłameczce drzwi w pętli z tworzywa sztucznego. Mieszkanie było otwarte, co nasuwało podejrzenie działania zbrodniczego. Podczas sekcji stwierdzono typową bruzdę wisielczą z cechami przyżyciowości jej powstania, co dawało podstawy do przyjęcia, że przyczyną zgonu było powieszenie. Brak śladów walki i obrony oraz śladów urazów głowy sugerował tło samobójcze powieszenia. Podczas sekcji narządów wewnętrznych stwierdzono w sercu obecność igły krawieckiej wbitej w okolice koniuszka serca. Mięsień sercowy w otoczeniu igły wykazywał ropny proces zapalny. Sekcja narządów klatki piersiowej wykazała na skórze obecność wygojonej częściowo ranki po wkłuciu oraz podbiegnięcia krwawego worka osierdziowego. Denatka na pewien czas przed śmiercią wbiła sobie igłę krawiecką w serce poprzez ścianę klatki piersiowej z zamiarem pozbawienia się życia. Nie spowodowało to oczekiwanego skutku w postaci zgonu, ponieważ igła ta nie uszkadzała istotnych dla funkcjonowania struktur w sercu. W związku z tym denatka zdecydowała się na inną, „pewniejszą” metodę samobójczą, czyli powieszenie. Z relacji rodziny wiadomo, że denatka w okresie około 2 tygodni przed śmiercią zaczęła „dziwnie” się zachowywać. Uskarżała się na bóle okolicy serca w związku, z czym była nawet badana przez kardiologa, który nie wykrył żadnych nieprawidłowości. Śmierć samobójcza była dla rodziny całkowitym zaskoczeniem.

Drugi przypadek samobójstwa kombinowanego dotyczył 70-letniej kobiety, która przy użyciu ostrego narzędzia zadała sobie kilkanaście ran ciętych na obu kończynach górnych. Rany te były stosunkowo płytkie i nie uszkadzały dużych

naczyń krwionośnych, w wyniku czego krwawienie nie było na tyle duże, aby spowodować śmiertelne wykrwawienie. W ostateczności zdecydowała się na powieszenie, które doprowadziło do jej zgonu.

W trzecim przypadku w mieszkaniu ujawniono zwłoki 73-letniej kobiety. Zwłoki leżały na tapczanie. W pomieszczeniu ujawniono również butlę z gazem do kuchenki z uszkodzonym przewodem. Początkowo skojarzenia prowadzących postępowanie wyjaśniające kierowały się w stronę zatrucia gazem w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub samobójstwa. Przeprowadzona sekcja zwłok wykazała na ciele denatki ślady walki i obrony, a jako przyczynę zgonu stwierdzono zadławienie. Sprawcą tego czynu okazał się młody sąsiad denatki. Zabójstwa dokonał, aby zdobyć oszczędzane przez kobietę pieniądze. Ten ostatni przykład pokazuje niebezpieczeństwo pozorowania zabójstwa na samobójstwo lub nieszczęśliwy wypadek.

Wnioski

1. Najczęstszym sposobem popełnienia samobójstwa przez osoby w podeszłym wieku jest powieszenie i upadek z wysokości.
2. Wybranie destrukcyjnych metod samobójstwa świadczy o dużej determinacji samobójców.
3. Miejscem odebrania sobie życia najczęściej jest własne mieszkanie.
4. Osoby powyżej 65. roku życia popełniające samobójstwa najczęściej nie znajdowały się w tym czasie pod wpływem alkoholu.

Literatura:

1. Admiraal P. V., 1980, *Justifiable Euthanasia: A manual for the medical profession*. NVVE, Amsterdam
2. Biela A., 1996, *Eutanazja a opieka paliatywna: aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*; Katolicki Uniwersytet Lubelski, Akademia Medyczna w Lublinie
3. Bilikiewicz A., 1998, *Psychiatria*, PWN
4. Dimaio V. J., DiMaio D., 2003, *Medycyna sądowa*, Urban&Partner, Wrocław
5. Durkheim E., 1973, *Der selbstmord*, Neuwied und Berlin
6. Geo, Stone, 1999, *Suicide and Attempted Suicide: Methods and Consequences* Carroll & Graf, New York
7. Guillon C., Le Bonniec Y., 1982, *Suicide: Mode d'Emploi. Histoire, technique, actualité (Suicide: Operating Methods)*. Editions Alain Moreau, Paris
8. Halicka M., 1999, *Wiek podeszły społeczeństwa: aspekty demograficzne*, „Ethos” 3(47), 138–148
9. Hołyst B., 1983, *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, PWN
10. Hołyst B., 2002, *Suicydologia*
11. Humphry D., 1981, *Let Me Die Before I Wake: Hemlock's book of self-deliverance for the dying*, Hemlock Society, Los Angeles

12. Humphry D., 1991, *Final Exit: The practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying*, Hemlock Society, Eugene, Oregon
13. Humphry D., 1993 *Self-deliverance from an end-stage terminal illness by use of a plastic bag*, Euthanasia Research and Guidance Organization (ERGO), Junction City, Oregon
14. Israël L., 2002, *Eutanazja czy życie aż do końca*, Wyd. WAM
15. Ochocki A., 1999, *Starzenie się ludności Polski*, „Ethos”, nr 3(47), 149–153
16. Orzechowska G., 1999, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn
17. Spaemann R., 1999, *Śmierć – samobójstwo – eutanazja*, „Ethos”, nr 3(47), 107–114
18. Statystyki Komendy Głównej Policji na stronie internetowej www.kgp.gov.pl
19. Sybrandy K., Bakker R., 1983, *Zorg jij dat ik niet wakker word? Vrijwillige euthanasie in de praktijk (Will you see to it that I don't wake up?)*, Anthos
20. Wąsek A., 1982, *Prawno-karna problematyka samobójstwa*, Wyd. Prawnicze, Warszawa
21. Wójcikiewicz J., 2002, *Ekspertyza sądowa*, Zakamycze