



SAMOBÓJSTWO I AUTOWIKTYMIZACJA

JAKO PROBLEM
INTERDYSCYPLINARNY

Redakcja naukowa
Sylwia Przewoźnik

WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIwersytetu Ignatianum w Krakowie

**SAMOBÓJSTWO
I AUTOWIKTYMIZACJA
JAKO PROBLEM
INTERDYSCYPLINARNY**

SAMOBÓJSTWO I AUTOWIKTYMIZACJA JAKO PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY

Redakcja naukowa
Sylwia Przewoźnik

WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIwersytetu Ignatianum w Krakowie

KRAKÓW 2023

© Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, 2023

Publikacja sfinansowana z subwencji Ministra Edukacji i Nauki
przeznaczonej na utrzymanie i rozwój potencjału dydaktycznego i badawczego
Uniwersytetu Ignatianum w Krakowie w 2023 roku

Recenzenci

Dr hab. Agnieszka Barczykowska, prof. UAM
Prof. dr hab. med. Agnieszka Słopeń

Redakcja

Anna Grochowska-Piróg

Projekt okładki i stron tytułowych

PHOTO DESIGN – Lesław Sławiński

Ilustracja na okładce

Edvard Munch, *Rozpacz* (1894), Muzeum Muncha w Oslo

Opracowanie typograficzne i łamanie

Piotr Druciarek

ISBN 978-83-7614-590-7

Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Ignatianum w Krakowie

ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków

tel. 12 39 99 620

wydawnictwo@ignatianum.edu.pl

<http://wydawnictwo.ignatianum.edu.pl>

Dystrybucja:

Wydawnictwo WAM

Dział Handlowy

tel. 12 62 93 254-255 • faks 12 62 93 496

e-mail: handel@wydawnictwowam.pl

Księgarnia Wysyłkowa

tel. 12 62 93 260

www.wydawnictwowam.pl

Spis treści

<i>Sylwia Przewoźnik</i>	
Wprowadzenie	11
<i>Sylwia Przewoźnik</i>	
Samobójstwo a wola	17
<i>Krzysztof Nowakowski</i>	
Ryzyko suicydalne u osób z cechami psychopatycznymi – czy psychopatia jest związana z zagrożeniem samobójstwem?	35
<i>Ewa Wach</i>	
Samobójstwo jako przedmiot ekspertyzy psychologicznej opracowywanej dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości	45
<i>Grzegorz Krawiec</i>	
Wybrane prawne aspekty samobójstwa	61
<i>Izabela Lewandowska-Malec</i>	
Myśli i tendencje samobójcze uczestnika procesu sądowego. Studium przypadku	77
<i>Małgorzata Malec</i>	
Problematyka samouszkodzeń ciała wśród podopiecznych wybranych placówek opiekuńczo-wychowawczych województwa małopolskiego w świetle badań własnych	87
<i>Małgorzata Kamińska</i>	
Depresja wieku młodzieńczego w percepcji nauczycieli	133
<i>Maria Kocór</i>	
Szkoła i jej profilaktyczna rola wobec zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży	153
<i>Magdalena Nuckowska, Krzysztof Gliwa</i>	
Samobójstwo jako skutek bycia ofiarą przemocy – ujęcie psychologiczne i biologiczne	175
<i>Renata Staszal-Joniak</i>	
Rola wiatru fenowego a samobójstwa dokonane na Podhalu	191

Tym, którzy nie doznali radości życia w nieczułości świata.

Bądźcie pozdrowieni, Nadwrażliwi
za waszą czułość w nieczułości świata, za niepewność – wśród jego pewności
za to, że odczuwacie innych tak jak siebie samych zarażając się każdym bólem
za lęk przed światem, jego ślełą pewnością, która nie ma dna
za potrzebę oczyszczania rąk z niewidzialnego nawet brudu ziemi
bądźcie pozdrowieni.

Bądźcie pozdrowieni, Nadwrażliwi
za wasz lęk przed absurdem istnienia
i delikatność niemówienia innym tego co w nich widzicie
za niezaradność w rzeczach zwykłych i umiejętność obcowania z niezwykłością
za realizm transcendentalny i brak realizmu życiowego,
za nieprzystosowanie do tego co jest a przystosowanie do tego co być powinno
za to co nieskończone – nieznanne – niewypowiedziane, ukryte w was.

Bądźcie pozdrowieni, Nadwrażliwi
za waszą twórczość i ekstazę
za wasze zachłanne przyjaźnie, miłość i lęk,
że miłość mogłaby umrzeć jeszcze przed wami.

Bądźcie pozdrowieni
za wasze uzdolnienia – nigdy nie wykorzystane
(niedocenywanie waszej wielkości nie pozwoli
poznać wielkości tych, co przyjdą po was)
za to, że chcą was zmieniać zamiast naśladować,
że jesteście leczeni zamiast leczyć świat
za waszą boską moc niszczoną przez zwierzęcą siłę
za niezwykłość i samotność waszych dróg –
Bądźcie pozdrowieni, Nadwrażliwi.

Kazimierz Dąbrowski, *Posłanie do nadwrażliwych*

Jestem sam. Sam tutaj i sam na świecie. Sam w sercu i sam w głowie. Sam wszędzie
przez cały czas, od kiedy pamiętam. Sam w rodzinie, sam z przyjaciółmi, sam w po-
koju pełnym ludzi. Sam, kiedy się budzę, sam każdego koszmarnego dnia, sam, kiedy
w końcu nadchodzi ciemność. Jestem sam na sam z przerażeniem.

Nie chcę być sam. Nigdy nie chciałem być sam. Nienawidzę tego, że nie mam z kim
porozmawiać, nienawidzę tego, że nie mam do kogo zadzwonić, nienawidzę tego, że
nie mam nikogo, kto potrzyma mnie za rękę, przytuli mnie, powie mi, że wszystko bę-
dzie w porządku. Nienawidzę tego, że nie mam nikogo, z kim mógłbym dzielić nadzieje
i marzenia, nienawidzę tego, że przestałem mieć nadzieje i marzenia, nie znoszę tego, że
nie mam nikogo, kto powiedziałby mi, żebym się trzymał, że jeszcze kiedyś je odnajdę.

James Frey, *Milion kawałków*

Wprowadzenie

Każdy człowiek jest indywidualnym bytem, determinowanym przez wiele czynników – od genetyki, przez środowisko rodzinne, przekaz kulturowy, po osobiste zdarzenia w ciągu życia. Sposób odbioru własnej osoby, rozumienia siebie jest równie ważny, jak rozumienie otoczenia i zjawisk w nim zachodzących i współdecyduje o przystosowaniu i funkcjonowaniu społecznym jednostki. Niska samoświadomość, zaburzony lub niedostatecznie zdefiniowany obraz siebie przyczyniają się do izolacji, utraty więzi z innymi ludźmi, a w konsekwencji mogą spowodować utratę sensu życia i stanowić motywację do zachowań autodestrukcyjnych (Hołyst 1991). Zachowania autodestrukcyjne i samobójstwo to powiązane ze sobą zagadnienia. Zachowania te są złożonym zjawiskiem, na które ma wpływ wiele czynników. Nie ma jednej prostej odpowiedzi na pytanie, dlaczego ludzie odbierają sobie życie. Aby zrozumieć ludzi w kryzysie suicydalnym należy głębiej przyrzeć się nie tylko powodom, które stoją za czynem targnięcia się na własne życie, ale także warunkom, w jakich ta decyzja jest podejmowana. Jak pokazują statystyki, zachowania autodestrukcyjne nasiliły się szczególnie wśród młodego pokolenia podczas pandemii COVID-19, która miała przełożenie na stan psychiczny dzieci, młodzieży, ale i osób dorosłych. Dziś jest to widoczne na twardych danych.

Samotność, ucieczka od życia, wyizolowanie z części społeczeństwa, grupy i rodziny dają człowiekowi pozorne szczęście. Jak pisał Viktor Frankl w książce *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, „współczesny człowiek ma za co żyć, ale nie ma po co żyć – ma środki, ale nie ma sensu” (Frankl 2011). Zagrożenia suicydalne jako te, które prowadzą do kryzysu, a w konsekwencji przyczyniają się do podjęcia próby samobójczej, to połączona dwubiegunowość jednostki (biologicznej i psychologicznej) oraz społecznego wymiaru sytuacji, jak np. brak pracy, niepowodzenia życiowe, długotrwałe pozbawienie oparcia w sytuacji trudnej itp. Samobójstwo jest zjawiskiem wstrząsającym, wynikiem dramatycznej decyzji człowieka pogrążonego w cierpieniu i desperacji. Każde samobójstwo porusza nasze uczucia, przeraża, rodzi pytania i wątpliwości. Próbujemy

zrozumieć motywy, odpowiedzieć sobie na pytanie – dlaczego? Samobójstwo porusza najgłębsze pokłady naszej duszy o wiele silniej niż śmierć naturalna. I budzi przemożne pytania: Czy nie było sposobu, by mu zapobiec? Czy ja nie mogłem coś zrobić, by ocalić to życie?

Szczególny wymiar ma samobójstwo popełnione przez młodego człowieka, osobę stojącą na progu życia. Trudno wytłumaczyć i przyjąć taką decyzję, gdy dzieci i młodzi ludzie uciekają w śmierć, aby w niej schronić się przed życiem. Rzeczywistość wydaje się tworzyć ogromną pętlę nie do rozsąpania. Jak bowiem pomyśleć o dziecku, które ledwie otworzy oczy na świat, a już czym prędzej je sobie samo zamyka. Czy tak bardzo boi się płaczu? (Zwoliński 2012).

Według profesora Erwina Ringela, który od dawna zajmował się profilaktyką i zapobieganiem czynom suicydalnym, samobójstwo nie jest reakcją nagłą, lecz jest wynikiem długotrwałego procesu gromadzenia się cierpienia, które wiedzie do zmian w osobowości człowieka. Wśród czynników zewnętrznych, które usposabiają do samobójstwa, można wymienić dwa mające zasadnicze znaczenie. Jest to przede wszystkim niewłaściwe środowisko rodzinne w dzieciństwie oraz odrzucenie świata, który „odrzucił” człowieka (odrzucił przynajmniej w jego subiektywnym odczuciu). Prawie wszystkie czyny samobójcze popełniane są w bardzo podobnym stanie psychicznym zwanym syndromem presuicydalnym – ostrzega on, że dany człowiek jest zagrożony samobójstwem. Większość samobójców wcześniej mówi o swoich zamiarach. Człowiek zagrożony samobójstwem przeżywa pewien rodzaj ambiwalencji – chce umrzeć i chce żyć jednocześnie. Każdy, kto czuje się nieszczęśliwy, chciałby, aby ktoś zainteresował się jego rozpaczą. Sygnalizuje więc tę rozpacz i ambiwalencję na różne sposoby. Człowiek decydujący się na odebranie sobie życia znajduje się w szczególnym stanie świadomości. Utracił nadzieję na zmianę sytuacji, znajdując się w „tunelu”, w którym nie ma światła i powietrza, idzie więc w jednym kierunku. Oznacza to, że my – osoby znajdujące się na zewnątrz tego tunelu, musimy być wrażliwi na sygnalizowaną rozpacz i zapowiedzi samobójstwa (Ringel 1987).

Kryzysy psychiczne, których doświadcza współczesne społeczeństwo, są odpowiedzią na zabieganą, nastawioną na sukces i dobra materialne codzienność, w jakiej przyszło nam żyć. Permanentny brak czasu, pośpiech i samotność to „znak” dzisiejszych czasów. Przeciążenie stresem i niekonstruktywne sposoby radzenia sobie z jego skutkami, trudnościami, problemami oraz dramatami, które dotyczą każdego z nas, mogą przyczynić się do utraty nadziei i poczucia sensu dalszego życia. Kryzys psychiczny powoduje, że wypracowane wcześniej

mechanizmy radzenia sobie z trudnościami i problemami przestają być skuteczne. Codziennosc postrzegana jest jako zagrożenie, a wyzwania, które stawia przed człowiekiem, wydają się zbyt trudne do udźwignięcia. Zdarza się też, że pod wpływem długotrwałego stresu, permanentnego zmęczenia, czy będących ich konsekwencją zaburzeń zdrowia psychicznego (depresji, zaburzeń lękowych, psychosomatycznych, uzależnień) zmienia się spojrzenie człowieka na własne możliwości, pojawiają się ograniczenia w radzeniu sobie z wyzwaniami dnia codziennego. Jeżeli ten stan trwa zbyt długo i zabraknie odpowiedniej pomocy z zewnątrz, dochodzi do poważnych zmian dysfunkcyjnych w sferze afektywnej, poznawczej i behawioralnej ludzkiego funkcjonowania. Jednostka postrzega świat w kategoriach „biało-czarnych”, „wszystko albo nic”. Nie widzi perspektyw i możliwości pozytywnego rozwiązania przeżywanych problemów. Człowiekiem targają silne emocje: lęk, smutek, rozpacz, złość, bezradność. Konsekwencją tego stanu jest ograniczenie świadomego kontrolowania własnego życia, a stąd już mały krok do kryzysu samobójczego. Uznaje się, że tłumiona agresja jest istotnym elementem wielu samobójstw. Jak pisał Zygmunt Freud, „Niewyrażone emocje nigdy nie umierają, zostają zakopane żywcem, aby powrócić później w znacznie gorszej postaci” (Freud 2015: 51). Wieloletnie badania prowadzone nad samobójstwami pozwoliły na sformułowanie następującego wniosku. Zachowania samobójcze obejmują szeroką gamę zachowań o charakterze autodestrukcyjnym, które w świetle aktualnego stanu wiedzy są wynikiem interakcji pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, socjologicznymi i środowiskowymi. Biorąc pod uwagę, że co roku w wyniku zamachów samobójczych umiera około miliona ludzi, poszukiwanie skutecznych metod przeciwdziałania temu zjawisku jest jednym z najważniejszych zadań stojących przed naukowcami z różnych dziedzin. Dynamika zachodzących procesów cywilizacyjnych wskazuje na potrzebę szybkiego reagowania wszystkich środowisk wychowawczych na pojawiające się nowe problemy i perspektywy rozwojowe ludzi młodych, przy jednoczesnym podejmowaniu działań prewencyjnych, ograniczających skalę nowych zagrożeń. Potrzeba podjęcia interdyscyplinarnych badań nad samobójstwem i zachowaniami autodestrukcyjnymi jako podstawy rzetelnej diagnozy i profilaktyki wiąże się z tym, iż pociągają one za sobą konsekwencje dla różnych sfer życia człowieka, grup społecznych i społeczeństwa, jako całości (Przewoźnik 2018).

Oddana do rąk Czytelnika niniejsza publikacja jest próbą spojrzenia na zjawisko samobójstwa i autowiktylizacji wieloaspektowo i z różnych perspektyw. Przyjęte w książce szerokie, interdyscyplinarne podejście do fenomenu

samobójstwa i autodestrukcji stanowi odpowiedź na jego wielowymiarowy charakter; próbę włączenia się w interdyscyplinarny dyskurs na temat szeroko rozumianej autodestrukcji. W książce znalazło się dziesięć artykułów prezentujących w aspekcie teoretycznym i praktycznym istotną wiedzę na temat zjawiska samobójstwa i autoagresji. Autorami artykułów są badacze reprezentujący nauki prawne, psychologię, pedagogikę, pracownicy służb mundurowych oraz osoby zajmujące się w swojej działalności zawodowej wsparciem osób w kryzysie.

Monografię otwiera artykuł Sylwii Przewoźnik zatytułowany *Samobójstwo a wola*. Autorka przekonuje, że potencjalny samobójca zawsze pragnie życia, jednak zdarzają się sytuacje, że jednostka zdeterminowana ogromem przytłaczającego ją cierpienia postanawia położyć kres dalszemu trwaniu samej siebie. Jednak samobójca – jak podkreśla – nigdy nie wyrzeka się woli życia. Z kolei Krzysztof Nowakowski w artykule *Ryzyko suicydalne u osób z cechami psychopatycznymi – czy psychopatia jest związana z zagrożeniem samobójstwem?* dokonuje próby przyjrzenia się psychopatii jako potencjalnemu czynnikowi ryzyka suicydalnego (zarówno klinicznemu, jak i osobowościowemu).

Tematyka kolejnych trzech artykułów oscyluje wokół prawnych aspektów związanych ze śmiercią samobójczą. Ewa Kusz w opracowaniu *Samobójstwo jako przedmiot ekspertyzy psychologicznej opracowywanej dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości* skupia się na śmierci samobójczej, zarówno dzieci jak i dorosłych, wymagającej wyjaśnienia okoliczności tego czynu podczas śledztwa prowadzonego w sprawie „nagle/gwałtownego” zgonu, a także podczas ustalenia w procesie sądowym odpowiedzialności osób trzecich za przy czynienie się do zamachu samójczego. Grzegorz Krawiec w tekście *Wybrane prawne aspekty samobójstwa* przedstawia wybrane przepisy systemu polskiego prawa, odnoszące się do samobójstwa. Autor wskazał, że akt samobójstwa nie ma charakteru indywidualnego, a oddziałuje na sferę społeczną. Izabela Lewandowska-Malec w artykule *Mysli i tendencje samobójcze uczestnika procesu sądowego. Studium przypadku* wykazuje, że postępowanie sądowe jest bardzo często traumatycznym doświadczeniem dla człowieka. Przedmiotem jej zainteresowania były sytuacje rzeczywistych przeżyć podsądnych, którzy w toku postępowania nie dostrzegają innego rozwiązania swoich problemów jak pełnienie samobójstwa.

Niezwykle cenne, istotne wyniki badań związane z problematyką samoszkodzeń ciała wśród podopiecznych wybranych placówek opiekuńczo-wychowawczych województwa małopolskiego w świetle badań własnych

przedstawiła Małgorzata Malec w pracy *Problematyka samouszkodzeń ciała wśród podopiecznych wybranych placówek opiekuńczo-wychowawczych województwa małopolskiego w świetle badań własnych*. Z kolei Małgorzata Kamińska w artykule *Depresja wieku młodzieńczego w percepcji nauczycieli* wskazuje, że w przeciwdziałaniu depresji dzieci i młodzieży najważniejsza jest mądra, długofalowa polityka oparta na przemyślanej strategii profilaktycznej i profesjonalnym podejściu do problemów młodych ludzi. Istotnym ogniwem w tym procesie są nauczyciele i ich kompetencje diagnostyczne. Badania Autorki pokazały niezbyt optymistyczny obraz tych kompetencji.

O holistycznym podejściu szkoły i jej profilaktycznej roli wobec zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży pisze Maria Kocór w pracy *Szkoła i jej profilaktyczna rola wobec zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży*. Autorka zwraca uwagę, że z profilaktyką szkoły w kwestii zachowań suicydalnych wśród uczniów wiążą się dwa aspekty: pierwszy - reakcja szkoły na dostrzeżone u nich dysfunkcje, symptomy i sygnały poprzez uruchamianie wsparcia i specjalistycznej pomocy, kiedy uczniowie poza szkołą doświadczają krzywdy i niemoocy; drugi – troska szkoły o dobre relacje i dobry klimat, wspieranie w rozwoju każdego ucznia poprzez spersonalizowane podejście, uczenie samoregulacji, oraz własne samoregulowanie w celu usunięcia przyczyn tkwiących w szkole.

Magdalena Nuckowska i Krzysztof Gliwa w artykule *Samobójstwo jako skutek bycia ofiarą przemocy – ujęcie psychologiczne i biologiczne* zwracają uwagę, że doświadczenie przemocy może obejmować osoby, które nie były jej bezpośrednim adresatem. Podkreślają, że ofiara nie musi być nawet świadomym świadkiem traumatycznego zdarzenia, ponieważ skutków przemocy doświadczają mogą nawet nienarodzone dzieci. Postnatalne, traumatyczne doświadczenia wyciskają niezmywalne piętno w psychice oraz organizmie młodego człowieka, w konsekwencji przyczyniając się do wystąpienia zaburzeń w późniejszym życiu człowieka i prowadząc do zaburzeń, które finalnie mogą doprowadzić do aktu samobójczego.

Na zakończenie Renata Staszal-Joniak w artykule *Rola wiatru fenowego a samobójstwa dokonane na Podhalu* przedstawia wyniki badań dotyczące wpływu wiatru halnego na zachowania suicydalne na Podhalu.

Pomimo wielu badań i pracy klinicznej z osobami przeżywającymi kryzys psychiczny oraz suicydalny nie zdołano wypracować narzędzi skutecznie zapobiegających tej formie autodestrukcji. W związku z tym każda próba zmierzająca do pogłębienia wiedzy o stanie psychicznym tych osób pozwoli na bardziej skuteczne przeciwdziałanie zachowaniom autodestrukcyjnym oraz

zamachom samobójczym. Należy zatem żywić nadzieję, że książka przygotowana przez interdyscyplinarny zespół Autorów stanowić będzie inspirację do podjęcia działań prewencyjnych, opracowywania programów profilaktycznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz przeciwdziałania zachowaniom suicydalnym i nadania im właściwej rangi ustawowej.

Bibliografia

- Hołyst B. (1991). *Przywrócenie życiu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Frankl V. (2011). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, tłum. A. Wolnicka, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Freud Z. (2015). *Wstęp do psychoanalizy*, tłum. S. Kempnerówna, W. Zaniewicki, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Frey J. (2019). *Milion kawalków*, tłum. P. Gołębiwski. Warszawa: Wydawnictwo Słowne.
- Przewoźnik S. (2018). *Młodzież współczesna wobec bezprecedensowo zmiennej rzeczywistości – aspekty społeczne, kulturowe i pedagogiczne*, „Kultura - Przemiany - Edukacja” t. 6, s. 95-108.
- Ringel E. (1987). *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, tłum. E. Kaźmierczak, Szczecin: Glob.
- Zwoliński A. (2012). *Krzywdzone dzieci. Zagrożenia współczesnego dzieciństwa*, Kraków: Wydawnictwo WAM.

Samobójstwo a wola

Kiedy ostatni krzyk o pomoc przebrzmiał, ostatnia wskazówka została dana, być może ostatnie gniewne oskarżenie zostało wykrzywane bez bycia usłyszanym, decyzja staje się dojrzała po okresie rozważań i ambiwalencji. Fantazja suicydalna staje się planem, myśl rozwija się w plan działania. W tym procesie postępującej dezintegracji coś innego staje się istotne: osoba suicydalna już nie ma wiarygodnych powodów do komunikowania o sobie swojemu otoczeniu. Nie spodziewa się już pomocy [...]. Pierwsza faza burzy przebrzmiała nad nią i popchnęła ją na kraj egzystencji, druga faza zabije ją. Następujący spokój w niej jest ciszą kogoś, kto ma życie za sobą (Polewka, Kroch, Chrostek-Maj 2004: 261-264).

Wstęp

Artykuł obejmuje refleksję nad samobójstwem jako gestem ostatecznym, będącym manifestacją wolności, wyrażającej się w decyzji o własnej śmierci. Nie jest to jednak manifestacja wolnej woli, gdyż samobójcy często podejmują decyzję spowodowaną brakiem możliwości dalszego życia, a nie chęcią odebrania go sobie. Samobójstwo jest najwyższą afirmacją woli (Schopenhauer 2009). Jak rozumieć tę paradoksalną tezę? Gdy jednostka zdeterminowana ogromem przytłaczającego ją cierpienia postanawia położyć kres dalszemu trwaniu samej siebie – jako obiektywizacji woli – nie znaczy to, że w ogóle odwraca się od życia. Przeciwnie, taki akt wyboru jest przejawem gwałtownej erupcji woli, która nie mogąc w wyniku własnej słabości zaspokoić powodujących ją dążeń, zwraca się nie przeciwko swoim pobudzeniom, lecz ukonstytuowaniu się sytuacji, w której nie może ich zrealizować. Potencjalny samobójca w rzeczywistości gwałtownie pragnie życia, jednak w rozpacz wpędzają go warunki, które zostały mu przez los zadane, a które w jakiś sposób uniemożliwiają mu afirmację własnego „ja” i realizację swoich marzeń, dążeń, czy ambicji. W akcie samobójstwa dochodzi zatem do unicestwienia konkretnej obiektywizacji woli, ale działanie to nie jest i nie może być wymierzone przeciwko samej woli, bo jego pobudka jest z nią przecież zgodna, skoro z niej samej wypływa. Raczej mamy tu do czynienia z sytuacją,

w której dążenia jednostki, jako konkretnego przedstawienia w obrębie woli, nie mogą być realizowane ze względu na opór świata przekraczający jej siły. Świat bowiem zniewala, ogranicza i wypcha w bezsilność i duchowe spętanie, a człowiek, który w nim istnieje, sam często uczestniczy w umacnianiu owego zniewolenia, niezdolny do przedstawienia mu alternatywny innej niż autodestrukcyjna lub eskapiczna (Witkowski 1998). Ogromną rolę odgrywa w tym wypadku stosunek człowieka do dotykającego cierpienia, spowodowanego szeroko rozumianym poczuciem niezaspokojenia. Warto zauważyć, że wiele nurtów psychologicznych i filozoficznych podkreśla pozytywny aspekt dręczących człowieka niedogodności, eksponując fakt, że umiejętność nie tyle przetrwania cierpienia, ile pogodzenia się z nim stanowi podstawę wszelkich idei samodoskonalenia.

Wola życia a zaprzeczenie prawa egzystencji

Zjawisko własnowolnego odebrania sobie życia od wieków fascynowało ludzi. Już w XVIII wieku pisano: „Rozstajemy się z życiem, wchodząc jedną z trzech bram: pierwsza, o olbrzymiej szerokości, to brama chorób, druga, skromniejszych rozmiarów, to brama starości, trzecia, pograżona w mroku, zboczona krwią i rozwierająca się każdego dnia coraz bardziej, to brama śmierci gwałtownych, a przede wszystkim samobójstwa” (Durkheim 2006). Émile Durkheim ponad sto lat temu pisał, iż to, że obecnie ludzie popełniają więcej samobójstw niż dawniej nie wynika z tego, że aby żyć, musimy czynić bardziej bolesne wysiłki, ani z tego, że nasze uzasadnione potrzeby są w mniejszym stopniu zaspokojone, ale z tego, że nie wiemy gdzie leży kres takich potrzeb i przestajemy widzieć sens naszych wysiłków. Nasz stan nie wynika ze zwiększenia się liczby lub nasilenia obiektywnych przyczyn cierpienia; nie świadczy o większej biedzie ekonomicznej, lecz o alarmującej nędzy moralnej (Durkheim 2006). Samobójstwo jawi się więc jako problem złożony zarówno w swoich motywach, działaniu, jak antycypacji skutków. Złożoność tę potwierdza Brunon Hołyst zwracając uwagę, że samobójstwo było kulturową formą rozwiązywania problemów życiowych wedle nakazów zewnętrznych, społeczną formą wyłączenia się z obiegu świadczeń, formą psychicznej dezakceptacji określonej formy życia, biologiczną formą ucieczki przed bólem, ideologiczną formą buntu wobec nieuchronności śmierci, którą można uczynić aktem wyboru czasu, miejsca i sposobu odejścia ze świata żywych (Hołyst 1991). Cień

śmierci jest w naszym życiu wszechobecny, życie zawiera zatem również elementy śmierci. Jan Szczepański w książce *Sprawy ludzkie* podkreśla, że od dzieciństwa wzrastamy w lęku przed śmiercią. Nigdy nie doświadczamy jej bezpośrednio, bowiem - jak pisał Epikur - póki jesteśmy, nie ma śmierci, gdy jest śmierć, nie ma nas, lecz tylko doświadczamy reakcji innych na śmierć, a ta zawsze jest rozpaczą, smutkiem, płaczem. To wyobrażenie o śmierci jako o ostatecznej przegranej, ostatecznej klęsce, gruntuje w nas życie codzienne, wiedza praktyczna, medycyna i pisana historia (Szczepański 1978). Śmierć samobójcza dlatego jest klęską, nieszczęściem, ponieważ jest ostateczną rezygnacją ze wszystkich wartości, jakie wiążemy z faktem funkcjonowania organizmu i umysłu. (Ringel 1993). Wybitny filozof Artur Schopenhauer głosił, że nieprawdą jest, iż ludziom brakuje woli życia i dlatego dokonują aktu samobójczego. Samobójstwo nie dosięga samej woli życia. To nie woli życia wyrzeka się samobójca, przeciwnie - zwykle pragnie trwania, jest ona bardzo silna, człowiek jednak odrzuca jednostkowy byt. Samobójca pragnie życia, ale niezadowolony jest z jego warunków, które przypadły mu w udziale. Dlatego nie wyrzeka się woli życia, lecz samego życia, niszcząc pojedyncze zjawisko. Człowiek pragnie życia, pragnie istnienia, ale splot okoliczności na to nie pozwala i stąd wynika jego wielkie cierpienie (Schopenhauer 2009). Kiedy rozmiary bólu i cierpienia stają się nie do zniesienia i w połączeniu z odczuwanym brakiem sensu życia przeważają strach przed śmiercią, następuje moment, w którym ludzie decydują się na samobójstwo (Leibniz 2001). Erwin Ringel wskazywał, że psychiczna struktura sprawcy jest główną przyczyną aktu samobójczego. W jego mniemaniu u jednostki dochodzi do utraty sił ekspansywnych. Człowiek popełnia samobójstwo wówczas, gdy nie potrafi przeciwstawić się działaniu czynników, które w jego odczuciu współtworzą sytuację nie do zniesienia, przy czym wiele zależy od odporności psychicznej jednostki (może pozbawić się życia z mniej lub bardziej istotnych powodów). Ringel zaznacza, że samobójstwo nie jest zdarzeniem nagłym, to reakcja na długotrwałe gromadzenie się urazów, które swoje źródło ma już w dzieciństwie (Ringel 1987). Zrozumieniu przyczyn odebrania sobie życia przez jednostkę poświęcił swoje badania również Edwin Shneidman, który uważał, że nauki społeczne zapomniały o zwyczajnych codziennych słowach, o bólu i niezaspokojonych potrzebach człowieka myślącego o samobójstwie. Jego zdaniem, bodźcem do popełnienia samobójstwa jest nieznośny ból psychiczny, niezaspokojone potrzeby psychiczne oraz poczucie beznadziejności (O'Connor, Sheehy 2003). Miara śmierci jako nieszczęścia jest odwrotnością miary życia samego w sobie (Szczepański

1987). Umieranie ma swoje wymiary filozoficzne, psychiczne i społeczne. Nadzieja i złudzenie utrzymują nas w przekonaniu, że jeszcze tyle rzeczy przed nami. Nadzieja i złudzenie ratują samopoczucie i ułatwiają rezygnację, zasłaniając jej prawdziwe oblicze jako posłańca śmierci. Jakże ciężkie musi być do zniesienia życie, jak beznadziejna wydaje się dalsza wegetacja, skoro człowiek wybiera śmierć. Śmierć, która ma być ukojeniem, kresem cierpień, kresem aspiracji, dążeń, nadziei (Szczepeński 1987) Jak to jest? Z jakimi problemami musimy się zetknąć? Jak głęboko je przeżyć, zanim zamkniemy drzwi, otwierające się tylko w jedną stronę? Czy decyzja o odebraniu sobie życia rodzi się nagle, czy też przeciwnie, narasta tygodniami, miesiącami, latami? Na gruncie filozofii egzystencjalnej, reprezentowanej np. przez Jeana Paula Sartre'a, Martina Heideggera, czy Alberta Camusa, dominuje pogląd o dopuszczalności samobójstwa. W filozofii Sartre'a i Heideggera uzasadnieniem tej tezy jest idea wolności, osadzonej na idei absurdalności życia, która dla Camusa stała się naczelnym motywem. W filozofii Sartre'a samobójstwo jest aktem wolności rozumianej jako uniwersalna siła, która przemienia działania człowieka w afirmację siebie, taki charakter ma również samobójstwo (Mauss 1973). Heidegger odnosi się natomiast do ludzkiej egzystencji, która nieustannie zmierza do śmierci: „Dasein, jako rzucone bycie w świecie, zawsze już jest wydane swej śmierci. Będąc ku swej śmierci, umiera ono faktycznie, i to ciągle – dopóki nie utraci swego życia” (Heidegger 2005: 327). Jak się wydaje, nie pojmuje on samobójstwa ani jako zjawiska pozytywnego, ani negatywnego w odniesieniu do egzystencjalnego jestestwa. Analizuje ludzką egzystencję, skupiając się na specyficznym ludzkim sposobie bycia jestestwa w jego byciu ku śmierci i umieraniu (Heidegger 2005). Z kolei Camus tak rozpoczyna esej *Mit Sisyfą*: „Jest tylko jeden problem filozoficzny prawdziwie poważny: samobójstwo. Orzec, czy życie jest, czy nie jest warte trudu, by je przeżyć, to odpowiedzieć na fundamentalne pytanie filozofii” (Camus 1991: 11). Pytanie to dotyczy związku pomiędzy absurdem ludzkiej egzystencji a samobójstwem. Mimo że człowiek jest skazany na absurd i niejako jest w nim zanurzony, to samobójstwo nie jest rozwiązaniem, gdyż niczego nie wyjaśnia, nie stanowi logicznego zakończenia. Podejmując temat samobójstwa, stwierdza: „w pewnym sensie zabić się to wyznać, jak w melodramacie, że życie nas przerasta, albo że nie rozumiemy życia” (Camus 1973: 97). Zabicie się jest wyznaniem, że „życie nas przerasta, że nie rozumiemy życia, i że jest ono niewarte trudu” (Camus 1991: 13). Jak przyznaje filozof, „żyć nigdy nie jest łatwo”, ale nie należy z życia rezygnować (tamże). A zatem w koncepcjach egzystencjalistów można dostrzec odniesienie życia

do wymiaru doczesnego, jednak nie ma w tych teoriach aprobaty dla aktów destrukcyjnych. Co najwyżej, można dostrzec przyzwolenie na tego rodzaju działania, o ile są one zgodne z człowiekiem, który ich dokonuje. W polskiej myśli etycznej warto przywołać Tadeusza Kotarbińskiego (1986), twórcy tzw. etyki niezależnej, który aspekt samobójstwa rozpatrywał w kontekście prawa do śmierci i eutanazji. Kotarbiński był zwolennikiem eutanazji oraz warunkowego przyzwolenia dla samobójstwa, jednocześnie zjawisko autodestrukcji postrzegał w szerokim spektrum społecznym i niepokoiła go wzrastająca ilość takich czynów. Uważał on, że konieczne jest podjęcie wysiłków na rzecz zapobiegania samobójstwom, a jednej z takich form upatrywał w tzw. telefonach zaufania, które mogłyby stanowić pomoc dla osób szukających wsparcia, rozpaczonych, nieporadnych czy samotnych. Twierdził, że warto przyjąć sprzeciw dekalogów i kodeksów wobec odebrania sobie życia, gdyż „zbyt łatwa droga zrzucenia ze swych ramion zaciągniętych zobowiązań, jeżeli ktoś zamiast podjąć się ciężkiego trudu, by dać własnym dzieciom jeść lub spłacić dług pieniężny, woli po prostu palnąć sobie w łeb i pozbyć się kłopotu” (Kotarbiński 1986: 233). Człowiek „ma prawo robić co chce, lecz w granicach zaciągniętych zobowiązań i pod warunkiem wywiązania się z nich. Ale w tych granicach i pod tym warunkiem niechaj mu będzie wolno robić ze sobą, co zechce, nawet odebrać sobie życie, jeśli to będzie dla niego złem najmniejszym z możliwych, wedle własnego rozeznania” (tamże: 82).

W analizowanych tekstach można wprawdzie wskazać akceptację aktów autodestrukcyjnych, jednak nie są one zupełnie nieograniczone, muszą spełniać ściśle określone wymogi i być przestrzegane. W tradycji filozoficznej samobójstwo jest różnie postrzegane, jednak nawet w nurtach egzystencjalnych lub naturalistycznych nie jest ono bezwarunkowo uznane, a jedynie w pewnych sytuacjach i pod pewnymi warunkami moralnie uzasadnione. We współczesnej filozofii występują nurty jednoznacznie potępiające akty samobójcze, takim kierunkiem jest personalizm reprezentowany przez polskich myślicieli, jak Karol Wojtyła (1994), Tadeusz Styczeń (1994), czy Tadeusz Ślipko (2008). W koncepcji personalistycznej podkreśla się osobowy wymiar człowieka. Oznacza to, że człowiek jest istotą rozumną i wolną, posiadającą swoją niezbywalną wartość, którą jest godność. „Kiedy mowa o osobie ludzkiej, chodzi przede wszystkim o to, czym, a raczej kim człowiek jest sam w sobie. To kim człowiek jest sam w sobie, wiąże się nade wszystko z jego wnętrzem. Wszystkie uzewnętrznienia: działalność, twórczość, dzieła, wytwory – tu mają swój początek i swoją przyczynę. O tę przyczynę właśnie chodzi na pierwszym

miejscu. Istotą tej przyczyny, jak się okazuje na podstawie skutków, jest rozumność i wolność. Umysł i wolność stanowią istotne i zarazem nieodzowne właściwości osoby. Tu także tkwi cała naturalna podstawa jej godności” (Wojtyła 1994: 418). W ramach personalizmu samobójstwo jest czynem wewnętrznie złym, moralnie zakazanim, niczym nieusprawiedliwionym. Gdy już podejmujemy problem odwrotu, czy też ucieczki od świata, wydawać by się mogło, że jedyną radykalną możliwością, jaka się w tej perspektywie pojawia, będzie unicestwienie naszej woli (w istocie tylko naszego chcenia) poprzez położenie kresu przedstawieniu, w którym się ona obiektywizuje. Jeśli bowiem zniknie indywidualna świadomość, to nie pozostanie nic, co tę naszą wolę mogłoby zainteresować (Płużek 1994). Samobójstwo – głosi Schopenhauer – jest najwyższą afirmacją woli. Jak rozumieć tę paradoksalną tezę? Gdy jednostka zdeterminowana ogromem przytłaczającego ją cierpienia postanawia położyć kres dalszemu trwaniu samej siebie jako tej oto obiektywizacji woli, nie znaczy to, że w ogóle odwraca się od życia. Przeciwnie, taki akt wyboru jest przejawem gwałtownej erupcji woli, która nie mogąc w wyniku własnej słabości zaspokoić powodujących ją dążeń, zwraca się nie przeciwko swoim pobudzeniom, lecz ukonstytuowaniu się sytuacji, w której nie może ich zrealizować. Samobójca przestaje żyć właśnie dlatego, że nie może przestać chcieć, i woła potwierdza się tutaj przez zniesienie swego przejawu, bo już inaczej potwierdzić się nie może (Schopenhauer 2009). W akcie samobójstwa dochodzi zatem do unicestwienia konkretnej obiektywizacji woli, ale działanie to nie jest i nie może być wymierzone przeciwko woli samej, bo jego pobudka jest z nią przecież zgodna, skoro z niej samej wypływa. Raczej mamy tu do czynienia z sytuacją, w której dążenia jednostki, jako tego oto konkretnego przedstawienia w obrębie woli, nie mogą być realizowane ze względu na opór świata przekraczający jej siły (Schopenhauer 2004). Decyzja podmiotu skłania się wówczas ku odebraniu sobie życia, co uznaje on za rozwiązanie lepsze od bezowocnego trwania. Potencjalny samobójca w rzeczywistości gwałtownie pragnie życia, w rozpacz wpędzają go jednak warunki, które zostały mu przez los zadane, a które uniemożliwiają mu afirmację własnego „ja” i realizację swoich marzeń, dążeń czy ambicji (Schopenhauer 2005). Samobójstwo jest zawsze zamachem na duszę – stwierdza Brunon Hołyst. I zadaje pytanie: Czy wolno nam ratować ciało, jeżeli nie potrafimy ratować ducha? Ratując tylko ciało nie przywracamy życia, ożywiamy jedynie ciało. Uzasadnieniem ratowania samego ciała pozostaje nadzieja, że w pewnym momencie uda się uratować w tym ciele też duszę (Hołyst 1991).

