



NATIONALES
SUIZIDPRÄVENTIONS
PROGRAMM

Vernetzen | Informieren | Aktivieren

Kiedy starzenie staje się ciężarem

Prewencja samobójstw w starszym wieku

Publikacja Grupy Roboczej ds.
osób starszych w Krajowym Programie
Prewencji Samobójstw w Niemczech

Spis treści

Zapobieganie samobójstwom jest możliwe	4
Sytuacja życiowa osób w podeszłym wieku i pod koniec życia	6
Zwiastuny i sygnały wskazujące na chęć popełnienia samobójstwa	8
Geneza samobójstw w późnym wieku	9
• Poczucie krzywdy i kryzysu	9
• Choroby psychiczne w starszym wieku	11
• Demencja a samobójstwo	12
• Choroby fizyczne w starszym wieku i ich konsekwencje dla samodzielności i doświadczania codzienności	12
• Utrata partnera lub partnerki	13
• Utrata samodzielności	14
• „Czy życie w podeszłym wieku ma jeszcze sens?”	15
• Religijność i duchowość	15
Prewencja samobójstw, pomoc w kryzysie oraz długotrwałe oferty terapeutyczne	16
• Przygotowanie do starości	16
• Przyjęcie pomocy w chorobie i inwalidztwie	18
• Możliwości pomocy w kryzysie	19
• Pomoc na końcowym etapie życia	20
• Pomoc dla rodziny	20
Pomoc prawna i zasady	22
• Testament życia, pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej, opieka prawna	22
• Zasady prawne odnośnie prewencji samobójstw i eutanazji	23
Adresy / osoby kontaktowe	24
Źródła informacji, bibliografia	26
Stopka redakcyjna	27

Zapobieganie samobójstwom jest możliwe

Nikt o tym chętnie nie mówi, ale mimo to, problem istnieje: wszystkie fakty świadczą o podwyższonym ryzyku samobójstwa w podeszłym wieku.

Z ponad 10 tysięcy osób, które co roku odbierają sobie życie w Niemczech, ponad 40 % ma 65 lat, lub więcej. Ich udział w ogólnej populacji wynosi natomiast zaledwie 22 %. W Niemczech co dwie godziny umiera człowiek powyżej 65 roku życia w wyniku popełnienia samobójstwa. Często jest to cicha śmierć, prawie niezauważana przez otoczenie.

Za zamiarem i decyzją o popełnieniu samobójstwa skrywa się często trudna i beznadziejnie wyglądająca sytuacja życiowa. Problemy odbierane są jako niemożliwe do rozwiązania. Problemy nawarstwiają się, tworząc ciężką sytuację kryzysową, która albo już wcześniej się rozwijała albo powstała pod wpływem aktualnej krytycznej sytuacji życiowej bez subiektywnego odczucia nadziei na zmianę. W takich okolicznościach dalsze życie wydaje się nie mieć sensu. Obniżenie jakości życia spowodowane na przykład przez choroby fizyczne lub psychiczne, doświadczenie straty czy izolacja społeczna mogą urosnąć do rangi problemu nie do zniesienia. Akty samobójcze w podeszłym wieku są nie tyle wyrazem apelu o pomoc, co ostatnim aktem w rozpaczliwie wyglądającej sytuacji życiowej.

W przypadku osób starszych próba samobójcza - jako następstwo często negatywnego wizerunku starości, jest bardziej akceptowana niż w przypadku

młodych ludzi. Pojęcia takie jak „Dobrowolna śmierć” i „samobójstwo bilansowe” sugerują dobrowolną decyzję o popełnieniu samobójstwa. Przyjmuje się, że decyzja o samobójstwie u osób starszych spowodowana jest zaawansowanym wiekiem, który wiele osób wyobraża sobie jako osobiste i społeczne obciążenie. Dla wielu samobójstwo popełniane u schyłku „przeżytego życia” jest bardziej do przyjęcia i do zaakceptowania, niż samobójstwo młodych osób, w przypadku których są większe szanse, by ich życie zmieniło się na lepsze.

Dlatego też nie dziwi fakt, że mimo podwyższonego ryzyka na popełnienie samobójstwa w starszym wieku, nie wkłada się znaczącego wysiłku w zapobieganie przyczynom kryzysów i eliminację działań samobójczych. Co więcej inwestowanie w prewencje samobójstw, jeśli w ogóle, wydaje się być raczej opłatalne w przypadku młodych ludzi niż osób starszych.

Istnieje za mało ofert pomocy dla osób starszych będących w kryzysie, a te istniejące są albo nieznane albo są rzadko wykorzystywane.

Niniejsza publikacja ma na celu przedstawienie przyczyn samobójstw u osób starszych oraz możliwości prewencji samobójstw i pomocy w kryzysie. Należy zachęcić do refleksji nad sensownym kształtowaniem życia i dyskusji na temat egzystencjalnych kwestii pojawiających się na końcowym etapie życia. Prewencja samobójstw w wieku podeszłym powinna mieć miejsce już we wcześniejszym okresie życia. W istocie powinna zakładać świadome przygotowanie się na swoją starość.

Niniejsza broszura skierowana jest do

- Osób, dla których temat samobójstw i prewencji samobójstw nie jest obojętny i które chcą się dowiedzieć więcej na ten temat.
- Osób, które mają myśli samobójcze albo znajdują się w życiowej sytuacji kryzysowej.
- Członków rodzin i innych osób które konfrontują się w swoim otoczeniu osobami o skłonnościach samobójczych.
- Osób, które zawodowo lub na zasadzie wolontariatu pracują z osobami starszymi.

Na pierwszy plan wysuwają się tutaj trzy ważne pytania

1. Jak można rozpoznać tendencje samobójcze u osób starszych?
2. Jak można temu zapobiec?
3. Jakie są możliwości pomocy?

Prewencja samobójstw jest możliwa. Dowodzi tego zarówno nauka, jak i bogate doświadczenie praktyczne. Właśnie dlatego Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) od wielu lat wzywa swoje państwa członkowskie do opracowania kompleksowych krajowych strategii zapobiegania samobójstwom. Autorzy niniejszej broszury są członkami grupy roboczej, która w ramach Krajowego Programu Prewencji Samobójstw w Niemczech zajmuje się skłonnościami samobójczymi i prewencją samobójstw u osób starszych i przyczynia się do polepszenia standardu opieki.



Broszura promowana jest przez Federalne Ministerstwo ds. Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

Sytuacja życiowa osób w podeszłym wieku i pod koniec życia

Osoby starsze były zawsze. Rozwój ostatnich dziesięcioleci wiąże się z tym, że duża część społeczeństwa może osiągnąć podeszły wiek. Aktualnie, przyrost grupy osób w wieku starszym postępuje najszybciej. Osoby z krajów znacznie uprzemysłowionych coraz bardziej zbliżają się do zrealizowania swojego marzenia w postaci osiągnięcia długich lat życia. Z drugiej strony, jest jeszcze mnóstwo nierozwiązanych pytań i obaw, ponieważ ludzkość jeszcze w niewielkim stopniu doświadczyła takiej sytuacji. Czy podeszły wiek przyniesie dla tych osób dobry czy raczej negatywny czas? Jak będzie wyglądała sytuacja zdrowotna? Jakie społeczne zmiany dotkną osoby starsze i społeczeństwo w ogóle?

Do dziś wyobrażenia o starzeniu się są często odbierane negatywnie, chociaż założenie o ogólnych „ograniczeniach wiekowych poprzez starzenie“ zostało obalone. Obraz starości stał się bardziej różnorodny. Zaczęto dostrzegać możliwości tej fazy życia, wykorzystując je. Ale jest też prawdą, że szczególnie w starszym wieku, prawdopodobieństwo zachorowania i potrzeba skorzystania z opieki innych wzrasta.

