

Samotność zabija



Fot. istockphoto.com

MARIA LIBURA

Samotność to jeden z tych zaniedbanych problemów społecznych, które podczas pandemii przebiły się do opinii publicznej. Oczywiście negatywne skutki samotności, w tym skutki zdrowotne, były znane już wcześniej, jednak tylko w nielicznych krajach wyciągano z tej wiedzy wnioski. Kiedy Wielka Brytania ustanowiła w 2018 r. ministra samotności, spotkało się to z sarkastyczną reakcją – próbowano obrócić doniosłą decyzję o nowym kierunku polityki publicznej w jeszcze jeden brexitowy żart. Opuszczenie Unii Europejskiej – ironizowano – skazuje ten kraj na okres izolacji (być może nie tak wspaniałej jak w XIX w.), stąd nowa teka rządowa. Zupełnie inaczej zareagowały europejskie organizacje zajmujące się problematyką socjalną i zdrowotną, wskazując, że problem samotności nie jest wyspiarską specjalnością, ale dotyka boleśnie także wielu obywateli żyjących w Europie kontynentalnej. Zjawisko to powinno niepokoić, gdyż wiążą się z nim poważne ryzyka zdrowotne. Wedle badań szkody na zdrowiu wywołane chroniczną samotnością są porównywalne ze szkodami spowodowanymi wypalaniem 15 papierosów dziennie, poważną otyłością czy zanieczyszczeniem środowiska [1]. Samotność skraca życie. O ile jed-

nak wspomniane wcześniej czynniki doczekały się programów i inicjatyw służących ich ograniczeniu, o tyle poczucie osamotnienia jest bagatelizowane jako przejściowy stan emocjonalny. W dodatku często odpowiedzialnością obarcza się doświadczającego, suponując, że nie dba wystarczająco o relacje z innymi.

Epidemia samotności

Wyobraźmy sobie chorobę, która sprawia, że człowiek staje się drażliwy, przygnębiony i skoncentrowany na sobie, i która wiąże się z 26-procentowym wzrostem ryzyka przedwczesnej śmierci – pisali w 2018 r. o samotności na łamach prestiżowego periodyku medycznego pionierzy badań nad neuronauką społeczną, zastanawiając się, skąd bierze się lekceważenie tak poważnego, a zarazem powszechnego problemu [2]. W krajach uprzemysłowionych dotyka on nawet co trzeciej osoby, bez względu na dochód, wykształcenie czy płeć. Według ich badań samotność może się rozprzestrzeniać jak choroba zakaźna i grozi każdemu, niezależnie od cech charakteru i innych indywidualnych predyspozycji. Lekarze często spotykają się w swojej praktyce ze skutkami samotności u pacjentów, ale większość z nich nie traktuje jej jako samo-

istnego zagrożenia dla zdrowia. Brakuje też wiedzy i narzędzi, które byłyby pomocne w przeciwdziałaniu skutkom osamotnienia, choć szkody, jakie wywołuje, zostały opisane dzięki modelom zwierzęcym i retrospektywnym badaniom obserwacyjnym z udziałem ludzi. Co gorsza, objawy spowodowane samotnością często są zalecane lekami nasennymi i przeciwdepresyjnymi.

Jeszcze przed towarzyszącą walce z SARS-CoV-2 epidemią samotności spojrzenie na ten problem powoli się zmieniało. Specyficzne realia życia we współczesnych społeczeństwach wysokorozwiniętych sprawiły, że na gruncie naukowym zyskała ona status samodzielnego czynnika warunkującego zdrowie. Impulsem do rewizji perspektywy stał się z jednej strony postęp badań, pozwalający lepiej zrozumieć zjawisko samotności oraz odróżnić je od pokrewnych i częściowo pokrywających się problemów, takich jak izolacja społeczna, z drugiej zaś strony zadziały zmiany kulturowe i społeczne. Zanik rodzin wielopokoleniowych, ewoluujący model rodziny, migracje czy starzenie się społeczeństw to fenomeny, których skutkiem ubocznym jest poluzowanie więzi społecznych i zwiększająca się liczba jednoosobowych gospodarstw domowych. Oczywiście można czuć się osamotnionym, żyjąc w dużej grupie, jednak wspomniane trendy wydobły na światło dzienne problem samotności, kierując uwagę opinii publicznej, instytucji odpowiedzialnych za zdrowie i badaczy na długo zaniedbywane w refleksji o zdrowiu jego skutki.