Samobójstwo a poczucie sensu życia. Logoterapia w kontekście suycydologii

Zagadnienie aktu suicydalnego, jak żaden inny problem, stawia człowieka w obliczu pytań o jego naturę i jego miejsce w świecie, o sens istnienia, o powinności wobec siebie i otaczającej rzeczywistości, o moralność, o hierarchię wartości. Istnieje bezpośredni związek pomiędzy samobójstwem a zagadnieniem sensu życia i znaczenia życia ludzkiego. Człowiek jest jedyną istotą na Ziemi, która stawia pytania o sens. Wydaje się, że jest to pierwotna cecha gatunku *homo sapiens* (Heller 2014). Właściwie nie tyle człowiek stawia pytania dotyczące sensu, ale te pytania są mu stawiane przez samo życie. Viktor Frankl, austriacki psychiatra i psychoterapeuta, ocalały z obozów koncentracyjnych, twórca logoterapii, zwykł mawiać do swoich pacjentów w kryzysie suicydalnym „dlaczego nie odbierzesz sobie życia”? Odpowiedź na to pytanie odnosiła się do spraw, osób, rzeczy, dzięki którym udzielający odpowiedzi potrafił dostarczyć choć minimalny sens swojej egzystencji. „Przypomina to wplatanie delikatnych nici czyjś przegranego życia w trwałą osnowę sensu i odpowiedzialności” (Frankl 2004: 123). Los człowieka jest nierozzerwalnie związany z doświadczaniem sensu życia. Problematyka sensu życia należy do centralnych zagadnień filozofii i psychologii, zwłaszcza jej humanistyczno-egzystencjonalnego nurtu. Pytanie o sens życia jest dla człowieka nieuniknione. Człowiek jest zdany na rozumienie swojego sensu. Frankl pisał, że sens „zmienia się nie tylko z dnia na dzień, ale z godziny na godzinę, lecz także od człowieka do człowieka”. Wyklucza to istnienie jednego, ogólnie pojętego sensu, a w zamian znaczenie ma to, co dzieje się w danym momencie, w życiu konkretnej jednostki. Pytanie o sens życia jest podobne do pytania zadawanego mistrzowi: „Mistrzu, czy możesz mi zdradzić, które posunięcie jest najbardziej skuteczne?”. W szachach nie istnieje coś takiego, jak najlepszy, czy nawet dobry ruch w ogóle, w oderwaniu od konkretnej sytuacji na szachownicy, czy charakteru przeciwnika (Frankl 2004). Dokładnie tak jest w ludzkiej egzystencji - nie ma jednego abstrakcyjnego sensu. Jak pisał św. Augustyn, serce człowieka nie zazna spokoju, dopóki nie znajdzie on i nie wypełni sensu i celu swojego życia. Sens życia odgrywa centralną rolę wśród czynników mających wpływ na kształt życia i na samopoczucie człowieka. Posiadanie sensu życia jest koniecznym warunkiem jego rozwoju i samorealizacji (Krakowiak 2010). W dzisiejszych czasach już nie tylko logoterapeuci są zdania, że odczuwanie braku sensu odgrywa coraz ważniejszą rolę w powstawaniu i rozwoju zaburzeń psychicznych

i nerwicowych. Frankl pisał: „współczesny człowiek ma za co żyć, ale nie ma po co żyć – ma środki, ale nie ma sensu”. Brak sensu uniemożliwia człowiekowi doznawanie pozytywnych doświadczeń w jego życiu, a bez nich egzystencja staje się trudem i nieraz ciężarem nie do zniesienia (Frankl 2004). Każdy człowiek powinien znaleźć swoje miejsce w racjonalnym porządku rzeczy, gdzie będzie wypełniał swoją rolę, realizując zarazem to, co ogólno ludzkie, i to, co jednostkowe. Każdy musi odnaleźć siebie oraz sens własnej egzystencji pośród tego, co ogólne, schematyczne, zinstytucjonalizowane. Stworzona przez Frankla logoterapia, będąca jego współczesną wersją analizy egzystencjalnej, skupia się na sensie ludzkiej egzystencji, jak również na poszukiwaniu sensu życia przez człowieka (Frankl 1971). Sens życia realizuje się w ciągu całej jego egzystencji, w jego poszczególnych aktywnościach, ponieważ człowiek jest z natury istotą działaniową. Na pytanie dotyczące sensu życia Frankl odpowiada stwierdzeniem, że sens życia tkwi w samym życiu. Logoterapia mówi również, że życie ma zawsze sens i nie traci go w żadnych warunkach, ani okolicznościach. Doświadczenie poczucia sensu wymaga nakierowania na transcendentność. Egzystencja człowieka ma charakter transcendentny – być człowiekiem to być skierowanym ku czemuś poza sobą. Samourzeczywistnienie (doświadczenie sensu własnej egzystencji) możliwe jest wyłącznie jako efekt uboczny autotranscendencji (Garczyński 1969). Zgodnie z założeniami logoterapii, sens życia można odkryć na trzy sposoby: poprzez twórczą pracę i działanie (tzw. sens twórczości); poprzez doświadczenie czegoś lub kontakt z innym człowiekiem (tzw. sens miłości) oraz poprzez to, w jaki sposób znoszone jest nieuniknione cierpienie (tzw. sens cierpienia). W ten sposób egzystencję jednostki podtrzymuje wola sensu. Frankl zauważa, że wola sensu może ulec frustracji, którą nazywa frustracją egzystencjalną (Frankl 1971). Frustracja egzystencjalna może być przyczyną wystąpienia nerwicy noogennej. Nerwice noogenne są wynikiem problemów egzystencjalnych, dotyczą noosfery funkcjonowania człowieka (sfery ducha). Pierwszą charakterystyką, która wyróżnia tę metodę jest specyficzny dla logoterapii holistyczny sposób postrzegania człowieka. W świetle koncepcji Frankla człowiek jest wielowymiarowy (fizyczno-psychiczno-duchowy zarazem) i nieustannie pozostaje w procesie stawiania się. Dynamika jego egzystencji i powiązana z nią, wola sensu sprawia, że osoba chce wywierać wpływ na to, kim się staje. Człowiek jest w znaczącej mierze istotą potrafiącą dokonywać transcendencji konieczności. Istnieje on wprawdzie jedynie ze względu na konieczności, ale pozostaje wobec nich w relacji wolności (Popielski 2008). Frankl opisuje to doświadczenia jako rodzaj depresji dotyczącej

ludzi, którzy doświadczając braku (tj. niemożliwości spełnienia potrzeb dotyczących przede wszystkim sfery ducha – noosfery), uświadamiają sobie własną wewnętrzną pustkę (Frankl 1987). Pustkę, która wynika z konfrontacji człowieka z samym sobą. W odpowiedzi na to doświadczenie może pojawić się tzw. triada neurotyczna: agresja, nałóg, czy depresja (Frankl 2009). Życie samo w sobie nie może stać się bezsensowne, jedynie człowiek może postrzegać i przeżywać swoje życie jako pozbawione sensu. W odniesieniu do tej teorii można zatem stwierdzić, że problemem nie jest fakt, że życie danej osoby nie ma obiektywnie sensu, ale sposób postrzegania życia przez jednostkę jako pozbawione sensu. Najistotniejsze jest to, jak osoba odbiera otaczający świat i doświadczenie, jakie ją spotykają. Potencjalny samobójca odbiera otaczającą go rzeczywistość, swoje życie i doświadczenia jako bezsensowne, niemające istotnego znaczenia. Jednostka przepełniona bólem i cierpieniem nie potrafi dostrzec sensu swej egzystencji. Doświadcza ona pustki egzystencjonalnej – subiektywnego stanu pustki, nudy i apatii. Człowiek w tym stanie podważa sensowność wszelkich aktywności i działań życiowych. W pustce Frankla życie jawi się jako zło konieczne, które trzeba dźwigać, ale tak naprawdę nie wiadomo po co i dlaczego jest ono traktowane jako ciężki obowiązek niedający żadnej radości i fascynacji. Życie wydaje się kroczeniem w ciemnym tunelu, w którym nie widać punktu wyjścia, a tym bardziej punktu dojścia. Człowiek idzie przed siebie, nie wiadomo jednak ani dokąd, ani też dlaczego. Wraz z barkiem sensu i celu życia pojawia się egzystencjalny chaos, który jest stanem bardzo często występującym przed podjęciem przez jednostkę decyzji o akcie samozniszczenia (Frankl 2010). Osoby, które nie potrafią odnaleźć sensu i celu, przeżywają chwile pełne cierpienia, tego fizycznego, jak i psychicznego. W tym cierpieniu z trudem przychodzi im przyjęcie życia, które ma sens. Cierpienie staje się nie do zniesienia, co w konsekwencji popycha jednostkę do czynu ostatecznego. Według Frankla, nawet osoba, która doświadczyła nieludzkiego cierpienia, jest w stanie znieść godnie cierpienie, pod warunkiem, że nada owemu cierpieniu sens. Jeżeli życie w ogóle ma sens, musi on być obecny również w cierpieniu. Nikt jednak nie jest w stanie powiedzieć drugiemu człowiekowi, na czym ów sens ma polegać. Każdy musi dojść do tego samodzielnie, a następnie wziąć odpowiedzialność wynikającą z odpowiedzi na pytanie, co ma dla mnie sens? Najważniejsze jest to, w jaki sposób człowiek akceptuje swoje cierpienie, bowiem – jak podkreślał Frankl – nawet największe cierpienie, które wydawać by się mogło ponad ludzkie siły, może stać się okazją do pogłębienia sensu własnego życia. Analizując proces przeżywania kryzysów

egzystencjalnych (w tym kryzysów suicydalnych) przez swoich pacjentów, Frankl postuluje możliwość odnalezienia sensu również na drodze przeżywania sytuacji trudnych. Zauważa, że z egzystencjalnego punktu widzenia doświadczenie kryzysu może być istotne dla rozwoju jednostki. Cierpienie przeżyte intencjonalnie (czyli takie, które odnosi się do sensu i wartości) pozwala człowiekowi odkryć prawdę o sobie, tj. odzyskać poczucie własnej tożsamości (Frankl 2009). Podkreśla to znaczenie wspierania osób w kryzysie suicydalnym, w ich procesie głębszego stawania się sobą (wzmacniania poczucia własnej tożsamości) poprzez urzeczywistnianie wartości, a tym samym ich dochodzenia do poznania sensu własnej egzystencji. Tylko dążąc do poznania doświadczenia osoby, która utraciła poczucie sensu w swoim życiu, można próbować adekwatnie odpowiedzieć na jej potrzeby. Każda sytuacja zawiera w sobie potencjalną możliwość odnalezienia sensu. Postulowane przez Frankla znaczenie doświadczenia sensu poprzez realizację zadań i urzeczywistnianie wartości obecnych w świecie (Frankl 1971), koresponduje z teorią elementów syndromu presuicydalnego zaproponowaną przez Ringela (Ringel 1987), który zauważa, że osobę o skłonnościach samobójczych charakteryzuje zawężenie świata wartości. Jedną ze składowych tego momentu syndromu presuicydalnego jest zmniejszenie poczucia własnej wartości. Badania wskazują na istnienie związku doświadczania kryzysów samooceny z prawdopodobieństwem wystąpienia zagrożenia samobójczego. Sensu możemy szukać począwszy od prostych sytuacji życiowych, aż po sytuacje, w które zostajemy wpędzeni przez los. Dlatego chcąc uchronić jednostkę przed aktami autodestrukcji powinniśmy pomóc w nadaniu jej życiu sensu (Ringel 1987). To właśnie ludzie odczuwający bezsens istnienia mają trudności z dostrzeżeniem sensu w życiu. Jeżeli w odpowiednim czasie nie otrzymają oni wsparcia, by zmienić sposób postrzegania swojego życia, skutki przeżywanej pustki egzystencjalnej mogą okazać się tragiczne. Poczucie sensu życia łączy się ogólnie z dobrym zdrowiem psychicznym, natomiast brak sensu koreluje z tendencją do depresji i nerwicy oraz różnymi oznakami frustracji. Ludzkie dążenie do znalezienia sensu życia, określane także jako jeden z psychologicznych mechanizmów obronnych, polega na dążeniu do zrozumienia życia i świata, który owo życie porządkuje, uspokaja i daje człowiekowi poczucie bezpieczeństwa (Głaz 1991). Brak sensu życia oraz zjawisko pustki egzystencjonalnej świadczą o tym, że człowiek, który zna sens swojego życia, prowadzi lepszą i bardziej wartościową egzystencję, gdyż życie sensowne, spełnione przekłada się na jakość funkcjonowania, zdrowie psychiczne i fizyczne. Co więcej, przekonanie o istnieniu

sensu własnego życia oraz wiara w chęć jego realizacji wzmacnia człowieka. Wiara w sens pomaga mu przeżywać różne kryzysy, a jasno wyznaczone i sprecyzowane cele pomagają w pokonywaniu życiowych przeszkód (Wolańczyk 1984). Frankl twierdził, że szczęścia nie można zdobyć, musi ono z czegoś wynikać. Człowiek powinien mieć powód, aby być szczęśliwym, i gdy taki powód odnajdzie, automatycznie doświadcza szczęścia. Powód ten można odnaleźć na przykład urzeczywistniając potencjalny sens nieodłącznie obecny, lecz często niewidoczny na pierwszy rzut oka, w każdej życiowej sytuacji (Frankl 1976). Celem Frankla było przezwyciężenie psychologizmu w obrębie psychoterapii. Był on przeciwny wszelkim próbom redukcjonizmu, pozbawiającego człowieka wymiaru ludzkiego, zwłaszcza wymiaru duchowego w obrazie człowieka. Dlatego też podkreślał, że człowiek jest istotą znajdującą się ustawicznie na drodze poszukiwania sensu. Logoterapia Frankla jest zorientowana na sens, dokonuje ona przezwyciężenia subiektywnej pustki w zakresie braku sensu poprzez to, że stara się pomóc osobom cierpiącym na frustrację egzystencjalną przy poszukiwaniu sensu w życiu. Frankl podkreślał ważność oparcia wartościowania na wartościach religijnych, stałych, niezmiennych i obiektywnych - od nich uzależniał odnajdywanie prawdziwego sensu i celu życia. Jak podkreśla ks. J. Michalski, „konieczność kształcenia się, jak i konieczność pytania o sens stanowią specyfikę ludzkiej egzystencji i są zadane człowiekowi w dziele, którym jest on sam” (Michalski 2011: 259).

Rola nadziei w zapobieganiu zamachom samobójczym

Aby zrozumieć pojęcie nadziei w psychopatologii, trzeba zwrócić szczególną uwagę na zależność między znaczeniem a przemijaniem¹. Nadzieja, postawa zorientowana na przyszłość, umożliwia zachowanie ciągłości między przeszłością, teraźniejszością a przyszłością, która może zostać przez człowieka utraczona. Dlatego stanowi ona warunek wstępny nadawania nowych znaczeń przeszłości i pokonywania związanych z tym trudności. Nadzieja jest jednym

1 Józef Koziński nazwał nadzieję „subiektywnym fenomenem”. Wyróżnił on cztery rodzaje nadziei: generalną (związaną z poczuciem sensu życia i motywującą do działania zwłaszcza w sytuacjach określanych jako beznadziejne), partykularną (niosącą przekonanie, że w przyszłości zrodzą się nowe, ważne zadania nasycone pozytywnymi wartościami), aktywną (motywującą do osiągnięcia celu poprzez aktywowanie własnych umiejętności) oraz pasywną (będącą biernym oczekiwaniem) (Koziński 2006).

z wymiarów funkcjonowania psychicznego człowieka, a zarazem elementem integrującym jego życie psychiczne, źródłem siły w egzystencjalnych zmaganiach. (Lopez, Snyder, Pedrotti 2003: 91). Termin „nadzieja”, chociaż należy do pojęć wieloznacznych i trudnych do zdefiniowania, wpisuje się konkretnie w wymiar ludzkiego doświadczenia. Jako fundamentalny stabilizator jakości życia, nie tylko w odniesieniu do dalekiej i mglistej przyszłości, ale również aktualnie wpływa na to, co dzieje się tu i teraz. To od niej zależy jakość przeżyć wewnętrznych, relacji, osiągnięć zawodowych, szkolnych; percepcja siebie oraz otaczającego świat (Cutcliffe 2004). Opisując kryzysy psychiczne, w tym suicydologiczne, wyodrębniamy czynniki psychologiczne, sprzyjające zachowaniu oraz wyleczeniu, predyktory przebiegu choroby i współpracy terapeutycznej, a także zjawiska towarzyszące powrotowi do zdrowia. Nie zawsze jednak pamiętamy o nadziei jako ważnym elemencie stanu psychicznego, który wpływa na efekty podejmowanych działań terapeutycznych. Zapoznając się z najnowszą literaturą naukową dotyczącą nadziei u osób w kryzysie psychicznym, można odnieść wrażenie, że ten aspekt funkcjonowania chorych pozostaje istotnym obszarem zainteresowania większości psychiatrów (Trzebińska 2008). Najbardziej znaczącym przykładem koncepcji nadziei opartej jednocześnie na przekonaniach i emocjach jest teoria opracowywana przez Snydera i współpracowników od początku lat 80. XX wieku. Obejmuje dwa wzajemnie powiązane ze sobą elementy: cel, zdefiniowany jako zdeterminowanie do osiągnięcia konkretnych efektów, oraz strategie osiągnięcia, zdefiniowane jako sposoby realizacji celów. Pojęcia te są rozumiane jako wzajemnie powiązane, addytywne i pozytywnie powiązane, ale nie należy traktować je jako synonimy. Trzecim elementem tej koncepcji są cele zdefiniowane jako poznawczy element, leżący u podstaw nadziei, stanowiący punkt wyjścia aktywności psychicznej. Zgodnie z tą teorią nadzieja oznacza przede wszystkim sposób myślenia, natomiast uczucia odgrywają ważną, lecz uzupełniającą rolę. Wizja sukcesu w osiągnięciu osobistego celu wpływa na odczuwane emocje. Charles Snyder tak pisał o wymiarze nadziei w życiu indywidualnym i społecznym: „Nadzieja jest podobna do rozwijającego się dziecka, potrzebującego stale troski, obecności oraz wsparcia” (Snyder 2002: 249). Jest ona dynamiczną i zmienną rzeczywistością w doświadczeniu codziennym człowieka. Podlega ogólnym prawom rozwoju: wzrostowi, stabilizacji, regresji. Richard McDermott i William Snyder stwierdzili: „Nadzieja jest jak ziarenko zasadzone w umyśle dziecka, podlega stałemu procesowi rozwoju” (McDermott, Snyder 2000: 3). Nadzieja to pozytywny stan motywacyjny, oparty na powiązanych przekonaniach,

dotyczących skutecznego działania (energii zorientowanej na cel) i dróg prowadzących do celu (planów realizacji celu). W myśl tej koncepcji u podstaw nadziei leżą procesy poznawcze, a pozytywny efekt jest wobec nich wtórny. Ponadto tak rozumiana nadzieja jest względnie trwałą predyspozycją ujawnianą w różnych sytuacjach (Snyder, Rand, Sigmond 2002). Człowiek o wysokim poziomie nadziei jest przekonany o możliwości zrealizowania powziętego planu, ponieważ jest zdeterminowany, wytrwały i potrafi rozważać wiele rozwiązań – jest w swoich dążeniach elastyczny. Ta charakterystyka przekłada się na trzy istotne obszary: 1) nadzieja sprzyja budowaniu pozytywnego obrazu siebie i koncentracji na sukcesach, 2) zwiększa możliwości adaptacyjne w trudnych sytuacjach życiowych, 3) pozwala wyznaczać ambitne cele i realizować je we wszystkich ważnych dziedzinach życia (Kwiatek 2012: 157-170). Natomiast wiara w sprzyjające okoliczności zewnętrzne, czy też w znalezienie jakiegoś wyjścia z trudnej sytuacji nie są przejawami nadziei definiowanej przez Snydera, ta wymaga bowiem nie wiary, lecz przekonania o własnej kompetencji oraz aktywności w nadawaniu kierunku własnym działaniom. Nadzieja, według Snydera, to dynamiczny i wielowymiarowy proces myślowy, składający się z trzech integralnie połączonych elementów: celu, siły oraz drogi. Krótko ujmując, nadzieja to sposób myślenia, na który składają się: suma motywacji (siła wewnętrzna i zewnętrzna) oraz konkretna strategia (droga) wiodąca do wyznaczonego celu (Snyder 1994). Nadzieja, będąc postawą zorientowaną na przyszłość, jest integralnym elementem projekcji i dlatego staje się warunkiem wstępnym nadawania nowych znaczeń przeszłości i radzenia sobie z nią. Skala Snydera doczekała się polskiej adaptacji i w kraju jest znana jako Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS). W obecnym kształcie składa się z 12 stwierdzeń, które badani oceniają w czterostopniowej lub ośmiostopniowej (w polskiej wersji) skali. Umożliwia ona pomiar dwóch komponentów nadziei: przekonania o posiadaniu silnej woli oraz przekonania o umiejętności znajdowania rozwiązań (Łaguna, Trzebiński, Zięba 2005). Niektórzy autorzy prac dotyczących funkcjonowania osób w kryzysie psychicznym przyjęli, że wysoki poziom nadziei jest tożsamy z niskim poczuciem beznadziejności. Często nie wyrażali tego poglądu wprost, jednak do takiego wniosku upoważnia fakt, że posłużyli się przy ocenie poziomu nadziei skalą poczucia beznadziejności Aarona Becka – The Hopelessness Scale (BHS). Tymczasem nie ma zgody co do tego, czy nadzieja i poczucie beznadziejności znajdują się na tym samym kontinuum, czy też występują u tej samej osoby jako względnie niezależne konstrukty psychiczne (Lysaker, Davis, Hunter 2004). BHS, w przeciwieństwie

do przedstawionego wcześniej kwestionariusza, jest narzędziem skonstruowanym empirycznie. Składa się z twierdzeń zaczerpniętych z testu postaw dotyczących przyszłości autorstwa Richarda Heimberga oraz pesymistycznych twierdzeń wypowiedzianych przez pacjentów, którzy według oceny klinicystów utracili nadzieję. Analiza wykazała, że narzędzie ma trójczynnиковą strukturę, zgodnie z którą na poczucie beznadziejności składają się uczucia dotyczące przyszłości, utrata motywacji i oczekiwania dotyczące przyszłości. Jeśli przyjąć, że brak poczucia beznadziejności jest tożsamy z nadzieją, na nadzieję składają się zatem uczucia i oczekiwania dotyczące przyszłości oraz motywacja do podjęcia wysiłku, by wpływać na swoje życie (Beck, Weissman, Lester, Trexler 1974). Nadzieja jest przede wszystkim zorientowanym na przyszłość oczekiwaniem osiągnięcia wartościowych celów osobistych, które nadadzą lub przywrócą znaczenie wcześniejszym doświadczeniom. Zorientowanie na przyszłość przywraca nowe znaczenie (znaczenia) przeszłości. Teoria nadziei Snydera była wykorzystywana również przy opracowywaniu interwencji ukierunkowanych na wzmacnianie nadziei – terapii opartej na kształtowaniu nadziei, aby zwiększać myślenie związane z nadzieją i aktywność ukierunkowaną na cel. Wykorzystuje się w niej podejście oparte na mocnych stronach, żeby nauczyć pacjenta ustalania celów, opracowywania różnych sposobów ich realizacji, identyfikowania źródeł motywacji i monitorowania postępu leczenia. Teoria nadziei Snydera oznacza w dużym stopniu liniowe rozumienie terapeutycznych korzyści wynikających z nadziei, z jasno zdefiniowanymi etapami, drogami i celami. Związana z nią interwencja może być w zasadzie zastosowana u każdego pacjenta w kryzysie psychicznym lub suicydalnym, i co najważniejsze, podlega zmierzeniu. Nadzieja, będąc postawą zorientowaną na przyszłość, jest integralnym elementem projekcji i dlatego staje się warunkiem wstępnym nadawania nowych znaczeń przeszłości i radzenia sobie z nią (Koziełski 2006). Ponieważ proces zdrowienia w psychiatrii często opiera się na przywracaniu znaczeń lub nadawaniu nowych znaczeń przeszłym doświadczeniom, nadzieja może być postrzegana jako warunek wstępny zdrowienia. Z punktu widzenia badań, w celu pogłębienia zrozumienia, dlaczego i w jaki sposób nadzieja ma kluczowe znaczenie w procesie zdrowienia z osób w kryzysie, potrzebne są dalsze perspektywne badania obserwacyjne i badania interwencji (Snyder, Lopez 2007). Zależności między nadzieją a innymi zmiennymi są bardzo skomplikowane, a budowanie spójnej wiedzy w tym zakresie jest dodatkowo utrudnione ze względu na brak jednolitej definicji nadziei. Choć potrzeba wzmacniania nadziei u pacjentów w kryzysie suicydalnym jest

powszechnie dostrzegana, brakuje opracowań naukowych dotyczących interwencji terapeutycznych podejmowanych w tym celu. W tej sytuacji konieczne jest kontynuowanie badań nad tym zagadnieniem, a przede wszystkim usystematyzowanie dotychczas zgromadzonych danych. Może to zaowocować korzystnymi dla pacjentów zmianami w praktyce klinicznej.

Zakończenie

W świetle powyższych rozważań nasuwa się refleksja, że zamiast pytać, dlaczego ludzie odbierają sobie życie, powinniśmy dociekać, skąd wziął się ból, który doprowadził u nich do podjęcia decyzji unicestwienia własnego życia. Pragnienie śmierci to czasem tylko pragnienie, by położyć kres bólowi istnienia, a nie samemu życiu. Większość samobójców niekoniecznie chce umrzeć, ale pragną oni, by przeminęło ich cierpienie i wewnętrzny ból. Zdarza się, że rzeczywistość przerasta człowieka: traci on nadzieję i sens życia; uważa, że świat stawia mu zbyt wysokie wymagania, że ogarnia go mrok i pustka. Wówczas wydaje się, że śmierć staje się „wybawieniem” od przytłaczającej codzienności. Akty samobójcze są często efektem ogólnego kryzysu aksjologicznego. To właśnie zaprzeczenie i ambiwalencja współczesności ujawnia chaos wartości, a co za tym idzie – kryzys wzorców i ideałów. W dobie społeczeństwa transformacyjnego spłyceniu ulegają kontakty i relacje międzyludzkie. Wiele osób boryka się z trudnościami ekonomicznymi, skupia się na realizacji swojej funkcji ekonomiczno-konsumpcyjnej. Gdy nic nie jest stałe i pewne, trudno odnaleźć wartości dające poczucie bezpieczeństwa. Nikt z nas nie jest w stanie uniknąć kryzysów w swoim życiu. Nikt z nas nie jest także w stanie przewidzieć własnej reakcji na trudności. To, co nam się wydaje niejednokrotnie błahym problemem, dla wielu osób jest powodem załamania i kryzysu. Każdy ma swój własny subiektywny świat problemów i trudności, czasem niedostępny dla nikogo. Samobójstwo jawi się więc jako problem złożony zarówno w swoich motywach, działaniu, jak i antycypacji skutków.

Bibliografia

- Beck A.T., Weissman A., Lester D. (1974). *Trexler L. The measurement of pessimism. The hopelessness scale*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, t. 42, nr 6, s. 861–865.
- Camus A. (1973). *Mit Syzyfa*, [w:] *Albert Camus. Eseje*, tłum. J. Guze, Warszawa: Wydawnictwo Muza.
- Camus A. (1991). *Dwa eseje*, tłum. J. Guze, Warszawa: Wydawnictwo Krąg.
- Connor R., Sheehy N. (2003). *Zrozumieć samobójcę*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cutcliffe J.R. (2004). *The inspiration of hope in bereavement counselling*, London: J. Kingsley Publishers.
- Durkheim E. (2006). *Samobójstwo*, tłum. K. Wakar, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Głąz S. (1998). *Sens życia*, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Garczyński S. (1969). *Potrzeby psychiczne. Niedosyt. Zaspokojenie*, Warszawa: Wasze Księgarnie.
- Frankl V. (1971). *Homo patiens*, tłum. R. Czernecki, J. Morawski, Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Frankl V. (1976). *Terapia i światopogląd*, „Życie i Myśl”, nr 6, s. 89.
- Frankl V. (1987). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem*, München: R. Pieper & Co. Verlag.
- Frankl V. (2011). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, tłum. A. Wolnicka, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Frankl V. (2010). *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, tłum. A. Wolnicka, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Heller M. (2014). *Sens życia i sens wszechświata*, Kraków: Copernicus Center Press.
- Heidegger M. (2005). *Bycie i czas*, tłum. B. Baran, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hołyst B. (1991). *Przywrócenie życiu*, Warszawa: PWN.
- Hallisch O. (1998). *Mitleid und Moral. Schopenhauers Leidensethik und die moderne Moralphilosophie Beiträge zur Philosophie Schopenhauers*, Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Kotarbiński T. (1986). *Medytacje o życiu godziwym*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Krakowiak J.L. (2010). *Absurd. Pytanie o sens ludzkiej egzystencji*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Kwiatkiewicz P. (2012). *Znaczenie i rozwój psychologii nadziei w ujęciu Charlesa Richarda Snydera*, „Seminare”, t. 31, s. 157–170.
- Kozielecki J. (2006). *Psychologia nadziei*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Michalski J. (2011). *Sens życia a pedagogika. Impulsy myśli Viktora E. Frankla*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

- McDermott D., Snyder C.R. (2000). *The great big book of hope: Help your children achieve*, Oakland, CA: New Harbinger.
- Leibniz G.W. (2001). *Teodycea*, tłum. M. Frankiewicz, J. Kopania, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lopez G.W., Snyder R., Pedrotti J.T. (2003). *Hope: Many Definitions, Many Measures*, [w:] *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures*, Washington: American Psychological Association, s. 91–106.
- Lysaker P.H., Davis L.W., Hunter N.L. (2004). *Neurocognitive, social and clinical correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia*, „Schizophrenia Research”, t. 70, nr 2–3, s. 277–285.
- Mauss M. (1973). *Szkic o sezonowych przemianach społeczeństw Eskimosów. Studium z morfologii społecznej*, [w:] tegoż, *Socjologia i antropologia*, tłum. M. Król, K. Pomian, J. Szacki, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Łaguna M., Trzebiński J., Zięba M. (2005). *Kwestionariusz nadziei na sukces. Podręcznik*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Polewka A., Kroch S., Chrostek-Maj J. (2004). *Zachowania i próby samobójcze młodzieży i młodych dorosłych*, „Przegląd Lekarski”, t. 61, nr 4, s. 261–264.
- Popielski K. (2008). *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Plużek Z. (1994). *Psychologia pastoralna*, Kraków: Instytut Teologiczny Księża Misjonarzy.
- Ringel E. (1987). *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, tłum. E. Kaźmierczak, Szczecin: Glob.
- Ringel E. (1993). *Samobójstwo. Apel do innych*, tłum. M.T. Mojka, K. Pejga, Warszawa: Oficyna Wydawnicza „Profi”.
- Schopenhauer A. (1994–1995). *Świat jako wola i przedstawienie*, tłum. J. Garewicz, t. 1–2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schopenhauer A. (2004). *W poszukiwaniu mądrości życia*, tłum. J. Garewicz, t. 1, Kęty: Wydawnictwo Antyk.
- Schopenhauer A. (2005). *O podstawie moralności*, tłum. Z. Bassakówna, Kraków: Wydawnictwo Zielona Sowa.
- Snyder C.R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*, New York: Free Press.
- Snyder C.R., Cheavens S.C., Simpson S.C. (1997). *Hope: An individual motive for social commerce*, „Group Dynamics: Theory, Research, and Practice”, t. 1, nr 2, s. 107–118.
- Snyder C.R. (2002). *Hope theory: rainbows in the mind*, „Psychological Inquiry”, t. 13, nr 4, s. 249–275.
- Snyder C.R., Rand K.L., Sigmond D.R. (2002). *Hope theory*, [w:] C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology*, New York: Oxford University Press, s. 257–276.
- Snyder C.R., Lopez S.J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Styczeń T. (1994). *Wolność z prawdy żyje*, „Ethos”, nr 24/25, s. 15–42.
- Szczepański J. (1978). *Sprawy ludzkie*, Warszawa: Czytelnik.

- Ślipko T. (2008). *Etyczny problem samobójstwa*, Kraków: Wydawnictwo Petrus.
- Trzebińska E. (2008). *Psychologia pozytywna*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Witkowski L. (1998). *Edukacja wobec sporów o (po)nowoczesność*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Wojtyła K. (1994). *Człowiek jest osobą*, [w:] tegoż, *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Wolańczyk K. (1984). *V.E. Frankla koncepcja frustracji egzystencjalnej*, „Przegląd Psychologiczny”, nr 4, s. 81–88.

Ryzyko suicydalne u osób z cechami psychopatycznymi – czy psychopatia jest związana z zagrożeniem samobójstwem?

Wstęp

Zaburzenia osobowości należą do tych czynników psychopatologicznych, które podwyższają zagrożenie wystąpienia samobójstwa, przy czym psychopatia (osobowość psychopatyczna) stosunkowo rzadko bywa wymieniana w kontekście ryzyka suicydalnego. W klasycznej, prototypowej koncepcji psychopatii Harveya Cleckleya obecny jest nawet pogląd, że ten typ zaburzenia osobowości charakteryzuje niska skłonność do podejmowania prób samobójczych. Zaprezentowany w niniejszym artykule krótki przegląd współczesnych badań nad związkiem pomiędzy cechami psychopatycznymi a szerokim spektrum zachowań autodestrukcyjnych stanowi próbę zweryfikowania, na ile aktualne jest to założenie w świetle danych pochodzących z populacji klinicznych oraz penitencjarnych.

I

Ocena ryzyka suicydalnego współcześnie w znacznym stopniu opiera się na podejściu nazywanym modelem czynników ryzyka. Model ten zakłada, że zarówno na poziomie indywidualnym, jak i środowiskowym można wyodrębnić i wskazać pewne charakterystyczne, ważne diagnostycznie czynniki, których obecność podwyższa zagrożenie wystąpienia samobójstwa. Do pierwszej z wymienionych kategorii czynników ryzyka suicydalnego można zaliczyć czynniki psychopatologiczne (np. symptomy zaburzeń nastroju; Rihmer 2007), psychologiczne (np. poziom prężności psychicznej, nasilenie bólu psychicznego, poczucie beznadziejności; Nowak i Pawełczyk 2018) oraz te, które związane są z historią życia danej jednostki (np. wcześniejsze doświadczanie nadużyć i przemocy; Spokas i in. 2009). Druga grupa dotyczy czynników występujących w otoczeniu

społecznym, takich jak stresory (np. warunki izolacji więziennej; Fazel i in. 2017; Lizińczyk 2020), czy też zmienne socjodemograficzne jak np. wiek, zatrudnienie, status socjalny i ekonomiczny (Holyst 2006; Milner i in. 2013).

Wśród indywidualnych czynników ryzyka samobójstwa niezwykle ważną grupę stanowią zaburzenia psychiczne, przy czym najczęściej wskazuje się na zaburzenia depresyjne (Hawton i in. 2013), schizofrenię (Pompili i in. 2007) oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (Lynch i in. 2020). Wśród psychopatologicznych czynników ryzyka suicydalnego wymienia się również zaburzenia osobowości. Dane kliniczne sugerują, że spośród tej kategorii zaburzeń z zagrożeniem samobójstwem szczególnie mocno wiąże się osobowość borderline (Black i in. 2004). Pozostałe typy zaburzeń osobowości w dużo mniejszym stopniu wskazywane są jako powiązane z myślami, tendencjami czy też próbami samobójczymi (Doyle i in. 2016). Zaburzeniem osobowości, które rzadko bywa badane w kontekście ryzyka suicydalnego, jest również psychopatia (psychopatyczne zaburzenie osobowości, osobowość psychopatyczna). Celem niniejszego opracowania jest dokonanie przeglądu danych empirycznych dotyczących związku pomiędzy psychopatią a zachowaniami samobójczymi oraz próba odpowiedzi na pytanie, w jakim zakresie cechy psychopatyczne mogą być traktowane jako indywidualny czynnik ryzyka samobójstwa.

Zgodnie z jednym z najpopularniejszych modeli klinicznych psychopatii autorstwa Roberta Hare (2003; Hare i Neumann 2008), jest to zaburzenie charakteryzujące się wzorcem specyficznych objawów w czterech obszarach funkcjonowania psychospołecznego:

- 1) interpersonalny – skłonność do manipulowania i chronicznego okłamywania innych, połączona z dążeniem do dominacji, poczuciem wielkościowości i urokiem osobistym;
- 2) emocjonalny – brak poczucia winy i wyrzutów sumienia, nieczułość i obojętność, deficyt empatii, spłylenie afektywne;
- 3) behawioralny/styl życia – impulsywność, poszukiwanie wrażeń i stymulacji, częste podejmowanie ryzyka, nieodpowiedzialność i niewywiązywanie się ze zobowiązań;
- 4) zachowania antyspołeczne – wczesne problemy wychowawcze i styczeńność z wymiarem sprawiedliwości, popełnianie różnorodnych przestępstw, naruszenia prawa także w okresie przerwy w odbywaniu kary¹.

1 Charakterystyki interpersonalne i emocjonalne tworzą Czynnik 1 w skali PCL-R (Hare 2003) – narzędziu przeznaczonym do diagnozy psychopatii, opracowanym na bazie modelu

Według tego podejścia przestępczość i zachowania antyspołeczne są wskaźnikami niezbędnymi do diagnozy psychopatii, a osobowość psychopatyczna występuje przede wszystkim u osób naruszających prawo, tj. osadzonych i pacjentów sądowo-psychiatrycznych (por. Nowakowski 2021). Nieco inne stanowisko prezentuje Harvey Cleckley (1976), amerykański psychiatra uznawany za prekursora współczesnych dymensionalnych koncepcji psychopatii. Co prawda badacz ten również ujmował osobowość psychopatyczną za pomocą listy kryteriów diagnostycznych, jednak wśród wyróżnionych przez niego wskaźników zaburzenia (m.in. obojętność w relacjach interpersonalnych, skłonność do kłamstwa i nieszczerości, patologiczny egocentryzm, brak wyrzutów sumienia i poczucia wstydu, ubogie reakcje afektywne) nie znalazły się żadne, które wprost dotyczyłyby zachowań przestępczych czy też kryminogennych. Koncepcja Cleckleya zakładała, że pojęcie psychopatii opisuje konfigurację pewnych cech oraz predyspozycji do podejmowania zachowań zazwyczaj negatywnie ocenianych społecznie, która jedynie w określonych warunkach będzie wiązała się z popełnianiem przestępstw i działalnością kryminalną.

W swojej koncepcji Cleckley odniósł się również do ryzyka suicydalnego u osób z cechami psychopatycznymi. Opracowana przez niego lista kryteriów diagnostycznych psychopatii zawiera pozycję dotyczącą zachowań samobójczych oznaczoną jako „Rzadko dokonywane samobójstwa” (*Suicide rarely carried out*). Cleckley uważał, że jedną z właściwości osobowości psychopatycznej jest odporność na stany emocjonalne wywołane stresem i sytuacjami kryzysowymi, które mogłyby prowadzić do załamania się i decyzji o odebraniu sobie życia. Spłycony afekt i brak wrażliwości pozwala psychopatom na bycie obojętnym wobec problemów i zdarzeń suicydogennych. Pomimo sporadycznego podejmowania prób samobójczych osoby psychopatyczne często grożą popełnieniem samobójstwa oraz dokonują samouszkodzeń. Zachowania takie zazwyczaj są motywowane instrumentalnie, nie mają intencji samobójczej i służą do manipulowania innymi, wymuszania określonych reakcji oraz osiągnięcia zamierzonych celów.

Późniejsze badania nad związkiem psychopatii i zachowań samobójczych, prowadzone zarówno przy pomocy skal klinicznych (takich jak PCL-R), jak i narzędzi samoopisowych (SRP, PPI-R) pozwoliły na zweryfikowanie

teoretycznego autorstwa Hare. Wskaźniki behawioralne/stylu życia i zachowania antyspołeczne składają się na Czynniki 2 PCL-R.

klasycznego poglądu Cleckleya o niskim ryzyku suicydalnym u osób z osobowością psychopatyczną. Należy zaznaczyć, że większość badań nad psychopatią w kontekście zagrożenia samobójstwem stanowią badania prowadzone wśród osadzonych i pacjentów psychiatrycznych, co wynika z tego, że osoby te zaliczane są do grup ryzyka wystąpienia aktów samobójczych. Niemniej w literaturze przedmiotu można znaleźć też badania z tego obszaru, w których uczestniczyły osoby niekarane i bez diagnoz klinicznych (m.in. Chabrol i Saint-Martin 2009; Anestis i in. 2016). W ramach niniejszego krótkiego przeglądu omówione zostaną dane pochodzące przede wszystkim z populacji penitencjarnej.

Douglas z zespołem (2008) badali mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności. Badacze sprawdzali, w jakim zakresie cechy antyspołecznego zaburzenia osobowości (*antisocial personality disorder/APD*) i psychopatii współwystępują z szerokim spektrum zachowań suicydalnych (*suicide-related behavior/SRB*). W badanej grupie osadzonych stwierdzono występowanie słabego związku między objawami APD i behawioralnymi wskaźnikami psychopatii (subczynnik stylu życia w skali PCL-R) a zachowaniami suicydalnymi/SRB. Na związek ten w przypadku osobowości antyspołecznej wpływał przy tym wysoki poziom negatywnej emocjonalności i rozhamowania.

Badania prowadzone przez Pennington i wsp. (2015) wśród nowojorskich więźniów wykazały istnienie dodatniej korelacji pomiędzy nasileniem myśli samobójczych a symptomami tzw. psychopatii wtórnej czyli wzorcem zaburzenia, który charakteryzuje się wysoką impulsywnością, lękiem, rozhamowaniem i przeważającym wpływem czynników środowiskowych w etiologii. Czynnikiem pośredniczącym w tym związku był poziom depresji i lęku fizjologicznego u badanych osadzonych. Podobne rezultaty w populacji penitencjarnej uzyskali Smith i in. (2014). W tych badaniach, oprócz pomiaru psychopatii pierwotnej/wtórnej, analizowano ryzyko suicydalne biorąc pod uwagę aktualne myśli o samobójstwie oraz wcześniejsze próby samobójcze. Autorzy zaobserwowali wyższe nasilenie cech psychopatii wtórnej wśród więźniów z wielokrotnymi próbami samobójczymi niż u osadzonych z jedną próbą i w grupie bez historii suicydalnej. Ponadto psychopatia wtórna z towarzyszącymi objawami depresji wiązała się z częstszym pojawianiem się myśli samobójczych. Nie zanotowano związku pomiędzy psychopatią pierwotną (typ charakteryzujący się deficytami w reaktywności emocjonalnej, niskim poziomem lęku i dominującym komponentem biologicznym w etiologii zaburzenia) a nasileniem myśli o samobójstwie.