W związku z tym pojawia się trudne zadanie coraz większej akceptacji ograniczeń w samodzielnym trybie życia, co może zagrażać i nadwyręzać poczucie własnej wartości.

Mimo to, należy zwrócić uwagę na fakt, że około połowa osób powyżej 90. roku życia, żyje samodzielnie, oraz że 70% tych osób nie ma żadnych poważnych ograniczeń sprawności umysłowej. Wiele starszych osób mieszka samodzielnie, mogą czerpać z zasobów własnych możliwości i są w stanie, w razie potrzeby, zorganizować sobie pomoc. Inni, między innymi osoby wymagające pomocy, mieszkające w domach opieki nie są w stanie samodzielnie kształtować swojego życia tak, jakby chciały.

W starszym wieku ludzie czasami kontynuują to, do czego byli przyzwyczajeni we wcześniejszych latach. Równocześnie zyskują nowe możliwości i zadania. Jeśli w przeszłości dzieci i/lub praca pochłaniały wiele czasu i energii, teraz chodzi o to, aby zagospodarować uzyskaną wolność. Należy przeorganizować dzień i stworzyć perspektywę na pozostały czas życia. Cele i plany przyczyniają się do dobrego samopoczucia człowieka. W konfrontacji ze zmienionymi warunkami chodzi o to, aby umieć wykorzystać osobiste

umiejętności i możliwości oraz doświadczenie życiowe nabyte we wcześniejszych zadaniach i kryzysowych sytuacjach. Zaakceptowanie procesu starzenia się i skończoności życia są zadaniami, które stanowią dla człowieka wyzwanie aż do późnej starości. Rozwój w podeszłym wieku oznacza uznanie, że osobista sytuacja życiowa także podlega ciągłej zmianie.

Każdy człowiek ma swoją własną historię życia. Nie ma wyraźnych norm dla szczęśliwego procesu starzenia się. Właśnie w podeszłym wieku indywidualna sytuacja życiowa stanowi tego wyznacznik. Zarówno przeciążenie jak i niewystarczające wyzwania mogą zagrażać zdrowiu i dobremu samopoczuciu.

Myśl o końcu życia wiąże się często z egzystencjalnymi pytaniami o sens dotychczasowego życia i coraz bardziej ograniczoną perspektywę co do przyszłości. Wiele osób znajduje własne odpowiedzi na te pytania i umie sobie pomóc. Są też jednak osoby, które swoją sytuację życiową oraz przyszłość postrzegają tak negatywnie, że nie widzą rozwiązań dla swoich problemów. A na pytania egzystencjalne nie znajdują żadnej sensownej odpowiedzi. Ten egzystencjalny niepokój, wraz z innymi obciążeniami, może prowadzić do rozważań zmierzających do zakończenia życia.



Zwiastuny i sygnały wskazujące na chęć popełnienia samobójstwa

Rozpoczynające się nastroje samobójcze pojawiają się często przez odczucie „ograniczenia”. Dotknięte tym odczuciem osoby twierdzą, że nic ich nie interesuje, nawet wcześniej posiadane hobby, ulubiony sport czy imprezy kulturalne. Osoby te wycofują się z relacji międzyludzkich. W swoich myślach czują się ograniczone - „tak jakby znajdowali się w imadle i mają tendencje do popadania w zadumę. Dotknięte tą przypadłością osoby we wczesnym stadium samobójczym wypowiadają często pośrednie myśli typu „nic nie ma już sensu...”, „Najlepiej, jak bym już nie żył/-a...”.

Bezpośrednie zapowiedzi samobójcze typu „Nie chcę już żyć...”, „Chcę moje życie zakończyć...” albo narzucające się uczucie chęci zabicia siebie: „Jutro rano

to zrobisz...” należy traktować niezmiernie poważnie. Równie niebezpiecznym sygnałem ostrzegawczym wskazującym na chęć popełnienia samobójstwa jest tzw. „cisza przed burzą”. Mianowicie, kiedy osoba, która wcześniej wyrażała konkretne plany samobójcze lub myśli samobójcze, wydaje się nagle bardziej zrelaksowana i nie mówi już o zakończeniu życia, co może to oznaczać, że osoba ta podjęła już decyzję o samobójstwie. Do tej pory osoba taka znajduje się w stanie udreki, w którym waha się pomiędzy „chcę się zabić” a „może jednak można mi pomóc”. Ten wewnętrzny konflikt stanowi wyraz poważnego kryzysu. Podjęcie decyzji o samobójstwie sprawia, że osoba ta wydaje się odprężona. Tym bardziej wstrząsające jest, gdy krótko potem targnie się na swoje życie.

Zwiastunami i sygnałami wskazującymi na chęć popełnienia samobójstwa mogą być

- uczucie ograniczenia
- rozmyślanie, myśli samobójcze;
- rezygnacja z dotychczasowych zainteresowań i aktywności;
- wycofanie się z kontaktów międzyludzkich;
- zapowiedź samobójstwa (bezpośrednio lub pośrednio);
- nieoczekiwana cisza po wypowiedziach samobójstwa („cisza przed burzą”)

Geneza samobójstw w późnym wieku

Poczucie krzywdy i kryzysu

Starzeniu się towarzyszą zmiany społeczne i fizyczne, z których wiele może być odczuwanych jako ograniczenia, wiele z nich może być doświadczanych jako strata czy też poczucie krzywdy. Możliwości dokonania czegoś w wielu dziedzinach życia stają się coraz bardziej ograniczone.

Zazwyczaj z wyzwaniami z tego wynikającymi można sobie dobrze poradzić dzięki doświadczeniu życiowemu. Ograniczenia te mogą zrekompensować pewność siebie i wewnętrzny spokój.

Jednakże sytuacja życiowa może także stać się nie do zniesienia, jeśli brak jest odpowiednich mechanizmów kompensacyjnych i wspomnień. Kiedy umierają rówieśnicy lub życie z partnerem stanie się problemem, może powstać poczucie pozostania samemu lub wewnętrznego wyobcowania. W momencie zakończenia się pewnych obowiązków w życiu lub następuje brak możliwości wypełniania ich w dotychczasowy sposób przez wspomniane osoby, zaczynają one odczuwać wzrastające poczucie bezużyteczności. Problemy zdrowotne mogą negatywnie wpłynąć na jakość życia w jego centralnych obszarach.



Pojawia się obawa, że w przyszłości będą musieli polegać na pomocy rodziny i wykwalifikowanego personelu. Lęki, uczucie, że nie jest się już traktowanym poważnie i poczucie bezsilności mogą być odczuwane jako bardziej nieznośne. W rozpaczce rodzi się pragnienie, aby wziąć w swoje ręce ostateczną decyzję i zakończyć życie. Często wiąże się to z ideą odnalezienia w końcu spokoju i ciszy.

Własna śmierć wydaje się być jedynym rozwiązaniem, by wyzwolić się z tej dręczącej sytuacji. Decydującym czynnikiem jest tu nie tyle dotkliwość wydarzenia zewnętrznego, ile sama myśl o śmierci. Niektóre starsze osoby odbierają daną sytuację konfliktową jako niemożliwą do przewyciężenia.

Niemniej jednak wyrażają nadzieję na zmianę swojej sytuacji, nawet kiedy nie mają żadnych konkretnych wyobrażeń, jak taka zmiana miałyby wyglądać. W ten sposób, dla osób postronnych może dojść do sprzecznych pozornie sytuacji.