Odkrycie i opisanie skali problemów związanych z samotnością dało początek próbom jej kategoryzacji i pomiaru. Warto przy tym podkreślić, że nie chodzi tutaj o samotność rozumianą jako bycie sam na sam ze sobą, ale o trudny stan emocjonalny – poczucie niechcianego i dotkliwego ograniczenia kontaktów z innymi, w szczególności mające charakter przewlekły. Samotność jest więc wewnętrznym, nieprzyjemnym, subiektywnym doświadczeniem, którego przyczyną jest kurczenie się sieci kontaktów społecznych jednostki w wymiarze jakościowym lub ilościowym [3]. Utrata ważnego przyjaciela może się stać przyczyną odczuwania głębokiego osamotnienia pomimo utrzymania szerokich kontaktów z innymi znajomymi, które jednak danej osobie wydają się płytkie, więc nie zastępują ważnej i wyjątkowej relacji. Samotność może być odczuwana regularnie w określonym czasie, np. podczas świąt, jeśli wywołują one wspomnienia utraconych więzi. Nie jest przypadkiem, że w naszej kulturze okres Bożego Narodzenia jest czasem nasilonych kryzysów osobistych i rodzinnych. Święta te są bowiem ściśle związane z ideałem emocjonalnej i społecznej bliskości, wyrażonej gestem wzajemnego obdarowywania się prezentami, o którego kapitalnym znaczeniu świadczy utrzymywanie się tej tradycji nawet wśród osób zupełnie niereligijnych.

„W starzejących się społeczeństwach grupą szczególnie dotkniętą samotnością są osoby starsze. Śmierć bliskich i przyjaciół „wymazuje” powoli mapę ważnych relacji, a ograniczenia mobilności, utrata słuchu i innych sprawności utrudniają utrzymywanie kontaktów społecznych i nawiązywanie nowych”



Fot. Adobe Stock

Samotność przybiera różne formy, które wymagają też zróżnicowanych interwencji. Wyróżnia się zwykle samotność emocjonalną, czyli stan, w którym ktoś odczuwa brak bliskich więzi i intymnych relacji. Samotność społeczna to brak satysfakcjonującego kontaktu z członkami rodziny, przyjaciółmi czy sąsiadami. Brak poczucia przynależności do szerszej wspólnoty, bycia potrzebnym, jest często ujmowany jako osobny typ samotności. Do tego dochodzi samotność egzystencjalna, czyli poczucie braku sensu lub celu życia. Samotność może być odczuwana w różnym stopniu. Pomiar jej głębokości nie jest łatwym zadaniem, bo samotność

„Wspólnym mianownikiem różnych współczesnych samotności wydaje się deficyt wspólnoty oferującej solidarną troskę”



foto: Adobe Stock

to fenomen wielowymiarowy, a do tego zależny od subiektywnego odczuwania. Inaczej doświadczają jej osoby starsze, inaczej ludzie młodzi, jeszcze inaczej emigrujący w poszukiwaniu pracy ludzie w sile wieku albo osoby w kryzysie bezdomności. Dzięki takim inicjatywom jak wspomniana brytyjska strategia zapobiegania samotności wypracowane przez naukowców instrumenty i skale pomiaru nabierają praktycznego kształtu i są kalibrowane odpowiednio do różnych kontekstów, grup i sytuacji.

Na gruncie medycznym poczucie osamotnienia i izolacji do niedawna było uznawane raczej za symptom zaburzeń zdrowia psychicznego niż za problem sam w sobie [4]. To zrozumiałe, bo poczucie osamotnienia często towarzyszy kryzysom zdrowia psychicznego. Relacja pomiędzy tymi zjawiskami jest dwukierunkowa, co więcej – może dochodzić do negatywnego sprzężenia zwrotnego. Z jednej strony zaburzenia zdrowia psychicznego zwiększają ryzyko izolacji społecznej. Stereotypy i uprzedzenia prowadzą do wykluczenia osób przechodzących taki kryzys z dotychczasowego środowiska, czemu sprzyja też pokutujący w Polsce azylowy model opieki psychiatrycznej. Utrata pracy, przyjaciół, czas spędzony w szpitalu albo w czterech ścianach własnego mieszkania – prowadzą do samotności, a ta w mechanizmie błędnego koła utrudnia zdrowienie i powrót do zwyczajnego życia. Z drugiej strony samotność wywołana różnymi czynnikami zewnętrznymi, ta-