Dane z badań brytyjskich sugerują, że ważną rolę w mechanizmie łączącym cechy psychopatyczne z występowaniem myśli samobójczych wśród osadzonych mogą odgrywać czynniki związane z oceną siebie w kontekście relacji społecznych (Dhingra i in. 2020). Zgodnie z założeniami interpersonalnej teorii samobójstwa (Van Orden i in. 2012) czynniki tego rodzaju to niezaspokojona potrzeba przynależności (*thwarted belongingness*) oraz przekonanie o własnej bezwartościowości w oczach innych (*perceived burdensomeness*). Wspomniane badania wykazały, że obydwie te czynniki pośredniczą pomiędzy wysokim nasileniem cech psychopatii w zakresie egocentryzmu i poszukiwania stymulacji a częstszym pojawianiem się myśli o samobójstwie.

Verona z zespołem (2005) prowadzili badania nad psychopatią (mierzoną skalą PCL-R) i zachowaniami samobójczymi w grupie kobiet odbywających karę pozbawienia wolności. Wykazano w nich, że behawioralne i antyspołeczne wskaźniki zaburzenia, zawarte w czynniku 2 PCL, wiązały się z częstszym występowaniem prób samobójczych. W przypadku interpersonalnych i afektywnych cech psychopatii (czynnik 1 PCL) stwierdzono odwrotny efekt. Podobnie jak w cytowanych wyżej badaniach relacja pomiędzy cechami psychopatii, a podejmowaniem prób samobójczych była zapośredniczona, tym razem przez czynniki osobowościowe (negatywna emocjonalność, zahamowanie behawioralne) i wcześniejsze doświadczanie przemocy fizycznej i seksualnej.

Badania prowadzone wśród nieletnich sprawców przestępstw potwierdzają, że cechy psychopatyczne mogą wiązać się z ryzykiem wystąpienia myśli suicydalnych i prób samobójczych (Heirigs i in. 2019). Podobnie jak u dorosłych, istotną rolę czynnika pośredniczącego w tej relacji odgrywają symptomy depresji. Dodatkowo, różnice obserwowane są też na poziomie samych cech psychopatii. O ile wskaźniki behawioralne/stylu życia (nieplanowanie/beztroska, przerzucanie odpowiedzialności, buntowniczy nonkonformizm) podnoszą ryzyko suicydalne, o tyle odporność na stres może pełnić rolę czynnika chroniącego przed samobójstwem.

II

Analizę badań nad związkiem pomiędzy psychopatią a ryzykiem suicydalnym warto poszerzyć o dane dotyczące szerszej kategorii jaką są zachowania autodestrukcyjne. Dhingra i współpracownicy (2015) badali nasilenie cech psychopatycznych wśród pacjentów uczestników projektu *McArthur Violence*

Risk Assessment. Badacze wyodrębnili dwie podgrupy różniące się ryzykiem dokonania samookaleczeń: niskiego i wysokiego ryzyka. Osoby, które znalazły się w grupie wysokiego ryzyka, charakteryzowało większe nasilenie wszystkich poznawczych i behawioralnych wskaźników tego rodzaju autoagresji, w tym myśli o samookaleczeniu i podjętych próbach samookaleczenia. Wykazano, że w grupie wysokiego ryzyka częściej znajdowali się badani uzyskujący wysokie wyniki w subczynniku afektywnym psychopatii i niskie wyniki w subczynniku interpersonalnym PCL. Ponadto grupa ta ujawniała więcej objawów lękowo-depresyjnych. Antyspołeczne charakterystyki psychopatii, subczynnik stylu życia PCL i bycie ofiarą przemocy okazały się niezwiązane z tendencją do samookaleczeń.

Na znaczenie psychopatii jako czynnika ryzyka zachowań autodestrukcyjnych (w tym samobójstwa) wskazują również inne badania prowadzone wśród pacjentów psychiatrycznych przez Swogger z zespołem (2009). Autorzy wyróżnili dwa rodzaje zachowań autodestrukcyjnych: próby samobójcze i samouszkodzenia bez intencji samobójczej (NSIB/*non-suicidal self-injurious behaviors*). Analiza danych wykazała, że spośród cech psychopatii tylko subczynnik antyspołeczny skali PCL okazał się być związany z podejmowaniem prób samobójczych. W przypadku NISB stwierdzono natomiast efekt interakcyjny subczynnika antyspołecznego i grupy etnicznej.

Związek pomiędzy psychopatią a zachowaniami autoagresywnymi potwierdzono w polskich badaniach w grupie recydywistów penitencjarnych (Gierowski i Grygoruk 2012). W badaniach tych dokonano porównania poziomu psychopatii pomiędzy trzema grupami: osadzonymi dokonującymi autoagresji z motywów instrumentalnych (np. wymuszenie jakiegoś działania na administracji więziennej), osadzonymi przejawiającymi autoagresję motywowaną emocjonalnie (np. rozładowanie napięcia emocjonalnego) oraz osadzonymi nie dopuszczającymi się aktów autoagresji. Najwyższe nasilenie cech psychopatycznych zanotowano wśród badanych z pierwszej z wymienionych grup. Recydywiści dokonujący autoagresji instrumentalnej także istotnie różnili się poziomem psychopatii od tych osadzonych, którzy nie podejmowali aktów autoagresji.

Systematyczny przegląd badań dotyczących psychopatii i samouszkodzeń przeprowadzony przez Campbell i Beech (2018) pozwala na wyciągnięcie wniosku, że cechy psychopatyczne mogą być traktowane jako osobowościowy czynnik ryzyka zachowań autodestrukcyjnych, jednak nie jest to czynnik o dużej sile i znaczeniu. Dane wskazują raczej na umiarkowanie pozytywny związek

między ogólnym nasileniem psychopatii i dokonywaniem samouszkodzeń oraz na to, że kluczową rolę w tym związku pełnią antyspołeczne i behawioralne wskaźniki zaburzenia. Charakterystyki interpersonalne i afektywne psychopatii, uznawane przez wielu badaczy za osiowe symptomy osobowości psychopatycznej (Skeem i in. 2011), nie wydają się być natomiast powiązane ze skłonnością do autoagresji w postaci samouszkodzeń i samookaleczeń, co jest na ogół spójne z przytaczanymi uprzednio wynikami badań nad psychopatią i zachowaniami suicydalnymi.

Zaprezentowany wyżej przegląd literatury poświęconej psychopatii jako czynnikowi ryzyka suicydalnego można podsumować za pomocą wniosków nasuwających się na podstawie omówionych danych (por. Douglas i in. 2006; Stewart i in. 2021):

WNIOSEK 1: Brak jest empirycznego potwierdzenia dla klasycznego poglądu Cleckleya o swoistym braku podatności osobowości psychopatycznej na zagrożenie samobójstwem. Wyniki prezentowanych badań wskazują na występowanie wręcz przeciwnego efektu: niektóre cechy psychopatii wiążą się z zarówno z zachowaniami autodestrukcyjnymi bez intencji samobójczej, myślami o samobójstwie, jak i podwyższonym ryzykiem suicydalnym. Cechy te dotyczą jednakże przede wszystkim tych charakterystyk zaburzenia, które ujęte są w czynniku 2 skali PCL, i odnoszą się do słabej kontroli zachowania, impulsywności oraz antyspołecznego stylu życia. Z kolei cechami psychopatii, które mogą pełnić funkcję potencjalnego czynnika chroniącego przed zamachem samobójczym są te, które – jak odporność na stres – zalicza się do czynnika 1 PCL, chociaż równocześnie wiele danych wskazuje na brak związku pomiędzy tym czynnikiem, a zachowaniami suicydalnymi i autodestrukcyjnymi.

WNIOSEK 2: Porównując ze sobą wyniki badań nad psychopatią i ryzykiem suicydalnym należy pamiętać, że psychopatia jest zaburzeniem niejednorodnym, o złożonej strukturze, a jej poszczególne wymiary/czynniki często korelują odmiennie z innymi zmiennymi psychologicznymi. Z drugiej strony, zachowania suicydalne wchodzą w skład szerokiego i również niejednorodnego spektrum zachowań określanych jako autoagresywne. W analizie związku pomiędzy psychopatią a samobójstwem konieczne jest zatem doprecyzowanie, czy dane odnoszą się wyłącznie do myśli samobójczych, prób samobójczych, samobójstw dokonanych, czy też uwzględniają samouszkodzenia bez intencji odebrania sobie życia.

WNIOSEK 3: Wiele wskazuje na to, że w relacji pomiędzy cechami psychopatycznymi, a ryzykiem suicydalnym pośredniczy szereg innych czynników,

których obecność i nasilenie wpływa na prawdopodobieństwo wystąpienia samobójstwa. Wśród nich szczególną uwagę należy zwrócić na czynniki psychopatologiczne (depresja), osobowościowe (negatywna emocjonalność, rozhamowanie), poznawczo-interpersonalne (negatywna ocena swojego położenia i wsparcia społecznego) oraz – w przypadku osób odbywających karę pozbawienia wolności – na interakcję tych czynników z warunkami izolacji więziennej.

WNIOSEK 4: Na tle literatury światowej brakuje polskich opracowań, które podejmowałyby problematykę związku łączącego psychopatyczne zaburzenie osobowości ze skłonnością do myśli i zachowań samobójczych. Cytowane badania autorstwa Gierowskiego i Grygoruk odnoszą się tylko do autoagresji w postaci samouszkodzeń, bez rozróżnienia, czy zawierały one (lub nie) intencję samobójczą. Podjęcie dalszych badań nad psychopatią i zagrożeniem suicydalnym w zakładach penitencjarnych w Polsce z pewnością poszerzyłoby dotychczasową wiedzę na temat indywidualnych czynników ryzyka samobójstwa wśród osadzonych, którzy również w naszym kraju uznawani są za grupę wysokiego ryzyka suicydalnego.

Bibliografia

- Anestis J.C., Anestis M.D., Rufino K.A., Cramer R.J., Miller H.A., Khazem L.R., Joiner T.E. (2016). *Understanding the Relationship Between Suicidality and Psychopathy: An Examination of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior*, „Archives of Suicide Research”, t. 20, s. 349–368.
- Black D.W., Blum N., Pfohl B., Hale N. (2004). *Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention*, „Journal of Personality Disorders”, t. 18(3), s. 226–239.
- Campbell L., Beech A. (2018). *Is there a link between psychopathy and self-harm? A review of the literature*, „International Journal of Risk and Recovery”, t. 1(2), s. 4–15.
- Chabrol H., Saint-Martin C. (2009). *Psychopathic traits and suicidal ideation in high-school students*, „Archives of Suicide Research”, t. 13(1), s. 64–73.
- Cleckley H.M. (1976). *The Mask of Sanity*, 5th ed., St. Louis: Mosby.
- Dhingra K., Boduszek D., Palmer D., Shevlin M. (2015). *Psychopathy and self-injurious thoughts and behaviour: application of latent class analysis*, „Journal of Mental Health”, t. 24(1), s. 4–8.
- Dhingra K., Mitchell S.M., Davies B., Anestis M.D., Anestis J.C. (2020). *Suicide ideation among male prisoners: Preliminary evidence that psychopathic traits are indirectly linked to suicide ideation through thwarted interpersonal needs*, „Suicide & Life-threatening Behavior”, t. 50(4), s. 823–837.

- Douglas K.S., Herbozo S., Poythress N.G., Belfrage H., Edens J.F. (2006). *Psychopathy and suicide: A multisample investigation*, „Psychological Services”, t. 3(2), s. 97–116.
- Douglas K.S., Lilienfeld S.O., Skeem J.L., Poythress N.G., Edens J.F., Patrick C.J. (2008). *Relation of antisocial and psychopathic traits to suicide-related behavior among offenders*, „Law and Human Behavior”, t. 32(6), s. 511–525.
- Doyle M., While D., Mok P.L., Windfuhr K., Ashcroft D.M., Kontopantelis E., Chew-Graham C.A., Appleby L., Shaw J., Webb R.T. (2016). *Suicide risk in primary care patients diagnosed with a personality disorder: a nested case control study*, „BMC Family Practice”, t. 17, s. 106.
- Fazel S., Ramesh T., Hawton K. (2017). *Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors*, „Lancet Psychiatry”, t. 4(12), s. 946–952.
- Gierowski J.K., Grygoruk J. (2012). *Psychopatia i narcyzm a emocjonalna i instrumentalna wartość agresji oraz autoagresji u recydywistów*, „Problems of Forensic Sciences”, t. 89, s. 36–56.
- Hare R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, 2nd ed., Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare R.D., Neumann C.S. (2008). *Psychopathy as a clinical and empirical construct*, „Annual Review of Clinical Psychology”, t. 4, s. 217–246.
- Hołyst B. (2006). *Suicydologia*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze PWN.
- Hawton K., Casañas I., Comabella C., Haw C., Saunders K. (2013). *Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review*, „Journal of Affective Disorders”, t. 147(1–3), s. 17–28.
- Heirigs M.H., DeLisi M., Fox B., Dhingra K., Vaughn M.G. (2019). *Psychopathy and suicidal thoughts and behaviors revisited: Results from a statewide population of institutionalized youth*, „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology”, t. 63(6), s. 874–895.
- Lizińczyk S. (2020). *Charakterystyki samobójstw popełnianych w polskich więzieniach w latach 2015–2019*, „Archiwum Kryminologii”, nr 42/2, s. 313–336.
- Lynch F.L., Peterson E.L., Lu C.Y., Hu Y., Rossom R.C., Waitzfelder B.E., Owen-Smith A.A., Hubley S., Prabhakar D., Keoki Williams L., Beck A., Simon G.E., Ahmedani B.K. (2020). *Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: a case control study*, „Addiction Science & Clinical Practice”, t. 15(1), s. 14.
- Milner A., Hjelmeland H., Arensman E., Leo D. (2013). *Social-environmental factors and suicide mortality: A narrative review of over 200 articles*, „Sociology Mind”, t. 3, s. 137–148.
- Nowak M.P., Pawełczyk T. (2018). *Skale oceny ryzyka samobójstwa dorosłych w praktyce psychologa klinicznego i psychiatry: przegląd dostępnych narzędzi*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, t. 18(2), s. 180–187.
- Nowakowski K. (2021). *Czy „psychopatyczny” zawsze oznacza „kryminogenny”? O trudnościach w badaniach nad psychopatią i przestępczością*, [w:] J. Stojer-Polańska, P.M. Wiśniewska (red.), *Oblicza Dextera. Dyskusja nad sprawstwem, winą i karą*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum, s. 83–91.

- Pennington C.R., Cramer R.J., Miller H.A., Anastasi J.S. (2015). *Psychopathy, depression, and anxiety as predictors of suicidal ideation in offenders*, „Death Studies”, nr 39(5), s. 288–295.
- Pompili M., Amador X.F., Girardi P., Harkavy-Friedman J., Harrow M., Kaplan K., Krausz M., Lester D., Meltzer H.Y., Modestin J., Montross L.P., Mortensen P.B., Munk-Jørgensen P., Nielsen J., Nordentoft M., Saarinen P.I., Zisook S., Wilson S.T., Tatarelli R. (2007). *Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future*, „Annals of General Psychiatry”, t. 6(1), s. 10.
- Rihmer Z. (2007). *Suicide risk in mood disorders*, „Current Opinion in Psychiatry”, t. 20(1), s. 17–22.
- Skeem J.L., Polaschek D.L.L., Patrick C.J., Lilienfeld S.O. (2011). *Psychopathic personality: Bridging the gap between scientific evidence and public policy*, „Psychological Science in the Public Interest”, t. 12(3), s. 95–162.
- Spokas M., Wenzel A., Stirman S.W., Brown G.K., Beck A.T. (2009). *Suicide risk factors and mediators between childhood sexual abuse and suicide ideation among male and female suicide attempters*, „Journal of Traumatic Stress”, t. 22(5), s. 467–470.
- Smith P.N., Selwyn C.N., Wolford-Clevenger C., Mandracchia J.T. (2014). *Psychopathic personality traits, suicide ideation, and suicide attempts in male prison inmates*, „Criminal Justice and Behavior”, t. 41(3), s. 364–379.
- Stewart A.M., Dehart R.M., Yalch M.M. (2021). *Psychopathy and suicide: A reexamination of Cleckley's criterion*, [w:] *Suicide Risk Assessment and Prevention*, red. M. Pompili, Cham: Springer, s. 1–9.
- Swogger M.T., Conner K.R., Meldrum S.C., Caine E.D. (2009). *Dimensions of psychopathy in relation to suicidal and self-injurious behavior*, „Journal of Personality Disorders”, t. 23(2), s. 201–210.
- Van Orden K.A., Cukrowicz K.C., Witte T.K., Joiner T.E. (2012). *Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire*, „Psychological Assessment”, t. 24(1), s. 197–215.
- Verona E., Hicks B.M., Patrick C.J. (2005). *Psychopathy and suicidality in female offenders: Mediating influences of personality and abuse*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, t. 73(6), s. 1065–1073.

Ewa Wach
Zakład Psychologii Sądowej
Instytut Ekspertyz Sądowych im. Prof. dra J. Sehna w Krakowie

Samobójstwo jako przedmiot ekspertyzy psychologicznej opracowywanej dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości

Wstęp

Samobójstwo i jego uwarunkowania stanowią poważny problem społeczny, kliniczny, psychologiczny, są też jednym z trudniejszych wyzwań dla psychologów pełniących rolę biegłych sądowych. Przypadki śmierci samobójczej, zarówno dzieci jak i dorosłych, wymagają wyjaśnienia okoliczności tego czynu podczas śledztwa prowadzonego w sprawie „nagłego/gwałtownego” zgonu, a także podczas ustalenia w procesie sądowym odpowiedzialności osób trzecich za przyczynienie się do zamachu samobójczego. Jedną z możliwości wsparcia organów prowadzących śledztwo, jak i późniejszych decyzji sądowych jest właśnie ekspertyza psychologiczna. Psycholog opracowujący ekspertyzę w tego typu sprawach ma za zadanie przede wszystkim odtworzyć sylwetkę psychologiczną osoby nieżyjącej oraz jej sytuację życiową ze szczególnym uwzględnieniem ostatniego okresu przed śmiercią w celu wypowiedzenia się o ewentualnych motywach samobójstwa. Ustalenie motywacji zamachu samobójczego powinno uwzględniać zarówno specyficzne właściwości psychofizyczne samobójcy wpływające na sposób przeżywania przez niego określonych zdarzeń, jak i analizę parametrów sytuacji kryzysowej poprzedzającej zamach samobójczy oraz wyjaśnienia ich wzajemnych powiązań. Przeprowadzenie ekspertyzy, która ma pomóc w rozstrzygnięciu tych kwestii, wymaga od biegłych zebrania szerokiego, pochodzącego z różnych źródeł, materiału przydatnego do interpretacji psychologicznej (Jaśkiewicz i Wach 2000, 2013b; Czerederecka, Gierowski, Jaśkiewicz-Obydzińska, Wach 2017). Sposób podejścia do tego rozwiązania tego problemu, który został opracowany w Zakładzie Psychologii Sądowej Instytutu Ekspertyz

Sądowych, zostanie zilustrowany konkretnymi przypadkami z praktyki opiniowania sądowo-psychologicznego.

Okoliczności powołania biegłych psychologów w sprawach samobójstwa i etapy ekspertyzy psychologicznej

Powołanie biegłego psychologa przez wymiar sprawiedliwości w celu wyjaśnienia okoliczności samobójstwa następuje przede wszystkim na etapie śledztwa ukierunkowanego na wyjaśnienie przyczyn „gwałtownej śmierci”. Powodem zasięgnięcia przez prawników opinii psychologicznej może być wątpliwość dotycząca samej przyczyny śmierci, tj. czy została spowodowana przez osoby trzecie lub czy pokrzywdzony, którego zwłoki ujawniono, zginął z własnej ręki. Zazwyczaj odpowiedzi na to pytanie udzielają medycy sądowi, jednak zdarza się, iż zaawansowany stan rozkładu odnalezionych zwłok nie pozwala na wypowiedzenie się o mechanizmie śmierci. Wówczas odtworzenie sylwetki psychologicznej osoby nieżyjącej oraz sytuacji życiowej, w jakiej ta osoba funkcjonowała, szczególnie w ostatnim okresie życia, może dać odpowiedź na pytanie, czy mogła ona odczuwać tę sytuację jako bolesną i beznadziejną i tym samym mieć subiektywne motywy do pozbawienia się życia. Inne okoliczności powołania biegłych psychologów do sprawy samobójstwa związane są z ustaleniem motywacji podjętego przez poszkodowanych zamachu. W takich przypadkach sam fakt samobójstwa nie budzi wątpliwości śledczych, brak jest bowiem jakichkolwiek podstaw do podejrzenia, że śmierć osoby pokrzywdzonej była bezpośrednim wynikiem zbrodniczej działalności innych osób. Jednak wstępnie zebrane dane o pokrzywdzonym nie wskazują, aby ujawniał on jakieś niepokojące sygnały związane z ryzykiem targnięcia się na własne życie – nie zaobserwowano, aby w ostatnim okresie przed śmiercią doświadczał on poważniejszych trudności, miał wyraźnie obniżony nastrój, chorował somatycznie lub psychicznie, czy też zmienił nagle dotychczasowy tryb życia. Dopiero pogłębiona analiza psychologiczna pozwalająca na poznanie sposobu przeżywania i ujawniania przez tę osobę różnych emocji, jej hierarchii wartości, czy znaczenia dla niej relacji społecznych może pomóc w wyjaśnieniu przyczyn dokonania zamachu samobójczego. Psycholog odtwarzając sytuację życiową samobójcy powinien starać się spojrzeć na nią z jego perspektywy, „jego oczami”, a nie poszukiwać jakichś „oczywistych”, „uniwersalnych” przyczyn obniżonego nastroju, niechęci do życia, stanów zwątpienia i poczucia, że

jego sytuacji nie da się już odmienić (Jaśkiewicz-Obydzińska i Wach 2013b; Jobes, Berman, Josselson 1986; Wach 2015, 2020).

Analiza relacji społecznych utrzymywanych przez pokrzywdzonego bywa też przydatna w wyjaśnieniu wątpliwości, czy do jego śmierci samobójczej przyczyniły się inne osoby. W kodeksie karnym są wskazane penalizowane zachowania, których następstwem jest zamach samobójczy osoby poddanej takim oddziaływaniom. Dotyczą one przede wszystkim różnych form znęcania się nad pokrzywdzonym (np. znęcanie emocjonalne, fizyczne, psychiczne – art. 207 § 3 kk; uporczywe nękanie/stalking, cyberprzemoc – art. 194a kk § 3 kk; znęcanie się nad podwładnym w wojsku art. – 352 § 3 kk). Prowadzący śledztwo w sprawie samobójstwa rozważają także możliwość zaistnienia przestępstwa opisanego w art. 151 kk, jakim jest namowa lub udzielenie pomocy w doprowadzeniu się określonej osoby do targnięcia się na własne życie (Kodeks karny 1997). Należy podkreślić, że psycholog sądowy nie wypowiada się jednak o winie tych osób czy reprezentowanej przez nie instytucji. Jego zadaniem jest odtworzenie sylwetki psychologicznej osoby nieżyjącej w celu określenia, czy mogła mieć motywy do popełnienia samobójstwa. (Jaśkiewicz-Obydzińska i Wach 2013a, 2013b; Wach 2015).

Wśród spraw, które kierowano do biegłych psychologów w celu ustalenia niejasnych okoliczności nagłej śmierci znalazły się śledztwa prowadzone z art. 155 kk, mówiącym o nieumyślnym spowodowaniu śmierci człowieka, czyli dotyczące sytuacji, w których sprawca doprowadza do śmierci określonej osoby na skutek niezachowania wymaganych w danym przypadku reguł ostrożności, np. niewykazanie odpowiedniej troski o bezpieczeństwo i stan psychiczny osób, za które jest odpowiedzialny. Często jest to wstępna kwalifikacja czynu, która w toku śledztwa bywa zamieniona na sprawę z art. 207 § 3 kk, przeciw określonej osobie podejrzanej o stosowanie przemocy wobec pokrzywdzonego (Wach i Jaśkiewicz-Obydzińska 2018).

Odtworzenie sylwetki osoby nieżyjącej polega na analizie wszelkich dostępnych informacji o tej osobie. Pierwszym etapem działania jest analiza danych zebranych w aktach sprawy, które zazwyczaj dają wstępne rozeznanie co do sytuacji tej osoby w ostatnim okresie życia oraz jak była spostrzegana przez otoczenie. Na podstawie tej analizy typowane są osoby, z którymi biegli chcą przeprowadzić pogłębiony wywiad na temat samobójcy. Wskazane jest, aby były to osoby z różnych środowisk, w których funkcjonował samobójca, nie tylko z jego najbliższej rodziny, lecz także z miejsc związanych z nauką, pracą, realizacją hobby, zainteresowań. Wywiady te pozwalają na odtworzenie

historii życia pokrzywdzonego, charakteru jego relacji społecznych, wizerunku, jaki prezentował on w różnych środowiskach, spójności spostrzeżeń i opinii innych na jego temat. Udział w tych wywiadach nie jest obligatoryjny, co często skutkuje tym, iż zapraszone osoby nie zgadzają się na uczestniczenie w tej czynności. Z praktyki opiniowania wynika, iż szczególnie niechętnymi osobami do udzielenia wywiadu o osobie nieżyjącej są nauczyciele i wychowawcy szkolni, mimo że sprawa dotyczy ich ucznia.

Jeśli chodzi o sam proces odtwarzania sylwetki psychologicznej osoby nieżyjącej, to powinien objąć wszystkie sfery funkcjonowania jej osobowości: emocjonalną, społeczną i intelektualną. Wśród czynników biopsychicznych osoby nieżyjącej, które powinno się ustalić w trakcie tego procesu, szczególnie istotne są jej właściwości temperamentalne, stanowiące podstawę energetyczną do określonego sposobu reagowania na bodźce (impulsywność, pobudliwość/zrównoważenie) oraz sposoby reagowania przez nią na stres i rozładowywania napięcia emocjonalnego (skłonność do natychmiastowego rozładowywania napięcia, bądź jego kumulowania). Ponadto w trakcie wywiadu i analizy dostępnych materiałów dąży się do wskazania, jakie emocje najczęściej przeżywała osoba pokrzywdzona i jaki sposób je ujawniała, a także do oceny poziomu dojrzałości emocjonalnej i społecznej, obszarów, w których występowały konflikty emocjonalne i jakie były ich źródła oraz jakie mechanizmy i strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych ona stosowała. Biegły zmierza też do odtworzenia, jakie postawy i potrzeby przejawiał pokrzywdzony, jaki miał obraz własnej osoby i otaczającego świata oraz swoich relacji z innymi oraz jaką hierarchię wartości prezentował.

Szczególną wagę przykłada się do analizy ostatniego okresu życia ofiary, poszukując w jej funkcjonowaniu przejawów zespołu presuicydalnego (przed-samobójczego), na który składają przede wszystkim poczucie osaczenia, utraty możliwości rozwoju, przeżywanie głównie negatywnych emocji, dewaluacja znaczenia dotychczas istotnych dla danej osoby dziedzin życia i jej relacji społecznych, kierowanie agresji przeciwko sobie (Ringel 1992). Rozważa się, czy pokrzywdzony znalazł się w tzw. sytuacji trudnej i jaki ta sytuacja miała charakter – długotrwała, prowadząca do przeciążenia psychicznego vs nagła, zaskakująca, w której zawiodły dotychczasowe mechanizmy zaradcze (Nęcka 1979).

Istotne dla wnioskowania o motywacji samobójcy są też okoliczności, w jakich doszło do zamachu oraz sposób jego dokonania. Dane te mogą wskazywać na doraźność decyzji pokrzywdzonego o podjęciu zamachu samobójczego lub

na jego wcześniejsze zaplanowanie oraz na nasilenie determinacji do pozbycia się życia przez samobójcę.

Informacje pozwalające na odtworzenie powyższych danych uzyskiwane są nie tylko z akt sprawy i wywiadów z jego bliskimi, lecz także w wyniku analizy materiałów, które ilustrują relacje społeczne osoby pokrzywdzonej (np. fotografie z różnych okresów życia), jej zainteresowania, hobby, osiągnięcia, i/lub są jakąś formą wytworów sporządzonych osobiście przez tę osobę (np. wytwory artystyczne – plastyczne, literackie; twórczość epistolarna – obecnie najczęściej w formie korespondencji internetowej). Przydatność takich danych mogą zilustrować przytoczone poniżej fragmenty twórczości 15-letniej dziewczyny, która zmarła śmiercią gwałtowną, rzucając się pod samochód na drodze koło swojej szkoły. Bezpośrednim bodźcem do tej impulsywnej decyzji było ujawnienie, iż była autorką obraźliwych, wulgarnych komentarzy dotyczących wychowawcy, które wymieniała z członkami zamkniętej grupy założonej i administrowanej przez nią na Facebooku. Reakcja szkoły na ten fakt była dość radykalna – zawiadomiono policję, wzywano rodziców, grożono jej i uczestnikom grupy sądem dla nieletnich, czego przewidywaną przez dziewczynę konsekwencją mogło być zniweczenie jej planów na kontynuowanie nauki w najlepszym w okolicy liceum, do którego aspirowała i, gdyby nie ten incydent, zostałyby przyjęta bez trudności. Do tej pory dziewczyna funkcjonowała jako bardzo dobra uczennica, o wszechstronnych zainteresowaniach. Była laureatką wielu olimpiad szkolnych na szczeblach ogólnopolskich, czynnie uprawiała sport. W opinii otoczenia, zarówno rówieśników jak i osób dorosłych, była osobą aktywną, wesołą, towarzyską, życzliwą, prospołeczną, lojalną, umiejącą wyrazić swoje zdanie, nawet jeśli było odmienne od prezentowanego przez nauczycieli, czy inne osoby, od których była zależna, ale w sposób nieagresywny, kulturalny. Tymczasem jej twórczość z okresu kilku lat jej życia ujawnia zupełnie inny obraz dziewczyny – cierpiącej, nieszczęśliwej, rozważającej o śmierci i samobójstwie (oryginały były pisane w formie białych wierszy):

„...umieram na samotność (...), zdycham wewnątrznie a ciało żyje, bo żyłtka zła pijawka za mało krwi upuściła (...), w nocy, gdy umieram nikt mnie nie trzyma za rękę bym nie wpadała go grobu”, (...), zimno mi czasem zimny metal ciepła skóra srebrne ostrze chowam je, by nikt nie widział chowam srebrne ostrze w czerwonej krwi” (...), „znów przyszedł ten stan nienawiści i chęci zabijać to co we mnie” (...), „podciął mi skrzydła szkoda, że nie żyły” (...), „nie przywiązywać się do ludzi grubą lina, bo to boli wżyna się w nadgarstki” (...), „powinnam być martwa już w łonie matki mej wtedy nie martwiłabym się o przyszłość wtedy byłoby mniej krwi przy moim umieraniu”

(...), „czyimś ramionom nie można ufać, ufać można tylko sznurowi na szyi on będzie trzymał mocno i nie puści” (...), „ja wcale nie chcę żyć, potrzebuję odwagi żeby kurwa skoczyć” (...), „nie opowiadam nikomu o śmierci, bo jeszcze się z nią nie dogadałam” (...), „nie wiem jak się żyje, wiem za to jak się umiera”.

W trakcie analizy treści takich wytworów pozostaje do ustalenia przez biegłych psychologów, czy twórczość mogła być przejawem mechanizmu radzenia sobie z trudnościami, i pełniła, przynajmniej przez jakiś czas skutecznie, raczej rolę katharsis, a nie czynnika nasilającego negatywne stany emocjonalne. Samo stwierdzenie, że osoba nieżyjąca była autorem treści o śmierci i umiarniu nie przesądza, że do jej śmierci samobójczej nie przyczyniły się inne osoby, sprawa nadal wymaga pogłębionych badań nad całością danych dostępnych w konkretnej sprawie (Czerederecka, Gierowski, Jaśkiewicz-Obydzińska, Wach 2017). W cytowanej sprawie biegli doszli do wniosku, że dziewczyna będąc osobą o szczególnie wysokiej wrażliwości, przeżywała problemy związane z kształtowaniem tożsamości, poszukiwaniem sensu życia, czyli typowe dla nastolatków, lecz w bardziej nasilony sposób niż większość rówieśników. Radziła sobie z nimi poprzez twórczość literacką. Po ujawnienia treści pisanych przez nią w grupie internetowej, której była administratorką, doszło u niej do załamania psychicznego, które było przede wszystkim skutkiem postępowania grona pedagogicznego. Silnie przeżywała negatywne emocje (lęk przed konsekwencjami, wstyd z powodu własnego zachowania, zawodu bliskich i utraty pozytywnego wizerunku, gwałtowne obniżenie poczucia własnej wartości, niepokój o rodziców). Te emocje doprowadziły ją do impulsywnej reakcji, jaką było wtargnięcie na jezdnię pod rozpędzony samochód.

Podobnie, treść listu pożegnalnego samobójcy, o ile taki został sporządzony, nie przesądza jednoznacznie o rzeczywistej motywacji jego decyzji. Wyniki badania listów pożegnalnych w sprawach, w których biegli z Instytutu sporządzali opinie dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości, wykazały, że podawany przez samobójców w listach pożegnalnych motyw dokonania zamachu samobójczego nie był przyjmowany automatycznie jako przyczyna ich śmierci, lecz traktowany był jako subiektywna ocena ich stanu psychicznego, sytuacji życiowej, relacji z otoczeniem, a czasem jako świadome wprowadzanie w błąd otoczenia. Brak zgodności motywu samobójstwa wskazanego w liście i odtworzonego w trakcie opracowywania ekspertyzy sądowo-psychologicznej stwierdzono prawie w 40% analizowanych przypadków (Jaśkiewicz-Obydzińska i Wach 2021).

Przypadki opinii w sprawie samobójstwa

Poniżej zostaną przedstawione dwa przypadki ekspertyz psychologicznych w sprawie samobójczej śmierci dokonanej przez nastolatków. W pierwszym z nich śledztwo toczyło się z art.151 k.k., tj. w sprawie pomocy lub nakłanianiu pokrzywdzonego Szymona do targnięcia się na własne życie „...w celu ustalenia motywów jego zamachu samobójczego oraz wypowiedzenia się, czy zachowanie nieletnich [wymienionych w postanowieniu] mogło wpłynąć na decyzję lub przyczynić się do zamachu samobójczego małoletniego Szymona”. W drugim z przytoczonych przypadków śledztwo toczyło się w sprawie z art. 155 k.k., tj. nieumyślnego spowodowania śmierci małoletniej Mileny „...w celu odtworzenia jej sylwetki psychologicznej (...), w celu ustalenia ewentualnych motywów samobójstwa, ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu rodzinnego i wychowawczego”.

Nastolatek – ofiara przemocy rówieśniczej

13-letni Szymon powiesił się na pasku przypiętym do sufitu na strychu domu, w którym mieszkał z 9-letnim bratem i rodzicami. Do miejsca, gdzie dokonał zamachu samobójczego był utrudniony dostęp, co przemawiało za determinacją chłopca. Nie pozostawił listu pożegnalnego. Wstępne ustalenia sugerowały, że w ostatnich tygodniach życia chłopiec był obiektem przemocy ze strony rówieśników. Nieletni, których sprawę rozpatrywał sąd rodziny, zaprzeczali znęcaniu się nad Szymonem, twierdzili, że dochodziło tylko do drobnych konfliktów między nimi. Sugerowali inne przyczyny samobójstwa Szymona: nieprzystosowanie społeczne, zawód miłosny, nieprawidłowe relacje rodzinne. Przedstawiciele szkoły podkreślali, że Szymon nigdy nie zgłaszał im, że był ofiarą przemocy, a opisane przejawy zachowania nieletnich wobec niego (wyśmiewanie, zabieranie i niszczenie jego osobistych rzeczy, prowokowanie bójek), traktowali jak typowe relacje w tej grupie wiekowej.

Na podstawie akt sprawy, wywiadu z matką oraz analizy wytworów małoletniego (notatki, zeszyty szkolne, dyplomy, świadectwa szkolne, fotografie) ustalono, że Szymon był zdrowy, rozwijał się prawidłowo, nie sprawiał problemów wychowawczych. Wychowywał się w pozytywnej atmosferze środowiska rodzinnego, nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w relacjach rodzinnych. Chłopiec był silnie związany z rodzicami, odpowiedzialny, w obliczu przejściowych trudności materialnych rodziny starał się nie przysparzać im

innych problemów. Brak było danych wskazujących na przeżywanie przez niego zawodu miłośnego.

Dane o małoletnim wskazywały, że był chłopcem o miłej powierzchowności, delikatnych, nieco dziewczęcych rysach twarzy, sprawnym fizycznie. Osiągał dobre wyniki w nauce, nie miał jednak zawyżonych aspiracji, szybko zrażał się niepowodzeniami. Interesował się przyrodą i piłką nożną, wolny czas spędzał najchętniej na grze oraz obmyślaniu jej strategii, pełnił nieformalnie rolę trenera drużyny piłkarskiej młodszych chłopców. Był lubiany przez nauczycieli, z powodu uzdolnień muzycznych (ładny, wysoki głos, jeszcze przed mutacją) często wybierano go do udziału w szkolnych akademiach. Miał spokojne usposobienie, nie ujawniał agresji, był wrażliwy na problemy i stany emocjonalne innych osób, znany z tego, że pomagał osobom starszym oraz opiekował się młodszymi. Ogólnie łatwiej radził sobie w kontaktach z osobami dorosłymi lub młodszymi od siebie oraz z dziewczętami. W sytuacjach trudnych stosował głównie unikowe metody radzenia sobie (np. zmieniał temat rozmowy lub wychodził grać w piłkę) i ukrywał swoje prawdziwe przeżycia. Jego właściwości psychofizyczne były powodem wyśmiewania się, złośliwych zaczepki i obraźliwych komentarzy ze strony kilku chłopców na terenie szkoły. Dochodziło do nich w obecności większej grupy osób, co stanowiło dla Szymona dodatkowe upokorzenie i negatywne przeżycie. Początkiem konfliktów było przypadkowe wylanie przez Szymona napoju jednemu z nich. Z czasem formy przemocy nasilały, oprócz przeżywania go i dokuczania mu doszło do kilku incydentów pobicia. Jedna z sytuacji była filmowana przez uczniów telefonem komórkowym. Szymon starał się unikać agresywnych kolegów, nie miał szans na skuteczną obronę, gdyż dysponowali od niego większą siłą fizyczną. Opisany styl reagowania Szymona odpowiadał jego właściwościom psychicznym, tj. skłonności do wycofywania się, unikania otwartej konfrontacji oraz ukrywania swoich przeżyć.

Dostępne dane wskazywały, że w ostatnim okresie przed śmiercią Szymon ujawniał cechy zespołu presuicydalnego – obniżony nastrój, zamknięcie w sobie, wycofywanie się z relacji, rezygnowanie z aktywności, które do tej pory sprawiały mu przyjemność, a także zwiększoną drażliwość i nerwowość, trudności w koncentracji uwagi oraz wzrastające poczucie bezradności, krzywdy i niesprawiedliwego traktowania (na co m.in. wskazywała treść jego pisemnych notatek oraz wypracowań szkolnych dostarczonych przez matkę biegłym). Początkowo nie mówił rodzicom o swoich przeżyciach. Dwa tygodnie przed śmiercią, gdy matka zapytała go o przyczynę zmian w jego zachowania,

rozpłakał się i powiedział, że został siłą wciągnięty do toalety szkolnej i pobity przez dwóch kolegów. Prosił, aby matka nie interweniowała w szkole, przekonując ją, że już samodzielnie rozwiązał problem. W tym czasie bliskiej koleżance powiedział, że nie radzi sobie w gimnazjum (*„lepiej żeby mnie tu nie było”*). Dodatkowym materiałem do analizy, jakim dysponowali biegli, był dostarczony przez matkę Szymona zapisek sporządzony przez chłopca prawdopodobnie w ostatnim okresie przed śmiercią, gdyż został znaleziony w koszu na śmieci w jego pokoju, o treści: *„Strach/Płaczę – widzę jak tracę wszystko/ Niektórzy nienawiść do Boga/ Każdy myśli tylko o sobie/ Niektórzy o swoich rodzinach / Zachowanie”*.

Zdecydowanie pesymistyczna wymowa tego zapisku wskazuje jednoznacznie na negatywny stan psychiczny Szymona w chwili jego sporządzania oraz przeżywanie silnych emocji w związku z doświadczaną sytuacją trudną. Co prawda małoletni nie wskazuje wprost, do jakiego zdarzenia się odwołuje, jednak z treści tekstu można wnioskować, że wzbudzało ono w nim zarówno strach, jak i przygnębienie, wzmacniane dodatkowo poczuciem krzywdy z powodu braku wsparcia ze strony otoczenia w rozwiązaniu jego problemów (*„Każdy myśli tylko o sobie”*). Jednocześnie słowa: *„Niektórzy [myślą] o swoich rodzinach”* sugerują, że nie chciał obciążać najbliższych swoimi problemami, nawet gdy utracił nadzieję na samodzielne i korzystne dla niego rozwiązanie problemu, i poczucie, iż znalazł się w sytuacji bez wyjścia (*„Płaczę – widzę jak tracę wszystko”*). Odtworzenie ostatniego okresu życia chłopca wskazywała, że mechanizmem spustowym jego decyzji o samobójstwie były zdarzenia, do których doszło w przeddzień śmierci (wyrzucenie mu przez kolegów książek z plecaka, zniszczenie nowego piórnika – prezentu od matki, wyśmiewanie), do których doszło w obecności klasy, przy braku zdecydowanej reakcji nauczycieli.