Z jednej strony zrozpaczone osoby oczekują pomocy, z drugiej strony chcą by pozostawić je w spokoju. Pomoc w wielu przypadkach możliwa jest dopiero wtedy, jeżeli to ambiwalentne zachowanie zostanie zrozumiane. Zrozumienie powodów pojawiania się myśli samobójczych w stresujących sytuacjach następuje wyłącznie dzięki

własnemu doświadczeniu. Począwszy od dzieciństwa, często dochodzi do nawrotu przeżyć stresujących (np. rozstania, straty, zniewagi, zależność czy bezsilność), z którymi w zależności od doświadczeń życiowych i możliwości można sobie radzić w różnoraki sposób. W szczególności w starszym wieku, kiedy powodem troski jest utrzymanie własnej niezależności, a zakres doświadczeń i działań może wydawać się niebezpiecznie wąski. Z tego punktu widzenia osobom starszym nie jest łatwo korzystać ze wsparcia i pomocy, które mogłyby uczynić ich obecną sytuację życiową bardziej znośną.

Przykładowa sytuacja

W przypadku 70-letniego urzędnika myśli samobójcze nie pojawiały się do momentu zachorowania jego żony. Półtora roku temu stwierdzono u niej raka piersi. Przeprowadzono leczenie operacyjne, a następnie chemioterapię. Wizja, że jego żona mogłaby umrzeć i że on pozostałby sam, wydała mu się wtedy nie do zniesienia.

Po operacji, radioterapii i chemoterapii wyglądało najpierw jakby jego żona została wyleczona. Wspólnie snuli nowe plany, zamierzali jeszcze tyle zrealizować. Wprawdzie on sam też miał po operacji nerek problemy ze zdrowiem, ale razem stwierdzili, że dadzą sobie radę, jak do tej pory, i potrafią pokonać mniej czy bardziej poważne choroby. Po tym jak u jego żony podczas badania kontrolnego stwierdzono podejrzenie nowotworu płuc, które wymagało natychmiastowej hospitalizacji, zaczął myśleć o tym, by odebrać sobie życie. Jak powiedział swojemu lekarzowi, od tego czasu, ta myśl go nie opuszcza. Po prostu nie mógłby zostać sam. Myśl, by zakończyć swoje życie, kiedy jego żona umrze, była coraz silniejsza, stała się pewnością. Zastanawiał się już nad tym, jak i gdzie miałby to zrobić. Płacząc mówi, że przecież nie ma nikogo. Sam tego nie przeżyje. Do tej pory nie odebrał sobie życia, bo chciał zaoszczędzić tego swojej żonie. Musi przeczekać, aż żona umrze, wtedy będzie działał. Dlaczego miałby dalej żyć, dla kogo i po co? Przecież wszystko robiliśmy razem. Bez mojej żony, życie dla mnie nie ma już sensu.

Choroby psychiczne w starszym wieku

Około co czwarta osoba powyżej 65. roku życia cierpi na chorobę psychiczną. Najczęściej są to depresje. W dalszej kolejności jako choroby psychiczne osób starszych wymienia się zaburzenia funkcji mózgu (demencje), choroby lękowe, urojenia i uzależnienia. Przy czym choroby demencyjne występują z wiekiem częściej.

Wszystkie choroby psychiczne wiążą się z podwyższonym ryzykiem popełnienia samobójstwa. Dotyczy to szczególnie depresji. Wydaje się, że odpowiada za to poczucie bycia bezwartościowym, niemożności stworzenia już niczego wartościowego, bycia chorym na nieuleczalną chorobę, poczucia winy. Myśli takie jak te mogą osaczać. Osoba, która je miewa, nie zauważa już nadziei na uzyskanie pomocy w formie leczenia. Własna śmierć wydaje się być dla niej jedynym rozwiązaniem, by uciec przed dręczącymi myślami i uczuciami.

Dlatego ważne jest, by w podeszłym wieku rozpoznawać choroby psychiczne, szczególnie depresję oraz informować pacjentów, że jest to choroba i że terapia mogłaby im pomóc. Depresja nadal nie jest dostatecznie rozpoznawana i leczona, czasami przy fałszywym założeniu, że jest to „normalne“ dla osób starszych, aby się wycofać i rozpaczać. Odpowiednie leczenie choroby psychicznej może zapobiec samobójstwom.

Symptomy depresji u osób starszych

- obniżony nastrój, szczególnie rano;
- brak radości, obojętność;
- brak energii, brak zainteresowań (typowe jest, że ulubione zajęcia stają się obojętne);
- wycofanie się z życia społecznego;
- zmniejszona koncentracja;
- szybkie męczenie się i wyczerpanie;
- zmniejszone poczucie własnej wartości i wiary w siebie;
- poczucie bezwartościowości oraz irracjonalne poczucie winy;
- negatywne oczekiwania wobec przyszłości;
- nieznana bojaźliwość
- zaburzenia snu;
- brak apetytu
- chudnięcie;
- zaburzenia trawienia;
- postrzeganie ciała z lękiem
- bóle bez przyczyny organicznej

Jednak depresja może mieć również inne objawy w starszym wieku, takie jak niepokój lub drażliwość.

Demencja a samobójstwo

Jeszcze kilka lat temu uważano, że osoby z demencją nie są szczególnie narażone na ryzyko samobójstwa. Jednak dowody naukowe wskazują obecnie bardzo wyraźnie w innym kierunku: osoby z demencją wykazują zwiększone ryzyko samobójstwa, szczególnie w pierwszym roku po otrzymaniu diagnozy. Dotyczy to również osób, u których zdiagnozowano „łagodne zaburzenia poznawcze”. Ryzyko wzrasta również, jeśli osoby dotknięte chorobą są stosunkowo młode (poniżej 60 roku życia) w momencie diagnozy lub jeśli istnieją inne czynniki ryzyka, takie jak wcześniejsza próba samobójcza lub zaburzenia psychiczne. Z kolei ryzyko samobójstwa jest niższe u osób w późniejszych stadiach demencji, gdy upośledzenie funkcji poznawczych i fizycznych znacznie wzrasta, niż u osób bez demencji. Z tego powodu powiadomienie o diagnozie demencji powinno być traktowane jako tak zwana interwencja krytyczna i powinno być przeprowadzane ze szczególną empatią, troską, z uważną pomocą i jeśli to możliwe, przy zaangażowaniu krewnych i innych bliskich.

Choroby fizyczne w starszym wieku i ich konsekwencje dla samodzielności i doświadczania codzienności

Dobre samopoczucie i niezależność w dużym stopniu zależą od zachowania funkcji fizycznych i psychicznych.

Ograniczenia lub straty są zwykle odczuwane jako dotkliwie cięcie, gdzie szczególne znaczenie mają choroby fizyczne.

W podeszłym wieku nasilają się wyraźnie przewlekłe choroby fizyczne. Determinują one ze względu na swoje konsekwencje w znacznym stopniu jakość życia oraz przekładają się na samodzielność.

Według doświadczenia lekarzy geriatrów następujące dolegliwości ograniczają w sposób długotrwały życie starszych osób:

- chroniczne dolegliwości bólowe
- duszności
- ograniczenia sprawności ruchowej, paraliż, niedowład
- utrata kontroli nad funkcjami wydalania (nietrzymanie moczu)
- zmniejszenie albo utrata ostrości widzenia
- zmniejszenie lub utrata słuchu
- upadek lub obawa przed upadkiem



Wymienione wyżej dolegliwości powodują najpierw zmniejszoną mobilność. Następnie ograniczeniu ulegają prostsze funkcje życia codziennego, jak ubieranie się czy utrzymanie higieny osobistej. Wynikająca z tego powodu utrata kontaktów społecznych może być przyczyną osamotnienia i prowadzić do depresji.

Często przewidywane uznanie groźącego, ale jeszcze niezaistniałego ograniczenia aktywności stanowi źródło lęku, utraty pewności siebie, malejącego poczucia kontroli i bezsilności. Ten proces wymaga szczególnego wysiłku, by nową sytuację, jeśli nie skompensować, to przynajmniej nauczyć się akceptować.