kimi jak odejście kogoś bliskiego, przeprowadzka czy zmiana środowiska na nowe i obce, a także przejście na emeryturę i bezrobocie – może wywoływać kryzys psychiczny. Dobrze opisanym czynnikiem ryzyka w przypadku młodych osób wchodzących w dorosłość jest pierwszy rok studiów, szczególnie gdy oznacza przeprowadzkę z dala od domu rodzinnego. Skala problemu jest ogromna – z badania przeprowadzonego przez American Psychological Association w ośmiu krajach wysokorozwiniętych ponad jedna trzecia rozpoczynających naukę na uczelniach wyższych wykazuje objawy wskazujące na jakieś zaburzenie zdrowia psychicznego według międzynarodowej klasyfikacji DSM. Najczęstszym były stany depresyjne, a kolejnym uogólnione zaburzenia lękowe [5]. Mieszkanie w akademiku zapewnia kontakty z rówieśnikami, ale w szczególnej formie – studenci nie zawsze mają wpływ na dobór towarzyszy, z którymi dzielą przestrzeń, szczególnie w początkowym okresie uniwersyteckiej kariery. Do tego dochodzą specyficzne dla placówek zbiorowych zasady i regulaminy, do których trzeba nagiąć własne przyzwyczajenia i potrzeby, co także może sprzyjać poczuciu wyobcowania.

Samotni starsi

W starzejących się społeczeństwach grupą szczególnie dotkliwie dotkniętą samotnością są osoby starsze. Śmierć bliskich i przyjaciół „wymazuje” powoli mapę ważnych relacji, a ograniczenia mobilności, utrata słuchu i innych sprawności utrudniają utrzymywanie kontaktów społecznych i nawiązywanie nowych. W badaniach dotyczących ubóstwa osób starszych zwraca się też uwagę na związek pomiędzy samotnością a ryzykami finansowymi (utrata dochodu i majątku) ze względu na działania przestępcze oraz konflikty w społeczności i w rodzinie [6]. Z analizy AARP Public Policy Institute przeprowadzonej we współpracy z Uniwersytetem Harvarda i Uniwersytetem Stanforda wynika, że osamotnieni seniorzy częściej mają gorszy stan zdrowia, zgłaszają się do lekarza z bardziej zaawansowanymi chorobami i szybciej umierają [7]. Jest to grupa uboższa, zamieszkująca obszary odludne lub cieszące się złą sławą dzielnice miast, co dodatkowo utrudnia bezpieczne przemieszczanie się, choćby w celu uzyskania pomocy w odpowiednich instytucjach. Przekłada się to na wyższe wydatki zdrowotne ponoszone przez programy federalne w USA. Medicare wydawało o ok. 1600 dolarów rocznie więcej na starszą osobę osamotnioną społecznie w porównaniu ze średnią dla osób utrzymujących sieć kontaktów. Samotni częściej wymagali opieki w placówkach całodobowych, prawdopodobnie dlatego, że nie można ich było bez wysokiego ryzyka wypisać do domu po hospitalizacji. Wprawdzie nie trafiali częściej do szpitala, jednak ich pobyty były bardziej kosztowne ze względu na dłuższy czas i brak wsparcia ze strony rodziny.

Ekonomiczne koszty samotności osób starszych w krajach wysokorozwiniętych stanowią bodziec do systematycznych poszukiwań środków zaradczych, gdyż koszty opieki nad osobami niesamodzielnymi grożą destabilizacją budżetów na zdrowie i opiekę społeczną. Dochodzi przy tym do paradoksów. Niekorzystna struktura demograficzna przekłada się na braki kadr opiekuńczych, które są ściągane z mniej zamożnych rejonów świata. Zwykle są to kobiety w wieku produkcyjnym, nierzadko pozostawiające w macierzystym kraju rodzinę i dzieci, co tworzy nowe łańcuchy samotności. Ekonomiczna konieczność skłania je do migracji, która przynosi niepowetowane straty emocjonalne i społeczne. Migrujące kobiety starają się zachować kontakt z dziećmi poprzez spotkania online, nie zastępuje to jednak codziennego, zwykłego kontaktu. Coraz powszechniejszy drenaż troski stanowi przejaw trwałości globalnych nierówności, ukształtowanych w poprzednich epokach [8]. Nic dziwnego, że nazywany bywa nowym kolonializmem – zapobieganie skutkom samotności w krajach bogatych odbywa się kosztem wytwarzania samotności w krajach uboższych.