Ostatecznie we wnioskach opinii stwierdzono, że przyczyn samobójczej śmierci Szymona należy poszukiwać zarówno w czynnikach zewnętrznych (sytuacyjnych), jak i wewnętrznych (osobowościowych). Te ostatnie to przede wszystkim brak skutecznych mechanizmów radzenia sobie w niektórych sytuacjach trudnych, zwłaszcza tych, które narażały go na dezaprobatę ze strony otoczenia, nadwrażliwość emocjonalna oraz narastające poczucie własnej nieskuteczności. Nie bez znaczenia był wiek chłopca, sprzyjający podejmowaniu pochopnych decyzji oraz przywiązywaniu dużej wagi do akceptacji rówieśników. Czynniki zewnętrzne stanowiły natomiast nasilające się negatywne zachowania kolegów o charakterze przemocy fizycznej i emocjonalnej oraz

obawy przed ich dalszą eskalacją. Nawet jeśli zachowania te miały formę żartów, były przez chłopca odbierane jako poniżające i naruszające jego godność, jednocześnie spowodowały utratę nadziei na skuteczne rozwiązanie konfliktu.

Śmierć nastolatki wskutek długotrwałych zachowań autoagresywnych

14-letnia Milena zmarła wskutek niewydolności wielonarządowej w przebiegu przewlekłego, wielokrotnego zatrucia rtęcią oraz glikolem. W chwili śmierci na ręce miała świeżą obszerną ranę, która była prawdopodobnie skutkiem wcierania w to miejsce rtęci oraz drobne rany na przedramieniu niewiadomego pochodzenia. Prokurator oczekiwał, aby biegli psychologowie wypowiedzieli się o jej ewentualnych motywach do popełnienia samobójstwa. Opinię w tej sprawie opracowano na podstawie danych z akt sprawy oraz wywiadów z jej rodzicami i koleżanką, a także fotografii i wytworów zmarłej (pamiętnik, zeszyty szkolne, zapiski, świadectwa szkolne, opinie nauczycieli, karty leczenia szpitalnego).

Ustalono, że od Milena od dwóch lat była wielokrotnie hospitalizowana w kilku ośrodkach medycznych, gdzie trafiała w ciężkim stanie, wijąca się z bólu, wymiotująca, czasem nieprzytomna. Po ustąpieniu objawów opuszczała szpital, po czym znów trafiała do innego ośrodka, za każdym razem w gorszym stanie niż poprzednio. Prowadzono diagnostykę w kierunku nieprawidłowości nerek oraz układu rozrodczego. Gdy stwierdzono nawracające cechy zatrucia rtęcią, zaczęto podejrzewać syndrom Münchhausena – tzw. zaburzenie pozorowane, polegające na świadomym i celowym produkowaniu objawów choroby somatycznej, czemu chorzy zaprzeczają, które zazwyczaj nie prowadzi bezpośrednio do zamachów samobójczych, ale nasila się, gdy otoczenie podejrzewa działania autodestrukcyjne pacjenta i wtedy może dojść do śmierci (Butcher, Hooley, Mineka 2017). W rozmowach z psychologiem Milena negowała występowanie problemów emocjonalnych, skupiała się tylko na dolegliwościach somatycznych. Psychiatra ze specjalistycznej placówki leczniczej dla dzieci i młodzieży, w której Milena była hospitalizowana ostatnio, rozpoznał reakcję na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, zalecił leczenie. Dziewczyna uprosiła jednak, aby rodzice zabrali ją do domu, na co się zgodzili, gdyż sami uważali, że leczenie szpitalne było nieskuteczne, a diagnoza nieprawidłowa. Milena zaprzeczała, aby przyjmowała niszczące jej organizm środki,

jednak brak było danych sugerujących, że ktoś mógł podawać jej takie środki bez jej wiedzy. Gdy rodzice znaleźli w jej rzeczach rozbity termometr, twierdziła, że rozbiła go przez przypadek, tylko ten jeden raz. Natomiast analiza dysku jej komputera przeprowadzona po śmierci dziewczyny wykazała, że od trzech lat wyszukiwała w Internecie informacji o sposobie działania rtęci i glikolu na organizm człowieka oraz o próbach samobójczych dokonanych z wykorzystaniem tych substancji. Nie ustalono, w jaki sposób zdobywała rtęć ani glikol w tak dużych dawkach, jakie wykazały badania toksykologiczne przeprowadzone po jej śmierci.

Analiza danych uzyskanych podczas wywiadów z rodzicami Mileny wskazywała, że wprawdzie nie była ona dzieckiem oczekiwanym, szczególnie przez ojca, ale zaakceptowanym po urodzeniu. Ojciec był z nią związany, ale kontrolujący, sztywny, wymagający (np. nie pochwalił jej, gdy na egzaminie kompetencyjnym do gimnazjum uzyskała 38 punktów z 40 możliwych). Matka była bardziej ciepła emocjonalnie, serdeczna i spontaniczna, jednak ze względu na charakter pracy była nieobecna w domu przez większość dnia (do godz. 19). Milena tęskniła za nią, brakowało jej obecności matki, przy czym wyraziła to jedynie w pamiętniku i do koleżanki. Do matki nigdy nie zwróciła się z prośbą o zmianę trybu pracy. Dane z przeszłości dziewczynki wskazywały, że do 3. roku życia wychowywała się głównie u babci, co miało być związane z problemami mieszkaniowymi rodziców i ich pracą zawodową (matka – pracownica firmy finansowej w innej miejscowości, ojciec – dyrektor placówki pedagogicznej). Rodzice zabierali ją na weekendy. Dziewczynka rozwijała się prawidłowo, nie przechodziła żadnych poważniejszych chorób. W szkole podstawowej i gimnazjum, w którym rozpoczęła naukę około półtora roku przed śmiercią, miała opinię bardzo dobrej uczennicy, miłej i życzliwej koleżanki, udzielającej się społecznie. Nie miała żadnych konfliktów z rówieśnikami ani nauczycielami. Nie stwierdzono, aby fakt, iż ojciec pełnił ważną funkcję w kuratorium wpływał na jej faworyzowanie lub inne szczególne traktowanie przez nauczycieli, co mogłoby wywołać niechęć wśród rówieśników. Milena nie sprawiała trudności wychowawczych, nie sygnalizowała też żadnych problemów osobistych. Należy jednak zaznaczyć, że zarówno rodzice, jak też wychowawczynie Mileny w gimnazjum oraz przyjaciółka dziewczyny, podkreślali jej skrytość, zamknięcie w sobie. W ostatnich miesiącach przed śmiercią zerwała kontakty z jedyną, bliską koleżanką, utrzymywała tylko znajomość z osobami z oddziału szpitalnego.

W świetle analizy pamiętnika prowadzonego przez Milenę pod koniec szkoły podstawowej można było stwierdzić, że mimo iż dziewczynka

uzyskiwała najlepsze oceny w nauce, ujawniała silne reakcje lękowe związane ze szkołą, poczucie przeciążenia obowiązkami, obawę przed niepowodzeniem i porażką oraz nowymi, nieznanymi sytuacjami, które mogły ją spotkać w gimnazjum.

W opinii zwrócono uwagę, że pierwsze objawy choroby (zatrucia) pojawiły się z początkiem okresu dojrzewania dziewczynki, czyli okresu intensywnego rozwoju tożsamości. Efektywne podjęcie nowych zadań i poradzenie sobie z nimi w okresie adolescencji w dużej mierze zależy zarówno od uprzednio opanowanych kompetencji, jak i jakości wsparcia udzielanego przez otoczenia. Kryzys rozwojowy wiąże się z doświadczaniem silnych, negatywnych emocji. Wzorce zachowania powiązane z poszukiwaniem tożsamości mogą mieć charakter nieprzystosowawczy (np. mogą to być zachowania impulsywne, labilne i nieprzewidywalne, a także eksperymentowanie z zachowaniem zagrażającym zdrowiu i życiu). Dla prawidłowego kształtowania tożsamości i przeżywania własnej osoby znaczącą rolę mają postaci i zachowania rodziców. Niedostatki w zakresie miłości, bezpieczeństwa i bezwarunkowej akceptacji we wczesnym dzieciństwie prowadzą do narastania niepewności i lęku, co do wartości własnej osoby, zaburzeń poczucia tożsamości, a nawet przeżywania wątpliwości co do realności swojego istnienia. Zarówno zachowania agresywne jak i samoagresywne w tym okresie rozwojowym traktowane są jako zachowania zaradcze. Mają na celu zwrócenie uwagi i zainteresowania otoczenia swoją osobą, służą też rozładowaniu napięcia i niepokoju, wyładowaniu emocji, których osoba nie potrafi zidentyfikować ani komunikować. Przeżywanie choroby i przyjęcie roli pacjenta może pomagać w stabilizowaniu poczucia tożsamości poprzez konkretyzowanie, organizowanie i uzasadnianie osobistych przeżyć, nieujawnionych emocji. Oprócz okresu rozwojowego, w którym przypuszczalnie Milena zaczęła „eksperymentować” ze swoim zdrowiem, istotny był fakt, iż skrajnie nasilone zaburzenia autodestruktywne wystąpiły u niej w sytuacji zmiany środowiska (przeprowadzka do nowego mieszkania, nowa szkoła). Jej skrytość, opór przed ujawnianiem swoich przeżyć i dzieleniem się doświadczanymi emocjami, uniemożliwiały skuteczne rozładowywanie nasilającego się napięcia emocjonalnego. Można też przyjąć, że w jej najbliższym otoczeniu nie było osoby, która udzieliłaby jej wsparcia. Matka, mimo okazywanej troski, przez większość dnia była nieobecna, a relacje z ojcem, ze względu na jego właściwości psychiczne, trudny kontakt i wysokie oczekiwania wobec córki, których prawdopodobnie była świadoma, również nie stwarzały takiej możliwości.

We wnioskach końcowych stwierdzono, że zachowania autodestruktywne Mileny, które doprowadziły do jej śmierci, były związane z ostrym kryzysem rozwojowym, niedostrzeganym przez otoczenie. Wynikało to przede wszystkim z faktu, że dziewczynka pozornie funkcjonowała prawidłowo, pozytywnie wywiązywała się z obowiązków i oczekiwań. Ponadto była osobą bardzo zamkniętą w sobie, nieujawniającą swoich przeżyć, a właściwość ta najprawdopodobniej znacznie się nasiliła w ostatnim okresie życia. Brak podstaw do przyjęcia, aby jej działania były przejawem zaplanowanego zamachu samobójczego. Podjęte przez Milenę działania należy raczej traktować jako próbę samodzielnego rozwiązania przeżywanych trudności psychicznych, zwrócenie uwagi na swoją osobę i uzyskanie zainteresowania i wsparcia w obliczu doznawania cierpienia fizycznego.

Podsumowanie

Powyższe przypadki są skrótowym opisem ekspertyz sądowo-psychologicznych opracowanych w sprawach dotyczących wyjaśnienia okoliczności samobójstwa. Do ilustracji problemów, jaki mają do rozwiązania biegli psychologowie, wybrano przypadki osób w tym samym okresie rozwojowym, a tym samym będących pod wpływem działania podobnych czynników ryzyka zachowana autoagresywnych związanych z dorastaniem: biologicznych, emocjonalnych, społecznych (Pilecka 2005; Haś i Rajtar 2013; Gmitrowicz, Makara-Studzińska, Młodożeniec 2015; Jaśkiewicz-Obydzińska i Wach 2018), jednak zdecydowanie różnych ze względu na motywację do popełnienia samobójstwa.

W pierwszym z nich sam fakt dokonania samobójstwa przez chłopca nie budził wątpliwości śledczych, a analiza psychologiczna dostępnych danych wskazywała także bez większych zastrzeżeń, że decyzja pokrzywdzonego została podjęta z związku z doświadczeniem przez niego przemocy rówieśniczej. Przeprowadzona ekspertyza psychologiczna potwierdziła więc przypuszczenia osób prowadzących śledztwo w sprawie, wykluczając jednocześnie argumenty przytaczane przez obrońców nieletnich podejrzanych o znęcanie się nad pokrzywdzonym.

W drugim przypadku, mimo podobnej procedury badawczej, nie zdołano ostatecznie ustalić, co nasiliło u Mileny objawy kryzysu rozwojowego. Należy podkreślić, że nawet ewentualne potwierdzenie występowania u pokrzywdzonej syndromu Münchhausena nie wyjaśniłoby przyczyn jej reagowania.

Najbardziej niepokojącym, być może diagnostycznym elementem przeżyć Mileny była odczuwana przez nią frustracja potrzeby kontaktu z matką. Biegli rozważali możliwość zaistnienia różnych czynników związanych z ryzykiem samobójstwa; np. skutki tzw. pozabezpiecznego przywiązania z okresu wczesnego dzieciństwa, za czym mógł przemawiać brak stałej dostępności matki w tym czasie (Grzegorzewska i Cierpiałkowska 2020), a nawet wykorzystanie seksualne przez ojca, za czym z kolei mogły przemawiać takie zewnętrzne obserwowane okoliczności, jak częsta nieobecność matki i brak serdecznej więzi z ojcem (Beisert 2020), jednak dostępne dane były niewystarczające nawet do uzasadnienia rozważania tych hipotez. Pewne nieprawidłowości stwierdzone w relacjach małoletniej z rodzicami i niewątpliwie popełnione przez nich błędy wychowawcze nie spełniały też warunków zaistnienia przestępstwa opisanego w art. 207 § 1–3 k.k. W tym przypadku ekspertyza psychologiczna pozwoliła jedynie na wykluczenie bezpośredniego działania innych osób ukierunkowanego na doprowadzanie do śmierci pokrzywdzonej.

Bibliografia

- Beisert M. (2020). *Dzieci jako ofiary przemocy seksualnej*, [w:] *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, red. I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A. Borkowska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 583–587.
- Butcher J., Hooley J., Mineka S. (2017). *Psychologia zaburzeń. DSM-5*, tłum. S. Pikiel, A. Sawicka-Chrapkowicz, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L. (2020). *Psychopatologia rozwojowa. Integrujące podejście do zdrowia i zaburzeń dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, red. I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A. Borkowska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 152–161.
- Czerederecka A., Gierowski J., Jaśkiewicz-Obydzińska T., Wach E. (2017). *Ekspertyza psychologiczna*, [w:] *Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane*, red. M. Kała, D. Wilk, J. Wójcikiewicz, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Gmitrowicz A., Makara-Studzińska M., Młodożeniec A. (2015). *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Haś A., Rajtar T. (2013). *Czynniki ryzyka popełnienia samobójstwa przez osoby małoletnie*, [w:] *Samobójstwo. Stare problemy, nowe rozwiązania*, red. J. Stojer-Polańska, A. Biederman-Zaręba, Kraków: Wydawnictwo JAK.
- Jaśkiewicz-Obydzińska T., Wach E. (2000). *Suicide as the Subject-Matter of the Expert Psychologist's Report*, [w:] *Forensic Psychology and Law. Traditional Questions and New Ideas*, red. A. Czerederecka, T. Jaśkiewicz-Obydzińska, J. Wójcikiewicz, Kraków: Wydawnictwo IES, s. 21–26.

- Jaśkiewicz-Obydzińska T., Wach E. (2013a). *Rola osób z otoczenia w motywacji zamachów samobójczych – trudny problem sądowej ekspertyzy psychologicznej*, [w:] *Samobójstwo. Stare problemy, nowe rozwiązania*, red. J. Stojer-Polańska, A. Biederman-Zaręba, Kraków: Wydawnictwo JAK, s. 161–171.
- Jaśkiewicz-Obydzińska T., Wach E. (2013b). *Psycholog w niespecyficznym roli: odtwarzanie sylwetki samobójcy*, „Na Wokandzie”, nr 3, s. 28–30.
- Jaśkiewicz-Obydzińska T., Wach E. (2018). *Psychologiczna ekspertyza sądowa w sprawach dotyczących samobójstwa dzieci i młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, nr 3, s. 75–87.
- Jaśkiewicz-Obydzińska T., Wach E. (2021). *Suicide notes and motives for suicide in psychological reports compiled for the judiciary*, „Problems of Forensic Sciences”, nr 128, s. 211–226.
- Jobes D., Berman A., Josselson A. (1986). *The impact of psychological autopsies on medical examiners' determination of manner of death*, „Journal of Forensic Sciences”, t. 31(1), s. 177–189.
- Kodeks karny* (1997). (red.) I. Friedrich-Michalska, B. Stachurska-Marcińczak, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
- Młodożeniec A. (2015). *Czym są czynniki ryzyka samobójstwa i czynniki protekcyjne*, [w:] *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*, red. A. Gmitrowicz, M. Makara-Studzińska, A. Młodożeniec, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 135–149.
- Nęcka E. (1979). *Regulacyjne funkcje mechanizmów obronnych*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 22(2), s. 287–300.
- Pilecka B. (2005). *Osobowościowe korelaty prób samobójczych u młodzieży*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ringel E. (1992). *Nerwica a samozniszczenie*, tłum. S. Lachowski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wach E. (2015). *Problematyka psychologii śledczej*, [w:] *Psychologia sądowa. Wybrane zagadnienia*, red. M. Szpitalak, K. Kasperek, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 88–102.
- Wach E., Jaśkiewicz-Obydzińska T. (2018). *Procedural bodies use of psychologists expert opinions in cases of sudden death*, „Problems of Forensic Sciences”, nr 114, s. 159–174.
- Wach E. (2020). *Samobójstwo czy zabójstwo – odtwarzanie sylwetki psychologicznej osoby nieżyjącej*, [w:] *Medycyna sądowa, t. 2: Diagnostyka sądowa*, red. G. Teresiński, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 864–868.

Wybrane prawne aspekty samobójstwa

Uwagi wstępne

W pracy przedstawiono wybrane przepisy systemu polskiego prawa, które odnoszą się do samobójstwa. Pokazano, że akt samobójstwa nie ma charakteru indywidualnego, a oddziałuje na sferę społeczną, dlatego nie można obojętnie podchodzić do tej kwestii, uznając akt samobójczy za niemający znaczenia generalnego. Istotne znaczenie ma tu godność człowieka, powiązana także z życiem człowieka. Deprecjonowanie tej godności jest niebezpieczne tylko dla życia osoby ludzkiej, ale także dla innych wolności i praw człowieka i obywatela. Przepisy prawne odnoszą się do różnych aspektów samobójstwa; pojawiają się pewne luki prawne – zaproponowano postulaty *de lege ferenda* mające ulepszyć system prawa w tym zakresie. Samobójstwo jest przedmiotem zainteresowania wielu przepisów prawa. Nie może to dziwić, choćby z uwagi na charakter i znaczenie prawa w życiu społecznym. Już na początku należy stwierdzić, że samobójstwo jest czynnością, która w sposób bezpośredni oddziałuje na stosunki społeczne, w tym na stosunki prawne. Nie jest to czynność dotycząca tylko danej osoby. Ludzie „uwikłani” są bowiem w różne stosunki prawne, a odebranie sobie życia oznacza ingerencję w te stosunki. Ma to znaczenie z uwagi na charakter prawa. Prawo bowiem, jak podaje się w literaturze, nie dotyczy stosunku człowieka do siebie samego; wyraża wartości i potrzeby o szerszym lub węższym zasięgu społecznym; ma je chronić i urzeczywistnić (Chauvin, Stawecki, Winczorek 2019: 17). Odebranie sobie życia przez osobę powoduje, że następuje ingerencja w stosunki społeczne i prawo jako regulator tych stosunków musi w takim przypadku „zadziałać”, by chronić te stosunki. Łączy się to z funkcją ochronną prawa, polegającą na „eliminowaniu zachowań zagrażających pewnych chronionym wartościom oraz nakłanianiu do działań realizujących takie wartości (...) Funkcja ochronna prawa polega przede wszystkim na tym, iż normy prawne wyznaczają w sposób wyraźniej zarysowany, niż inne normy społecznie wiążące, zespół wartości, które przez członków

społeczeństwa powinny być respektowane oraz zachowań, które mają służyć realizowaniu tych wartości, przy czym przestrzeganie norm prawnych wsparte jest nie tylko oddziaływaniami wychowawczymi, ale i sformalizowanymi oddziaływaniami represyjnymi ze strony organizacji państwowej” (Ziemiński 2001: 235). Jedną z takich chronionych wartości jest życie człowieka.

Rola prawa nie ogranicza się tylko do regulacji następstw samobójstwa. W systemie prawnym znajdziemy bowiem przepisy, które (choćby pośrednio) mają chronić przed samobójstwem, a więc mają na celu zmniejszenie liczby samobójstw. Jest to niewątpliwie związane ze znaczeniem człowieka w systemie prawa. Prawo służy dobru człowieka, a w przypadku np. prawa administracyjnego uznać można to „za jego podstawową, w istocie jedyną powinność i sens jego istnienia. Wszystko inne – struktury administracyjne, związki między tymi strukturami, kompetencje, formy działania, wszelka reglamentacja itd. – służy temu jednemu celowi” (Zimmermann 2020: 572). Pisząc o człowieku, rozumieć należy przez to człowieka jako osobę, a nie część przyrody, a więc człowieka posiadającego godność (o godności: por. niżej).

Człowiek, wspólnota a samobójstwo

Człowiek jest istotą społeczną dążącą do zbliżenia z innymi istotami. Z tego też powodu pojęcie wspólnoty jest tu istotne. Wspólnoty te mogą być tak rozwinięte jak państwo, ale człowiek może tworzyć wspólnoty mniejsze. Typowe choćby dla J. Finnis’a ujęcie kooperacji może posłużyć do określenia istnienia wspólnoty: grupa, niezależnie od tego, czy będzie to drużyna, klub, towarzystwo, przedsiębiorstwo, korporacja istnieje wszędzie tam, gdzie przez dłuższy czas pewna liczba osób koordynuje swoje działania, nadając im postać interakcji i mając na widoku wspólny cel (Finnis 2001: 170–171). Jeżeli człowiek odbiera sobie życie, wówczas wpływa to w sposób bezpośredni na byt całej wspólnoty. Wspólnota polityczna i władza publiczna opierają się „na naturze ludzkiej; natomiast forma ustroju i wybór władz pozostawione są wolnej woli obywateli” (*Gaudium et spes*, nr 74). Porządek polityczny, porządek związany z organizacją i funkcjonowaniem państwa, odpowiadający wymogom ludzkiej natury, to porządek rozumny.

Rozumny porządek zakłada, że ludzie mogą harmonijnie ze sobą współżyć w ramach tej samej wspólnoty, szanując wzajemnie prawo swobodnego wyznaczania przez każdego własnych celów oraz podejmowania stosownych do

tych celów działań (Stawrowski 2006: 442). I tutaj istotny jest czynnik ludzki; ludzie to bowiem żywe i społeczne istoty posługujące się rozumem, które zgodnie z ich najwyższym, moralnym powołaniem muszą być traktowane przede wszystkim jako istoty autonomiczne, jako cele same w sobie (tamże).

Jeżeli więc człowiek rozumiany jako osoba, odbiera sobie życie, oznacza to ingerencję w życie wspólnoty. Z tego też powodu samobójstwo nie może być obojętne dla prawa, które reguluje nie tylko kwestie związane z jednostką, ale także relacje tej jednostki w określonych wspólnotach.

Jednak każde współzycie ludzi – niezależnie od tego, czy w większej czy mniejszej wspólnotcie, „aby było dobrze zorganizowane i rozwijało się pomyślnie, musi opierać się na podstawowej zasadzie, że każdy człowiek jest osobą, to znaczy istotą obdarzoną rozumem i wolną wolą, wskutek czego ma prawa i obowiązki, wypływające bezpośrednio i równocześnie z własnej jego natury. A ponieważ są one powszechne i nienaruszalne, dlatego nie można się ich w żaden sposób wyrzec” (Jan XIII, *Pacem in terris*, nr 9).

Godność osoby ludzkiej

W tym kontekście należy umieścić pojęcie godności człowieka oraz przysługujących mu praw. Prawa te są niezbywalne, bo wynikają z samego człowieczeństwa każdej ludzkiej osoby. Na godność człowieka składa się kilka elementów. Jednym z tych elementów jest to, iż źródłem godności jest prawo naturalne, a nie prawo stanowione. Wszelkie unormowania prawa pozytywnego muszą szanować tę zasadę, a jeżeli popadają z nią w kolizję, to tracą przymiot legitymizmu (Garlicki 2017: 109). Jest to istotne także w prawie administracyjnym; administracja publiczna także wydaje akty stanowienia prawa. Muszą one respektować godność człowieka. Z istoty aktu prawa miejscowego wynika niedopuszczalność takiego działania organu realizującego delegację ustawową, które polega na wykraczaniu poza zakres przekazanego upoważnienia oraz powtarzaniu bądź modyfikacji wiążących go norm o charakterze powszechnie obowiązującym. Jednak zasada godności człowieka, mająca rangę supra-konstytucyjną (tamże), nie pozwala organom administracji publicznej (w tym organom samorządu terytorialnego) na tworzenie prawa popadającego z nią w kolizję.

Przyrodzona i niezbywalna godność osoby stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona

jest obowiązkiem władz publicznych (art. 30 Konstytucji RP). Te wolności i prawa człowieka zawarte są w rozdziale II Konstytucji RP. Właśnie godność osoby ludzkiej jest tym, co powoduje, iż odebranie sobie życia nie może pozostać obojętne z punktu widzenia prawa. Godność (w znaczeniu godności osobowej) to „kategoria aksjologiczna, wartość wrodzona, trwała i niezbywalna oraz aksjomatyczna cecha człowieka. Przysługuje ona każdemu z racji bycia człowiekiem, nie wymaga uprzedniego 'zdobycia', nie może być też utracona” (Krzywoń 2018: 116). Godność człowieka to „wartość konstytucyjna stanowiąca podstawę całej konstytucyjnej aksjologii. Poszanowanie godności i życia człowieka stanowi podstawowy cel funkcjonowania demokratycznego państwa prawa. Z zasady poszanowania godności wynika, że człowiek powinien być traktowany jako wolny, autonomiczny podmiot, zdolny do rozwijania swej osobowości i kierowania własnym postępowaniem (...). Komentowana zasada oznacza, że człowiek zostaje uznany za najwyższą wartość, a każda istota ludzka za osobę” (Tuleja 2021).

Godność jest podstawą wolności i praw człowieka i obywatela, w tym życia ludzkiego. Trybunał Konstytucyjny w swoich orzeczeniach podkreślał związek godności osoby ludzkiej z prawem do życia. W jednym z wyroków, dotyczącym ubezpieczenia zdrowotnego (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03) wskazał on, że „swoistą konsekwencją art. 30 jest art. 38 Konstytucji, zgodnie z którym <Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia>. Ma on szczególne znaczenie i rodzi przez to określone konsekwencje wobec ustawodawcy pozytywnego. (...) Nie można mówić o ochronie godności człowieka, jeżeli nie zostały stworzone wystarczające podstawy do ochrony życia. Prawna ochrona życia ma charakter wieloaspektowy. (...) Fakt, iż ochrona życia zapewniana jest każdemu bez wyjątku człowiekowi, oznacza także, iż niedopuszczalne byłoby różnicowanie wartości ludzkiego życia w zależności od np. pozycji społecznej albo wieku konkretnej osoby. Jest to bowiem ochrona życia jako takiego, bez względu na społeczną wartość jaką przedstawia” (tamże, oraz wskazana tam literatura). W tym kontekście odebranie sobie życia uznać należy za fakt istotny także z punktu widzenia praw człowieka. Widać tu także znaczenie godności dla życia ludzkiego.

Dlatego też dziwić muszą próby relatywizowania godności osoby ludzkiej, dokonywane m.in. przez T. Pietrzykowskiego. Autor ten podkreśla, że „przyrodzona godność człowieka determinuje jego miejsce w porządku wartości chronionych przez prawo i wyznacza podstawowe zasady normatywne jego traktowania, zupełnie odmienne od tych, które dotyczą zwierząt – zajmujących

w tym porządku miejsce <nizsze>” (Pietrzykowski 2022: 29–30). Tego rodzaju przekonania ontologiczne i aksjologiczne leżące u podstaw zasadniczej odmienności traktowania człowieka i innych gatunków zwierząt określić można mianem humanizmu (tamże: 30); humanizm zaś pełni rolę quasi-religii i jest zabobonem (tamże: 32). Podkreśla on dalej, iż „człowiek jest nie tylko wytworem tej samej ewolucji gatunków, co inne zwierzęta, lecz jest z nimi także genetycznie spokrewniony w sposób ujawniający zasadniczą zbieżność funkcjonalności poszczególnych struktur układu nerwowego” (tamże: 32). Odnosząc się do tych kwestii, podkreślić należy, iż godność człowieka nie została przez tegoż człowieka „wymyślona” jako pewnego rodzaju forma religijna, lecz po to, by chronić tego człowieka przez zakusami innego człowieka, a także władzy publicznej. Godność osoby ludzkiej pełni funkcję ochronną i nie powinno się jej łączyć z ochroną zwierząt. Deprecjacja godności ludzkiej nie spowoduje zwiększonej ochrony zwierząt, a skutkować może pogorszeniem pozycji prawnej człowieka jako osoby oraz umniejszeniem znaczenia życia człowieka. W kontekście zmarginalizowania godności człowieka inaczej może wyglądać spojrzenie na sam czyn odebrania sobie życia: jeżeli zdeprecjonujemy godność osoby ludzkiej, to wówczas odebranie sobie życia przez człowieka rozumianego jako część przyrody (a nie przez człowieka-osobę „zaopatrzoną” w godność) będzie aktem obojętnym. Do takiej sytuacji (w której samobójstwo uznajemy za obojętne) nie można dopuścić, należy więc bronić godności człowieka. Człowiek jest osobą (a więc ma godność); nie jest tylko częścią przyrody, nie jest tym samym co inne zwierzęta; tworzy wspólnoty społeczne (rodzina, państwo i inne) – w takim kontekście odebranie sobie życia nie może być dla nikogo obojętne.

Prawne pojęcie samobójstwa

Pojęcie samobójstwa nie zostało zdefiniowane w prawie. Przepisy prawa posługują się tym określeniem, nie definiując go, np. w art. 833 kodeksu cywilnego (k.c.) lub w przepisach wykonawczych (o czym będzie mowa niżej), lub używają innych wyrażeń: w art. 151 kodeksu karnego (k.k.) jest mowa o „targnięciu się na własne życie”. W takim przypadku pojęcie „samobójstwo” należy rozumieć w sposób typowy dla języka codziennego: „normie należy przypisać takie znaczenie, jakie ma ona w języku potocznym, chyba że ważne względy przemawiają za odstąpieniem od tego znaczenia (...)” Język prawny jest

odmianą języka potocznego i musi być interpretowany na gruncie jego reguł” (Morawski 2001: 170). W języku codziennym samobójstwo to „odebranie sobie życia” (*Słownik języka polskiego* 2010: 891); „celowe odebranie sobie życia, działanie na własną szkodę” (<https://sjp.pwn.pl/szukaj/samob%C3%B3jstwo.html>). Chodzi więc o pewne działanie nakierowane na pozbawienie swojego życia – zamierzone, umyślne i nieprzypadkowe. Tak też samobójstwo rozumiane jest w prawie. Poniżej przedstawione zostaną niektóre przepisy prawne regulujące samobójstwo/odebranie sobie życia.

Niewątpliwie samobójstwo rozumiane jest jako czyn nadzwyczajny, wpływający bezpośrednio na rzeczywistość i godzący w normalny tok czynności. Tak samobójstwo rozumiane jest np. w nowej ustawie z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. z 2022 r., poz. 1700); w art. 87 pkt 12 lit. j tej ustawy samobójstwo nieletniego albo usiłowanie jego dokonania stanowi jedno z „wydarzeń nadzwyczajnych” rozumianych jako: „zdarzenie, które spowodowało zagrożenie lub naruszenie bezpieczeństwa młodzieżowego ośrodka wychowawczego, okręgowego ośrodka wychowawczego, zakładu leczniczego dysponującego warunkami wzmocnionego lub maksymalnego zabezpieczenia, zakładu poprawczego lub schroniska dla nieletnich, zdrowia lub życia nieletniego, pracownika tego ośrodka, zakładu lub schroniska lub innej osoby przebywającej na jego terenie”. Samobójstwo jest więc zdarzeniem rzadko się zdarzającym (w tym znaczeniu, że nie jest codziennością), spowodowane jest niezwykłymi okolicznościami – cechy te odnoszą się nie tylko do ww. ustawy.

Ochrona zdrowia psychicznego

W systemie prawa znajdują się przepisy, które przewidują postępowanie w przypadku zagrożenia odebraniem sobie życia przez daną osobę. Zgodnie z art. 31 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 2123) w razie stwierdzenia, że osoba, wobec której wszczęto postępowanie dot. przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, wskutek choroby psychicznej zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo zdrowiu innych osób, wówczas stosuje się art. 23 tej ustawy, który pozwala na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta. Często bowiem „procedura związana z umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym konkretnej osoby bez jej zgody, lecz na wniosek uprawnionego podmiotu (...) z uwagi na konieczność uzyskania orzeczenia sądowego może być długotrwała, a stan zdrowia osoby chorej

psychicznie uzasadnia szybkie jej umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym. W zaistniałej zatem sytuacji (...) osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym (...) to jest bez jej zgody, jeżeli tylko zostanie stwierdzone przez lekarza, iż na skutek choroby psychicznej zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Takie przyjęcie do szpitala wymaga zatwierdzenia przez ordynatora oraz powiadomienia przez kierownika szpitala sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala (Eichstaedt 2016, komentarz do art. 31).

Samobójstwa wśród uczniów

Szczególną uwagę poświęcić należy samobójstwom/próbowi samobójstw wśród uczniów. Nie ma obecnie przepisów rangi ustawowej, które w sposób szczególny regulowałyby postępowanie w przypadku prób samobójczych lub samobójstwa ucznia. Niewątpliwie szkoły jako elementy systemu oświaty, muszą zapewniać realizację wartości wyrażonych w preambule oraz w art. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 1082). Ponadto nauczyciel, zgodnie z art. 5 tej ustawy „w swoich działaniach dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych ma obowiązek kierowania się dobrem uczniów, troską o ich zdrowie, postawę moralną i obywatelską, z poszanowaniem godności osobistej ucznia”. Niewątpliwie istotna jest także pomoc psychologiczno-pedagogiczna, udzielana uczniowi w przedszkolu, szkole, która polega na „rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym” (§ 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 1280). Potrzeba objęcia ucznia taką pomocą wynikać może (co wynika z § 2 ust. 2 tego rozporządzenia) m.in. z zaburzeń zachowania lub emocji, z choroby przewlekłej, z sytuacji kryzysowych lub traumatycznych, z niepowodzeń edukacyjnych, z zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego

i kontaktami środowiskowymi, z trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego.

To właśnie psychologzy i pedagodzy szkolni mogą opracowywać pewne szczególne procedury postępowania w przypadku prób samobójczych lub samobójstwa ucznia. Są one następnie przyjmowane przez dyrektora danej placówki. Analiza procedur obowiązujących w różnych szkołach w tym zakresie pozwala wyodrębnić kilka stałych elementów: I tak, każdy pracownik danej placówki jest zobowiązany do reagowania na wszelkie sygnały o ryzyku zachowania autodestrukcyjnego u ucznia. W przypadku zaobserwowania lub powzięcia informacji, że uczeń planuje podjąć lub podjął próbę samobójczą, każdy pracownik powinien niezwłocznie poinformować o tym dyrektora placówki. Obowiązek ten dotyczy każdego pracownika, nie tylko nauczycieli.

Obok elementów proceduralnych (dotyczących trybu postępowania) w ww. dokumentach wymienia się również elementy „materialne”; zwraca się np. uwagę na zachowania, które powinny zaniepokoić pracowników szkoły; są to m.in. mówienie bezpośrednio lub pośrednio o samobójstwie, pisanie listów pożegnalnych, przejawianie przez ucznia zainteresowania problematyką śmierci, mówienie o poczuciu bezradności i beznadziejności, okaleczanie się, długotrwały stan smutku, izolowanie się itd.

Każdy, kto zauważył niepokojące sygnały, zobowiązany jest do zgłoszenia określonym podmiotom (pedagogowi, wychowawcy, dyrekcji itd.). Po odebraniu zgłoszenia w niektórych procedurach przewiduje się dokonanie analizy/diagnozy zgłoszenia oraz sytuacji szkolnej i rodzinnej ucznia. Przewidziany jest także kontakt z rodzicami. Wraz z rodzicami ustalane są zasady postępowania wobec uczniów.

Przewidziane są również procedury, które stosuje się w przypadku posiadania informacji, iż uczeń zamierza popełnić samobójstwo, przy czym źródło takiej informacji może być dowolne (informacja od samego ucznia, innych uczniów, rodziny, osób trzecich). Pracownik, który otrzyma taką informację, ma obowiązek odnaleźć niezwłocznie ucznia i obowiązkowo powiadomić wychowawcę klasy i pedagoga szkolnego. Odnalezionego ucznia nie należy zostawiać samego, lecz przeprowadzić w ustronne i bezpieczne miejsce, a następnie przekazać pod opiekę rodzicom lub opiekunom. Uczeń powinien być niezwłocznie objęty indywidualną opieką psychologiczną i pedagogiczną na terenie szkoły oraz terapeutyczną poza szkołą.

W wielu placówkach obowiązuje także postępowanie w przypadku powzięcia informacji, że uczeń podjął próbę samobójczą. Wówczas

należy powiadomić o tym fakcie dyrektora szkoły, ten zaś rodziców/opiekunów (w przypadku próby samobójczej w szkole czy innej placówce. Konieczne jest również wezwanie pogotowia ratunkowego. Dyrektor szkoły, pedagog szkolny lub wychowawca mają obowiązek dokonać oceny sytuacji i przeprowadzić rozmowę wspierającą z rodzicami oraz przekazują informacje dotyczące pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Jeżeli próba samobójcza ma miejsce w domu, a rodzic poinformował o zajściu szkołę, dyrektor szkoły, pedagog szkolny przekazuje rodzicom informacje dotyczące pomocy psychologiczno-pedagogicznej. O próbie samobójczej dyrektor informuje Radę Pedagogiczną pod rygorem tajemnicy w celu podjęcia wspólnych działań oraz obserwacji zachowania ucznia po jego powrocie do szkoły przez wszystkich nauczycieli. Pedagog szkolny planuje dalsze działania mające na celu zapewnienie uczniowi bezpieczeństwa w szkole, atmosfery życzliwości i wsparcia oraz przekazują rodzicom informacje o możliwościach uzyskania pomocy psychologiczno-pedagogicznej poza szkołą. W przypadku śmierci ucznia w wyniku samobójstwa dyrektor szkoły informuje organ prowadzący i nadzorujący szkołę o zaistniałej sytuacji. Pedagog szkolny oraz wychowawcy udzielają pomocy psychologiczno-pedagogicznej innym uczniom szkoły (przede wszystkim grupie klasowej).

Niewątpliwie istnienie takich procedur ocenić należy pozytywnie. Są to procedury ustalane na szczeblu poszczególnych placówek; dlatego też poszczególne czynności mogą się między sobą różnić. Postulatem *de lege ferenda* może być propozycja uregulowania takiej procedury aktem powszechnie obowiązującym, po dokonaniu konsultacji ze specjalistami z zakresu pedagogiki i psychologii.

Procedury te mają charakter wewnętrzny, jednak istnieje obowiązek ich przestrzegania przez pracowników oświaty – jest to obowiązek traktowany w kategoriach obowiązków pracowniczych. Ponadto, pracownik oświaty powinien mieć świadomość, iż obowiązuje art. 162 k.k., zgodnie z którym „kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. Przepis ten jest dokonane z chwilą uchylenia się od udzielenia pomocy w warunkach wskazanych w tym przepisie, „choćby nie nastąpił żaden efektywny skutek w postaci śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu osoby zagrożonej. Dla bytu przestępstwa z art. 162 § 1 k.k. nieistotne jest natomiast zagadnienie, czy działanie,

którego sprawca zaniechał, rzeczywiście przyniosłoby ratunek. Decydujące jest, że sprawca, widząc utrzymujące się lub nawet pogłębiające zagrożenia dla życia lub zdrowia człowieka, nie podejmuje wszelkich dostępnych środków mogących uchylić lub choćby pomniejszyć wspomniane zagrożenia. Zachowanie oskarżonego cechuje wyjątkowo wysoki stopień społecznej szkodliwości. Naruszono najwyższe dobro jakim jest życie człowieka” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 21 listopada 2018 r., II AKa 148/18).