Utrata partnera lub partnerki

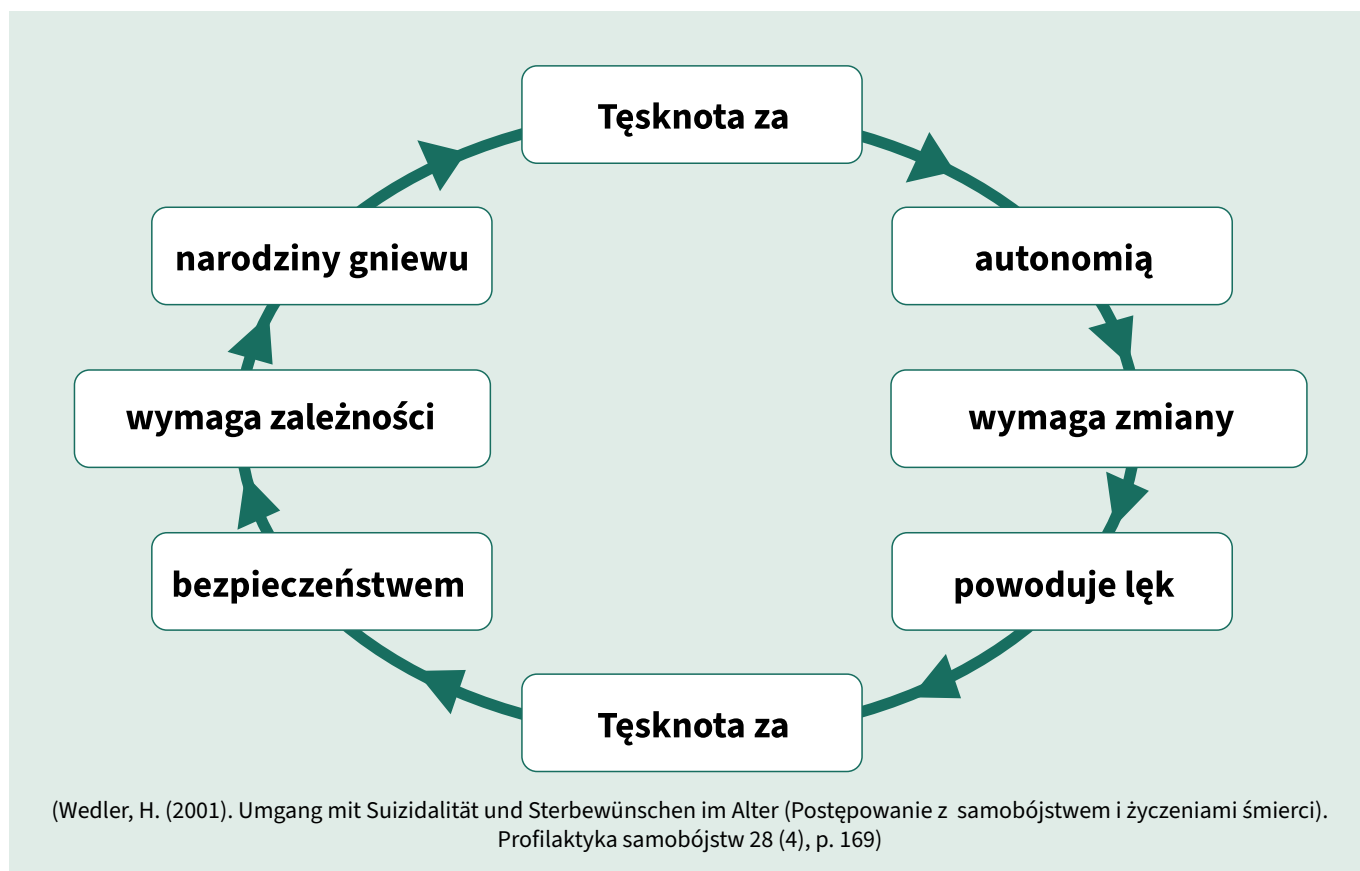
Utrata partnera w wyniku rozstania lub śmierci jest zdarzeniem, które może głęboko zachwiać dotychczasowym życiem i zaburzyć dobre samopoczucie. Ma to miejsce szczególnie wtedy, gdy widoki na nowy początek lub zmianę są coraz mniejsze. Konsekwencją utraty partnera w podeszłym wieku jest często osamotnienie i niebezpieczeństwo samotności oraz konieczność przeorganizowania i zmiany trybu życia w warunkach zaawansowanego wieku - przy czym mężczyźni w kwestiach praktycznej organizacji życia stają przed większymi problemami niż kobiety.



*Ślepotą oddziela od spraw,
głuchota od bliźnich*

Reorganizacja jest szczególnie trudna, gdy partner był jedynym wsparciem emocjonalnym. Ta emocjonalna zależność może utrudniać nabranie koniecznego dystansu, ustabilizowanie się i zorganizowanie na nowo. Dlatego ważne jest utrzymywanie także innych kontaktów społecznych do późnej starości.

Ilustracja 1: Pole napięcia pomiędzy potrzebą autonomii a potrzebą zależności



Utrata samodzielności

Podstawowym motywem pojawienia się pragnień samobójczych i umierania w starości jest obawa przed utratą lub faktyczna utrata samodzielności i autonomii.

Z reguły oznacza to

- utratę zdolności do samodzielnego zarządzania codziennym życiem i relacjami międzyludzkimi
- utratę zdolności do kontrolowania funkcji organizmu
- poczucie bycia zależnym i zdanym na łaskę innych

Z lękiem przed utratą samodzielności i autonomii w dzisiejszym społeczeństwie często nie uwzględnia się faktu, że właściwie absolutnej samodzielności w życiu nigdy nie ma. Życzenia autonomii oraz bezpieczeństwa są uzupełniającymi się biegunami w sferze napięć we wszystkich fazach życia. Każdy człowiek musi tam znaleźć swoje miejsce oraz dopasować do zmieniających się faz życia. Nikt nie potrafi nieustannie żyć w absolutnej samodzielności lub w całkowitej zależności. Zawsze jest wymagana, jako przeciwwaga, pewna miara wspólnej przynależności lub samodzielnej decyzyjności, nawet gdy w skrajnym przypadku, jedno czy drugie może być przeżywane już tylko w wyobraźni.

Szczególnie w podeszłym wieku, autonomia oznacza także poleganie na samym sobie, z kolei bezpieczeństwo oznacza często niechcianą zależność. Dążenie do równowagi i balansu pomiędzy samodzielnością i potrzebą zależności jest pomocne by sprostać wymaganiom procesu starzenia się.

„Czy życie w podeszłym wieku ma jeszcze sens?”

Im bardziej życie zbliża się ku końcowi, tym bardziej staje się jasne dla każdego człowieka, że sens życia nie pochodzi ze zdobywania lub doceniania „dóbr“, ponieważ wszystkie one tracą ważność w chwili śmierci. Opieranie sensu życia na „dziedzictwie“ może prowadzić do gorzkiego rozczarowania.

Sens życia wynika natomiast w każdej jego fazie, więc też i w podeszłym wieku, z samodzielnego kształtowanie własnego życia wewnątrz wspólnoty społecznej tzn. w kontakcie i komunikacji z tą wspólnotą.

Sens życia traci ten, kto rezygnuje sam z siebie, czeka tylko na innych, w myśleniu i odczuwaniu traci kontakt z teraźniejszością. Dlatego pytanie o sens życia jest niezależne od wieku. Zaawansowany wiek może jednak przyczynić się do rezygnacji z iluzorycznych, bezpodstawnych celów życiowych i w ten sposób do uwolnienia się do samodzielnego kształtowania życia.