Drenaż troski nie rozwiązuje jednak wszystkich problemów nawet w państwach docelowych. Po prostu ich skala jest zbyt wielka. W mediach głośno od czasu do czasu o prototypach modeli robotów opiekuńczych, które miałyby wypełnić rosnącą lukę. W Niemczech, gdzie prawie 3 mln osób wymaga wsparcia w codziennej egzystencji, Caritas testuje roboty wyręczające w prostych czynnościach, takich jak podawanie leków, czegoś do picia, a nawet asysta podczas spaceru. Są też próby użycia sztucznej inteligencji do zapewnienia namiastki kontaktów międzyludzkich [9]. Nie są to jednak rozwiązania tanie, przynajmniej na razie. Koszt takich robotów to dziesiątki tysięcy euro. Poszukiwania tańszych rozwiązań wskazują na niewykorzystany potencjał dobrze znanych sposobów. Okazuje się, że regularne rozmowy telefoniczne wystarczają, by przynajmniej okresowo obniżyć poczucie samotności seniorów, choć oczywiście nie zastąpią wsparcia w codziennych czynnościach.

Kim jest incel?

Budzący emocje i kontrowersje ruch inceli – młodych mężczyzn uznających się za zbyt mało atrakcyjnych, a przez to skazanych na „niechciany celibat”, to w pewnym wymiarze także specyficzny współczesny przejaw samotności. Incele przyciągają uwagę otwartą mizoginią: obwinianiem kobiet za to, że intymny związek z partnerką wydaje im się nieosiągalny. Tworzą społeczności internetowe wyznające „ludową” wersję determinizmu biologicznego i psychologii ewolucyjnej, potwierdzającą ich beznadziejne położenie: kobiety interesują się tylko samcami alfa, a ci mogą je wszystkie „obsłużyć”, nie zostawiając nic incelom. Nie wdając się

w analizę tych poglądów, warto nadmienić, że wyrażają one powszechne w naszej kulturze nastawienie na rywalizację, które w połączeniu z niskim poczuciem wartości prowadzi do głębokiej samotności. Radykalizacja członków tych męskich społeczności, objawiająca się u niektórych nieukrywaną nienawiścią do kobiet, a nawet nawoływaniem do przemocy i gwałtu, stanowi jeden z groźnych objawów narastającej epidemii samotności. Może zarazem wskazywać na jej kulturowe źródła, na co zwraca uwagę norweski profesor psychologii Leif Edward Ottesen Kennair [10].

Jak większość złożonych problemów zdrowia publicznego samotność jest wyzwaniem, które przypomina o społecznym wymiarze zdrowia i wymaga kompleksowego podejścia, przede wszystkim ze strony obszarów innych niż medycyna. Czynniki wywołujące i pogłębiające samotność znajdziemy przecież w systemie edukacji, braku wsparcia dla seniorów i innych grup zagrożonych wykluczeniem, niedostępności transportu publicznego czy presji migracyjnej. Pacjent zgłaszający się z problemami związanymi z samotnością wymaga opieki medycznej, jednak na poziomie polityk publicznych skupienie się na jednostkowym wymiarze odczuwania samotności prowadzi do jego płytkiej medykalizacji, która nie dotyka sedna sprawy. Wspólnym mianownikiem różnych współczesnych samotności wydaje się bowiem deficyt wspólnoty oferującej solidarną troskę. Podobnie jak w przypadku wielu innych wyzwań zdrowia publicznego ochrona zdrowia jako taka nie ma narzędzi, by rozwiązać problem zaniku więzi międzyludzkich, choć ostatecznie ponosi jego koszty.

Maria Libura, kierownik Zakładu Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, ekspert Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej i członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

Piśmiennictwo

- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010; 7: e1000316.
- Cacioppo JT, Cacioppo S. The growing problem of loneliness. *Lancet* 2018; 391: 426.
- Perlman D, Peplau LA. Theoretical approaches to loneliness. W: *Loneliness*. Peplau LA, Perlman D (red.). John Wiley & Sons, New York 1982.
- Tiwari SC. Loneliness: a disease? *Indian J Psychiatry* 2013; 55: 320-322.
- <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/abn-abn0000362.pdf>.
- Bray R, Walker R. Ukryte wymiary ubóstwa. Międzynarodowe badanie partycypacyjne. ATD Fourth World, Oxford University, 2019, <http://www.atd.org.pl/wp-content/uploads/2013/03/UkryteWymiaryUbostwa-v1.1.pdf>.
- <https://www.aarp.org/ppi/info-2017/medicare-spends-more-on-socially-isolated-older-adults.html>.
- Cooray D. The care drain and its effects on the families left behind: a case study of Sri Lanka. *Comparative Sociology* 2017; 16: 369-392.
- <https://www.dw.com/pl/awatary-w-domu-seniora-przysz-proc.C5-proc.82o-proc.C5-proc.9B-proc.C4-proc.87-opieki-geriatrycznej/a-43722799>.
- <https://sciencenorway.no/health-masculinity-mens-health/whocares-for-the-men-who-are-left-behind/1695697>.