Samobójstwo w kodeksie cywilnym

Jeżeli chodzi o prawo cywilne, to odniesienie do samobójstwa znajduje się w art. 833 k.c. Jest to przepis znajdujący się w Księdze trzeciej („Zobowiązania”), tytule XXVII („Umowa ubezpieczenia”), dziale III („Ubezpieczenia osobowe”) kodeksu cywilnego. Stanowi on, że „Przy ubezpieczeniu na życie samobójstwo ubezpieczonego nie zwalnia ubezpieczyciela od obowiązku świadczenia, jeżeli samobójstwo nastąpiło po upływie lat dwóch od zawarcia umowy ubezpieczenia. Umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić ten termin, nie bardziej jednak niż do 6 miesięcy”. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Poznaniu: „w przypadku ubezpieczenia grupowego dwuletni (o ile nie został skrócony) termin jest zachowany w przypadku ciągłości ubezpieczenia, bez względu na zmianę w międzyczasie ubezpieczyciela. Za taką wykładnią przemawiają przede wszystkim względy celowościowe, dla jakich ustawodawca zastrzegł w art. 833 Kodeksu cywilnego termin dwóch lat od zawarcia umowy ubezpieczenia. Po upływie dwóch lat urywa się już związek przyczynowy między zawarciem umowy ubezpieczenia na życie a decyzją o samobójstwie i zgon z tej przyczyny należy traktować równorzędnie ze zgonami z innych przyczyn” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 grudnia 2017 r., I ACa 649/17). Samobójstwo w rozumieniu tego przepisu (art. 833 k.c.) ma miejsce wówczas, „gdy śmierć ubezpieczonego następuje w wyniku rozmyślnych działań podjętych przezeń w celu pozbawienia się życia. Śmiercią samobójczą nie jest więc śmierć wskutek podjętych przez ubezpieczonego działań ryzykownych i niebezpiecznych, których celem nie było jednak pozbawienie się życia przez osobę, która działania takie podjęła. Dotyczy to również przypadku, gdy ubezpieczony zdawał sobie sprawę z zagrożenia swego życia przy podejmowaniu ryzykownych działań. Skutkiem uznania, że w takim przypadku nie mamy do czynienia ze śmiercią samobójczą, jest dopuszczalność kwalifikacji

takiej śmierci jako wypadku ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu na życie” (Gutowski 2022, komentarz do art. 833 kodeksu cywilnego). Samobójstwo rozumieniu tego przepisu nie jest więc zdarzeniem przypadkowym, nie jest zdarzeniem losowym. W art. 833 nie mają znaczenia także przyczyny samobójstwa – chodzi o odebranie sobie życia przez osobę, niezależnie od powodu.

Samobójstwo w kodeksie karnym

W kodeksie karnym spenalizowany został czyn polegający na namowie i pomocy do samobójstwa; targnięcia się człowieka na własne życie nie jest czynem określonym przez żaden z przepisów kodeksu karnego. Zgodnie z art. 151 kodeksu karnego „kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”. Szczegółne istotne jest oddzielenie tego czynu od zabójstwa z art. 148 k.k.: „osoba, którą się namawia lub której udziela się pomocy do targnięcia się na własne życie, musi ze względu na swoje właściwości psychiczne być w stanie rozpoznać w pełni znaczenie czynu i pokierować swoim postępowaniem. Przy braku takiego rozeznania (dziecko, osoba niepočetna), czyn sprawcy może być uznany za przestępstwo z art. 148 kodeksu karnego” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 13 listopada 2009 r., II AKa276/09). Między namową lub udzieleniem pomocy a aktem targnięcia się na życie musi zachodzić związek przyczynowy. Warunek związku przyczynowego określony jest jako namowa lub udzielenie pomocy, zaś skutek związku przyczynowego to doprowadzenie (innego) człowieka do targnięcia się na własne życie.

Natomiast w literaturze pojawiły się wątpliwości, czy targnięcie się człowieka na własne życie/samobójstwo nie zostało w kodeksie karnym zakazane w sposób pośredni. Wynika to z art. 162 k.k., który stanowi, że „kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 (§ 1). „Nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej” (§ 2). Dla bytu przestępstwa z art. 162 § 1 k.k. nieistotne jest,

czy działanie, którego sprawca zaniechał, rzeczywiście przyniosłoby ratunek. Decydujące jest, że sprawca, widząc utrzymujące się lub nawet pogłębiające zagrożenia dla życia lub zdrowia człowieka, nie podejmuje wszelkich dostępnych środków mogących uchylić lub choćby pomniejszyć wspomniane zagrożenia. Obowiązek udzielenia pomocy powstaje z chwilą wystąpienia położenia zagrożającego bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a kończy się z chwilą przerodzenia się niebezpieczeństwa w skutek w postaci śmierci albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub z chwilą ustania niebezpieczeństwa (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 29 sierpnia 2019 r., II Aka78/19).

Jak podaje K. Burdziak, „kwestią wymagającą szczególnego zainteresowania w kontekście interesującego nas zagadnienia (a więc w kontekście zjawiska samobójstwa) winna być przy tym odpowiedź na pytanie: czy celem przepisu art. 162 § 1 k.k. jest zwalczanie samobójstw (prób samobójczych), czy też nie? Wszak jeżeli taki jest właśnie cel rzeczonoego przepisu, to można by uznać, że ustawodawca – w sposób pośredni, co prawda, ale jednak – zakazał człowiekowi targnięcia się na własne życie/popelnienia samobójstwa” (Burdziak 2019: 128). Zdaniem tego autora, odpowiedź na to pytanie powinna być negatywna. Zadaniem analizowanego przepisu jest tylko uszczelnienie utworzonego przez państwo systemu ochrony najcenniejszych dóbr obywateli, czyli ich życia i zdrowia (wyraźnie wskazuje na to zresztą zarówno treść art. 162 § 1 k.k., jak i tytuł rozdziału XIX Kodeksu karnego, w którym ów przepis się znajduje), wzmocnienie w społeczeństwie poczucia solidarności z osobami znajdującymi się niebezpieczeństwie; nie jest nim natomiast walka z samobójstwami (tamże).

Samobójstwo w ustawie o pomocy społecznej

W sposób pośredni z samobójstwem mamy do czynienia na gruncie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 2268). Może się bowiem zdarzyć, iż na skutek samobójczej śmierci członka rodziny będącego „jedynym żywicielem rodziny”, popadnie ona (tj. rodzina) w trudną sytuację życiową. Pomoc społeczna jest bowiem instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości; „pomoc

społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka. Rolą organów pomocy społecznej jest zatem wspieranie potrzebujących osób i rodzin w celu ich usamodzielnienia się oraz ich integracji ze środowiskiem. Funkcji tej nie można jednak utożsamiać z obowiązkiem stałego dostarczania środków pieniężnych w wysokości satysfakcjonującej wnioskodawców oraz zaspokajania wszystkich ich oczekiwań zmierzających do podwyższenia standardu codziennego funkcjonowania beneficjentów pomocy społecznej” (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 grudnia 2021 r., I OSK 825/21). Niektóre formy pomocy społecznej przybierają jednak formę uznania administracyjnego (np. zasiłek celowy: art. 39 ww. ustawy). Akty uznaniowe to takie akty, które zawierają pewien luz decyzyjny pozostawiony organowi stosującemu prawo. Mamy więc z nimi do czynienia, gdy ustawodawca pozostawia organowi administracji publicznej pewien zakres możliwości decydowania o treści aktu administracyjnego. Uznanie administracyjne zachodzi wówczas, gdy administracja dla urzeczywistnienia stanu prawnego może wybierać między różnymi rozwiązaniami. Inaczej mówiąc, ustawa pozwala na wybór następstwa prawnego, przy czym można dokonać wyboru między dwiema lub więcej możliwościami. Ze względu na wymagania praworządności upoważnienie do jego stosowania musi być zawarte w aktach rzędu ustawy bądź opartych na upoważnieniu ustawowym. Powinno być sformułowane w sposób wyraźny. Nie wolno go domniemywać.

Istota aktu uznaniowego polega na tym, że ustawodawca pozostawia organowi administracji publicznej pewną swobodę w kształtowaniu treści aktu. Nie chodzi tu o swobodną ocenę dowodów zgromadzonych w trakcie postępowania, ani też interpretację pojęć nieostrych występujących w normie prawnej stanowiącej podstawę wydania aktu, ale swoisty luz decyzyjny (luz uznaniowy) jakim dysponuje organ administracji po przeprowadzeniu postępowania, po wyjaśnieniu wszystkich okoliczności faktycznych i prawnych sprawy, na etapie podejmowania rozstrzygnięcia. Luzu takiego organ nie ma, jeśli z przepisów wynika, że akt ma charakter związany.

Organ administracji publicznej, wykorzystując kompetencje uznaniowe, nie może przekraczać granic tego uznania. Wyróżnić można granice zewnętrzne i wewnętrzne uznania administracyjnego. Granice „wewnętrzne” uznania administracyjnego to pewne wartości, zbiorczo określane jako interes publiczny, którymi organ powinien się kierować przy podejmowaniu rozstrzygnięcia. Natomiast granice „zewnętrzne” są kształtowane przez normy

prawne, stanowią pochodną celów, dla realizacji których ustawodawca wyposaża organ w możliwość działania uznaniowego. Cele te zazwyczaj wynikają wprost z przepisów ustawy, w której regulacjach znajduje się norma materialnoprawna zawierająca upoważnienie do korzystania z uznania, ale też z norm zawartych w innych aktach prawnych. Niewątpliwie samobójstwo członka rodziny wpływa w sposób zasadniczy na sytuację danej rodziny. Rozpatrując sprawę administracyjną, która ma zakończyć się wydaniem aktu uznaniowego, uwzględnić należy tę okoliczność i zbadać, jak wpłynęła na sytuację majątkową i osobistą członków rodziny. Celem pomocy społecznej jest bowiem pomoc osobom, które znalazły się w trudnej sytuacji. Jeżeli osoba, która popełniła samobójstwo, była osobą utrzymującą całą rodzinę, wówczas przekroczeniem granic uznania administracyjnego może być (hipotetycznie) odmowa przyznania danego świadczenia (przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy) – organ może działać wówczas w sposób arbitralny.

Podsumowanie

Odebranie sobie życia (samobójstwo) jest czynem mającym wpływ nie tylko na daną osobę, która popełnia samobójstwo. Czyn ten oddziałuje na otoczenie społeczne i wpływa na stosunki społeczne, w jakie „uwikłana” była osoba, która samobójstwo popełniła. Istotne znaczenie ma tu godność człowieka, powiązana także z życiem człowieka. Deprecjonowanie tej godności (mające miejsce w nauce prawa) jest niebezpieczne nie tylko dla życia osoby ludzkiej, ale także dla innych wolności i praw człowieka i obywatela.

Przepisy prawne odnoszą się do różnych aspektów samobójstwa – w kodeksie cywilnym i w kodeksie karnym znajdują się przepisy dotyczące sytuacji, w której już popełniono samobójstwo. Podobnie, w prawie pomocy społecznej „punktowo” obowiązują przepisy, które odnoszą się do zapobiegania samobójstwom. Obowiązują one tylko w niektórych obszarach życia publicznego, a w innych, np. w oświacie, mogą wynikać z regulacji wewnętrznej. Należy zatem postulować, by tę kwestię uregulować w przepisach powszechnie obowiązujących.

Bibliografia

- Burdziak K. (2019). *Samobójstwo w prawie polskim*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Chauvin T., Stawecki T., Winczorek P. (2019). *Wstęp do prawoznawstwa*, Warszawa: C.H. Beck.
- Eichstaedt K.Z., [w:] Bobińska K., Eichstaedt K.Z., Gałęcki P. (2016). *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, LEX, komentarz do art. 31, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publikacje/komentarze/ustawa-o-ochronie-zdrowia-psychicznego-komentarz-wyd-ii-587512094>.
- Finnis J. (2001). *Prawo naturalne i uprawnienia naturalne*, tłum. K. Lossman, Warszawa: Wydawnictwo ABC.
- Garlicki L. (2017). *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Gutowski M. (2022). *Kodeks cywilny. Tom I–III. Komentarz*, Warszawa, komentarz do art. 833 kodeksu cywilnego, Legalis C.H. Beck.
- Krzywoń A., [w:] Brzozowski W., Krzywoń A., Wiącek M. (2018), *Prawa człowieka*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Morawski L. (2001), *Wstęp do prawoznawstwa*, Toruń: TNOiK „Dom Organizatora”.
- Pietrzykowski T. (2022), *Prawo ochrony zwierząt. Pojęcia, zasady, dylematy*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Słownik języka polskiego* (2010), red. E. Sobol, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stawrowski Z. (2006). *Prawo naturalne a ład polityczny*, Kraków–Warszawa: Wydawnictwo ISP PAN.
- Tuleja P. (2021) (red.). *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, LEX/el., komentarz do art. 30 Konstytucji.
- Ziemiński Z. (2001), [w:] Wronkowska S., Ziemiński Z., *Zarys teorii prawa*, Poznań: Przedsiębiorstwo Wydawnicze Ars boni et aequi.
- Zimmermann J. (2020), *Prawo administracyjne*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Akty prawne

- Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jedn. Dz.U. 2022, poz. 1138).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. (tekst jedn. Dz.U. 2022, poz. 1360).
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. 2022, poz. 1700).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. 2022, poz. 2123).
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (tekst jedn. Dz.U. 2021, poz. 1082).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. 2021, poz. 2268).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (tekst jedn. Dz.U. 2020, poz. 1280).

Orzecznictwo sądowe

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 grudnia 2021 r., I OSK 825/21.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 21 listopada 2018 r., II AKa 148/18.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 grudnia 2017 r., I ACa 649/17.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 13 listopada 2009 r., II AKa 276/09.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 29 sierpnia 2019 r., II Aka 78/19.

Myśli i tendencje samobójcze uczestnika procesu sądowego. Studium przypadku

Wstęp

Od 2014 roku prowadzę kancelarię adwokacką, wykonując praktykę ogólną w zakresie wielu dziedzin prawa. Do częstych należą sprawy z zakresu prawa rodzinnego, w tym postępowania rozwodowe. Postępowanie sądowe, zarówno karne jak i cywilne, jest bardzo często traumatycznym doświadczeniem dla człowieka, tym bardziej, jeśli dotychczas nie zetknął się osobiście z wymiarem sprawiedliwości. Ma on świadomość, że wynik procesu znacząco wpłynie na jego życie. Poza przypadkami pozorowania myśli i prób suicydalnych w celu osiągnięcia korzystnego dla siebie rozstrzygnięcia, przedmiotem mojego zainteresowania są sytuacje rzeczywistych przeżyć podsądnych, którzy w toku postępowania nie dostrzegają innego rozwiązania swoich problemów, jak popełnienie samobójstwa. Najprostszym przykładem byłyby sprawy karne, jednak zdecydowałam się przedstawić przypadek sprawy rozwodowej, w której jedną ze stron jest osoba podejrzewana o narcystyczne zaburzenie osobowości. Procesy rozwodowe z udziałem narcyzów należą do najcięższych. Już samo ustalenie jak i przekonanie sądu, że mamy do czynienia z osobą zaburzoną emocjonalnie, jest niezwykle trudne. Narcyz potrafi świetnie zagrać rolę ofiary, stosując cały arsenał różnorodnych taktyk. Z reguły jest to mistrz manipulacji. Do tego dochodzi jeszcze słabość drugiej strony jako byłego partnera narcyza, który jest w depresji, przeżywa niezwykle skomplikowane problemy emocjonalne, będące wynikiem nieraz wieloletniego drenowania psychicznego i fizycznego. Wydaje się, że w starciu z narcyzem nie ma on żadnych szans, stoi na góry przegranej pozycji, zwłaszcza że został pozbawiony, będąc w związku z narcyzem, samodzielności finansowej, majątkowej, jest uzależniony emocjonalnie. Jego życie jawi mu się jako jedna wielka porażka. Nie widzi nawet sensu fizycznego trwania. Uważa, że jedynym rozwiązaniem jego problemów jest samobójstwo. W takiej sytuacji niezwykle istotna jest rola pełnomocnika; jeśli

nie potrafi właściwie zdiagnozować, z jakim przypadkiem ma do czynienia, albo go bagatelizuje, może nie pomóc, ale wręcz zaszkodzić swojemu klientowi.

Stan faktyczny

Pozwany:

Pewnego dnia w mojej kancelarii stawił się Pan XY prosząc, bym sprawdziła, czy jego żona wniosła pozew o rozwód. Uczyniłam zadość jego prośbie – okazało się, że tak. Wówczas umówił się ze mną na spotkanie celem udzielenia mi pełnomocnictwa¹.

W owym czasie mój nowy klient korzystał z pomocy psychiatry, bowiem latem, gdy okazało się, że jego żona ma romans, przestał pracować, w dzień leżał w pokoju z zasuniętymi zasłonami, nie wychodził z domu. W którymś momencie powiedział mi, że jak zobaczył przerażone oczy swoich małoletnich dzieci, pomyślał, że mają już tylko jego i nie może on ich opuścić. Powrócił do miejsca pracy, ale jej nie wykonywał, nie jadł, nie spał, jego szef w końcu wziął go na obiad, a potem wysłał do domu, żeby się choć trochę przespał.

Państwo Y przez wiele lat mieszkali u rodziców żony, następnie wybudowali dom jednorodzinny na działce należącej do Pana Y, który o ten składnik majątku rozszerzył wspólność majątkową małżeńską, czyli żona Pana XY stała się współwłaścicielką nieruchomości². Sferą życia małżeńskiego, z której Pan XY był bardzo zadowolony, była sfera seksualna.

Pan XY pochodził z biednej rodziny, rodzice byli „chłoporobotnikami” czyli utrzymywali się z gospodarstwa rolnego, dodatkowo pracowali poza rolnictwem.

Mój klient uzyskał wykształcenie zawodowe. W trakcie małżeństwa dwukrotnie planował podjęcie nauki w szkole średniej, ale żona na to się nie zgadzała. Pan XY był przez żonę ograniczany, jeśli chodzi o możliwość kontaktów ze swoją rodziną względnie w ogóle w możliwości opuszczania domu.

1 Art. 86 i nast. ustawy z dnia 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U.2021, poz. 1805 t.j. (dalej k.p.c.)

2 Art. 47 § 1 ustawy z dnia 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 2020, poz. 1359, t.j. (dalej: k.r. i o.).

Pan XY według deklaracji darzył żonę wielką miłością, była jego pierwszą dziewczyną, nigdy nie miał innej partnerki. Dbał o nią pod wieloma względami: towarzyszył w trakcie wizyt lekarskich, uczestniczył we wszystkich porodach, sprawiał prezenty, opłacał benzynę i całe utrzymanie domu, po pracy zajmował się dziećmi: odrabiał z nimi lekcje, woził do szkoły, uczestniczył w wywiadówkach, należał do „trójki” klasowej.

Powódka:

Pani ZY poznała swego przyszłego męża jako bardzo młoda dziewczyna. W wieku niecałych 18 lat zaszła z nim w ciążę. Odbył się ślub w niezwykle bogatej oprawie, jako że rodzice panny młodej uchodzili za ludzi majątnych.

Pani ZY niczego nie brakowało w dzieciństwie i młodości, wręcz była wychowywana w przekonaniu, że wszystko czego sobie zażyczy, musi otrzymać, a rodziców było stać spełniać jej zachcianki.

Gdy syn miał 3 lata, Pani ZY przy poparciu męża rozpoczęła naukę w liceum, gdzie dopuściła się pierwszej zdrady, następnie po 5 latach z tym samym mężczyzną ponownie nawiązała romans. Zainteresowanie innymi mężczyznami negocowała, twierdząc, że mąż jest chorobliwie zazdrosny, sam ją zdradza, ma urojenia, powinien udać się do psychiatry – w tym postępowaniu wspierała ją cały czas matka.

Pani ZY podjęła pracę na zmiany, czym tłumaczyła niemożność zajmowania się domem i dziećmi, nie gotowała obiadów, po przeprowadzce do własnego domu przywoziła obiady od matki, wynajęła sprzątaczkę. Pani ZY miała bardzo wysokie wymagania finansowe wobec męża, uznawała tylko markowe ubrania (czasami nowe z metkami mąż wyrzucał, gdyż zmieniała się moda), za współżycie seksualne z mężem żądała czasem pieniędzy, co on uważał za rodzaj zabawy erotycznej. Miała też skłonność do zakupoholizmu, a także tendencję do ekshibicjonizmu, cierpiała na bulimię. Pani ZY wielokrotnie naruszała obowiązujące prawo, w szczególności przepisy ruchu drogowego, powodując stłuczki, dostawała mandaty za przekraczanie prędkości, straciła nawet z tego powodu prawo jazdy na 3 miesiące, kradła w sklepach i na stacji benzynowej.

Od mniej więcej 10 lat powódka korzystała z zabiegów medycyny estetycznej, uczęszczała na siłownię. Tam poznała młodego mężczyznę, z którym się związała, a następnie wniosła pozew o rozwód, oświadczając mężowi, że w ciągu 3 miesięcy znajdzie się on „na ulicy”, bez pracy, bez dachu nad głową. W trakcie procesu rozwodowego wielokrotnie powódka składała

zawiadomienia o znęcaniu się nad nią przez Pana XY, jednak albo odmawiano wszczęcia postępowania albo wszczęte umarzano.

Problematyka procesowa:

Kwestię rozwodu oraz innych zagadnień okółorozwodowych regulują przepisy art. 56-58 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego:

Art. 56. [Rozwód]

§ 1.

Jeżeli między małżonkami nastąpił zupełny i trwały rozkład pożycia, każdy z małżonków może żądać, ażeby sąd rozwiązał małżeństwo przez rozwód.

§ 2.

Jednakże mimo zupełnego i trwałego rozkładu pożycia rozwód nie jest dopuszczalny, jeżeli wskutek niego miałyby ucierpieć dobro wspólnych małoletnich dzieci małżonków albo jeżeli z innych względów orzeczenie rozwodu byłoby sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

§ 3.

Rozwód nie jest również dopuszczalny, jeżeli żąda go małżonek wyłącznie winny rozkładu pożycia, chyba że drugi małżonek wyrazi zgodę na rozwód albo że odmowa jego zgody na rozwód jest w danych okolicznościach sprzeczna z zasadami współżycia społecznego.

Art. 58. [Inne rozstrzygnięcia sądu rozwodowego]

§ 1.

W wyroku orzekającym rozwód sąd rozstrzyga o władzy rodzicielskiej nad wspólnym małoletnim dzieckiem obojga małżonków i kontaktach rodziców z dzieckiem oraz orzeka, w jakiej wysokości każdy z małżonków jest obowiązany do ponoszenia kosztów utrzymania i wychowania dziecka. Sąd uwzględnia pisemne porozumienie małżonków o sposobie wykonywania władzy rodzicielskiej i utrzymywaniu kontaktów z dzieckiem po rozwodzie, jeżeli jest ono zgodne z dobrem dziecka. Rodzeństwo powinno wychowywać się wspólnie, chyba że dobro dziecka wymaga innego rozstrzygnięcia.

§ 1a.

W braku porozumienia, o którym mowa w § 1, sąd, uwzględniając prawo dziecka do wychowania przez oboje rodziców, rozstrzyga o sposobie wspólnego wykonywania władzy rodzicielskiej i utrzymywaniu kontaktów z dzieckiem po rozwodzie. Sąd może powierzyć wykonywanie władzy rodzicielskiej jednemu z rodziców,

ograniczając władzę rodzicielską drugiego do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do osoby dziecka, jeżeli dobro dziecka za tym przemawia.

§ 1b.

Na zgodny wniosek stron sąd nie orzeka o utrzymywaniu kontaktów z dzieckiem.

§ 2.

Jeżeli małżonkowie zajmują wspólne mieszkanie, sąd w wyroku rozwodowym orzeka także o sposobie korzystania z tego mieszkania przez czas wspólnego w nim zamieszkiwania rozwiedzionych małżonków. W wypadkach wyjątkowych, gdy jeden z małżonków swym rażąco nagannym postępowaniem uniemożliwia wspólne zamieszkiwanie, sąd może nakazać jego eksmisję na żądanie drugiego małżonka. Na zgodny wniosek stron sąd może w wyroku orzekającym rozwód orzec również o podziale wspólnego mieszkania albo o przyznaniu mieszkania jednemu z małżonków, jeżeli drugi małżonek wyraża zgodę na jego opuszczenie bez dostarczenia lokalu zamiennego i pomieszczenia zastępczego, o ile podział bądź jego przyznanie jednemu z małżonków są możliwe.

Zarówno powódka jak i pozwany wystąpili z wnioskami o powierzenie wykonywania władzy rodzicielskiej nad wspólnymi dziećmi oraz z żądaniami alimentacji na rzecz małoletnich od drugiej strony procesowej³. Należy zauważyć, że także przepisy i orzecznictwo w sprawie podziału majątku dorobkowego małżeńskiego przewidują większe szanse przyznania na własność nieruchomości temu z byłych małżonków⁴, który ma przyznaną władzę rodzicielską nad małoletnimi dziećmi i z którymi wspólnie zamieszkuje na nieruchomości będącej przedmiotem podziału⁵. Trudno się zgodzić z poglądami odmiennymi, która są dostępne w Internecie⁶.

W trakcie procesu powódka oraz jej nowy partner zadeklarowali zamiar zamieszkania w domu będącym wspólnością majątkową Państwa Y. Pan XY

3 Art. 58 § 1 k. r. i o.

4 „Nie budzi wątpliwości, że orzekając o wspólnym mieszkaniu, sąd w pierwszej kolejności powinien kierować się dobrem małoletnich dzieci”. Jędrejek (2019).

5 Por. Autorka bloga powołując się na art. 58 § 4 k.r. i o. stwierdziła, że: „sąd podejmując decyzję dotyczącą podziału majątku wspólnego, weźmie pod uwagę dobro małoletnich dzieci, jeżeli będzie on rozstrzygał kwestię przyznania własności nieruchomości. W praktyce polega to na tym, że jeśli oboje małżonkowie walczą o prawa do pozostania w domu, to większe szanse będzie mieć na jego uzyskanie ten małżonek, który będzie opiekował się dziećmi”. <https://slupinska.eu/blog/podzial-majtku-po-rozwodzie-a-dzieci/> [dostęp: 10.10.2022].

6 Por. <https://greda-kancelaria.pl/blog/rozwod-a-podzial-majtku/> [dostęp: 10.10.2022].

uznał wówczas, że jeśli żona uzyska rozwód, nawet w sytuacji, gdy on będzie miał przyznane wykonywanie władzy rodzicielskiej nad dziećmi, to Pani ZY wraz z nowym partnerem zmuszą go do opuszczenia wspólnie zajmowanego lokalu mieszkalnego – nie ma żadnego pozytywnego dla niego rozwiązania. Pan XY rozważał wyjazd za granicę, jednak odrzucił taką myśl ze względu na przywiązanie do dzieci. Pan XY uznał, że jedynym rozwiązaniem jego tragicznej sytuacji życiowej jest samobójstwo. Trzykrotnie podzielił się tą myślą ze swoim pełnomocnikiem.

Rola pełnomocnika procesowego

Szczególną rolę w tego typu sytuacjach pełni pełnomocnik procesowy: adwokat lub radca prawny. Julie L. Hall w swojej poczytnej książce pt. *W cieniu narcyza radzi*: „Bardzo istotne, by znaleźć prawnika, który [...] ma doświadczenie w prowadzeniu trudnych rozwodów” (Hall 2021: 246). Niedostrzeżenie problemu, brak wnikliwości, brak zaangażowania, brak wiedzy psychologicznej może spowodować niezwykle poważne skutki dla klienta, doprowadzić do pogłębienia jego traumy, poczucia niesprawiedliwości, opuszczenia, beznadziei, bezsensowności życia, a w efekcie nawet przyczynić się do tragedii.

Na pełnomocniku zajmującym się sprawami rodzinnymi spoczywa obowiązek dokształcania się z zagadnień psychologicznych (Lowen 2021).

Ocena psychologiczna stron postępowania przez pełnomocnika pozwanego

Wbrew stanowisku powódki ZY, wyrażonej przez jej pełnomocnika, iż pełnomocnik procesowy bez wykształcenia psychologicznego nie posiada kompetencji do wydawania ocen psychologicznych, uważam, że w sprawach rodzinnych jest to często wręcz konieczne. Dość wcześnie uznałam, że w osobie Pani ZY mamy do czynienia z narcystycznym zaburzeniem osobowości (*Narcissistic Personality Disorder* – NPD), przejawiającym się w następujących cechach i zachowaniach:

- poczucie wielkości i wyższości,
- przekonanie o swojej wyjątkowości,
- oczekiwanie nadmiernego podziwu,
- poczucie uprzywilejowania,

- wykorzystywanie innych,
- brak empatii,
- zazdrość wobec innych i przekonanie, że inni jej zazdroszczą,
- szczególna wrażliwość na opinię publiczną,
- zachowania aroganckie i porywcze,
- posługiwanie się kłamstwem i manipulowanie.

Jako pełnomocnik nie wydałam żadnej opinii psychologicznej w rozumieniu art. 278 k.p.c. Moje stanowisko w sprawie nie można również zakwalifikować jako opinii prywatnej, która w postępowaniu cywilnym nie ma charakteru wiążącej sąd opinii, gdyż nie została sporządzona przez osobę legitymującą się wiedzą specjalistyczną, w tym wypadku psychologa (Rylski 2009: 4). Była to moja ocena jako pełnomocnika pozwanego, wynikająca ze znajomości okoliczności faktycznych sprawy oraz obserwacji zachowania powódki. Dodać należy, że działając w imieniu pozwanego wystąpiłam z wnioskiem o powołanie przez sąd biegłego psychiatry względnie psychologa celem sporządzenia opinii, jednak mój wniosek został przez sąd oddalony. Wszakże ocena, na którą pozwoliłam sobie jako osoba nie posiadająca formalnego wykształcenia w zakresie psychiatrii czy psychologii, umożliwiła mi, według mojego głębokiego przekonania, poprowadzić sprawę w sposób właściwy, w niezwykle trudnym położeniu dla klienta. Trzeba bowiem pamiętać, że działają również stereotypy na zasadzie, że z reguły ofiarą przemocy w związku bywa kobieta, nie mężczyzna, a także to, iż strona powodowa posługiwała się kłamstwem i manipulacją w niesłychanym, dotychczas mi nieznanym stopniu.

Działania podjęte przez pełnomocnika procesowego

W tym konkretnym przypadku podjęłam szereg działań o charakterze faktycznym i prawnym. W pierwszej kolejności intuicyjnie uznałam za konieczne wzmocnienie poczucia własnej wartości u mojego klienta, a wykorzystaną metodą było wysłuchanie go, zrozumienie i pochwalenie go. Jednak mój klient miał do niedawna przekonanie, że nie ma żadnych szans w sporze sądowym z żoną – ona dotychczas zawsze osiągała to, co chciała. Wyprowadzenie go z tego osądu trwało wiele miesięcy i wymagało jakichkolwiek sukcesów w sprawie rozwodowej. Przyjęta została strategia polegająca na maksymalnym przedłużaniu procesu rozwodowego, z następujących przyczyn:

- dzieci będą rosnąć i dojrzewać,
- Pan XY będzie zamieszkiwał w domu, gdyż szybko nie dojdzie do rozwodu,
- czas jest wartością bardzo cenną, gdyż pozwoli ujawnić prawdę o faktycznym obliczu Pani ZY, które ona skrzętnie ukrywa, pozorując, że jest „cudowną matką”, „głową rodziny”, „ofiara przemocy domowej”.

Pewne działania przeze mnie podjęte nie mogą zostać ujawnione. Mogę natomiast podać, że zaproponowałam mojemu klientowi dalsze kształcenie w szkole średniej, tłumacząc, że zrealizuje swoje marzenie, a wysiłek umysłowy pozwoli mu lepiej sobie radzić na sali rozpraw, zwłaszcza gdy będzie przesłuchiwany w roli strony. Pan XY w niezwykle trudnym położeniu, w jakim się znajdował cały czas, ukończył liceum, zdał maturę i postanowił kształcić się dalej. Rozwój intelektualny pozwolił mu poradzić sobie bardzo dobrze z przesłuchaniem w charakterze pozwanego, ale także wzmocnić poczucie własnej wartości.

Jako strona pozwana w trakcie procesu wypracowaliśmy stanowisko, iż Pan XY nie wyraża zgody na rozwód jako osoba, która w żadnym razie nie ponosi winy w rozkładzie pożycia małżeńskiego, a rozwiązanie małżeństwa doprowadzi do jego życiowej klęski: faktycznej, choć nie prawnej konieczności opuszczenia mieszkania i utraty kontaktu z własnymi dziećmi.

Po wielu miesiącach żmudnego procesu, w trybie zabezpieczenia na czas postępowania, sąd rozwodowy przyznał pieczę nad małoletnimi dziećmi Panu XY, a Pani ZY nakazał uiszczać alimenty do rąk ojca małoletnich dzieci.

Epilog

Sąd w swoim wyroku oddalił powództwo o rozwód⁷ i do czasu uprawomocnienia orzeczenia ustalił kontakty matki z małoletnimi dziećmi.

Proces rozwodowy w I instancji zakończył się sukcesem strony pozwanej, a ponieważ od jego wyniku zależał los Pana XY, należy uświadomić sobie, jak istotne jest przyjęcie właściwej taktyki procesowej. Szczególnie ważne okazało się jednak to, że przeżycia związane ze sprawą o rozwód, w statystykach

7 Tego rodzaju orzeczeń jest w skali kraju bardzo niewiele – w 2012 r. było ich zaledwie 1,32% wszystkich wyroków w sprawach rozwodowych. Zob. Domański 2013: 177.

znajdujące się na drugim miejscu w klasyfikacji najbardziej traumatycznych⁸, nie doprowadziły do realizacji suicydalnych myśli uczestnika procesu sądowego.

Bibliografia

- Domański M. (2013). *Oddalenie powództwa o rozwód w sprawach, w których małżonkowie mieli wspólne małoletnie dzieci, w świetle orzecznictwa sądów powszechnych*, „Prawo w Działaniu. Sprawy Cywilne”, t. 14, s. 24.
- Hall J.L. (2021). *W cieniu narcyza. Jak rozpoznać toksyczną relację i uwolnić się z niej*, tłum. M. Biernacka, Białystok: Wydawnictwo Kobiece.
- Jędrejek G. (2019), [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2, art. 58, <https://sip.lex.pl/#/commentary/587750867/596181>
- Lowen A. (2021). *Narcyzm. Zaprzeczenie prawdziwemu ja*, tłum. P. Luboński, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 2020, poz. 1359, t.j.
Ustawa z dnia 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. 2021, poz. 1805 t.j.

Netografia

- <https://slupinska.eu/blog/podzial-majatku-po-rozwodzie-a-dzieci/>
<https://greda-kancelaria.pl/blog/rozwod-a-podzial-majatku/>
<http://gazetabaltycka.pl/promowane/rozwod-jest-traumatycznym-wydarzeniem-w-zyciu-czlowieka-to-bomba-emocjonalna>

8 <http://gazetabaltycka.pl/promowane/rozwod-jest-traumatycznym-wydarzeniem-w-zyciu-czlowieka-to-bomba-emocjonalna> [dostęp: 10.10.2022].

Problematyka samouszkodzeń ciała wśród podopiecznych wybranych placówek opiekuńczo- wychowawczych województwa małopolskiego w świetle badań własnych

... To występowało w pewnym etapie mojego życia dość często, głównie to była sytuacja pomiędzy 13. rokiem życia, a 15. rokiem życia, bo wtedy dowiedziałam się o sytuacji rodzinnej, że moja mama zleciła morderstwo, a kochanek mojej mamy zabił mojego tatę. Jak miałam 5 lat to się wszystko wydarzyło, a dowiedziałam się dopiero po 13. roku życia i wtedy w sumie zaczęła się moja historia z samookaleczaniem, bo po prostu nie radziłam sobie z tymi sytuacjami... Później w 2019 roku doszła jeszcze sytuacja, że mój prawny opiekun, babcia, która się mną opiekowała, zmarła więc wtedy nastąpił ten etap depresji lękowej, gdzie znowu doszło do samookaleczeń (Lili, lat 18, 9.01.2023¹).

Wstęp

Zjawisko autoagresji w postaci okaleczania własnego ciała, potocznie nazywane przez młodzież „Sh”, jest coraz bardziej powszechne i stanowi bardzo duże wyzwanie m.in. dla rodziców/opiekunów, psychiatrów, psychologów oraz psychoterapeutów. Skrót „Sh” pochodzi od angielskiego słowa *selfharm*, co w przetłumaczeniu na język polski oznacza *samookaleczanie*. W literaturze przedmiotu najczęściej zjawisko to określane jest nazwami: samookaleczanie, samouszkodzenia, autoagresja, zachowania autodestruktywne, które będą zamiennie stosowane w niniejszym opracowaniu. W rozmowach z rodzicami, nauczycielami, prawnikami oraz innymi osobami pracującymi z młodzieżą niejednokrotnie słyszy się stwierdzenia: „jest moda na cięcie”, „jak jedno dziecko się potnie, kolejne idą lawinowo”. Faktem jest, że bez zagłębiania się w problematykę tego zjawiska mogą zostać zinterpretowane opisywane zdarzenia,

1 Wywiad z Lili (imię zmienione) podopieczną placówki opiekuńczo-wychowawczej, przeprowadzony w dniu 9.01.2023 r. Źródło: badania własne.

jednak bardziej zasadnym wydawałoby się spostrzeżenie masowości tych zachowań jako tzw. „efekt Wertera” (Philips 1974).

Odnosząc się do wymienionej kwestii, nie sposób pominąć teorii Doroty Kubackiej-Jasieckiej (2006), która wyróżniła trzy formy samouszkodzeń, tj. kompulsywne, epizodyczne oraz chroniczne. Do form kompulsywnych autorka zaliczyła zachowania występujące wielokrotnie w ciągu dnia, jak np. wrywanie włosów czy rozdrapywanie skóry. Kolejne wymienione, to formy epizodyczne, do których autorka zalicza: cięcie, przypalanie oraz bicie. Formy chroniczne m.in. mają zapewnić jednostce swoisty społeczny prestiż. W poczuciu osób podejmujących akty samouszkodzenia, zachowania te mają wyróżniać je od innych osób, dowodzić ich siły woli, odwagi, a także umiejętności znoszenia bólu.

W literaturze czytamy, że problem samookaleczania dotyka głównie młodzież, w większym stopniu na samouszkodzenia narażone są dziewczęta. Jednym z czynników ryzyka jest doświadczenie rozłąki z rodzicem, niezależnie od przyczyn, dlatego grupą szczególnie narażoną na zachowania autoagresywne są podopieczni placówek opiekuńczo-wychowawczych – stąd wybór próby badawczej. Badania przeprowadzono w wymienionych instytucjach na grupie 63 adolescentów, najmłodszy uczestnicy badania byli w wieku 12 lat, najstarsi mieli 18 lat. Badanie, przeprowadzone metodą kwestionariuszową (arkusz własnej konstrukcji), było podzielone na dwie części. Pierwszą z nich wypełniali wszyscy uczestnicy, drugą zaś tylko osoby, które samookaleczały się.

Placówki Opiekuńczo-Wychowawcze to jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, które mocą ustawy zobowiązane są do realizacji zadań z zakresu wspierania rodziny oraz systemu pieczy zastępczej (art. 2 ust. 3, Dz. U. z 2022 r. poz. 447, 1700, 2140). Wyróżniamy kilka typów Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych: socjalizacyjne, interwencyjne, specjalistyczno-terapeutyczne, rodzinne (art. 101 ust. 1 pkt 1–4, Dz. U. z 2022 r. poz. 447, 1700, 2140). Każda z wymienionych jednostek organizacyjnych ma swoje wyodrębnione zadania oraz cele, natomiast w Placówce Opiekuńczo-Wychowawczej w trzech pierwszych wymienionych typach zadania mogą być połączone.

W tekście zostaną również przytoczone wypowiedzi wychowawców pracujących w placówkach opiekuńczo-wychowawczych oraz obszernie części wywiadu przeprowadzonego z osiemnastoletnią Lilianną (Lili), podopieczną jednej z placówek, w której zostało przeprowadzane badanie. Wszystkie użyte w tekście imiona osób zostały zmienione w celu zapewnienia anonimowości.

Etiologia zachowań autoagresywnych na podstawie wybranej literatury

Lili: *Miałam w podświadomości, że jak sobie zadam ból fizyczny, to ulży mi ból psychiczny. Miałam coś takiego po prostu w głowie, za każdym razem przed tym jak się pocięłam, albo jak, bo jeszcze miałam takie epizody, że się nie cięłam, tylko kostkami o ścianę uderzałam. Czasami nawet do krwi, do stłuczenia mocnego i zawsze miałam to gdzieś w podświadomości, że ten ból fizyczny łagodzi mój ból psychiczny i po prostu to tak kumulowało się, i tak za każdym razem jak się pocięłam, jak sobie zrobiłam jakąś krzywdę, to miałam to w podświadomości... To przynosiło ulgę na chwilę, to nie była taka ulga stała, tylko to była ulga tymczasowa...*

Małgorzata²: *Dopóki czułaś ból fizyczny, a co było potem?*

Lili: *Rany się goiły, sytuacje się powtarzały, znowu ból fizyczny. Szacując, było ich tak około 30 (sytuacji z samookaleczaniem – przyp. M.M). Już dłuższy czas się nie tnę. Już ponad, w sumie od roku jakoś się już nie tnę, ale te kostki czasami dalej są stłuczone, bo często napieprzam w worek treningowy, więc nawet jak owijki mam, to ten worek i tak oddziałuje, tak i tak... No... to już troszkę inaczej, ale kostki dalej zaczerwienione są...³.*

Termin samouszkodzenia, jako odmienna i odrębna od samobójstw kategoria, po raz pierwszy został zaproponowany w latach trzydziestych XX wieku, przez Karla Menningera. Autor nie odcinał się jednak zupełnie od aktu samobójczego, stwierdzając, że celowe okaleczanie swojego ciała to „częściowa” forma samobójstwa. Traktował to zjawisko jako swoisty kompromis zachodzący pomiędzy popędem życia a dążeniem do śmierci samobójczej. Kompromis ten miał umożliwić przetrwanie jednostki. Menninger stał na stanowisku, że autoagresja stanowi specyficzną „ocenzurowaną” formę samobójstwa (Chodak, Barwiński 2010).