Do doświadczenia sensu życia należą

- refleksja dotycząca własnej osoby i własnego życia;
- aktywność (i własna wola)
- gotowość dostosowania się (do własnych ograniczeń, niesprawności, choroby, warunków społecznych, warunków życiowych, bliźnich).
- Więź z innymi ludźmi

Religijność i duchowość

Religijność i duchowość mogą stanowić w kontekście prewencji samobójstw, zarówno utrudnienie jak i pomoc. Szczególnie wtedy, gdy przez religijne lub duchowe przeżycia doszło do zawężenia osobistych poglądów, należy je ponownie otworzyć. Z drugiej strony możliwości wiary mogą się przyczynić do tego, by ciasnotę aktualnej sytuacji przetępać.

Prewencja samobójstw, pomoc w kryzysie oraz długotrwałe oferty terapeutyczne

Przygotowanie do starości

Zawsze lepiej jest zapobiegać kryzysowi życiowemu niż zmagać się z nim, gdy już wystąpi. W sensie pierwotnej prewencji samobójstw, kluczowe jest, aby nie być zaskoczonym przez starzenie się i jego konsekwencje. Nawet jeśli nikt nie wie, co się wydarzy, dobrze jest być przygotowanym na to, co może się wydarzyć, a to wymaga pewnego wysiłku

Wczesna konfrontacja z drugą połową życia

Każdy człowiek powinien najpóźniej na etapie średnich lat życia uświadomić sobie, że on także się kiedyś zestarzeje. Zanim jeszcze przyjdzie czas emerytury oraz związaną z tym utratę aktywności zawodowej, ważne jest, by znaleźć na ten okres życia nowe satysfakcjonujące zadania. Okazuje się korzystne, by już w trakcie życia zawodowego stać nie tylko na „jednej nodze” (zawód), ale także rozwinąć „drugą nogę”: zadanie, które wypełnia.

Istotne jest, by w wieku emerytalnym dbać o aktywność umysłową i fizyczną tak długo, jak tylko się da. Także związek z partnerem wymaga w starszym wieku, gdy dzieci nie mieszkają już w domu, nowemu zdefiniowaniu. Podział ról i zadań w rodzinie ulega zmianie.

Większość osób szuka dialogu i wsparcia w tej samej grupie wiekowej. To dotyczy także osób w podeszłym wieku. Zaleca się jednak utrzymywanie kontaktów z osobami z różnych grup wiekowych. Oczekiwanie wsparcia wyłącznie od własnych dzieci i ich rodzin staje się nierzadko źródłem ciągłych konfliktów i rozczarowań.

Akceptacja procesu starzenia się i śmierci

Zdrowie fizyczne i psychiczne wymaga pielęgnacji i prewencji. Te jednak powinny być dostosowane do specyficznych wymagań wieku i nie powinny podążać za wyobrażeniem wiecznej młodości.

Większość starszych osób potrafi bardziej niż młode osoby spokojnie i z opanowaniem uznać, że muszą umrzeć. Niektórzy akceptują ten stan rzeczy, ale unikają dyskusji na ten temat, szczególnie wtedy, gdy własna sytuacja życiowa staje się nie do zniesienia. Inni z kolei potrafią względnie dobrze zaakceptować fakt własnej śmierci, niezależnie czy wierzą w szczęśliwe życie po śmierci czy nie.

Większość starszych osób ogromnie jednak boi się długotrwałego i pełnego cierpienia procesu umierania, z bólem i uzależnieniem od urządzeń.

By przyszłość z rosnącymi ograniczeniami fizycznymi, psychicznymi i społecznymi nagle nie zaskoczyła starszych ludzi, konieczne są działania przygotowawcze. Do tego należy przygotowanie odpowiedniego dla wieku lokum mieszkalnego, z uwzględnieniem możliwych okresów choroby czy fizycznej niepełnosprawności. Należy także pomyśleć o potencjalnej utracie partnera w wyniku jego śmierci i w konsekwencji tego o życiu w samotności.

Na wypadek nagłej choroby, która w późnym wieku może być zwiastunem śmierci, dostępność zaufanego lekarza rodzinnego ma nieocenioną wartość. Wspólnie z nim należy na czas omówić zakres działań medycznych w dyspozycji dotyczącej opieki zdrowotnej podejmowanych u schyłku życia.

Ponadto, konieczne jest uregulowanie spraw na wypadek własnej śmierci (pogrzeb, sprawy ubezpieczeniowe, dostępność kont bankowych, regulacje spadkowe). Są one elementem zabezpieczenia, które tak czy inaczej, powinny być na czas starości uregulowane.

Zachowanie komunikacji i uczestnictwa społecznego

Człowiek potrzebuje kontaktu i interakcji z innymi. Dotyczy to również osoby starzejącej się, która potrzebuje nie tylko - jak mówi przysłowie - ciszy, ale również komunikacji. Należy to pielęgnować i w miarę możliwości utrzymywać do końca życia. Obejmuje to w szczególności kontakty w ramach sąsiedztwa i z przyjaciółmi, jak również uczestnictwo w działaniach społecznych. Kontakt z własnymi dziećmi lub krewnymi powinien przebiegać w taki sposób, by życzenie wsparcia nie było wyrażane czy źle zrozumiane jako oczekiwanie czy wręcz roszczenie. Tylko wtedy wsparcie może stać się wspianiałym i uszczęśliwiającym prezentem.



Przyjęcie pomocy w chorobie i inwalidztwie

Sygnaty choroby nie powinny być ignorowane, ale i nie wyczekiwane z lękiem. Żadna sytuacja życiowa starszej osoby nie powinna być powodem do izolacji i odosobnienia. Ważne jest rozważne obchodzenie się z lekami, alkoholem, utrzymanie rytmu dnia, ważną jest też zbilansowana dieta oraz troska o dobry, naturalny sen.

W celu zrekompensowania fizycznej niepełnosprawności dostępne są różne pomoce, począwszy od wyposażenia domu, poprzez przemieszczanie się w łóżku, aż po aparaty słuchowe. Osoby z ograniczeniami powinny szczególnie zadbać o kompetentne informacje. Jeszcze przed wystąpieniem niepełnosprawności należy dokładnie przemyśleć znaczenie rzeczy materialnych oraz ewentualną rezygnację z nich. Pomoc ze strony instytucji społecznych (np. ambulatorium lub domu pomocy społecznej) powinna być w razie potrzeby dopuszczalna w odpowiedniej formie.

Jeśli pojawi się choroba lub niepełnosprawność, zaleca się korzystanie z ofert pomocy. Należy wystrzegać się przeciążeń mogących spowodować dalsze pogorszenie się zdrowia. Trzeba się umieć dostosować do danych możliwości i nie przeceniać swoich możliwości.



Wielu osobom z trudnością przychodzi akceptacja własnej bezradności i konieczności przyjęcia pomocy. W trakcie całego życia jest jednak wiele sytuacji, które sprzyjają rozwinięciu umiejętności przyjęcia pomocy.

Rozmowy ze starszymi osobami o skłonnościach samobójczych

Nie zawsze jest łatwe prowadzenie rozmowy ze starszą osobą, która ma zamiar odebrać sobie życie. Samobójstwo jest ciągle tematem, którego wiele osób unika. Wzbudza lęk i niepewność, że zrobi się coś źle i jeszcze wzmacni ryzyko samobójstwa drugiej osoby. Poza tym, rozmowa dotycząca kryzysowej sytuacji może wywołać u osoby chcącej pomóc wspomnienie własnych przeżyć kryzysowych.