Ja nie myślałam nad tym (że przetnę żyłę), po prostu miałam tę świadomość, że jak przetnę żyłę, to trudno. Miałam po prostu gdzieś to, czy w tym momencie mogę umrzeć, czy nie. Miałam świadomość, że w każdej chwili przez głupie cięcie się mogłam umrzeć i jakoś tak lekceważyłam to. W chwili

2 Prowadząca wywiad.

3 Źródło: badania własne.

li cięcia to było po prostu zautomatyzowane, nie myślałam nad tym, co robię. Po prostu automatycznie brałam żyłkę (Lili)⁴.

Pierwotne definicje określały samookaleczanie jako umyślne oraz celowe, niezagrażające życiu, nieakceptowalne społecznie dokonywanie uszkodzeń lub zniekształceń własnego ciała. Jako najczęstsze formy samouszkodzeń wymienia się: nacinanie oraz przypalanie. Wymieniano również skrajne przypadki, takie jak: wydlubywanie oczu, okaleczanie nosa, języka oraz narządów płciowych, głębokie ranienie tkanek, autokanibalizm i autokastracja. Pojawienie się w kulturze Zachodu zjawiska określanego nazwą *body art*, pod którego nazwą kryło się „profesjonalne tatuowanie, kolczykowanie, skaryfikacje, wypalanie wzorów na skórze oraz inne modyfikowanie ciała typowe dla kultur plemiennych” (Lenkiewicz i in. 2017: 324), wymusiło rozszerzenie pojęcia normy dotyczącej ingerencji w ciało oraz jego okaleczania, jak również ponownego określenia granicy zachowań normatywnych. Ewaluacja postrzegania aktów samookaleczania swojego ciała w kierunku wyraźnego oddzielenia tych aktów od aktów suicydalnych wynikała ze spostrzeżenia fundamentalnej różnicy pomiędzy tą formą autoagresji a samobójstwem. Autorki podkreślają również, że pomimo tego, iż zjawisko samouszkodzeń jest powszechne, to pozostaje trudne do jednoznacznej klasyfikacji.

Definicja Jowity Wycisk również zmierza do tego, aby rozgraniczyć akt autoagresji w postaci samouszkodzeń od zachowań suicydalnych. Według autorki samouszkodzenia to „akt bezpośredniej autodestruktywności, w którym jednostka zmierza do wyrządzenia sobie natychmiastowej szkody, a obiektem ataku staje się jej własne ciało, przy czym jej działanie pozbawione jest zamiaru samobójczego” (Wycisk 2004: 16).

Rozmiar przedmiotowego zagadnienia, konieczność ujednoczenia i zdefiniowania samouszkodzeń – wszystko to przyczyniło się do rozwoju badań dotyczących mechanizmów i czynników ryzyka samookaleczeń, co ostatecznie znalazło swój wyraz w klasyfikacjach diagnostycznych. Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 (2013) definiuje samookaleczenia jako nieakceptowane społecznie oraz celowe uszkodzenia ciała, które wywołują krwawienie, zasinienia lub ból. Działania te mają na celu redukcję dyskomfortu psychicznego. W klasyfikacji ICD-10 (1997) samookaleczenia

4 Źródło: badania własne.

ujęte są jako jeden z objawów mogących występować w zaburzeniach osobowości z pogranicza (*borderline*).

Wioletta Radziwiłowicz (2020) w swoim artykule podjęła się analizy objawów psychopatologicznych, jakie współwystępują z samookaleczeniami oraz próbami samobójczymi. Autorka wskazała, że samookaleczenia wymieniane są jako jeden z objawów współwystępujących z depresją, PTSD, zaburzeniami dysocjacyjnymi, lękowymi, obsesyjno-kompulsyjnymi, osobowością antyspołeczną, schizofrenią, jak również uzależnieniami od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych. W przypadku zmagania jednostki z depresją, która jest najczęściej występującym zaburzeniem w okresie dzieciństwa i adolescencji, badania wykazały silne poczucie cierpienia psychicznego wśród osób podejmujących akty autodestruktywne. W świetle przytoczonej literatury objawy depresji są nadrzędne oraz poprzedzają akty samouszkodzeń. Zachowania autodestruktywne pełnią funkcję przyjętych metod mających za zadanie wyeliminowanie trudności podczas stanów depresyjnych, takich jak anhedonia czy myśli samobójcze. Bardzo prawdopodobne jest również to, że akty samookaleczenia stanowią swoistą obronę ochronną przed zachowaniami suicydalnymi, są pomocne w przeniesieniu cierpienia psychicznego na fizyczny ból oraz w wyjściu ze stanów odrętwienia czy pustki za pomocą generowania pokładów emocji. Poprzez wymienione autodestruktywne działania osoby, które doświadczają objawów depresyjnych, obniżają negatywne odczucia i szybko redukują ich intensywność.

...Były takie sytuacje, że zastanawiałam się, czy nie wejść na dach i nie zeskoczyć z niego albo czy po prostu nie iść się powiesić. Miałam takie sytuacje i głównie to były sytuacje, kiedy po prostu już sobie tak nie radziłam i ten ból fizyczny nie był w stanie wyciszyć tego bólu psychicznego. Jeśli to nie było w stanie wyciszyć, pojawiło się z tyłu głowy, czy jednak tym razem nie popełnić tego samobójstwa... To wygląda tak, że na początku wystarczyła może jedna kreska, yyy..., w sensie przez przecięcie się, i z upływem czasu robiłam tego coraz więcej, bo jedna nie wystarczyła, później dwie nie wystarczały, później trzy nie wystarczały, i to tak się mnożyło... (Lili)⁵.

Radziwiłowicz przedstawia również inną teorię, w której wyklucza się związek przyczynowo-skutkowy, wskazując natomiast wspólny genetyczny czynnik ryzyka, którym może być np. mutacja genu transportera serotoniny,

5 Źródło: badania własne.

która jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia depresji. Z kolei osoby posiadające krótkie allele S mają skłonności do doświadczania symptomów depresji oraz aktów suicydalnych, które są skutkiem negatywnych wydarzeń życiowych. Co za tym idzie, możliwe jest współwystępowanie i wzajemne wzmocnianie wymienionych czynników, jednak nie występuje tu związek przyczynowo-skutkowy. Autorka skłania się ku pierwszej hipotezie, nie wyklucza jednak możliwości, że depresja i akty autodestruktywne mają po części wspólne podłoże neurobiochemiczne. Samookaleczenia pełnią funkcję regulacji afektu za pomocą wspólnego mechanizmu, co negatywnie wpływa na działania jednostek, gdyż sprzyja kontynuacji samookaleczeń. W obu przypadkach pełnią one funkcję ochronną przed odczuwaniem negatywnego afektu oraz łagodzenia frustracji wynikającej z dysregulacji biologicznej w depresji. Badania wykazały, że 50–97% kobiet samookaleczających się zmagają lub zmagają się z zaburzeniami odżywiania. Co więcej, samookaleczanie się i zaburzenia odżywiania nie tylko współwystępują ze sobą, ale zdarza się, że występują zamiennie, np. akt samookaleczania traktowany jest jako działanie zastępcze dla typowych zachowań osób zmagających się z bulimią. Przyjęto, że samookaleczenia i zaburzenia odżywiania posiadają wspólną etiologię, o czym świadczą np. przebyte wydarzenia traumatyczne, próby samobójcze, nadużywanie substancji psychoaktywnych, tendencje do zachowań ryzykownych, jak również współwystępowanie z zaburzeniem osobowości z pogranicza, zaburzeniami dysocjacyjnymi oraz PTSD. Wyniki badań przedstawione przez Radziwiłowicz wskazują, że aż 70% osób z zaburzeniem osobowości *borderline* samookalecza się. Jednak akty te nie noszą za sobą intencji samobójczej. Z przedmiotowym zaburzeniem współwystępuje nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz zespół lęku uogólnionego. Autorka uważyła jednak, że zaburzenia osobowości z pogranicza nie mogą być uznane za przyczynę samookaleczania się (Radziwiłowicz 2020).

Dorota Kubacka-Jasiecka podkreśla znaczenie Ja-cieleśnego jako ważnego czynnika kształtującego agresywne, a przede wszystkim autodestruktywne strategie radzenia sobie z problemami. Struktura Ja oraz koncepcja własnej osoby kształtują się w indywidualnym toku rozwoju jednostki wraz z potrzebami Ja. Potrzeby te stanowią naturalne dążenia człowieka do podtrzymywania oraz potwierdzenia rudymenarnych elementów systemu Ja. Autorka wymienia negatywne traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa, które prowadzą do zmian w zakresie fizjologicznego odczuwania bólu, odczuwania lęku, poczucia oddzielenia Ja od ciała, jak również poczucia ambiwalencji w stosunku

do własnego Ja-ciesnego, a także deficyty występujące w zakresie samoopiekuńczych funkcji Ja. Powyższe czynniki postrzega jako istotne dla kształtowania się autodestruktywnych postaw. Ponadto podkreśla, że niemal każdy akt samozniszczenia nie pełni jedynie funkcji obronnej, ale też rolę przystosowawczą, rozumianą jako realizacja, wcielanie w życie istotnych, wyuczonych wartości oraz norm przejętych od osób znaczących. To swoiste mechanizmy obronne, ukierunkowane na ochronę własnego Ja. Akty te mają za zadanie obronę Ja przed zniszczeniem oraz załamaniem psychicznym. W samouszkodzeniach autorka dopatruje się również aspektu sprawczego, w rozumieniu aktywnej obrony własnych interesów we własnym środowisku (Kubacka-Jasiecka 2006).

Dorota Kubacka-Jasiecka nie do końca zgadza się z teorią różnicowania samouszkodzeń i aktów suicydalnych jako działań specyficznych i odrębnych. Wyróżnia samoagresję gniewną, występującą w samouszkodzeniach, oraz samoagresję lękową mającą miejsce przy próbach samobójczych. Zwraca uwagę, że samobójcy wybierają jak najmniej bolesną drogę prowadzącą do śmierci. Niemniej jednak dopatruje się znacznego podobieństwa, a także współwystępowania podobnych mechanizmów w przypadku obu form autodestrukcji. Zdaniem autorki, „samouszkodzenia to polimotywacyjne zachowania, podejmowane jako obronno-adaptacyjne środki zmagania, jako sposoby radzenia sobie z trudnościami i towarzyszącym im napięciem emocjonalnym” (Kubacka-Jasiecka 2006: 155).

Keit Hawton i in. (2002) samouszkodzenia definiują jako każde zamierzone działania, niekończące się śmiercią osoby, które polegają na uszkodzeniu powierzchni ciała. Zaliczają do nich m.in.: uderzania, przypalania, okaleczenia, skoki z wysokości, połykanie substancji niejadalnych, jak również przyjmowanie leków w dawkach, które przekraczają zalecenia terapeutyczne. Autorzy podkreślają również, że z wyników badań można wnioskować, iż większość osób podejmujących akty samouszkodzenia stanowią kobiety.

W literaturze przedmiotu wielokrotnie podkreśla się, że zróżnicowanie płciowe specyfikuje w pewien sposób podejmowane działania autoagresywne. Anna Kubiak (2011) wykazuje, że wśród kobiet samouszkodzenia pełnią funkcję radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami oraz uzewnętrzniania napięcia, stają się formą karania się oraz mechanizmem radzenia sobie z dysonansem poznawczym. O ile dwie ostatnie funkcje są wspólne dla kobiet i mężczyzn, o tyle wcześniejsze różnią się od najczęściej wymienianej przez mężczyzn funkcji społecznej, jaką pełnią dla nich działania autoagresywne.

Anna Suchańska i Jowita Wycisk (2006), odnosząc się do aktów samouszkodzeń wśród mężczyzn, zauważają, że są to incydentalne działania

o autoreprezentacyjnym charakterze, mające na celu demonstrację odporności na ból lub odwagę. Autorki negują również powszechnie panujące przekonanie, że samookaleczenia to „wołanie o pomoc”. Ich zdaniem jest wręcz odwrotnie, czego dowodem ma być wstyd z powodu samookaleczeń, ukrywanie ich przed innymi osobami i ujawnianie dopiero po latach.

Czynniki ryzyka samouszkodzeń

...Szczególnie, rzadko miałam w życiu taką sytuację, że ktoś mnie z rodziny przytulił, bardziej sama musiałam się upominać o to. Do momentu, kiedy w naszej rodzinie się pojawił kotek, bo kotka to zawsze mogłam wziąć na ręce, przytulić się do niego. Moja kotka też zawsze przychodziła do mnie spać... Później się pojawił jeszcze pies, to jest taki słodziak... Jest po prostu słodziakiem. Od momentu kiedy są te zwierzaki w domu, jakoś sobie lepiej radzę z emocjami... Miałam resztę rodziny gdzieś, to były po prostu dwie istotki, które kocham nad życie... Kotek i pies nie musiały mnie rozumieć, żeby mnie przytulić. Po prostu ten fakt jak pojawiły się zwierzaki, ten fakt, że dla kogoś jestem ważna, bo jak przychodziły do mnie, to czułam się po prostu tak, po prostu szczęśliwa wręcz, że po prostu, że dla kogoś jestem ważna, że dla kogoś istnieję w tym świecie i że po prostu jest ktoś na kim mi zależy i komu na mnie zależy. W tamtym czasie to z moją siostrą głównie była kłótnia za kłótnią. Nawet nie miałyśmy sytuacji, jak normalnie pogadać, bo po prostu ja na to nie pozwalałam. Jakoś miałam taką blokadę, że wołałam jej powiedzieć spierdzielaj i po prostu zamknąć jej drzwi przed nosem... (Lili)⁶.

Jako pierwszą grupę czynników ryzyka pojawienia się aktów samookaleczeń wskazuje się nieprawidłową strukturę osobowości, jak również występowanie zaburzeń psychicznych. Kamila Lenkiewicz w swoim artykule przedstawiła wyniki badań wielu badaczy, z których wynika, iż wśród osób zmagających się z zaburzeniem osobowości typu borderline u 50-78% próby występowało samookaleczanie. Ponadto, na początek wymienionych aktów badani wskazują okres późnego dzieciństwa oraz adolescencji. Można więc przypuszczać, że zachowania autodestruktywne mogły sygnalizować obecność cech nieprawidłowo kształtującej się osobowości badanych. Z przeprowadzonych badań w dwóch ostatnich dekadach wynika, że samookaleczenia współwystępują również z innymi zaburzeniami osobowości (tj. antysocjalne, histrioniczne, unikające, zależne, obsesyjno-kompulsywne) oraz zaburzeniami

6 Źródło: badania własne.

eksterializacyjnymi i internalizacyjnymi wieku rozwojowego. Kolejna analiza badań potwierdza występowanie samouszkodzeń u około 24-63% nastolatków prezentujących zaburzenia zachowania. Ponadto u wymienionej młodzieży współwystępuje zażywanie substancji psychoaktywnych. Badania potwierdzają również, że wśród nastolatków dokonujących aktów samookaleczeń zostały stwierdzone istotnie wyższe wyniki zaburzeń afektywnych (głównie depresyjnych) oraz lękowych, występowanie myśli oraz prób samobójczych, jak również zaburzeń odżywiania (bulimia i podtyp bulimicznego jadłowstrętu psychicznego). Poza wymienioną grupą czynników, autorka podkreśla dużą wagę czynników rodzinnych i związanych z doświadczeniami traumatycznymi.

W przedmiotowych badaniach wśród najsilniejszych predyktorów pojawienia się aktów samookaleczeń u młodzieży wymieniane są: niestabilne lub traumatyczne relacje z najbliższymi, zaburzone więzi, jak również przedwczesne separacje od rodziców lub opiekunów, rozwód, śmierć rodzica, nadmierna krytyka rodzicielska, brak wsparcia ze strony osób znaczących, alkoholizm w rodzinie, traumatyczne wydarzenia z dzieciństwa, wśród których wymieniono przemoc fizyczną oraz seksualną. W badaniach tych widoczne są również różnice pomiędzy determinującymi czynnikami ryzyka w podziale na płeć. Wśród kobiet wyszczególniono takie determinanty, jak: zaniedbania emocjonalne, niestabilne więzi z ojcem, doświadczanie molestowania seksualnego w dzieciństwie. Z kolei u mężczyzn wyszczególniono przedwczesną separację w dzieciństwie, zwłaszcza z ojcem, i doświadczanie przemocy fizycznej. Jako predyktory zmniejszające ryzyko wystąpienia aktów samookaleczeń autorka wymienia: „stabilne wzorce więzi, rodzina wielopokoleniowa i satysfakcjonująca sieć wsparcia społecznego, dobre funkcjonowanie szkolne i zawodowe, wystarczające zasoby finansowe, zaplecze kulturowe i religijne, dobre zagospodarowanie czasu wolnego oraz wsparcie instytucjonalne” (Lenkiewicz 2017: 327).

Anna Kubiak (2011) wskazała specyficzne rodzajowo czynniki ryzyka samouszkodzeń, w których wśród kobiet wymieniła stany depresyjne, impulsywność oraz niepokój. Natomiast wśród mężczyzn czynnikiem tym ma być poczucie braku zaufania ze strony innych osób. Autorka zwraca również uwagę na aspekt kobiecości i męskości, które w wynikach badań również mają swoje odzwierciedlenie. Wzorec męskości nie jest kojarzony z chronicznymi samouszkodzeniami, bardziej identyfikowany jest z jednorazowym aktem autoagresji. Niewielkie natężenie męskości wiąże się z niską częstotliwością samookaleczeń, natomiast wysokie natężenie kobiecości koreluje z niepodejmowaniem

samouszkodzeń. Wśród badanej próby 27,3% stanowiły kobiety, które dokonywały aktów samookaleczenia w celu chęci podwyższenia poczucia własnej wartości. 65,1% badanych okaleczało się w celu poradzenia sobie z napięciem oraz emocjami.

Dorota Warzocha i in. zwracają uwagę na fakt, iż w wielośrodkowych badaniach ankietowych CASE (Child and Adolescent Self-Harm in Europe – Case Study), które dotyczyły dzieci i młodzieży nieleczzonej psychiatrycznie, najwyższy odsetek stanowiły osoby przebywające w instytucjach opiekuńczo-wychowawczych (40%). Co za tym idzie, można wnioskować, że przebywanie dzieci i młodzieży w wymienionych ośrodkach z bardzo dużym prawdopodobieństwem może być czynnikiem ryzyka podejmowania aktów samouszkodzeń wśród młodzieży. Autorzy podkreślają również, że samookaleczenia to jeden z mogących się pojawić objawów w toku zaburzeń psychicznych, a w szczególności zaburzeń z pogranicza (borderline). Powołali się oni na badania, gdzie szacunki wskazywały, iż od 52% do 78% osób z wymienionym zaburzeniem podejmuje akty autodestruktywne. Kolejnym zaburzeniem, wskazanym przez autorów, które ma współwystępować z działaniami autodestruktywnymi, są zaburzenia odżywiania. W kształtowaniu się wymienionych zaburzeń można zauważyć istotny wpływ urazów psychicznych oraz fizycznych, a w szczególności nadużyć seksualnych. Natomiast w tych badaniach nie został wykazany związek pomiędzy aktami samouszkodzeń a niektórymi czynnikami rodzinnymi, tj. rozwodem rodziców, śmiercią, jak również chorobami psychicznymi w rodzinie. Autorzy zestawili ze sobą badania osób z zaburzeniami psychicznymi, które wskazują, że u 25% do 90% tych osób występują również akty samouszkodzeń. Najczęściej występowały zaburzenia afektywne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, jak również zaburzenia lękowe. Ponadto zachowania autoagresywne współwystępują z niepełnosprawnością intelektualną. Niejednokrotnie rodzice/opiekunowie nastolatków pytają o „leki na cięcie”, których nie ma. Natomiast istnieje pogląd, że zdiagnozowanie, a następnie leczenie zaburzeń psychicznych, przekłada się na istotne zmniejszenie występowania aktów autoagresji (Dorota Warzocha i in. 2008).

Suchańska i in. rozszerzyła nieco teorię czynników ryzyka zjawiska samookaleczeń, wskazując na intrapsychiczne mechanizmy autodestruktywności i samouszkodzeń. Autorki odniosły się do nurtu psychodynamicznego i zjawiska konfliktów, wskazując konflikt witalny i strukturalny jako czynniki ryzyka samouszkodzeń. Pierwszy z nich ma naturę motywacyjną, rozpatruje te zjawiska jako wyznacznik konfliktu wewnętrznego, który ma zachodzić pomiędzy

popędami, w pierwszym przypadku pomiędzy popędem zachowania i popędem destrukcji. Konflikt strukturalny natomiast kojarzony jest z naciskami ze strony id, ego i superego. W przypadku, gdy konflikt dotyczy różnych aspektów Self, część własnego Ja może być interpretowana jako zły obiekt, co w konsekwencji powoduje działanie ukierunkowane na zniszczenie lub ukaranie. Druga przedstawiona perspektywa wiąże się z deficytami w funkcji ego, gdzie na pierwszy plan wysuwają się funkcje z zakresu kompetencji samoopiekuńczych. Ponadto autorki wymieniają: radzenie sobie ze stresem, kompetencje emocjonalne, kontrolę zachowania, zawężenia poznawcze lub deficyty w zakresie funkcji i stylów poznawczych. Dużą rolę odgrywają doświadczenia traumatyczne, szczególnie związane z przemocą fizyczną i seksualną. Ukazana jest również rozszerzona perspektywa tych czynników o relację przywiązania. Zasugerowano, że zaniedbanie emocjonalne, jak również pozabezpieczny styl przywiązania, są znaczącymi predyktorami rozwijania się zaburzeń związanych z urazem. Kolejnym z czynników wymienianych przez autorki są związki wczesnej traumy ze zmianami intrapsychicznymi, tłumaczone jako procesy oraz mechanizmy pośredniczące pomiędzy traumami relacyjnymi a zachowaniem. Jako intrapsychiczne czynniki ryzyka autodestukcji badaczki wymieniają: „poczucie własnej wartości, stosunek do własnego ciała, tendencje dysocjacyjne oraz siła ego, regulacja i kontrola emocji, czy dysfunkcjonalne schematy poznawcze” (Suchańska i in. 2006: 21).

Gloria Babiker i Lois Arnold (2003) jako czynnik ryzyka samouszkodzeń wskazują m.in. okres adolescencji. Autorzy wskazują takie zmienne, jak brak wsparcia od osób najbliższych, niedostatek w opanowaniu strategii radzenia sobie, rozumiany jako brak pozytywnych przykładów w najbliższym otoczeniu, w tak trudnym dla każdego człowieka okresie, a ponadto niedojrzałość emocjonalną, problemy emocjonalne wynikające z urazowych przeżyć z dzieciństwa. Podkreślają również wagę zaniedbania opieki w okresie dzieciństwa oraz brak bezpiecznych bliskich związków. Zestawiając powyższe zmienne z presją nakładaną na adolescentów związaną z wymaganiami oraz obowiązkami, można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że stanowi to czynnik ryzyka podejmowania oraz utrwalania aktów samouszkodzeń, jako wypracowany schemat patologicznych zachowań zaradczych.

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS) we wrześniu 2020 roku przeprowadziła badania pięciuset uczniów w wieku 13-17 lat, dotyczące negatywnych doświadczeń młodzieży w trakcie pandemii. Na stronie internetowej fundacji został zamieszczony raport z badań ilościowych. Młodzież odpowiadała na

pytania dotyczące: przemocy ze strony bliskich dorosłych, bycia świadkiem przemocy w domu, przemocy rówieśniczej, przemocy seksualnej, czynników rodzinnych oraz dobrostanu psychicznego. Zadaniem badania było pozyskanie danych związanych ze skalą doświadczania różnego rodzaju przemocy oraz krzywdzenia młodzieży w okresie pandemii, w czasie gdy szkoły były zamknięte. Dodatkowo poruszoną kwestią był dobrostan młodzieży. Wyniki badań wykazały, że niemalże połowa badanych (49,8%) była zadowolona ze swojego życia w pierwszym okresie pandemii, co trzeci badany (33,4%) ocenił je negatywnie. Wyniki wykazały, że chłopcy istotnie częściej byli zadowoleni ze swojego życia niż dziewczęta ($p < 0,05$). Wśród pozytywnych czynników respondenci wymienili: brak konieczności uczęszczania do szkoły (50,6%), większa ilość czasu na odpoczynek (49,6%), brak stresu szkolnego (49,6%). Młodzież wskazała następujące trudności: brak możliwości spotkania z kolegami i koleżankami (63,2%), konieczność przebywania w domu (51,4%). 30,8% badanych stwierdziło, że we wskazanym okresie ich samopoczucie pogorszyło się. 18% uznało, że się poprawiło, natomiast niemalże połowa (47,6%) nie zauważyła zmiany w tym okresie. Istotnie wyższy wynik gorszego samopoczucia uzyskały dziewczęta ($p < 0,05$). Co 11 badany (9,2%) przyznał się do okaleczenia swojego ciała. 47,8% respondentów wskazała, że w pierwszym okresie pandemii częstotliwość okaleczania się była mniejsza niż przed pandemią. Z kolei 4,4% badanych twierdziło, że w początkowym okresie pandemii miało to miejsce częściej niż w okresie przed pandemią. W wymienionym okresie u 6,5% badanej młodzieży zostało zapoczątkowane celowe ranienie się. 28,3% respondentów, którzy uprzednio okaleczali się, nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie o okres pandemii. 2,9% badanych osób w wieku 15-17 lat usiłowało popełnić samobójstwo w pierwszym okresie pandemii (https://fdps.pl/_Resources/Persistent/5/0/0/e/500e0774b0109a6892ce777b0d8595f528adea62/).

W czynnikach ryzyka wystąpienia aktów autoagresji nie sposób również pominąć „efektu Wertera”. Prekursorem tego zjawiska jest socjolog David Philips (1974), który wykazał istnienie zjawiska naśladownictwa samobójstwa. Philips odwołał się do powieści Johanna Wolfganga von Goethego *Cierpienia młodego Wertera*, gdzie główny bohater popełnia samobójstwo. W tekście Philipsa czytamy, że książka ta cieszyła się dużym zainteresowaniem w całej Europie. Słyszalne były informacje o tym, że można było znaleźć przypadki osób, które naśladowały sposób śmierci Wertera, jednak nie został wtedy oficjalnie potwierdzone zjawisko naśladownictwa samobójstwa Wertera. Ciekawym natomiast był fakt, iż w niektórych państwach władze zakazały czytania

wymienionej powieści, np. w Kopenhadze, we Włoszech, czy w Lipsku. Autor wykorzystał amerykańskie oraz brytyjskie statystyki, aby wykazać zwiększenie liczby samobójstw po publikacji w prasie wiadomości o samobójstwie. Pisał, że efekt Wertera przejawia się na poziomie krajowym, a niejednokrotnie na poziomie ogólnoświatowym, np. w przypadku śmierci Marylin Monroe lub Stephena Warda. Philips przeprowadził badania z wykorzystaniem popularnych czasopism, w których zamieszczano na pierwszych stronach informacje o samobójstwie sławnych osób, zestawiając to ze statystykami samobójstw popełnianych przed ukazaniem się artykułu, po jego ukazaniu, jak również w kolejnych miesiącach. Wykazał zależność pomiędzy liczbą samobójstw a wielokrotnością pojawienia się na pierwszej stronie czasopisma informacji o samobójstwie sławnej osoby. Im więcej razy wiadomość o samobójstwie pojawiała się na pierwszej stronie czasopisma, tym wzrost liczby odnotowanych samobójstw był większy. Nie bez znaczenia była również ilość czasopism, w których została podana informacja o samobójstwie. Wraz ze zwiększeniem ilości gazet podających tę informację, wzrastała liczba popełnianych samobójstw po ukazaniu się tych wiadomości. Badacz wskazał, że efekt Wertera spowodowany jest dwoma czynnikami: rozgłosem medialnym i sugestią. W wielu rozmowach przeprowadzonych z pracownikami instytucji opiekuńczo-wychowawczych i rodzicami nastolatków przewijał się motyw „mody na cięcie”. W sytuacjach, gdy pierwsza osoba dokonała aktu samookaleczenia, w danym środowisku w niedługim czasie samookaleczały się kolejne osoby.

W przytoczonej literaturze zauważamy, że mnogość czynników ryzyka samouszkodzeń jest bardzo rozległa i często nakładają się one na siebie, dlatego też identyfikacja jednego konkretnego triggera może przysporzyć wielu trudności, a nawet okazać się niemożliwa. Nie ułatwia to zatem podjęcia szybkiego i trafnego leczenia osób zmagających się z aktami autodestrukcyjnymi.

Fragment wywiadu z Anną (wychowawca w jednej z placówek)⁷

Według mnie oni teraz się nie tną, oni się drapią... Samookaleczeń przez okres co ja pracuję, 6,5 roku, dziewczyny miały bardzo dużo, były bardzo pocięte, praktycznie każda część ciała była pocięta, nawet momentami było widać, że już dochodziły do twarzy i to były naprawdę momentami głębokie. Myśmy byli częstymi gośćmi na

7 Wywiad z Anną (imię zmienione), wychowawcą placówki opiekuńczo-wychowawczej, przeprowadzony w dniu 9.01.2023 r. Źródło: badania własne.

SOR-ze, bo one używały wszystkiego, do tego stopnia, że one nie mogą mieć żadnych szklanych rzeczy, lusterka mają w depozytach zamknięte w szafkach u nas w pokoju wychowawców, dostają je pod nadzorem, łącznie z nożyczkami, cążkami, pilnikami. Nie mogą mieć dezodorantów w szkle, muszą mieć w kulce, ale w plastiku, maszynki do golenia mają wydawane 2 razy w tygodniu i też są pod zamknięciem u wychowawców. W pewnym momencie musieliśmy je wyeliminować całkiem, były tylko kremy do depilacji... Była taka po prostu plaga, że nie było innego wyjścia, do tego stopnia, że nawet musieliśmy im kubki ceramiczne zabrać i one mogą mieć tylko i wyłącznie plastikowe... Szło do tego stopnia, że jak szła jedna, za chwilę było ich 4, za chwilę przyszła następna... Potrafiły rozwalić płytki w łazience, żeby dostać kawałek takiego właśnie, brudnego, niestety zabrudzonego kawałka czegoś ostrego, żeby móc sobie zrobić krzywdę. Odmawiały pomocy psychologa, ale sytuacja pomalą wyciszyła się... Teraz nie bardzo mają czym, to zaczęły robić zdrapki nawet paznokciami. I to najbardziej te najmłodsze... najbardziej podstawówka 6, 7, 8 klasa... Przed samymi świętami przyszła do mnie dziewczyna i mówi: pani Anno, będzie pani zła. Zapytałam co się stało i ona ewidentnie na linii białizny miała na biodrach pocięte... Ta dziewczynka jest w 8 klasie, powinna być w pierwszej szkoły branżowej, ma opóźnienia, bardzo długo się nie przyznawała do tego, nie chciała się przyznawać... Szukają po prostu miejsc, żeby tego nie było widać, próbują przed nami to ukryć... Zrobiłaś to znowu, dlaczego: Bo ja nie chcę tu być, bo ja się tu źle czuję, bo mama mnie nie rozumie, bo się pokłóciłam z chłopakiem. Najczęściej takie problemy... Nawet nie chłopak czy dziewczyna, tylko bardzo często relacje rodzinne... (Anna).

Wypowiedź Anny ukazuje ogromną skalę problemu, z którym zmagają się na co dzień wychowawcy placówek opiekuńczo-wychowawczych. Dzieci i młodzież wciąż wyszukują nowych sposobów na dokonywanie samookaleceń, dlatego też działania prewencyjne w miarę potrzeb są poszerzane, jednak czasami pojawia się bezsilność wobec działań autodestruktywnych wychowanków. Treść wypowiedzi jest zbieżna z wynikami badań własnych w zakresie skali problemu. Można pokusić się o stwierdzenie, że wypowiedź ta potwierdza wpływ „efektu Wertera” na podejmowanie aktów samookaleceń przez wychowanków placówek.

Samookaleczenia podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych w świetle literatury

W pewnym momencie zaczął mnie uzależniać widok mojej krwi, po prostu podobał mi się widok mojej krwi, jak tak sobie płynie po ciele.... Nie jestem przekonana czy dawało mi to spokój, po prostu cieszyłam się, że widzę swoją krew. Nie wiem, takie po

prostu miałam odczucie. Nie jestem w stanie określić jakie emocje mi towarzyszyły, bo teraz mam jakby dziurę w pamięci jak na to patrzę. Bo mówię, to robiłam zautomatyzowanie, automatycznie. Ja to po prostu robiłam jak robot: cięłam się, widziałam swoją krew, zadowolona i tyle. Nie pamiętam dosłownie jakie emocje mi towarzyszyły przy cięciu się, czy przy patrzeniu na własną krew... (Lili)⁸.

Wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych to osoby, które pozbawione są częściowo lub całkowicie kontaktu z bliskimi osobami znaczącymi. Niektóre z nich odwiedzają swoich rodziców, inne nie widują się w ogóle z rodzicami. Wspominana wyżej Anna (wychowawczyni jednej z placówek) w trakcie przeprowadzonej rozmowy opowiadała o dziewczynce, którą zapytała po powrocie do placówki o pobyt w domu rodzinnym w okresie świąt. Dziewczynka odpowiedziała jej, że na 7 dni przez 6 dni musiała „zbierać z podłogi” swoją mamę, która nie trzeźwiała. Sytuacja tej dziewczynki nie jest odosobniona. Rodzice kolejnej z podopiecznych, gdy dziewczynka pojechała do nich na święta, zadzwonili po dwóch dniach, aby zabrać ich córkę, ponieważ „źle się zachowuje i nie dają już sobie z nią rady”. Anna opowiadała, że dziewczynka nie sprawia w placówce większych problemów i uchodzi za spokojną, więc nie była w stanie uwierzyć, że wychowanka sprawiała problemy rodzicom. Bardziej prawdopodobne dla niej było to, że dziewczynka „przeszkadzała” im, ponieważ nie mogli swobodnie spożywać alkoholu. Kolejny przypadek to przykład dziewczynki, która pojechała w odwiedziny do domu i przez cały okres jej matka piła alkohol, a dziewczynka musiała się zajmować swoją dwunastoletnią siostrą. Matka miała alibi w postaci opieki nad dzieckiem. Analizując indywidualnie każdy z przypadków, czy traktując grupę całościowo, chodzi o osoby pozbawione codziennej opieki oraz obecności najbliższych. Mając również na uwadze rotację podopiecznych, jak i wychowawców, ciężko nawiązać bliską trwałą relację podczas pobytu w placówce.

Czego ja potrzebowałam wtedy najbardziej, hmmm chyba tego, żeby ktoś bez słowa, bez żadnego gadania co się stało, czemu to zrobiłaś, słyszałam też teksty, że inni mają gorzej. Zamiast takiego czegoś, po prostu podejść i przytulić bez słowa. To by bardziej pomogło niż gadanie takich rzeczy, że inni mają gorzej. Ja jestem świadoma, że każdy ma swoje problemy i że każdy musi sobie czasami sam z nimi radzić, ale to nie oznacza, że osoba, która mówi mi, że ktoś ma gorzej, nie wie co czuje, a się wypowiada, to też jest irytujące dosyć. Albo weź się w garść. Ja w takim wypadku zawsze sobie powta-

8 Źródło: badania własne.

rzałam w głowie, kuźwa, przecież ty nie wszedłeś w moje buty i nie przeszedłeś drogi życia, którą ja przeszłam. Czemu mnie oceniasz, czemu tak mówisz? Tylko wtedy jak tak myślałam sobie, to nie miałam odwagi tego powiedzieć człowiekowi, teraz mam odwagę powiedzieć głośno człowiekowi co myślę... Po prostu nabrałam tej pewności siebie przez pryzmat czasu... (Lili)⁹.

Marzena Ruszkowska podjęła się dyskursu zagadnienia zachowań autoagresywnych podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych. W trakcie badań przeprowadziła rozmowy również z wychowawcami, którzy wyodrębnili zachowania autoagresywne, takie jak: „stereotypię zachowań, bezradne cierpienie jako formę przystosowania się do życia, apatię powodującą brak dbałości o swój wygląd i higienę, zachowania aspołeczne, piercing, tatuaże, zażywanie środków odurzających, spożywanie alkoholu, nikotynizm, zaniżanie własnej samooceny, samokrytykę, samookaleczanie się, próby samobójcze, nawiązywanie powierzchownych relacji (promiskuityzm)” (Ruszkowska 2019: 145) Zdarza się, że wymienione zmienne są sprzężone ze sobą, występując wspólnie z innymi patologicznymi zachowaniami. W świetle przeprowadzonych badań autorka wysunęła wnioski, że na akty autoagresji mają wpływ takie czynniki, jak: trudna sytuacja rodzinna, tęsknota za domem i rodzicami biologicznymi, okres adolescencji, nieradzenie sobie z negatywnymi emocjami, nieprawidłowe wzorce wyniesione z domu rodzinnego, brak zarówno poczucia bezpieczeństwa, jak i stabilizacji, wpływ rówieśników, co zostało potwierdzone przez badaczkę na podstawie przeprowadzonych badań. Ruszkowska postawiła również inne wnioski dotyczące zachowań autoagresywnych podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych. Uważa ona, że akty autoagresji stanowią specyficzne próby radzenia sobie ze stresem. Czynniki takie jak: impulsywność, nadmierna wrażliwość, pobudliwość, brak motywacji oraz zaangażowania, aspołeczne zachowania wychowanków, jak również poczucie niezrozumienia, powodują trudności w utrzymywaniu prawidłowych relacji z środowiskiem, co pociąga za sobą zwiększenie ilości zachowań autodestrukcyjnych. Na to nakładają się zaburzone więzi z znaczącymi osobami, które utrudniają pracę z małoletnimi wychowankami.

W swoim opracowaniu Anna Chrzan (2006) przedstawiła swoje badania dotyczące zjawiska zachowań autodestrukcyjnych wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych. Autorka na wstępie zaznaczyła, że jest to szczególna

9 Źródło: badania własne.

grupa dzieci i młodzieży: osoby pozbawione możliwości w pełni zaspokojenia potrzeb bezpieczeństwa, kontaktu emocjonalnego ze znaczącymi bliskimi osobami, które powinny cechować się dyspozycyjnością, uważnością oraz responsywnością wobec swojego potomstwa. Cechy te są niezbędne do wytworzenia bezpiecznej więzi, która jest mocnym fundamentem do prawidłowego, stabilnego funkcjonowania dzieci w przyszłości. Placówki opiekuńczo-wychowawcze stanowią szeroko rozumiany substytut rodziny, pełnią funkcje opiekuńcze, socjalizacyjne oraz wychowawcze. Jednak placówka nie jest w stanie zaspokoić wymienionych potrzeb dziecka. Istnieje możliwość nawiązania bliskich relacji, ale jest to utrudnione (mała liczba wychowawców w stosunku do podopiecznych, rotacja wychowanków, niemożność zaspokojenia wszystkich indywidualnych potrzeb). Sytuacja ta sprawia, że dzieci niejednokrotnie zmuszone są do samodzielnie radzenia sobie z trudnymi emocjami oraz sytuacjami. Najczęściej są to dzieci z tzw. patologicznych rodzin, gdzie niejednokrotnie doznawały przemocy seksualnej, fizycznej, alkoholizmu rodziców. Jak wiadomo, są to czynniki ryzyka aktów autoagresji. Chrzan podkreśla, że doświadczenia, które najczęściej predisponują do aktów autoagresji, to wykorzystywanie seksualne oraz brak opieki rodziców. Przyczyn podejmowania działań autodestruktywnych autorka dopatruje się również w deficytach w zakresie kontroli impulsów, a także w trudności z nazywaniem, rozpoznawaniem i rozumieniem emocji. Wyniki badań wykazały, że najczęstszymi przykładami aktów autodestrukcji bezpośredniej są: naciśnięcie skóry ostrymi narzędziami, uderzanie głową o ścianę, chęć skrzywdzenia siebie, drapanie się z całej siły. Należy podkreślić, że uderzanie głową o ścianę, rzucanie się w złości na podłogę uderzając pięściami z całych sił, czy wrywanie sobie włosów, incydentalnie występują wśród dzieci i młodzieży wychowujących się w rodzinach, natomiast w placówkach opiekuńczo-wychowawczych są one powszechne. W autodestruktywności pośredniej najczęściej wymieniane są: przechodzenie na czerwonym świetle lub w miejscach niedozwolonych, słuchanie muzyki najgłośniej jak to możliwe, kłamstwa i oszustwa w celu osiągnięcia pożądanego efektu, zażywanie narkotyków. Wyniki badań autorki potwierdziły związek pomiędzy pobytem osób w placówkach opiekuńczo-wychowawczych a podejmowaniem zachowań autodestruktywnych. Podopieczni placówek ponad dwukrotnie częściej podejmują zachowania autoagresywne niż w grupie kontrolnej dzieci wychowujących się w rodzinach. Zaskakujące okazały się wyniki badań z podziałem na płeć badanych. Jak przedstawiono we wcześniejszej części tekstu, przeprowadzane badania wykazywały, że aktów autoagresji znacznie częściej dokonują dziewczęta, natomiast przedmiotowe wyniki badań wskazują

na większe natężenie ogólnych oraz pośrednich zachowań autodestruktywnych wśród chłopców. W porównaniu z grupą kontrolną (dzieci wychowujące się w rodzinach), podopieczni placówek mają tendencję do uzewnętrzniania emocji, takich jak smutek i złość, i wyrażania ich w sposób gwałtowny; wiąże się to również z trudnościami w kontrolowaniu emocji. Ponadto charakteryzują ich znaczne trudności z nazywaniem i rozpoznawaniem emocji w porównaniu z grupą kontrolną. Na podstawie wyników badań własnych autorka stwierdziła, że czynnikiem chroniącym przed aktami autoagresji jest konstruktywny sposób radzenia sobie z emocjami. W badanej grupie klinicznej za pomocą funkcji regulacji emocji 61% przypadków wyjaśniało zachowania autodestruktywne, 34% - samouszkodzenia, 55% - działania pośredniodestruktywne. W grupie kontrolnej kwestię regulacji emocji wyjaśniało 19% przypadków. Autorka potwierdziła wcześniejsze wnioski badaczy, że rozłąka z rodzicami/opiekunami wynikająca z przebywania w domu dziecka, domu wychowawczym, czy rozvodu rodziców koreluje ze skłonnościami do samookaleczania się tych osób.