Na co należy zwrócić uwagę w rozmowie ze starszą osobą o skłonnościach samobójczych

- Nieosądzające zachowanie w rozmowie, w której dominować powinna otwartość i zaufanie, podczas której starszy człowiek czuje się akceptowany.
- Mowa o śmierci, myśli i zamiary samobójcze należy w rozmowie otwarcie poruszać.
- Zamiary samobójcze należy traktować poważnie, bez bagatelizowania ale i bez dramatyzowania.
- Omawiać powody, okoliczności oraz nagłe przyczyny.
- Zrozumieć i uwzględnić okoliczności dotyczące historii życia.
- Sprawdzić możliwości wsparcia w otoczeniu socjalnym (np. osoby bliskie, służby socjalne i pomoc medyczna).
- Zaoferowanie kontynuowania rozmów (omówić lęki, pokazać możliwości doradztwa i pomocy) i podjęcie uzgodnień.

Możliwości pomocy w kryzysie

W sytuacji kryzysowej wywołanej na przykład przez śmierć osoby bliskiej, żałobę lub ograniczenia społeczne, konieczne jest nawiązanie kontaktu z rodziną, kręgiem przyjaciół czy innymi zaufanymi osobami, w szczególności z lekarzem rodzinnym. W niektórych przypadkach wskazana jest pomoc psychoterapeutyczna. Jeśli kryzys jest bardzo poważny, pierwszymi punktami kontaktowymi są poradnia telefoniczna i lokalne wyspecjalizowane służby kryzysowe.

Adresy i kontakty krajowe i regionalne/ lokalne znajdują się na końcu niniejszej ulotki informacyjnej.

Jeżeli doszło już do samobójstwa, należy wezwać lekarza pogotowia i rozpocząć hospitalizację

Interwencja kryzysowa po przetrwaniu ostrej fazy po próbie samobójczej obejmuje

- wyjaśnienie aktualnej sytuacji (psychosocjalnej)
- wyznaczenie kursu: co dalej?
- motywacja do przyjęcia dalszej pomocy
- reorientacja w zmienionej sytuacji po kryzysie.

Zaburzenia psychiczne wymagają odpowiedniego leczenia (psychoterapia, a w razie potrzeby leki psychotropowe). Ponadto sieć opieki psychospołecznej oferuje wiele możliwości pomocy. Pierwszym kontaktem może być także lekarz rodzinny, tym bardziej jeśli jest już zapoznany z problemem. W sytuacji kryzysowej krewni i opiekunowie często potrzebują rozmowy i wsparcia (np. w celu złagodzenia poczucia winy).

Pomoc na końcowym etapie życia

Wiele osób boi się długiego i pełnego cierpienia procesu umierania, szczególnie wtedy, gdy jest związany z bólem i bezsilnością. Często osoby te nie mają świadomości, że w chorobach terminalnych i w fazie śmierci możliwa jest profesjonalna pomoc.

Towarzyszenie osobom w ostatniej fazie ich życia dotyczy nie tylko krótkiego odstępu czasu kilku godzin przed nadejściem śmierci, lecz może także rozciągnąć się na okres obejmujący miesiące albo nawet lata. Dotyczy to w szczególności osób cierpiących na demencję, które w dwóch ostatnich latach swojego życia lub dłużej wymagają wiele wsparcia o różnym natężeniu. Jak inne osoby cierpiące na choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego mają prawo do opieki paliatywnej w hospicjum. W ramach pracy hospicjum oraz opieki łagodzącej cierpienie (medycyna paliatywna i opieka) wptywa się na fizyczne, psychiczne/duchowe, socjalne, spirytualne i materialne potrzeby oraz życzenia nieuleczalnie chorych. Celem tej opieki jest, poprzez złagodzenie fizycznych i duchowych cierpień osób poważnie chorych i umierających, umożliwienie życia odpowiadającego osobistym potrzebom i własnemu sposobowi rozprawienia się z perspektywą zbliżającej się śmierci.

W pracy ambulatoryjnej próbuje się zrealizować życzenie ponad dwóch trzecich ludności, by umrzeć w domu. Opieka nad umierającymi obejmuje również pomoc krewnym czy osobom bliskim.

Federalna izba lekarska (Bundesärztekammer) w dniu 18.02.2011 r. opracowała zasady lekarskiej opieki nad umierającymi pacjentami, które dokładnie opisują możliwości działań lekarza. Według nich, wola pacjenta, w miarę możliwości wcześniej sformułowana w testamencie życia, jest decydująca i miarodajna dla wszystkich działań medycznych. Rodzina może wspierać pracowników służby zdrowia w określaniu domniemanej woli pacjenta, jeśli jego zdolność do podejmowania decyzji jest ograniczona lub pacjent jej już nie posiada. Ponadto Federalna Izba Lekarska opublikowała (25.06.2021 r.) wytyczne dotyczące postępowania lekarzy w przypadku zachowań samobójczych i życzeń śmierci. Zgodnie z nimi do zadań lekarza należy omawianie zachowań samobójczych i zmęczenia życiem, udzielanie informacji, mediacja i oferowanie pomocy w przypadku poważnej choroby i umierania. Z drugiej strony, wspomagane samobójstwo nie jest zadaniem lekarza, ale indywidualną decyzją, która nie jest ścigana przez prawo. Jeśli chodzi o radzenie sobie z życzeniami śmierci i zachowaniami samobójczymi, miarodajny jest Międzynarodowy Kodeks Etyki Pielęgniarskiej. Zgodnie z nim w przypadku życzenia wcześniejszego zakończenia życia, personel pielęgniarski nie ma obowiązku współpracy.

Pomoc dla rodziny

Utrata bliskiej osoby, szczególnie w wyniku samobójstwa, stanowi dla rodziny bardzo obciążające przeżycie zarówno fizycznie jak i duchowo.

Śmierć może spowodować u bliskich rozchwianie emocjonalne i socjalne. W pierwszych miesiącach po śmierci, występuje podwyższona podatność na choroby, a w szczególności ryzyko samobójstwa. Dlatego również te osoby potrzebują wsparcia i opieki w tym trudnym czasie.

Na końcu niniejszej broszury znajdują się adresy i dane punktów kontaktowych zajmujących się w szczególności problemami rodzin. Pomocne może być dołączenie do grupy osób, które doświadczyły podobnej straty. Pomoc można znaleźć także w gabinecie lekarza rodzinnego, którego rodzina może już znać.

Terminologia fachowa

Medycyna paliatywna

Opieka paliatywna: Opiera się na czterech filarach: medycynie paliatywnej, opiece paliatywnej, doradztwie duchowym i wsparciu psychospołecznym. Nie skupia się już na leczeniu i przedłużaniu życia, ale na łagodzeniu objawów i promowaniu jakości życia. Opieka paliatywna może być świadczona ambulatoryjnie w domu, we wspólnotach mieszkaniowych lub placówkach opiekuńczych, ale także w szpitalu i specjalistycznych placówkach. W razie potrzeby można włączyć specjalistyczną ambulatoryjną opiekę paliatywną (SAPV).

Praca w hospicjum

Opieka nad pacjentami na bezpośrednim końcowym etapie życia odbywa się albo w warunkach domowych (realizowana głównie przez wolontariuszy lub wyszkolonych specjalistów) albo w wyspecjalizowanych ośrodkach stacjonarnych (hospicja).

Opieka nad umierającym pacjentem

Obejmuje z jednej strony indywidualną pomoc medyczną w celu zmniejszenia cierpienia, terapię bólu i opiekę, a z drugiej strony także indywidualną pomoc psychospołeczną i duchową w celu zapewnienia opieki i wsparcia, mobilizacji istniejących zasobów oraz dzielenia się słowami i bez słów

Zmiana celu leczenia

działania lecznicze i podtrzymujące życie zostają zakończone lub nawet nie rozpoczęte na rzecz leczenia i opieki paliatywnej

Samobójstwo wspomagane

Samobójstwo, w którym inna osoba zapewnia środki do popełnienia samobójstwa, a osoba decydująca się umrzeć, sama je sobie podaje.