Metody leczenia zachowań autodestruktywnych

Zacytujmy fragment wypowiedzi badanej Lilianny:

Lili: Terapie mi bardzo pomogły, zwłaszcza w okresie technikum, gdzie ja wtedy miałam, w sumie to już był etap przed trafieniem do placówki, bo to już było w wieku 15-16 lat i wtedy akurat najbardziej miałam terapię i one wtedy chyba najbardziej mi pomagały, bo wtedy radziłam sobie z tym bardziej przez rozmowę niż poprzez zadawanie sobie bólu. Terapię miałam chyba 2 razy, 2-3 razy na miesiąc i tyle wystarczyło, bo to było tak ok. Czasami to było nawet raz na tydzień... To wyglądało tak, że ja przychodziłam na terapię, mojej psychoterapeutce wystarczyło 5 minut mojej rozmowy, po tym jak się już tak bardziej poznałyśmy i ona wiedziała czego potrzebuję na rozmowie. Czy to potrzebuję porozmawiać o mamie, czy to potrzebuję porozmawiać o szkole, ona wszystko wiedziała.

Małgorzata: *Brakuje Ci jej?*

Lili: *Tak, akurat tak, bo po prostu wystarczyło powiedzieć co tam u mnie i ona wiedziała czego ja potrzebuję w rozmowie na psychoterapii.*

Małgorzata: *Przynosiło Ci to ulgę?*

Lili: *Tak.*

Małgorzata: *I wtedy nie było samookaleczeń?*

Lili: *No przynajmniej przez czas tygodnia, dwóch, jak nie wiem np. miałam częściej terapię to tak, ale wystarczył jeden mocny epizod, gdzie np. nie miałam w danym tygodniu terapii i wszystko runęło... Wystarczyła jedna sytuacja, gdy ktoś mocniej wpłynął na moje emocje i od razu poleciało wszystko... Terapię bardzo mi pomogła przepracować mój charakter i przepracować moje zachowanie głównie. Pozwoliła mi nabrać pewności siebie przede wszystkim. Pomimo, że mam dalej kompleksy, ale w sumie tak sobie, każdy ma jakieś kompleksy. Trzeba po prostu z nimi żyć. Teraz zdecydowanie, że ta samoocena podskoczyła mi do góry, skończyłam z samookaleczeniami, skończyłam z tymi negatywnymi emocjami... (Lili)¹⁰.*

Wioletta Radziwiłłowicz (2020) wśród możliwych metod leczenia jako pierwszą wymienia profilaktykę zachowań autodestruktywnych. Jest ona o tyle ważna, że wczesne wykrycie oraz wdrożenie właściwego leczenia stanowią podstawową metodę zapobiegania aktom suicydalnym. Kolejno autorka wymienia dialektyczną terapię behawioralną, która jest połączeniem terapii indywidualnej z grupowym treningiem umiejętności, kartami samoobserwacji, interwencjami w sytuacjach kryzysowych oraz w środowisku, terapią rodzinną i treningiem umiejętności dla rodzin, ponadto w jej skład wchodzi spotkania zespołów konsultacyjnych i farmakoterapie.

Jako alternatywę przedmiotowej terapii Radziwiłłowicz (2020) zaproponowała 10-modułową terapię poprzez naukę radzenia sobie z chorobą i zdrowienia. Terapię opracowano z myślą o pacjentach z współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, zmagającymi się z częstą dekompensacją i nawrotami. Praca z pacjentem trwa minimum 1 rok.

Rekomendowana przez wymienioną autorkę jest również terapia poznawcza, która kładzie nacisk na działania zmierzające do zmiany autodestruktywnych zachowań poprzez działania nad dysfunkcjonalnymi myślami, przekonaniami oraz sądami. Terapię posługuje się m.in. metodą 5 kroków, która wykorzystuje analizy łańcuchów zdarzeń. Pierwszy krok to opis pacjenta z ostatniej sytuacji samookaleczenia, kolejno pacjent ma za zadanie określić emocje towarzyszące mu w czasie przywołanej sytuacji, następnie pacjent opowiada o swoich myślach, które były obecne przed wymienionymi emocjami.

10 Źródło: badania własne.

W czwartym kroku pacjent ma dokonać oceny swoich myśli, ale z innej perspektywy. W ostatnim kroku pacjent wraz z terapeutą kolejny raz analizuje swoje myśli, które pojawiły się w opisanych sytuacjach. Wtedy właśnie często dochodzi do zmiany schematów myślowych. To również przestrzeń do nauczania dalszego zmodyfikowanego planu działania, który będzie alternatywą dla uprzednich metod radzenia sobie z myślami na temat aktów samouszkodzeń.

Kolejną formą leczenia jest terapia rodzinna (Radziwiłowicz 2020; Januszewski 2018; Małecka 2006). Ma ona na celu zidentyfikowanie przyczyn samookaleczeń, zachowań wywołujących akty autoagresji oraz psychoedukację rodziców w zakresie funkcji, jaką pełnią samouszkodzenia u ich potomka. Niejednokrotnie do zadań terapeuty należy również podjęcie działań w kierunku procesu separacji-indywiduacji, jak również przywrócenie odpowiednich ról dzieci i rodziców w przypadku, gdy zostały one zaburzone. Niezwykle ważne w leczeniu zachowań autodestruktywnych jest holistyczne podejście oraz objęcie leczeniem całej rodziny, ponieważ sytuacja ta dotyka wszystkich członków rodziny. „Z jednej strony okaleczanie się przez jednego członka rodziny zaburza dotychczasowe funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Z drugiej jednak, to właśnie wcześniejsza dynamika rodziny przyczynia się niekiedy do skłonności autoagresywnych” (Januszewski 2018: 148).

W leczeniu aktów autoagresji ma zastosowanie również terapia poprzez twórczość (arteterapia), gdzie pacjenci wyrażają swoje emocje, fantazje, stany czy uczucia, których nie są w stanie wyrazić słowami, za pomocą własnych wytworów (np. rysunki, rzeźby, obrazy, utwory muzyczne), następnie twórczość ta jest omawiana wraz z terapeutą (Radziwiłowicz 2020; Januszewski 2018; Kowalska 2006).

Lili: Występowałam też w teatrze, były takie sytuacje, przede wszystkim też występowałam w szkole podstawowej, typu przemówienia, recytacje, nawet tańczyłam dwa lata w klubach tanecznych, chodziłam na zajęcia plastyczne do domu kultury i w sumie już ponad 5-6 lat rysuję i się rozwijam w tym. A makijażami zaczęłam się interesować 3 lata temu i jakoś teraz tak do tego doszło, że nie boję się pokazywać w mocnych, nietypowych makijażach. Makijaże to jest coś co mnie bardzo kręci i chciałabym w ten sposób zarabiać.

Małgorzata: *A myślisz, że te makijaże oddają trochę Ciebie?*

Lili: *Głównie tak, bo każdy makijaż projektuję sobie na telefonie...*

Małgorzata: *Powiedz mi, czy rysowanie Ci pomogło?*

Lili: *Yyyy tak, przez rysowanie zaczęłam sobie radzić z problemami. Po prostu moje rysunki nie zawsze były kolorowe, fajne, miłe, odzwierciedlały to co się dzieje w społeczeństwie często. I teraz w sumie rysuję już tak bardziej w stylu kreskówkowym, bądź akurat teraz będę, ćwiczę do perfekcji, bo ja mam tak, że ćwiczę każdy wzór po kolei i dlatego się przeczuliłam na styl kreskówkowy.*

Małgorzata: *Super. A powiedz mi, pojawiły się kolory?*

Lili: *Tak, w sensie nie zawsze, czasami ćwiczę cieniowanie ołówkiem, ale te kolory staram się coraz częściej używać.*

Małgorzata: *A Twoje makijaże są też kolorowe?*

Lili: *Moje makijaże zawsze były kolorowe i to się nie zmieni... Zawsze jeszcze też mi pomaga muzyka. Muzyka to jest taki nieodłączny element mnie, gdzie zawsze jak jest coś co źle wpływa na mnie, to po prostu słuchawki w uszy i odlatuję, nie ma mnie dla świata (Lili)¹¹.*

Wskazana została również terapia skierowana na ciało. Podczas rozmów z osobami pracującymi z osobami dokonującymi aktów autoagresji, często słyszy się o wykorzystywaniu elementów tej terapii. Nadrzędnym celem jest przeformowanie obrazu własnego ciała, nauczania pacjenta akceptowania i troszczenia się o nie. Wprowadza się tu również naukę uważnego oddychania, jak również pracę nad przywróceniem granic oraz spójności własnego ciała. Pomocne mogą również okazać się ćwiczenia fizyczne, jednak należy podchodzić do tego z dużą ostrożnością, gdyż zbyt intensywne treningi mogą doprowadzić do powrotu zachowań autoagresywnych (Radziwiłłowicz 2020).

Ostatnią z wymienionych form leczenia przez tę badaczkę jest farmakoterapia. Jak już zostało wspomniane, nie ma leków stricte na samookaleczenie, jest to bardzo złożony proces, dlatego też niezwykle ważnym jest uprzednia szczegółowa diagnoza pacjenta, m.in. w zakresie genezy oraz zaburzeń współistniejących, by móc dobrać odpowiednią formę farmakoterapii (Klęk 2022). Pacjenci na ogół przyjmują leki przeciwdepresyjne, przeciwłękowe, stabilizatory nastroju stosowane przy leczeniu bezsenności. Niezwykle ważnym dla leczenia aktów samookaleczeń jest wykrycie związku pomiędzy samookaleczeniami a regulowaniem stężenia endogennych opioidów. Wprowadzenie farmakoterapii opierającej się

11 Źródło: badania własne.

na zastosowaniu leków będących antagonistami endorfin (np. Naltrekson) powoduje spadek zachowań autodestruktywnych (Radziłłowicz 2020).

Inni autorzy wskazali na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej, przynoszącą dobre efekty leczenia samouszkodzeń. Terapia ta ma zadanie wyuczenie strategii radzenia sobie w okolicznościach, które uprzednio wywoływały działania autodestruktywne oraz przeformułowanie ich na działania adaptacyjne, zmiana przekształceń poznawczych wywołujących akty autoagresji. Ponadto zmiana dezadaptacyjnego myślenia dotyczącego własnych przekonań, samego siebie i własnego ciała, wzmocnienie poczucia własnej wartości oraz godności. Bardzo ważnym jest też nauczenie nowej strategii działania w sytuacjach, w których występowały samookaleczenia, ekspresji emocji za pomocą słów, radzenia sobie z własną impulsywnością. Wymienione działania mają spowodować mniejszą częstotliwość, a docelowo zaprzestanie ranienia swojego ciała przez pacjentów (Wolny 2006; Januszewski 2018; Klęk 2022).

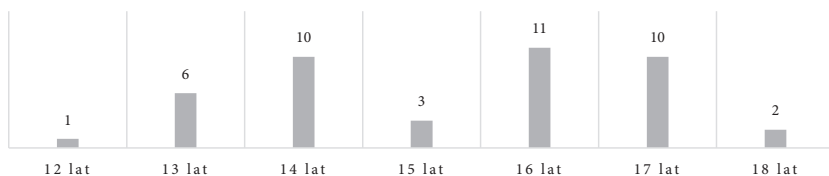
Możliwych form leczenia jest wiele, należy jednak podkreślić, że każda z form musi być dobrana indywidualnie do każdego z pacjentów, aby uzyskać jak najlepszy efekt. Ruszkowska (2019) w swoim artykule wymienia sposoby radzenia sobie, m.in. z zachowaniami autoagresywnymi wśród wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych. Autorka wymienia takie działania, jak: indywidualne rozmowy wychowawcze z podopiecznymi, wzmocnienia pozytywne, upomnienia, metody perswazji, wpływ osobisty, konsultacje psychologa, zajęcia socjoterapeutyczne, terapie uzależnień, zawieranie kontraktu mającego na celu zmianę postępowania. W bardzo rzadkich przypadkach stosuje się środki w postaci umieszczenia wychowanków w szpitalu lub specjalistycznych ośrodkach. Wychowawcy korzystają również z pomocy takich instytucji, jak: poradnie zdrowia psychicznego, poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz centra usług społecznych. Poprawa funkcjonowania oraz zachowania podopiecznych z dużym prawdopodobieństwem może wynikać z nabywania pewności siebie, pozyskiwania aspiracji zarówno edukacyjnych jak i zawodowych, poczucia akceptacji wśród współwychowanków oraz wychowawców. Jest to jednak możliwe do osiągnięcia wówczas, gdy podopieczni przebywają w placówce co najmniej przez kilka miesięcy. Istotnym problemem jest fakt, że wychowankowie (niezależnie od płci) nie widzą nieprawidłowości w swoim postępowaniu, co w znaczący sposób może utrudniać socjalizację i leczenie podopiecznych. Dzieci i młodzież przebywające w placówkach to najczęściej osoby, które z różnych powodów zostały odrzucone przez swoich rodziców. Zaburzone więzi przyczyniają się do trudności z radzeniem sobie z emocjami. Niejednokrotnie ranią zarówno

siebie, jak i inne osoby, wymagają specjalistycznej pomocy specjalistów z zakresu psychoterapii, socjoterapii oraz psychiatrii. Duże znaczenie ma również wiek, w którym dziecko trafia do placówki. Z młodszymi podopiecznymi łatwiej się pracuje, natomiast starsi mają większy problem ze zmianą, nową sytuacją oraz koniecznością dostosowania się do panujących zasad. Wychowawcy pracujący w placówkach z dziećmi oraz młodzieżą przejawiającą zachowania autoagresywne podkreślają wagę braku pobłażliwości oraz sprawiedliwości, ponadto niezmięszania wymagań w stosunku do wychowanków, gdyż przynosi to odwrotny do zamierzonego skutek. Niezbędne jest holistyczne oraz indywidualne podejście do każdego z podopiecznych.

Analiza i interpretacja badań własnych

W przedmiotowej części zostaną przedstawione wyniki badań własnych dotyczące aktów samookaleczeń wśród podopiecznych wybranych placówek opiekuńczo-wychowawczych wraz z ich analizą oraz interpretacją. Respondenci to młodzież przebywająca w placówkach opiekuńczo-wychowawczych na terenie województwa małopolskiego. Udział w przedmiotowym badaniu był dobrowolny i anonimowy, dlatego też w niniejszym opracowaniu nie widnieją nazwy oraz adresy placówek. Wychowankowie otrzymali kwestionariusze przygotowane przez badaczy, a następnie osoby chętne wypełniały ankietę. Podopieczni odpowiadali na 25 pytań kwestionariusza, który zawierał zarówno pytania zamknięte, jak i otwarte. W badaniu wzięło udział 63 osoby, w przeważającej części były to kobiety. Kwestionariusz został podzielony na dwie części. Pierwsza z nich dotyczyła danych społeczno-demograficznych, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania przed umieszczeniem w placówce, liczba rodzeństwa, okres przebywania w placówce, oraz powód umieszczenia w niej. Ostatnim pytaniem w pierwszej części było pytanie o samookaleczenia. W przypadku negatywnej odpowiedzi, młodzież została poproszona o oddanie kwestionariusza prowadzącej badanie. Druga część, to szczegółowe pytania dotyczące zachowań autoagresywnych, sytuacji rodzinnej oraz myśli samobójczych. Badane osoby ponadto odpowiadały na pytania dotyczące m.in. czasu, okoliczności, sposobów, częstotliwości, radzenia sobie oraz form pomocy w sytuacjach samookaleczania się. W przedmiotowej analizie zostaną przedstawione, zgromadzone w badaniach własnych, dane 43 osób, które zmagają się z samookaleczeniami.

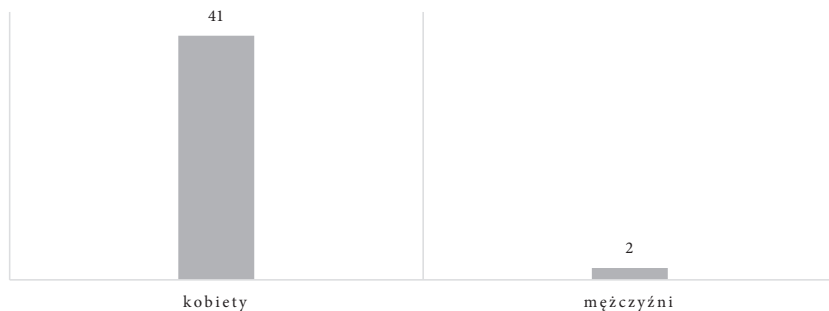
Wykres 1. Wiek osób badanych



Źródło: badania własne.

Respondenci to młodzież w wieku 12-18 lat. Najliczniejszą grupę stanowili adolescenty w wieku 16 lat – 11 osób, co stanowiło 25,6% całej grupy. Kolejne dwie równoliczne grupy, to młodzież w wieku 14 i 17 lat – po 10 osób (23,2%) w każdej z grup. Nieco mniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 13 lat – 6 osób, co stanowiło 14%. Troje piętnastolatków wzięło udział w badaniu, co stanowiło 7% próby. Odpowiedzi udzieliły 2 osoby (4,7%) w wieku lat 18 oraz 1 osoba w wieku 12 lat (2,3%).

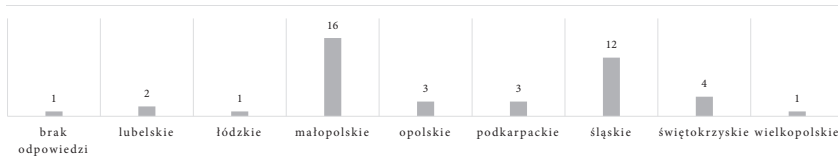
Wykres 2. Płeć osób badanych



Źródło: badania własne.

Wśród samooczekających się osób 41 to kobiety, co stanowiło aż 95,3%. Pozostałe dwie osoby to mężczyźni stanowiący 4,7%. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety, co za tym idzie można pokusić się o stwierdzenie, iż wyniki przedstawionych w tekście badań mają odzwierciedlenie w wynikach badań własnych. Z uwagi na te dysproporcje dalsza analiza przedstawiana będzie bez podziału na płeć badanych.

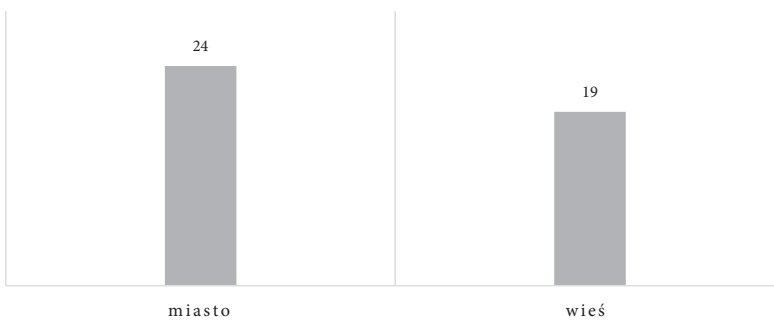
Wykres 3. Województwo (przed przyjęciem do placówki)



Źródło: badania własne.

Respondenci zostali zapytani o województwo, w którym zamieszkiwali przed przyjęciem do placówki. Jedna osoba nie wpisała odpowiedzi, natomiast najliczniejszą grupę stanowili adolescenty z województwa małopolskiego - 16 osób (37,2% badanej próby). Drugą dość liczną grupę stanowiły osoby z województwa śląskiego – 12 osób (27,9%). Najmniej liczną grupę (po jednej osobie) stanowili wychowankowie z województw łódzkiego i wielkopolskiego.

Wykres 4. Miejsce zamieszkania badanych osób (przed przyjęciem do placówki)

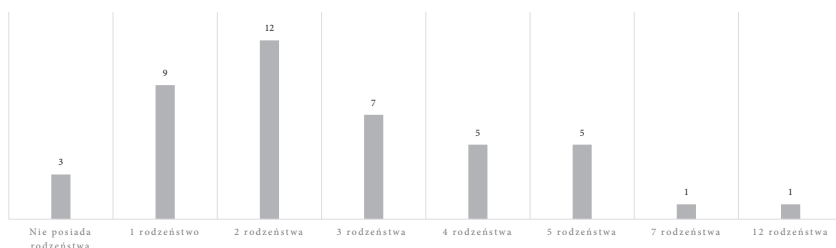


Źródło: badania własne.

Podopiecznych placówek zapytano również o rodzaje miejscowości z podziałem na wieś/miasto. Miało to na celu ustalenie, czy rodzaj miejsca zamieszkania ma wpływ na akty samookaleczania. Nieznacznie wyższy odsetek odnotowano wśród mieszkańców miasta - 24 respondentów (55,8% próby). Mieszkańców wsi było nieco mniej – 19 osób (44,2% próby). Przedmiotowe dane nie dają podstaw do stwierdzenia, aby rodzaj miejsca zamieszkania miał istotny wpływ na samookaleczanie się dzieci i młodzieży. Patrząc na dwa najliczniejsze województwa, ciekawą informacją wydaje się być fakt, iż wśród 16 osób badanych uprzednio zamieszkujących w województwie małopolskim 11 osób zamieszkiwało na wsi, co stanowi 68,7%. Z kolei w przypadku 12 osób

uprzednio zamieszkujących województwo śląskie, tendencja jest odwrotna. Ośmioro badanych (66,7%) zamieszkiwało uprzednio na wsi, a tylko 4 osoby zamieszkiwały w mieście. Nie są to jednak wystarczająco liczne grupy, a nadto różnice nie są aż tak duże, aby móc odnieść wyniki do całej populacji.

Wykres 5. Liczba rodzeństwa

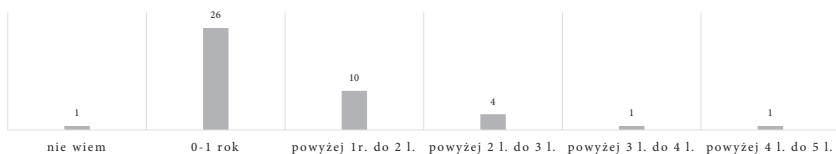


Źródło: badania własne.

W badanej próbie 31 podopiecznych pochodzi z rodzin wielodzietnych, posiada co najmniej dwójkę rodzeństwa, co stanowi 72,1% osób. Jedynie 27,9% (12) stanowią osoby, które posiadają mniej niż dwoje rodzeństwa. Widoczna jest również duża różnica pomiędzy dziećmi posiadającymi 1 rodzeństwo (9 osób) oraz nieposiadających rodzeństwa w ogóle (3 osoby). Odpowiedzi całej grupy zestawiono z odpowiedziami osób samookaleczających się. Na podstawie wyników można wnioskować, iż dzieci z rodzin wielodzietnych są bardziej narażone na działania autodestruktywne.

Zasadnym byłoby przeprowadzenie kolejnych pogłębionych badań, aby ustalić, czy dzieci wychowujące się w rodzinach wielodzietnych są bardziej narażone na umieszczenie w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Wykres 6. Czas pobytu w placówce



Źródło: badania własne.

Aż 26 osób (60,5%) z badanej grupy to młodzież, która przebywa w placówkach do 1 roku. Kolejno 10 osób (23,2%) przebywa w placówkach powyżej jednego roku do 2 lat, u pozostałych adolescentów od momentu umieszczenia

w placówkach upłynęło powyżej 2-3 lat, stanowią oni 9,3% próby (4 osoby). Kolejno, po jednej osobie w przedziałach powyżej 3 lat do 4, oraz powyżej 4 lat do 5 lat. Jedna osoba udzieliła odpowiedzi „nie wiem” na zadane pytanie, była to dziewczynka w wieku 16 lat. Pozyskane wyniki badań wskazują, że najliczniejsze grupy stanowią dzieci przebywające w placówce do 2 lat. Powyżej drugiego roku są to pojedyncze osoby. Może to świadczyć o tym, że okres przebywania w placówce rzadko przekracza 2 lata. Na podstawie literatury z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że w placówkach występuje duża rotacja podopiecznych. Nie sprzyja to tworzeniu bliskich więzi jako jednego z czynników chroniących przed dokonywaniem aktów samookaleczeń.

Wykres 7. Powody umieszczenia w placówkach

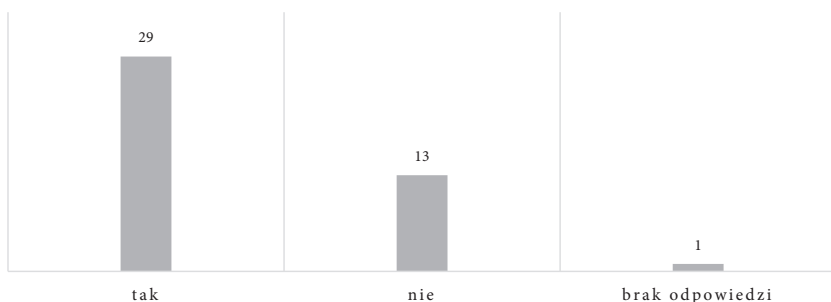


Źródło: badania własne.

W wykresie 7 zostały zawarte najczęstsze powody umieszczenia badanej młodzieży w placówkach. Przedmiotowe zagadnienie poruszone zostało w formie pytania otwartego. Wśród najczęściej udzielanych przez adolescentów odpowiedzi była odpowiedź: szkoła – 9 osób. Natomiast 13 osób oprócz szkoły, podało inne zachowania, takie jak: wszystkie używki, ucieczki z domu, problemy z psychiką, agresja, demoralizacja, zachowanie, złe towarzystwo, próby samobójcze. Dziewięć osób spośród badanej próby uznało, że powodem umieszczenia w placówkach była agresja lub złe zachowanie. Kilka osób podało pojedyncze wypowiedzi, np. samookaleczenia, uzależnienia, przemoc w rodzinie. Łącznie 22 osoby (51,2%) oświadczyły, że powodem skierowania do placówki była szkoła, ponad połowa badanych wymieniła również inne zachowania. Niedostępne są jednak informacje dotyczące wszystkich negatywnych doświadczeń badanych osób przed przyjęciem do placówek, ponadto badani nie dookreślili szczegółów, w jaki sposób wydarzenia związane ze szkołą wpłynęły na umieszczenie ich w placówkach. Dlatego też nie należy upatrywać szkoły jako jedyne go czynnika mającego wpływ na decyzję o umieszczeniu osób badanych w placówkach. Niemniej należałoby zbadać przedmiotowy kontekst oraz rozważyć szeroko rozumiane niepowodzenia szkolne, jako jeden z czynników ryzyka.

W podstawówce też miałam takie epizody, że też agresję okazywałam. Miałam taką jedną sytuację, że kolegę, który był no troszkę otyły, byłam w stanie wywalić na podłogę, do tej pory to pamiętam i chyba zaczęłam mu skakać po pieszczelu. Nie wiem co mi odwaliło, po prostu, nie wiem czy to był atak agresji, czy co, ale nie panowałam nad tym... (Lili)¹².

Wykres 8. Inne formy zachowań autodestruktywnych



Źródło: badania własne.

Przedmiotowy wykres wskazuje, iż na 43 osoby 29 stosuje inne formy zadawania sobie bólu, co stanowi 67,4%. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi na przedmiotowe pytanie, pozostałe 13 osób oświadczyło, że samookaleczenia w postaci nacięć na skórze są jedyną formą aktów autodestruktywnych.

W świetle zgromadzonych wyników stwierdzić należy, że osoby dokonujące samouszkodzeń z bardzo dużym prawdopodobieństwem dokonują również innych form autoagresji i zazwyczaj jest ich kilka. Wychowankowie wymienili w badaniu współlistniejące formy autoagresji, takie jak: zdrapki, uderzenia pięściami w ścianę/coś twardego, bicie głową w ścianę, gorące kąpiele, rozdrapywanie skórek przy paznokciach, wrywanie włosów, gryzienie, szczypanie się po żyłach, po skórze, przypalanie ciała, podpalania zapalniczką uda, gaszenie papierosów na skórze, bicie się z innymi, picie, palenie, drapanie paznokci, obgryzanie ust, podduszanie. Osoby samookaleczające się ukrywają rany oraz blizny na ciele, dlatego w leczeniu/pracy z osobami samookaleczającymi się należy zachować szczególną uważność na inne akty autodestruktywne.

Lili: Zdrapki tak zwane... Jak nacinasz skórę, to jest tak od razu i czujesz ten ból automatycznie a jak drapiesz tą skórę, to czujesz tak powoli i tak nasila się to, ten ból z siłą tarcia.

12 Źródło: badania własne.

Małgorzata: *Powiedz, co jest gorsze, co sprawia większy ból?*

Lili: *Patrząc na to, że ja i tak i tak zawsze rozdrapywałam strupy, bo nie wiem, jakoś miałam tak uzależnienie, że nie mogę się po prostu powstrzymać od tego i dalej tak mam, że jak mam jakieś strupy to je rozdrapuję. To zdecydowanie gorsze jest zrobienie sobie zdrapki niż zwykle pocięcie się. Bo pocięcie się można łatwo zakryć, a taką zdrapkę im większa ona jest tym ciężiej zakryć.*

Małgorzata: *Czyli jeśli dobrze Cię zrozumiałam, najpierw robiłaś zdrapkę, a później nie dopuszczałaś żeby się wygoiła?*

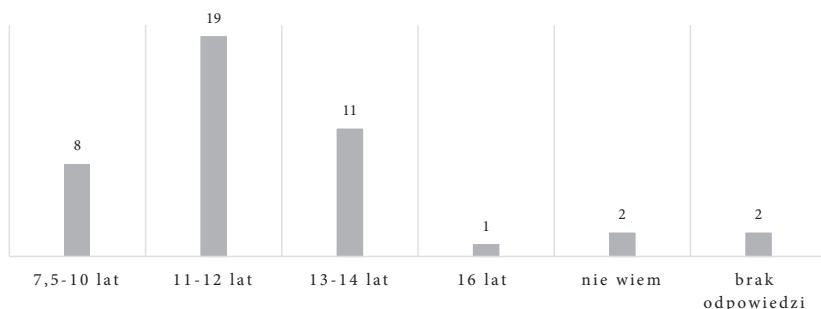
Lili: *Tak, bo ją cały czas rozdrapywałam¹³.*

Jednym z kolejnych pytań kwestionariusza było zapytanie o miejsca nacięć na ciele respondentów. Jest to o tyle ważna kwestia, iż jak wspomniano wcześniej, osoby bardzo często ukrywają rany oraz blizny na ciele. Co za tym idzie, niejednokrotnie rodzice bądź opiekunowie nie mają wiedzy na temat zachowań autodestruktywnych swoich dzieci czy podopiecznych. Opóźnia to pomoc oraz leczenie osób zmagających się z aktami autodestruktywnymi. W wypełnionych kwestionariuszach bardzo rzadko pojawiały się pojedyncze odpowiedzi. Zazwyczaj wychowankowie placówek podawali 3 lub więcej miejsc na ciele, które okaleczają: ręce, przedramiona, nadgarstki, dłonie, palce, klatka piersiowa, piersi, brzuch, pośladki, nogi, biodra, uda, łydki, kostki na nogach, usta nożyczkami, szyja. Ostatnio przeprowadziłam rozmowę z Wiktoria, ciocią Hani (17 lat), która samookalecza się. Mama Hani (Aleksandra) dowiedziała się o samookaleczeniach od Julii – przyjaciółki córki. Julia poprosiła ją, aby nie wyjawiała tego przed córką, gdyż sama obiecała Hani zachować tajemnicę i boi się, że straci przyjaciółkę. Aleksandra zabrała córkę do psychologa pod pretekstem bezsenności oraz znacznego pogorszenia wyników w szkole. Przed rozmową wyjawiała specjalistce prawdziwy powód wizyty, z prośbą o zachowanie dyskrecji. Dziewczynka nie powiedziała psychologowi o dokonywanych samookaleczeniach. Aby nikt się o tym nie dowiedział, nacięła ona skórę w pachwinach. Miejsca te nie są wybrane bez powodu, bowiem Hania uprawia dyscyplinę sportu, w której ma odsłonięte ręce oraz nogi. Jej mama jest bezsilna wobec tej sytuacji, chce pomóc córce, jednak obawia się, że wyjawienie prawdy może zakończyć przyjaźń dziewczynek. Narazi to Hanię na

13 Źródło: badania własne.

utrata osoby znaczącej w jej życiu, co może być traumatycznym doświadczeniem i stan dziewczynki może ulec pogorszeniu (obawia się o życie córki). Julia jest jedyną osobą, której Hania się zwierza, mama obawia się również tego, że nie będzie miała żadnych informacji na temat swojej córki¹⁴.

Wykres 9. Pierwsze samookaleczenia się



Źródło: badania własne.

Wśród badanej próby (N=43), osobą, która najwcześniej zaczęła dokonywać aktów samouszkodzeń (7,5 roku), była dziewczynka stosująca również inne formy autodestruktywne, posiadająca troje rodzeństwa. Jako powód umieszczenia w placówce podała szkołę, niechodzenie na praktyki, zachowanie. W pierwszej analizowanej grupie (7,5-10 lat) znajduje się 8 osób, co stanowi 19% próby. Spośród tej grupy 5 osób (62,5%) zamieszkiwało w mieście, pozostałe 3 osoby na wsi. Ponadto 6 osób wychowywało się w rodzinach wielodzietnych. Kolejno podano wyniki badań podopiecznych wchodzących w okres adolescencji (11-12 lat) - jest to najliczniejsza grupa, aż 19 osób w tym wieku (44%) po raz pierwszy dokonało samookaleczenia. Wśród tej grupy młodzieży 13 osób (68,4%) zamieszkiwało w mieście przed przyjęciem do placówki. Taki sam odsetek badanych pochodził z rodzin wielodzietnych (13 osób), jednak nie były to te same osoby. Kolejna bardzo liczna grupa to osoby, u których inicjacja przypada na wiek 13-14 lat, aczkolwiek stanowiły one o wiele mniej liczną grupę niż 11-12-latkowie. W tej grupie wiekowej 11 osób dokonywało samookaleczeń, co stanowiło 25,6% próby. Pośród tych badanych 9 osób (81,8%) to młodzież wychowująca się w rodzinach wielodzietnych, 6 osób przed przyjęciem do placówki zamieszkiwało na wsi. Jedna

14 Źródło: badania własne, imiona osób zostały zmienione.

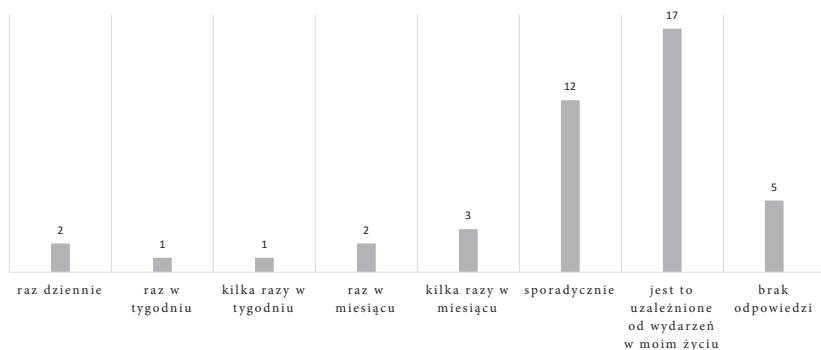
z badanych osób zapoczątkowała samookaleczanie w wieku 16 lat, była to kobieta wychowana w rodzinie wielodzietnej, mieszkająca przed przyjęciem do placówki w mieście. Ponadto dwoje podopiecznych nie było w stanie wskazać wieku, 2 osoby nie udzieliły odpowiedzi na pytanie. W omawianej literaturze przedmiotu okres adolescencji był wskazany jako jeden z czynników ryzyka samouszkodzeń. W badaniach własnych wyraźnie zarysowuje się różnica pomiędzy okresem stawania się adolescentem (11-12 lat) a późniejszym okresem adolescencji, gdzie widoczna jest tendencja spadkowa. Można wnioskować, że okres wchodzenia w adolescencję stanowi większy czynnik ryzyka niż pozostały okres tego etapu rozwoju; w późniejszym okresie widoczna jest tendencja spadkowa. Zasadnym byłoby przeprowadzenie kolejnych badań z uwzględnieniem inicjacji zachowań autodestruktywnych, gdyż jak pokazują przedmiotowe badania, wraz z wiekiem obniża się odsetek osób samookaleczających się. Badania nie wykazały różnic pomiędzy młodzieżą zamieszkującą na wsi i w mieście przed umieszczeniem w placówce. Widoczna jest różnica pomiędzy podopiecznymi wychowywanymi się w rodzinach wielodzietnych, w szczególności w grupie 13-14-latków, gdzie 81,8% osób pochodziło z rodzin wielodzietnych.

Głównie to wyglądało tak, że jak się zaczęła moja historia z samookaleczaniem się, to byłam w podstawówce. W podstawówce głównie byłam takim odrzutkiem, głównie siedziałam sama więc wychowawcy, nauczyciele i wszyscy byli przyzwyczajeni do tego że ja siedzę po prostu z słuchawkami w uszach i gdzieś po kątach... Głównie byłam wyzywana i szkalowana w podstawówce uczniowie znaleźli sobie ze mnie takiego, taką czarną owcę, ofiarę, którą można zwyzywać jakby nigdy nic. Przez to, że ciężko nawiązywałam kontakt z ludźmi i w sumie zauważyli, że ja nie mam wsparcia w nikim, że jedynie co to mogę tak pogadać hej, cześć, co tam. To dlatego chyba postanowili, że będą się nade mną znęcać, do momentu kiedy powiedziałam sobie dość i postawiłam na swoim. Pokazałam to dopiero chyba w 6 klasie podstawówki, albo 5, że już mam tego dość, że nie dam sobie wskoczyć na głowę. Wtedy dali mi jakikolwiek spokój. Po prostu jak w pewnym momencie, ta zawsze cichutka, grzeczna uczennica wybuchnie, wszyscy nagle w szoku. Tak jest zawsze, w każdej szkole jest taka osoba, która jest cichutka, tzw. cichy dzieciak ale jak wybuchnie to wszyscy w szoku. Tak samo było tym razem. Wtedy dali mi spokój, bo już wiedzieli, że nie dam sobie pogrywać...

Za pierwszym razem to wyglądało tak, że zautomatyzowanie przecięłam skórę, nie byłam świadoma tego co robię wtedy i nie byłam świadoma do jakich konsekwencji to będzie prowadzić. Przez jakiś czas później żalowałam tego, że się pocięłam, że zrobiłam tą jedną kreskę. W sumie można to porównać do sytuacji „Pamiętnika nar-

komanki”, tylko że tu była taka sytuacja, że ja się cięłam, a ona ćpała. Zaczęło się od jednego razu, na jednym razie się nie skończyło... (Lili)¹⁵.

Wykres 10. Częstotliwość dokonywania samookaleczeń



Źródło: badania własne.

Wyniki badań świadczą, że w znacznej części dokonywanie samookaleczeń związane jest z konkretnymi wydarzeniami. Przedmiotową odpowiedź wybrało 17 respondentów (40%). W odczuciu 12 osób (28%) samookaleczenia dokonywane są sporadycznie. 5 osób nie udzieliło odpowiedzi na przedmiotowe pytanie, a pozostałe odpowiedzi wybierane były przez pojedyncze osoby. Wyniki te wskazują, że nie ma systematyki w dokonywaniu saookaleczeń, a akty autoagresji związane są z konkretnymi sytuacjami życiowymi, co również zostanie potwierdzone w jednym z kolejnych pytań dotyczących powodów samookaleczania się. Ilość wykonywanych nacięć na skórze jest bardzo zróżnicowana. Badani w odpowiedzi na przedmiotowe pytanie wymienili od 3-4 do 60 nacięć robionych za każdym razem.

Zapytano również nastolatków, czy ukrywają rany i blizny na cięciach. Na przedmiotowe pytanie 29 badanych (68%) odpowiedziało „tak”. 13 respondentów (30%) oświadczyło, że nie ukrywa swoich ran i blizn na ciele. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi na przedmiotowe pytanie. Mając na uwadze literaturę przedmiotu, ponad połowa badanych wstydzi się i ukrywa samookaleczenia. Natomiast 30% badanych eksponuje je, co może świadczyć o tym, że jest to forma wołania o pomoc, potrzeba przynależności do danej grupy, prestiż,

15 Źródło: badania własne.