Zabójstwo na żądanie

Czynność wykonywana przez inną osobę i prowadząca do śmierci osoby życzącej sobie tej czynności

Pomoc prawna i zasady

Z prawnego punktu widzenia istnieje wiele możliwości, by podjąć działania zabezpieczające na wypadek śmierci lub sytuacji, gdy możliwość wyrażenia własnej woli jest ograniczona.

Testament życia, pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej, opieka prawna

W testamencie życia (Dyspozycja sporządzona w sprawie opieki zdrowotnej) wszyscy obywatele mogą w dowolnym momencie prawnie uregulować swoją wolę dotyczącą działań medycznych, ze wskazaniem, które mogą lub nie mogą być wykonane, na wypadek, gdy ich zdolność decydowania o sobie będzie ograniczona. Niezależnie od daty sporządzenia, testamenty życia w Niemczech są obowiązujące, chyba że istnieją konkretne wskazania ku temu, że dana osoba swoje zdanie zmieniła. Testamenty życia powinny dotyczyć konkretnych sytuacji chorobowych oraz leczenia. Należy je przedłożyć lekarzowi prowadzącemu.

Aby spełnić te kryteria, zaleca się przy redagowaniu testamentu życia zasięgnąć porady u zaufanego lekarza lub w specjalnej poradni. Pytania etyczne, prawne i medyczne, które dotyczą zredagowania testamentu życia zostały szczegółowo i praktycznie opracowane w



broszurze wydanej przez Federalne Ministerstwo Wymiaru Sprawiedliwości i Ochrony Konsumenta (*Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz* (www.bmjv.de) (w języku niemieckim)).

Krewni czy inne zaufane osoby potrzebują pełnomocnictwa prewencyjnego w celu podejmowania działań w imieniu danej osoby, która nie jest już w stanie podejmować samodzielnie decyzji oraz regulować swoich spraw. Małżonkowie mogą w tym przypadku, na określonych warunkach, reprezentować się wzajemnie w sprawach opieki zdrowotnej przez okres maksymalnie sześciu miesięcy (§ 1358 kodeksu cywilnego). Pełnomocnictwo odnośnie opieki zdrowotnej może dotyczyć sytuacji mieszkaniowej, opieki lekarskiej czy spraw majątkowych. Możliwe jest zdeponowanie pełnomocnictwa do spraw opieki zdrowotnej w centralnym rejestrze opieki zdrowotnej (<https://www.vorsorgeregister.de/>) Urzędy, banki respektują z reguły tylko wtedy pełnomocnictwo, jeśli zostało uwierzytelnione notarialnie.

W przypadku, kiedy dana osoba nie jest w stanie działać na własną odpowiedzialność czy regulować swoich spraw osobiście, może na swój wniosek lub z inicjatywy innej osoby zwrócić się o przyznanie opiekuna sądowego (wydział opiekuńczy przy sądzie rejonowym), który przejmuje regulacje spraw w imieniu tej osoby. Przy ustanawianiu opieki prawnej można wskazać osobę, która ewentualnie powinna tę opiekę przejąć. Sąd jest zobowiązany uwzględnić to życzenie wnioskującego. Federalne Ministerstwo Sprawiedliwości i Ochrony Konsumentów udostępnia informacje na temat obowiązującego prawa opiekuńczego (www.bmjv.de) (w języku niemieckim).

Zasady prawne odnośnie prewencji samobójstw i eutanazji

Podstawowe zasady konstytucji naszego państwa jako szczególnie ważne etycznie dotyczą z jednej strony ochrony życia, z drugiej strony zaś wolności decydowania o sobie. Wraz z postępującym wiekiem, a przede wszystkim na końcowym etapie życia, obydwie te zasady mogą popaść w kolizję, gdy starsza osoba z postępującym i nieodwracalnym ograniczeniem wolności, coraz bardziej zadaje sobie pytanie dotyczące dalszego sensu życia. W naszym społeczeństwie nie istnieje jednoznaczne etyczne stanowisko dla oceny tej sytuacji. Istnieją pojedyncze prawnie niejednoznacznie uregulowane obszary i niezupełnie jednolite orzecznictwo. W krajach europejskich istnieją różne regulacje prawne.

Obecnie w Niemczech obowiązuje następująca regulacja prawna

- Samobójstwo i usiłowanie samobójstwa nie są karalne.
- Wyrok Federalnego Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26.2.2020 r. uchylił § 217 kk (zakaz komercyjnego promowania samobójstwa).
- Pomoc w samobójstwie nie jest obecnie regulowana przez prawo (stan na 12.2023 r.).
- Zabójstwo na żądanie jest zabronione i karalne.
- Zaniechanie lub zakończenie działań terapeutycznych podtrzymujących życie jest dopuszczalne w pewnych okolicznościach. Celem jest złagodzenie cierpienia i umożliwienie pacjentowi śmierci.
- Podanie leków w celu złagodzenia cierpienia jest usprawiedliwione w końcowej fazie życia, nawet jeśli oznacza to akceptację możliwego skrócenia życia. Również w tym przypadku jedynym celem jest zminimalizowanie cierpienia.
- W niemieckim orzecznictwie akt samobójstwa jest interpretowany jako „wypadek“. Podstawowym celem jest zatem zapewnienie pomocy w przeżyciu. Przy istniejącej wolnej odpowiedzialności orzecznictwo wykazuje tendencję rezygnowania z karania za nieudzielenie pomocy

Adresy / osoby kontaktowe

W przypadku nagłych kryzysów życiowych, do których należą także skłonności samobójcze i próby samobójcze, dostępne są liczne ponadregionalne, regionalne czy też lokalne osoby kontaktowe i oferty pomocy, do których można się zwrócić. W zależności od przyczyny kryzysu, stopnia pilności, struktury opieki i dostępności instytucji pomocowych w okolicy, należy skontaktować się z odpowiednią instytucją lub grupą zawodową (lekarze, psychologzy bądź duszpasterze).

Ponadregionalnie

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V. / Niemieckie Towarzystwo Prewencji Samobójstw

DGS-Geschäftsstelle, c/o PD Dr. Gerd Wagner, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Philosophenweg 3, 07743 Jena
Pani: dgs.gf@suizidprophylaxe.de
www.suizidprophylaxe.de
Pod „Hilfsangebote” oferty pomocy’ można znaleźć adresy instytucji świadczących pomoc w sytuacjach kryzysowych, Usługi tych służb są bezpłatne.

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) / Krajowy program zapobiegania samobójstwom w Niemczech

www.naspro.de
Sieć ekspertów, która łączy osoby i instytucje we wspólnych działaniach na rzecz zapobiegania samobójstwom i koordynuje je. Informacje o celach, podstawowych danych, strukturze, organizacji, grupach roboczych i możliwościach kontaktu.

Telefonseelsorge / Telefon Zaufania

www.telefonseelsorge.de
Telefon ogólnokrajowy (bezpłatny)
0800/1110111 albo 0800/1110222

Arbeitskreis Leben e. V. (AKL) – Hilfe in Lebenskrisen und bei Selbsttötungsgefahr / Grupa Robocza Życie – Pomoc w kryzysach życiowych (w Baden-Württemberg)

www.ak-leben.de
Tutaj można znaleźć adresy kontaktowe AKL w Baden-Württemberg. Usługi są bezpłatne.

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V. / Niemiecki Związek Hospicyjny i Paliatywny

www.dhvp.de
Pod ‘Service/Hilfe finden’ można znaleźć adresy kontaktowe usług paliatywnych.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. / Niemieckie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej

www.dgpalliativmedizin.de/
Pod „Service” można znaleźć adresy kontaktowe i informacje.

**Deutsche Stiftung Patientenschutz für
Schwerstkranke, Pflegebedürftige und
Sterbende Sterbende / Niemiecka
Fundacja Ochrony Pacjenta dla Ciężko
Chorych, Osób Wymagających Opieki i
Umierających**

www.stiftung-patientenschutz.de

Porada telefoniczna pod numerem:

Dortmund: 0231-7380730

Berlin: 030-28444840

München: 089-2020810

*Porada, kontrola i rejestracja
dokumentów pełnomocnictw/
testamentów życia.*

Regionalne i lokalne adresy

Pierwsze osoby do kontaktu na miejscu

- Telefon zaufania (jw.)
- Instytucje pomocy kryzysowej (jw.)
- Grupa Robocza Życie - Pomoc w kryzysach życiowych (AKL) (Baden Württemberg) (jw.)

Książka telefoniczna, broszurach, adresy internetowe (np. 'Informator dla osób starszych i ich rodzin' w gminach i powiatach):

Instytucje pomocy psychosocjalnej

- Poradnie gerontopsychiatryczne
- Ambulatoryjne dyżury hospicjów (jak wyżej)
- Poradnie dla osób starszych/seniorów
- Poradnie (małżeństwo, rodzina, kwestie życiowe, uzależnienia)
- Służby socjalno-psychiatryczne



Pomoce lekarska, terapeutyczna i duszpasterska

- Lekarze rodzinni
- Lekarze specjaliści psychiatrii i psychoterapii
- Lekarze specjaliści medycyny psychosomatycznej i psychoterapii
- Psychoterapeuci psychologiczni
- Duszpasterze (w rubryce kościoły i lokalnej książce telefonicznej)

W nagłym przypadku

- Pogotowie ratunkowe (tel. 112)
- Straż pożarna (tel. 112)
- Policja (tel. 110)
- Przychodnie przyszpitalne (w lokalnej książce telefonicznej)

Pomoc dla rodzin

- AGUS e. V. – Angehörige um Suizid tel. 0921/1500380, fax 0921/83343 www.agus-selbsthilfe.de
- BeSu Berlin, Beratung für Suizidhinterbliebene und Angehörige von Suizidgefährdeten <https://www.besu-berlin.de/>

Źródła informacji, bibliografia

Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) (2015). Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter. Köln, ISBN: 978-3-938800-23-2. Download na <https://www.naspro.de/dl/memorandum2015.pdf>

Bayerisches Staatsministerium der Justiz (Hrsg.). (21. Aufl., 2023). Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung. München: Beck. <https://patientenverfuegung.beck.de/> Bezpłatny download na https://www.justiz.bayern.de/static/broschueren/vorsorge_fuer_unfall_krankheit_und_alter/index.html#page=1

Erlemeier, N. (2011). Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.

Lindner, R., Drinkmann, A., Schneider, B., Sperling, U. & Supprian, T. (2022). Suizidalität im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 55, 157-164. Dostępne online pod: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-022-02030-w.pdf>

Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B., Sperling, U. (Hrsg.). (2014). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro). Berlin: Springer.

Lindner, R., Sperling, U., Drinkmann, A., Hery, D., Renken, S., Schneider, B., Supprian, T. & Teising, M. (2021). Suizidprävention für alte Menschen. In: B. Schneider, R. Lindner, I. Giegling et al. (Hrsg.). Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven (S. 141-168).

Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP). DOI: 10.17170/kobra-202107014195. Dostępne online pod: <https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>

Schneider, B., Sperling, U. & Wedler, H. (2011). Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung. Frankfurt am Main: Mabuse.

Sperling, U. (2019). Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Suizidprophylaxe, 46, 4-14.

Supprian, T. (2019). Suizidalität von Demenzkranken. Suizidprophylaxe, 46, 48-52.

Teismann, T. & Dorrman, W. (2021). Suizidalität (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 32). Göttingen: Hogrefe.

Teismann, T. & Dorrman, W. (2015). Suizidgefahr? Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige (Ratgeber zur Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 32). Göttingen: Hogrefe.

Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2022). Suizid und Suizidprävention: Ein Handbuch für die medizinische und psychosoziale Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Światowa Organizacja Zdrowia WHO (2014). Preventing Suidice: A global imperative. Online dostępne pod: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Deutsche Übersetzung bei Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016). Online dostępne pod <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet>

Czasopismo „Suizidprophylaxe“. Download na www.suizidprophylaxe-online.de

Dalsze informacje na temat samobójstwa i prewencji samobójstw

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)

www.naspro.de albo www.suizidpraevention.de

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) www.suizidprophylaxe.de

Stopka redakcyjna

Wydawca

Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland

www.naspro.de albo www.suizidpraevention.de

Wszelkie prawa zastrzeżone

Redakcja

Dr. Uwe Sperling
Prof. Dr. Arno Drinkmann
Heike Kautz M.SC.N
Prof. Dr. Eva-Marie Kessler
PD Dr. Ute Lewitzka
Prof. Dr. Reinhard Lindner
Prof. Dr. Gabriele Röhrig-Herzog
Dr. Katharina Roscher
Prof. Dr. Barbara Schneider
Dr. Anne Schornberg
Prof. Dr. Tillmann Supprian

Wcześniejsi współpracownicy

Monika Bauer
PD Dr. Heinrich Burkhardt
Kristjan Diehl
Prof. Dr. Norbert Erlemeier
Daniela Hery LL.M. (MedR)
Prof. Dr. Rolf D. Hirsch
Dr. Peter Klostermann
Dipl. Psych. Silvia Renken
Dr. Sylvia Schaller
Pfrin. Christine Schoeps
Prof. Dr. Martin Teising
Dr. Claus Wächtler
Prof. Dr. Hans Wedler
Prof. Dr. Joachim Wittkowski

Konsultacje dziennikarskie

Manfred Otzelberger, Bayreuth

Projekt

markenmut. AG, Trewir

Druk

inpuncto:asmuth druck + medien gmbh, Kolonia

Wersja polska

Magdalena Weyer (tłumaczenie)

KANCELARIA TŁUMACZA

mgr Witold Wójcik (korektura)

Zdjęcia

Str. 5 Presse- und Informationsamt der Bundesregierung / Julia Faßbender.

Str. 7, 9, 12, 13, 15, 17, 18, 22, 25

Werner Krüper

Wydanie siódme, zaktualizowane / styczeń 2024 r.

Download na

www.bmfsfj.de

Wsparcie finansowe



Federalne Ministerstwo Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży



Kiedy starzenie staje się ciężarem

Prewencja samobójstw w starszym wieku

Samobójstwa oznaczają wielki problem indywidualny i dla polityki zdrowotnej. Krajowy Program Zapobiegania Samobójstwom w Niemczech/ Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) jest siecią ekspertów zajmującą się wymianą i przepływem wiedzy na temat samobójstw, skłonności samobójczych i zapobiegania samobójstwom w Niemczech. Został założony w 2001 roku z inicjatywy Niemieckiego Towarzystwa Zapobiegania Samobójstwom.

Starsze osoby są szczególnie zagrożone samobójstwem. Z powodu fizycznych i psychicznych obciążeń ich sytuacja może ulec takiemu pogorszeniu, że nie chcą dalej żyć. Otoczenie nie bardzo zwraca na to uwagę. Łatwo nie zauważyć, że także w starszym wieku możliwa jest prewencja, pomoc w kryzysie, terapia i złagodzenie cierpienia. Celem Grupy Roboczej ds. Osób Starszych jest informowanie o przyczynach i oznakach zagrożenia samobójstwem w starszym wieku. Ta publikacja pokazuje sposoby, które pomagają zapobiegać samobójstwom.