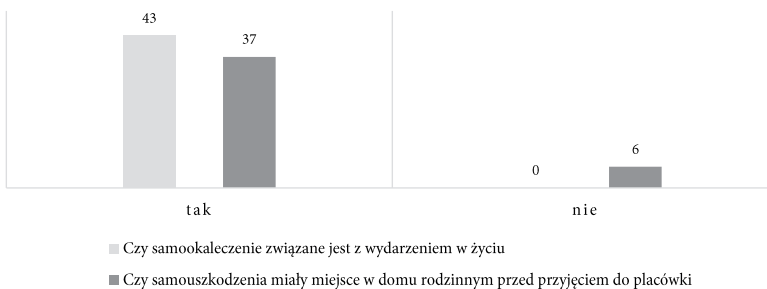
może to również świadczyć o „efekcie Wertera”. Jednoznacznie nie można tego stwierdzić, ponieważ nie jest znany kontekst sytuacji oraz momenty i osoby, przy których rany i blizny są ujawniane, jak również wielu innych zmiennych.

Wykres 11. Ukrywanie ran i blizn po samookaleczeniach



Źródło: badania własne.

Wykres 12. Okoliczności związane z inicjacją samookaleceń

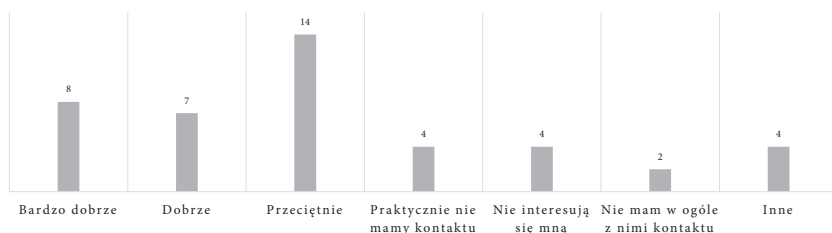


Źródło: badania własne.

Na wykresie zostały przedstawione dane dotyczące dwóch kolejnych pytań: „Czy pierwsze cięcie związane było z jakimś wydarzeniem w Twoim życiu?” oraz „Czy samookaleczanie miało miejsce również w domu rodzinnym przed przyjęciem do placówki?”. U wszystkich badanych osób (N=43), pierwsze samookaleczenie związane było z konkretnym wydarzeniem z życia. Aż 37 osób (86%) zadeklarowało, że samookaleczało się już w domu rodzinnym, przed przyjęciem do placówki. Na podstawie zgromadzonych danych nasuwa się pytanie, czy pobyt w placówkach stanowi czynnik zagrożenia inicjacji zachowań autodestrukcyjnych. Tylko 6 osób (13%) z badanej próby wskazało okres rozpoczęcia aktów autoagresji w placówkach. Badania własne są zbieżne z przedstawianą w tekście literaturą przedmiotu mówiącą o tym, że negatywne doświadczenia związane z rodziną są czynnikiem ryzyka podejmowania aktów autodestrukcyjnych. Na podstawie przeprowadzonych badań nie można jednak przyjąć, że

pobyt w placówkach również jest czynnikiem zwiększającym ryzyko samookaleczeń, gdyż 86% badanych oświadczyło, że aktów destruktywnych dokonywało w domu rodzinnym przed przyjęciem do placówki. Zasadnym byłoby stwierdzenie, że pobyt w placówkach może być czynnikiem utrwalającym zachowania autodestruktywne. Na podstawie badanej próby nie można przyjąć, że jest bezpośrednim czynnikiem ryzyka inicjacji takich zachowań.

Wykres 13. Relacje z rodzicami



Źródło: badania własne.

Zdecydowana większość badanych ocenia swoje relacje z rodzicami jako przeciętne – 14 osób (32%), kolejno 8 osób (19%) wybrało odpowiedź – „bardzo dobrze”. Odpowiedź „dobrze” wybrało 7 respondentów. Trzy osoby wybrały odpowiedź „praktycznie nie mamy kontaktu”, 4 podopiecznych ma odczucie, że rodzice nie interesują się nimi. Dwojka dzieci (5%) nie ma w ogóle kontaktu z rodzicami. Pozostałe 4 osoby wybrały odpowiedź „inne”, rozszerzając swoją wypowiedź tekstową, tj. „nie dogaduję się”, „ojciec nie żyje, z matką mam słaby kontakt”, „z mamą bardzo dobre, z tatą przeciętnie”, „nie mam taty, a mama ma na mnie wywalone i jestem w domu dziecka”. Każda z wymienionych odpowiedzi wskazuje na trudność w relacjach rodzinnych. Zastanawiający jest również fakt, że 6 spośród 8 respondentów, którzy wybrali odpowiedź „bardzo dobrze”, dokonywało aktów samookaleczenia w domu rodzinnym. 6 osób spośród 7, które wybrały odpowiedź „dobrze”, również samookaleczyły się w domu rodzinnym, przed przyjęciem do placówki.

Spośród badanej próby (N=43) jedynie 3 osoby nie miały myśli samobójczych. Pozostałym 40 osobom samookaleczającym się towarzyszyły myśli suicydalne (93%). Zarówno ten wykres, jak i dane z wykresu dotyczącego ilości osób podejmujących działania autodestruktywne pokazują wagę oraz skalę problemu. Wśród badanej młodzieży zachowania te są „powszechne”. Nasuwa się pytanie, dlaczego aż tylu młodych ludzi cierpi do tego stopnia, że okalecza

własne ciało i niemalże u wszystkich współwystępują myśli samobójcze. Zapewne część z przebadanych osób zmaga się z zaburzeniami psychicznymi, które często współwystępują z samookaleczaniem, inni mogą zadawać sobie ból, aby przynależeć do danej grupy, czy zyskać uznanie. Wymienione zachowania oraz towarzyszące im myśli stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia każdego z nich. Należy podkreślić, że 28 badanych, którzy zadeklarowali myśli samobójcze, pochodzi z rodzin wielodzietnych, co stanowi 70% tej grupy. Z kolejnych badań wynika, że 36 osób spośród 40 samookaleczało się w domu rodzinnym przed przyjęciem do placówki.

Wykres 14. Myśli samobójcze



Źródło: badania własne.

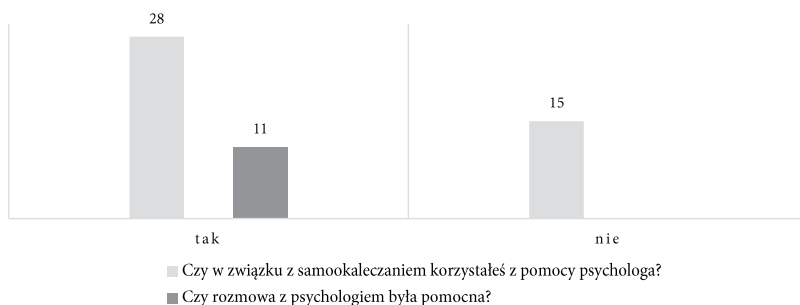
Wykres 15. Namawianie do samookaleczania



Źródło: badania własne.

Respondenci odpowiadali również na pytanie dotyczące nakłaniania do autoagresji przez inne osoby. Spośród 43 osób 11 (26%) zadeklarowało, że kolega lub koleżanka namawiali ich do samookaleczeń. 32 podopiecznych (74%) zaprzeczyło, aby takie sytuacje miały miejsce. Z powyższych wyników można wnioskować, że nie jest to powszechne zjawisko, jednak dochodzi do sytuacji, w których młodzież jest zachęcana przez swoje koleżanki i kolegów do zachowań autoagresywnych.

Wykres 16. Korzystanie z pomocy psychologicznej



Źródło: badania własne.

Spośród badanej próby (N=43), 28 osób (65%) skorzystało z pomocy psychologicznej, jednak tylko 11 respondentów (39%) uważa, że rozmowa z psychologiem była pomocna. 15 wychowanków nie skorzystało z pomocy psychologicznej. Powyższe dane nie napawają optymizmem. Anna (wychowawczyni jednej z placówek) opowiadała o zachowaniu podopiecznych, którzy nie chcą korzystać z pomocy psychologa, nie wyrażają zgody na terapię, zdarza się również, że wchodzą do gabinetów i w ogóle się nie odzywają. Przychodzą tylko po to, by „mieć odbębnią” wizytę. W literaturze przedmiotu nie znajdziemy wielu metod i form leczenia samookaleczeń. Leczenie nie należy do łatwych, m.in. z uwagi częstego współwystępowania zaburzeń, innych aktów autodestruktywnych, które stosowane zamiennie, skutecznie mogą ukryć inne zachowania autoagresywne, niosąc zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów. Niezwykle ważna jest trafna diagnoza osób dokonujących samookaleczeń.

Wykres 17. Korzystanie z pomocy psychiatrycznej



Źródło: badania własne.

Z pomocy psychiatrycznej skorzystało 31 wychowanków (72%), z czego 13 osób (41%) uważa, że wizyta u specjalisty była pomocna. Pomoc otrzymana od psychiatry była nieco lepiej (2%) oceniana przez młodzież niż pomoc od psychologa. Niemniej zarówno w przypadku lekarzy psychiatrów, jak i psychologów wynik nie napawa optymizmem. W obu przypadkach przeprowadzona interwencja nie przekroczyła nawet 50% wychowanków: 39% - psycholog, 41% - lekarz psychiatra. 93% próby deklarowało myśli samobójcze, osoby te powinny zostać objęte opieką psychologiczną, psychoterapeutyczną oraz psychiatryczną.

Kolejne trzy pytania miały charakter otwarty, młodzież wypowiadała się na temat udzielanej pomocy przez inne osoby, sytuacji, które powodują, że się okaleczają, jak również co okazało się pomocne w momencie opanowania przymusu samookaleczania.

Odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób inne osoby mogłyby Ci pomóc w sytuacjach, kiedy odczuwasz przymus samookaleczania?“, zostały zaszeregowane do 5 kategorii:

- obecność bliskiej/znaczącej osoby: „*po prostu musi być przy mnie osoba, którą bardzo lubię, Kocham i tak naprawdę ufam*”, „*w takich momentach nie potrzebowałam mówienia że to jest złe, czy że będzie dobrze, potrzebowałam tylko czyjejś obecności i bliskości*”, „*tata starał mi się pomagać wspierał mnie jak tylko mógł*” „*najbliższej osoby, której ufam*”, „*podejście i przytulenie bez żadnych słów*” „*przytulenie*”;
- rozmowa: „*rozmowa, palenie*”, „*rozmowa głębsza, żebym mogła się wypłakać i wygadać*”, „*rozmawiali ze mną i pomagali*”, „*siedzieć ze mną i odciągać od tych myśli*”, „*moi przyjaciele tłumaczyli mi, że nie lubią jak się tnę i że oni zawsze są ze mną i stoją za mną murem. Rzeczywiście to pomaga*”, „*namawiali do innego sposobu poradzenia sobie z tym*”, „*rozmowa, pocieszenie*”, „*rozmawiają ze mną, są przy mnie*”, „*rozmowa, pocieszenie*”, „*rozmawiają ze mną, są przy mnie*”, *rozmowa z mamą, babcią i psychologiem lub tatą*”;
- zrozumienie: „*osoby, która doznała kiedyś tego samego, takiej która byłaby w stanie zrozumieć mnie, tak samo co czuję*”, „*zrozumienie*”;
- używki: „*rozmowa, palenie*”;
- poczucie braku możliwości pomocy: „*nie dałyby rady mi pomóc*”, „*to jest chwila, nikt w takiej sytuacji mi nie pomoże, mogłoby mi jedynie wziąć coś ostrego z ręki, ja sama muszę chcieć i idzie to w dobrym kierunku*”, „*nie chcę pomocy*”, „*nic*”, „*nikomu tego nie mówię, po prostu to robię*”, „*nie mogłyby pomóc*”.

Pięciu badanych udzieliło odpowiedzi: „nie wiem”, dziewięć osób nie odpowiedziało na przedmiotowe pytanie, ponadto kilkakrotnie powtórzyła się odpowiedź: „rozmowa, palenie” oraz „rozmowa”. Z wypowiedzi udzielonych przez respondentów można wnioskować, że czynnikami chroniącymi są bliskie wspierające osoby, okazujące czułość i zrozumienie, a także osoby posiadające podobne doświadczenia. Pojawiły się również używki, jednak nie jest to konstruktywna metoda radzenia sobie. Sześcioro badanych nie chce lub nie widzi możliwości pomocy od innych.

Kolejne zadane pytanie brzmiało: „Jakie sytuacje w Twoim życiu powodują, że się okaleczasz?”:

- relacje rodzinne: „*sytuacja rodzinna*”, „*zmarła mi mama, a jestem w rodzinnym Domu Dziecka razem z rodzeństwem. Klótnie z ciocią, która mnie obraża bije mnie i moje rodzeństwo*”, „*klótnie z rodziną...*”, „*śmierć ojca*”, „*każdy mi z rodziny powtarzał, że jestem do niczego, matka piła i jako dziecko zbierałam ją z podłogi, tata mnie uderzył*”, „*śmierć ojca, cioci...*”, „*klótnie z mamą i bliskimi...*”, „*klótnia mamy z tatą...*”, „*rodzice*”;
- relacje rówieśnicze: „*...relacje przyjacielskie*”, „*...klótnie z rówieśnikami*”, „*...relacje przyjacielskie oraz ogólnie ze środowiskiem, wyżywianie*”, „*byli przyjaciele, chłopcy...*”, „*związek*”, „*...rozstania z chłopakiem*”, „*...sprawy sercowe*”;
- wątki bliżej nieokreślonych osób: „*jak ktoś na mnie krzyczy albo wyzywa się*”, „*...jak klóć się z osobami, na których mi zależy*”, „*brak kontaktu z ważnymi osobami*”, „*brak zrozumienia od osób postronnych*”, „*klótnie z najbliższymi*”;
- niewskazanie dominującego motywu: „*wszystkie*”, „*różne, obojętne, byle jakie*”, „*mam tak, że albo robię to, bo lubię patrzeć na rany po cięciu, po prostu mi się to podoba, albo stres*”, „*nieważne*”, „*ja*”, „*roźne*”, „*różne, obojętne, byle jakie*”, „*nieważne*”, „*...różnie, mogę to zrobić po prostu bez powodu*”, „*stres*”, „*nie chcę mówić*”, „*trudne chwile...*”;
- inne: „*...złość na siebie, chęć wyżycia się, chęć zabicia, zastąpienie bólu psychicznego fizycznym*”, „*wtedy kiedy nie mam już sił*”, „*sytuacje stresowe w ośrodku*”, „*samotność*”, „*klótnie, smutek, obwinianie, bezradność*”, „*...złe samopoczucie*”.

Na przedmiotowe pytanie 9 osób nie udzieliło odpowiedzi. Wśród wymienionych odpowiedzi najczęściej powtarzały się relacje rodzinne oraz relacje przyjacielskie. Tylko jedna osoba wskazała na sytuacje stresowe w ośrodku, ale nie można wykluczyć, że wątek relacji rówieśniczych dotyczy właśnie osób, z którymi badani przebywają w placówce.

Głównie to były takie sytuacje niestandardowe typu po prostu coś wpłynęło tak naraz, na teraz, dlatego się pocięłam. Nigdy nie była to taka standardowa sytuacja dlatego, że coś się wydarzyło, ja centralnie po tej sytuacji się cięłam. Na pewno to była sytuacja jak się dowiedziałam o matce, po śmierci babci, jak trafiłam tutaj do placówki to też, ogólnie kilkukrotnie w ośrodku się cięłam, jak właśnie tak mocno się pokłóciłam z siostrą to też była taka sytuacja jedna, że po prostu dostałam od niej w pysk, bo inaczej się nie da tego po prostu powiedzieć, to też właśnie wtedy się pocięłam.... No i chyba te epizody z podstawówki i właśnie jak, ktoś mnie tak po prostu, bo to też były sytuacje, że dostawałam od uczniów po twarzy albo po prostu. Nauczyciele mieli to gdzieś. Tak samo jak wtedy już wybuchłam agresją co skakałam po tym chłopaku, to też mieli to gdzieś. Nie wiem co by musiało się stać, żeby oni zareagowali (Lili)¹⁶.

Następne pytanie brzmiało: „Jeśli miało to miejsce (opanowanie przymusu cięcia), co okazało się pomocne?”. Odpowiedzi zostały przyporządkowane do kilku kategorii:

- bliskie relacje: „rozmowa z koleżankami, przytulasy...”, „terapeutka, która mnie wspiera w trudnych sytuacjach i podnosi mnie na duchu”, „rozmowa z ważnymi osobami dla mnie”, „...pomoc taty, któremu bardzo za to dziękuję”, „rozmowa z mamą”, pomyślałam o tym, że niektórym na mnie zależy i że ich to boli, dlatego opanowałam to”, „była przy mnie bardzo ważna osoba”, „myśl o tym, jak poczują się moi bliscy, gdy dokonam samookaleczenia”, „...przyjaciele, rodzina”, „nadzór siostry”;
- wentylacja emocji: „...spacer z psem, muzyka”, „spacer (wyjście na świat)...”, „patrzanie na ogień i słuchanie muzyki”, „...ćwiczenia na macie, np. brzuszki”, „płacz”;
- używki: „palenie”, „alkohol”, „używki”;
- inne: „nie wiem”, „placówka”, „nie ważne”, „ja”, „myśl o tym jak już okropnie to wygląda”, „nic!”, „nie szukałam pomocy”.

Na przedmiotowe pytanie nie odpowiedziało 14 osób. Najczęściej powtarzające się odpowiedzi, to „rozmowy”, „rozmowy z tatą”, „nic” oraz „nie wiem”.

W przytoczonych wypowiedziach silnie wybrzmiewa samotność, brak obecności lub brak w ogóle osób znaczących, a co za tym idzie brak możliwości wentylacji emocji podczas rozmowy z bliską osobą, przed którą są w stanie się otworzyć. Pojawił się również motyw „przytulenia” i troski bliskich osób (tata, przyjaciele). Mocno zaakcentowane jest poczucie braku zrozumienia. W pojedynczych wypowiedziach czytamy o towarzyszących im emocjach, uczuciach.

16 Źródło: badania własne.

Wypowiedzi badanych to w większości przytaczany kontekst sytuacyjny. Dzieci i młodzież zostają umieszczone w placówkach, ponieważ rodzina nie jest w stanie zapewnić im szeroko rozumianej opieki. Niejednokrotnie osoby te narażone były na traumatyczne wydarzenia w domu rodzinnym. Zachowania autodestruktywne w większości przypadków miały miejsce jeszcze w domu rodzinnym, pobyt w placówce i związana z tym rozłąka z rodziną to kolejne determinanty mogące utrwalać zachowania autoagresywne.

Podsumowanie

Z przeprowadzonych badań wynika, że najniebezpieczniejszym okresem, w którym mogą pojawić się zachowania autodestruktywne, jest wchodzenie w okres adolescencji (11-12 r. ż.), w późniejszym wieku liczba osób samookaleczających się maleje. Przytaczane w tekście badania nie wyróżniają tego okresu jako czynnik ryzyka aktów autodestruktywnych, wymieniony jest okres adolescencji jako całość. Zachodzi więc przypuszczenie, że to nie okres adolescencji jako całość stanowi czynnik ryzyka podejmowania aktów autodestruktywnych lub co najmniej nie w tym samym stopniu co okres wchodzenia w adolescencję. Z badań własnych wynika, że im starsza jest młodzież, tym wskaźnik osób samookaleczających się maleje.

Kolejną istotną kwestią są wyniki badań własnych świadczące o tym, że inicjacja aktów samookaleczania u 86% badanych miała miejsce w domu rodzinnym, jeszcze przed przyjęciem do placówki, co zbieżne jest z badaniami dotyczącymi szeroko rozumianych trudnych/traumatycznych doświadczeń w rodzinie, jako czynnik ryzyka dokonywania aktów samouszkodzeń, natomiast jest to sprzeczne z twierdzeniem, że sam pobyt w placówce jest czynnikiem ryzyka zainicjowania aktów samookaleczania się. Placówki opiekuńczo-wychowawcze nie są naturalnym środowiskiem i z pewnością pobyt w nich niesie wiele zagrożeń, jednak w przypadku badanej próby wyniki wskazały na niewielki odsetek osób (14%), które samookaleczenia dokonały po raz pierwszy w placówce. Warto rozszerzyć badania na temat pobytu dzieci i młodzieży w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, pod kątem ustalenia, czy sam pobyt w placówce stanowi czynnik ryzyka pojawienia się zachowań autodestruktywnych, albo czy jest to czynnik mogący utrwalić wymienione zachowania.

Na zwrócenie uwagi zasługuje liczba podopiecznych samookaleczających się przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych,

pochodzących z rodzin wielodzietnych - stanowią oni 72,1% badanej próby. Bez dodatkowych badań nie można jednoznacznie stwierdzić, że osoby z rodzin wielodzietnych są bardziej narażone na samookaleczenia. Istnieje np. możliwość, że dzieci wychowujące się w rodzinach wielodzietnych są bardziej narażone na umieszczenie w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Dlatego też w przyszłości należałoby przeprowadzić badania dotyczące samouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży pochodzących z rodzin wielodzietnych oraz posiadających mniej niż dwoje rodzeństwa, zestawiając ze sobą dwie grupy, tj. osób wychowujących się w rodzinie oraz osób umieszczonych w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Istotna jest uważność rodziców/opiekunów oraz osób leczących/pracujących z osobami samookaleczającymi się. Jak wynika z badań własnych oraz literatury przedmiotu, z bardzo dużym prawdopodobieństwem stosują one również inne formy autoagresji (niekiedy zamiennie). Istnieje ryzyko, że osoby te, chcąc ukryć akty autoagresji, będą stosowały formy nieznanne dla rodziców/opiekunów czy leczących/pracujących z nimi specjalistami, co może skutkować błędnym stwierdzeniem o zaprzestaniu aktów autodestruktywnych.

W dostępnej literaturze bardzo mało uwagi poświęca się metodom leczenia aktów autoagresywnych. Zjawisko aktów samookaleczania sukcesywnie wzrasta, przybierając różne opisywane w tekście formy. Cierpienie osób samookaleczających się, ich bezradność wobec podejmowanych aktów autodestruktywnych, zagrożenie życia oraz zdrowia tych osób wymusza wręcz, aby rozszerzać badania w zakresie zjawiska zachowań autodestruktywnych.

Akty samookaleczania się wśród młodzieży są coraz częściej występującym zjawiskiem. Zachowania autodestruktywne stanowią zagrożenie dla życia i zdrowia młodych osób. Są one pozbawione zamiaru suicydalnego, mając jednak na uwadze wypowiedź Lili, która twierdziła, że nie kontrolowała głębokości nacięcia skóry i nie przejmował ją fakt, że może to doprowadzić do śmierci, nie można stanowczo wykluczyć sytuacji, że nacięcie może być tak głębokie, że doprowadzi do śmierci osobę samookaleczającą się. Świadczy też o tym wywiad z Anną, u której niejednokrotnie nacięcia na skórze były tak głębokie, że zmuszeni byli korzystać z pomocy oddziału SOR. Nadto aż 93% badanych nastolatków miało myśli samobójcze. Z wypowiedzi osób badanych wybrzmiewa samotność, brak osób znaczących w ich życiu, z jednoczesnym podkreśleniem, jak ważne są one dla nich. Myśl o bliskich osobach w niektórych przypadkach była w stanie powstrzymać akty autodestruktywne. Istotna jest również niska samoocena oraz poczucie, że nikomu na nich nie zależy, nie

są ważnymi osobami. Lili poczuła się ważna, potrzebna i kochana dopiero, gdy w jej domu pojawiły się zwierzęta.

Co ciekawe, żadna z osób w przytaczanych w tekście wypowiedziach nie wymieniła kwestii finansowych jako czynnika chroniącego bądź czynnika ryzyka podejmowania aktów autodestruktywnych. Z rozmów z wychowawcami wiadomo, że dzieci i młodzież bardzo często pochodzą z ubogich rodzin. Przyjmowani w zimie wychowankowie niejednokrotnie przyjeżdżali w trampkach, nie mieli zimowych kurtek, nie mówiąc o innych niezbędnych rzeczach. Jakże często słyszymy od dorosłych, że chcą zapewnić dzieciom to, czego sami nie posiadali. W tym miejscu należy zatrzymać się na chwilę refleksji na temat tego, co my dorośli dajemy dzieciom, a czego one od nas potrzebują. Skupiając się na tym, co uważamy za ważne, nie zauważamy potrzeb naszych dzieci, które niejednokrotnie są odmienne od naszych wyobrażeń.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), Arlington, TX: American Psychiatric Association.
- Babiker G., Arnold L. (2003). *Autoagresja mowa zranionego ciała*, tłum. M. Polaszewska-Nicke, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Chodak M., Barwiński L. (2010). *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – przegląd zagadnień*, „Psychiatria i Psychoterapia”, t. 6(1), s. 19–30.
- Chrzan A. (2006). *Zachowania autodestruktywne a wybrane funkcje regulacji emocji u wychowanków placówki opiekuńczo-wychowawczej*, [w:] *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*, red. A. Suchańska, J. Wycisk, Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, s. 151–164.
- Hawton K., Rodham K., Ewans E., Weatherall R. (2002). *Deliberate selfharm in adolescents: self report survey in schools in England*, „BMJ Journal”, t. 23(74), s. 1207–1211. https://fdds.pl/_Resources/Persistent/5/0/0/e/500e0774b0109a6892ce777b0d-8595f528adea62/Negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii.-Raport-z-badan-ilosciowych-1.pdf [dostęp: 04.01.2023].
- Januszewski A. (2018). *Samouszkodzenia ciała formą autodestrukcji u młodzieży*, [w:] *Zadania i wyzwania medycyny – charakterystyka problemów i postępowanie terapeutyczne*, red. K. Maciąg, M. Maciąg, Lublin: Wydawnictwo Naukowe Tygiel, s. 141–150.
- Klęk W. (2022). *Samookaleczenie – przyczyny i czynniki ryzyka*, <https://wojciechklek.pl/samookaleczenie-przyczyny-i-cynniki-ryzyka/> [dostęp: 30.01.2023].
- Kubacka-Jasiecka D. (2006). *Agresja i autoagresja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Kubiak A. (2011). *Samouszkodzenia kobiet i mężczyzn – spojrzenie na podobieństwa i różnice*, [w:] *Pleć między ciałem, umysłem i społeczeństwem*, red. K. Palus, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM, s. 131–148.
- Lenkiewicz K., Racicka E., Bryńska A. (2019). *Samouszkodzenia – miejsce w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, czynniki ryzyka i mechanizmy kształtujące*, „Psychiatria Polska”, t. 51(2), s. 323–334.
- Matecka M. (2006). *Terapia rodzinna jako metoda pracy z młodzieżą okaleczającą się*, [w:] *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*, red. A. Suchańska, J. Wycisk, Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, s. 191–198.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. Rewizja dziesiąta. Tom I ICD-10, wydanie 2008 (2009). Światowa Organizacja Zdrowia.
- Philips D.P. (1974). *The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther Effect*, „American Sociological Review”, t. 39(3), s. 340–354.
- Radziwiłłowicz W. (2020). *Autoagresja – samobójstwa i samookaleczenia*, [w:] *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, red. I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A. Borkowska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 557–568.
- Ruszkowska M. (2019). *Zachowania autoagresywne w placówkach opiekuńczo-wychowawczych*, „Pedagogika. Studia i rozprawy” t. 28, s. 141–149.
- Suchańska A., Wycisk J., (2006). *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*, Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. 2022, poz. 447, 1700, 2140).
- Warzocha D., Gmitrowicz A., Pawełczyk T. (2008). *Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi*, „Psychiatria Polska”, t. 42(5), s. 659–669.
- Wolny J. (2006). *Terapia poznawczo-behawioralna samookaleczeń*, [w:] *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*, red. A. Suchańska, J. Wycisk, Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, s. 183–190.
- Wolny J. (2006). *Wykorzystanie arteterapii w procesie diagnozy i terapii osób okaleczających się*, [w:] *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*, red. A. Suchańska, J. Wycisk, Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, s. 199–210.
- Wycisk J. (2004). *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*, Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

ANEKS

KWESTIONARIUSZ

Proszę, przeczytaj każde pytanie i zaznacz lub uzupełnij właściwą odpowiedź, która według Twojej opinii najbardziej oddaje Twoje odczucia. Pamiętaj proszę, że nie ma złych odpowiedzi – wszystkie są poprawne. Zależy mi, aby Twoje odpowiedzi były szczere i odzwierciedlały to co czujesz i myślisz. Test jest anonimowy i nikt nie będzie wiedział, że są to Twoje wypowiedzi, nikt poza mną nie będzie miał również dostępu do wypełnionego przez Ciebie kwestionariusza. Udział w badaniu jest dobrowolny, możesz przerwać go w każdej chwili, możesz pominąć pytania, na które nie chcesz odpowiadać.

1. Wiek:
2. Płeć:
3. Województwo (przed przyjęciem do Placówki):
4. Miejsce zamieszkania (przed przyjęciem do Placówki):
 - a) Miasto
 - b) Wieś
5. Liczba rodzeństwa:
6. Jak długo przebywałeś w Placówce?
7. Co było powodem, że zostałeś umieszczony/umieszczona w Placówce?
.....
8. Czy kiedykolwiek zadawałaś/eś sobie ból poprzez nacięcia na skórze?
 - a) TAK
 - b) NIE

Jeśli nigdy nie zdarzyła Ci się taka sytuacja nie wypełniaj dalszej części ankiety, przekaz arkusz prowadzącej.

9. Jeśli tak, kiedy miało to miejsce pierwszy raz? (podaj proszę Twój wiek w latach):
.....
10. Czy pierwsze cięcie związane było z jakimś wydarzeniem w Twoim życiu?
 - a) TAK
 - b) NIE
11. Czy samookaleczenie miało miejsce również w domu rodzinnym przed przyjęciem do Placówki?
 - a) TAK
 - b) NIE
12. Jak oceniasz Twoje relacje z rodzicami?
 - a) Bardzo dobrze

- b) Dobrze
 - c) Przeciętnie
 - d) Praktycznie nie mamy kontaktu
 - e) Nie interesują się mną
 - f) Nie mam w ogóle z nimi kontaktu
 - g) Inne, jakie:
13. Które miejsca na ciele cięłaś/cięłeś?.....
14. Czy ukrywasz rany i blizny po nacięciach?
- a) TAK
 - b) NIE
15. Jak często dokonujesz nacięć na swoim ciele?
- a) Raz dziennie
 - b) Raz w tygodniu
 - c) Kilka razy w tygodniu
 - d) Raz w miesiącu
 - e) Kilka razy w miesiącu
 - f) Sporadycznie
 - g) Jest to uzależnione od wydarzeń w moim życiu
16. Podaj proszę ile średnio nacięć na skórze wykonujesz za każdym razem:
17. Czy poza wymienionymi nacięciami zdarzyły Ci się inne formy zadawania sobie bólu?
- a) TAK
 - b) NIE
 - c) Jeśli tak to jakie?
18. Czy miałas/ęś kiedykolwiek myśli samobójcze?
- a) TAK
 - b) NIE
19. Czy kiedykolwiek Twoja koleżanka lub Twój kolega namawiali Cię do samookaleczania
- a) TAK
 - b) NIE
20. Czy w związku z tymi sytuacjami korzystałaś/korzystałeś z pomocy psychologa?
- a) TAK
 - b) NIE
21. Czy rozmowa z psychologiem była pomocna?
- a) TAK
 - b) NIE
22. Czy w związku z tymi sytuacjami korzystałaś/korzystałeś z pomocy psychiatry?
- a) TAK
 - b) NIE

23. Czy wizyta u psychiatry okazała się pomocna?

- a) TAK
- b) NIE

24. W jaki sposób inne osoby mogłyby Ci pomóc w sytuacjach, kiedy odczuwasz przymus samookaleczania?

25. Jakie sytuacje w Twoim życiu powodują, że się okaleczasz?

.....

26. Czy są to zdarzenia związane z:

- a) Pobytem w Placówce
- b) Sytuacją rodzinną
- c) Pobytem w Placówce oraz sytuacją rodzinną

27. Czy kiedykolwiek udało Ci się opanować przymus cięcia?

- a) TAK
- b) NIE

28. Jeśli miało to miejsce, co okazało się pomocne w tej sytuacji?

Dziękuję :)

Małgorzata Kamińska
ORCID: 0000-0003-1768-021X
Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku

Depresja wieku młodzieńczego w percepcji nauczycieli

Wstęp

Co roku od niespełna dwudziestu lat 23 lutego obchodzony jest Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją. Ustanowiono go w celu upowszechniania wiedzy na temat depresji, jej przyczyn, objawów i skutków, promowania sposobów zapobiegania i terapii. W tym czasie powstało szereg opracowań z wynikami badań medycznych, socjologicznych, psychologicznych i pedagogicznych. Diagnozuje się skalę występowania zjawiska depresji nie tylko wśród osób dorosłych, ale także wśród dzieci i młodzieży. Wydaje się, że problem jest monitorowany, podlega eksploracji i ocenie w wielu gremiach, jednak co roku odnotowuje się nowe przypadki zaburzeń depresyjnych, pojawiają się doniesienia o samobójstwach wśród nastolatków, czasami także wśród dzieci. Międzynarodowa Organizacja Zdrowia od dawna apeluje o zwiększenie sił i środków w celu wczesnego rozpoznawania niepokojących objawów w zachowaniu dzieci i młodzieży, zwłaszcza w środowisku rodziny i szkoły. Rodzice i nauczyciele mają największą szansę, aby w porę dostrzec symptomy depresji wieku młodzieńczego, zauważyć reakcje świadczące o ryzyku wystąpienia tragicznych konsekwencji nieleczonej choroby. Ich kompetencje diagnostyczne i profilaktyczne stanowią podstawowy czynnik w walce z depresją wieku młodzieńczego, mogą determinować redukcję tendencji samobójczych.

Prezentowane wyniki badań są próbą ukazania stosunku nauczycieli do zjawiska depresji ze szczególnym uwzględnieniem ich wiedzy i umiejętności w zakresie zaburzeń depresyjnych u adolescentów. Stanowią również głos w dyskusji na temat promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych w trudnym okresie dojrzewania. Zjawisko depresji, jej przyczyn i skutków nie zawsze jest odbierane jednoznacznie przez wiele osób. Choroba rozwija się latami, a jej objawy bywają trudne do zidentyfikowania. Depresja wiąże się z obniżeniem jakości życia codziennego, z zachowaniami

autodestrukcyjnymi, także próbami samobójczymi. Nieustanne zmiany w otoczeniu, szybkie tempo życia i pracy, sytuacje traumatyczne i kryzysowe nie pozwalają za każdym razem właściwie rozpoznawać i interpretować zachowania i reakcje młodzieży. Czasami jest już za późno i trzeba podejmować przede wszystkim działania ratownicze, interwencyjne. Należy zadbać o jak najszerszy zasięg oddziaływań edukacyjnych uprzedzających, zwłaszcza w środowisku szkoły i rodziny. Ważne są także postawy nauczycieli wobec depresji. W tekście przedstawiono problem depresji u dzieci i młodzieży z perspektywy badań sondażowych przeprowadzonych w 2015 roku wśród nauczycieli gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych. Badano między innymi poziom wiedzy nauczycieli o zjawisku depresji wieku młodzieńczego oraz opinie o zaburzeniach depresyjnych u dzieci i młodzieży w aspekcie profilaktyki i pomocy.

Depresja jako problem medyczny i społeczny

Kto nie doznał depresji, ten w rzeczywistości nie wie, czym w samej głębi jest smutek. Smutek człowieka w depresji ma cechy precyzyjnie określone: jest to poczucie niemocy i wewnętrznego przepełnienia męką. Jego intensywność jest tak kolosalna, że wywołuje uczucie absolutnej bezradności – wlewa się w człowieka przez wszystkie szczeliny, topiąc go zupełnie. Zwykło się mówić, że ten, kto może doświadczyć jeszcze więcej smutku, nie cierpi jeszcze na depresję. Prawdziwa depresja to fizyczne i psychiczne zniechęcenie o wielkiej głębi, bardzo odmienne od tego, co może odczuwać normalna osoba tak w wymiarze jakościowym, jak i ilościowym (Zorraquino 2009).

W języku potocznym słowo „depresja” służy do opisywania poczucia smutku lub żalu jako reakcji na jakieś zdarzenie życiowe. W tym kontekście słowo to używane jest do opisanego uczucia lub objawu, a nie choroby. Możemy powiedzieć, że depresja to objaw występujący jako: (1) reakcja zdrowej osoby na stres wywołany na przykład śmiercią bliskiej osoby; (2) nadmierna reakcja u jednostek o osobowości neurotycznej na rodzaj stresu, z którym inni potrafiliby się prawdopodobnie uporać; (3) objaw związany z innymi zaburzeniami organicznymi i somatycznymi, a szczególnie zaburzeniami hormonalnymi lub metabolicznymi, takimi jak np. niedoczynność tarczycy, lub działaniem niektórych leków; (4) wspólny i występujący często objaw psychozy afektywnej typu jedno- lub dwubiegunowego (Haslam 1997). W znaczeniu medycznym termin depresja rozumiany jest jako zespół doświadczeń obejmujący nie tylko

nastrój, ale także doświadczenia fizyczne, psychiczne i behawioralne określające bardziej długotrwały, szkodliwy i poważny stan, który może być klinicznie rozpoznany jako zespół depresyjny (Hammen 2006). Depresja jest chorobą, której nie należy postrzegać jednowymiarowo. Zaburzenie to składa się z wielu komponentów i występuje na różnych płaszczyznach życia pacjenta. Z tej właśnie przyczyny diagnoza i leczenie depresji stanowią tak trudne zadanie (Yapko 2002). Ze względu na wielowymiarowość objawów i skutków, systematycznie zwiększającą się częstotliwość występowania w różnych grupach wiekowych oraz trudności związane z leczeniem i rokowaniem powrotu do zdrowia, depresję można uznać nie tylko za problem medyczny, ale także społeczny. Niektórzy badacze uznają, iż aktualnie jest ona jedną z poważnych chorób cywilizacyjnych, determinujących codzienne życie wielu milionów ludzi. Oznacza to zarazem ujawnianie się wielorakich konsekwencji nie tylko w kondycji zdrowotnej społeczeństw, ale również w przestrzeni pracy zawodowej, edukacji, w środowisku rodzinnym czy polityce społecznej. Antoni Kępiński pisał: „Leczenie depresji nie jest sprawą łatwą. Wymaga ona dużej umiejętności wczuwania się w chorego, zrozumienia charakteru jego cierpień oraz wykazania cierpliwości. Kontakt z chorym depresyjnym nie jest tak ‘bogaty’, jak w wypadku chorych na nerwicę, a zwłaszcza na schizofrenię. Chorzy tacy są smutni, zwykle zahamowani, mało mówią lub milczą, twarz ich zastyga w wyrazie rozpaczki lub apatii. Zdawałoby się, że nic się nie dzieje. Trudno uzmysłowić sobie ogrom ich cierpienia; dopiero zamach samobójczy uwidacznia, jak bardzo oni cierpią. Trzeba mieć dużo wyobraźni i zdolności wczuwania się, by wejść w świat depresyjny. A trzeba jednak wejść w ten świat, aby móc choremu naprawdę pomóc. Depresja jest chorobą, w której człowiek bardzo cierpi, i niestety, w naszej cywilizacji staje się ona chorobą coraz częstsza” (Kępiński 1985: 278).

Obraz depresji w populacji dzieci i młodzieży

Według Światowej Organizacji Zdrowia depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jedną z największych pojedynczych przyczyn niesprawności w skali świata. Szczególnie często występuje wśród dzieci i młodzieży, ale także wśród osób starszych. Na świecie choruje na nią ponad 350 mln ludzi. W 2017 roku w krajach członkowskich Unii Europejskiej najwyższy procent osób z zaburzeniami depresyjnymi zanotowano w Estonii,

Portugalii i Grecji (odpowiednio 5,9%, 5,7% i 5,7%), w Polsce tych zaburzeń doświadczyło 5,1% populacji. Najmniej osób wolnych od zaburzeń depresyjnych zanotowano w Wielkiej Brytanii: dane Eurostatu z 2014 roku wskazują, że 6,8% dorosłej populacji (18 lat i więcej) doświadczało objawów depresji, a 2,9% twierdziło, że ich objawy są poważne. Największy odsetek objawów depresji w populacji zanotowano na Węgrzech (10,5%), w Portugalii (10,4%) i Szwecji (9,0%), rzadziej występowały one w Czechach (3,2%) i na Słowacji (3,5%). W Polsce wskaźnik ten wyniósł 5,3% (Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej, 2019).

Alarmująco dużo przypadków depresji notuje się wśród nastolatków. Czas dorastania to okres, kiedy młody człowiek doświadcza wielu nowych sytuacji związanych m.in. z procesem dojrzewania biologicznego i koniecznością podejmowania pierwszych odpowiedzialnych decyzji. W grupie młodzieży (15-19 lat) depresja dotyka najczęściej młodych ludzi w Niemczech, Szwecji, Irlandii i Danii (powyżej 10%). Chorwacja, Litwa, Słowacja to państwa, gdzie młodzież jest wolna od tych zachorowań. Młodzież czeska, hiszpańska i grecka to grupa, w której depresja występowała w najmniejszym procencie (odpowiednio: 0,5%, 1,1%, 1,2%). W tej grupie wiekowej w 2014 roku Polska miała 2,2% młodzieży, która zmagająca się z depresją. Bagatelizowanie, niezauważenie przez chorego i jego otoczenie objawów choroby oraz brak specjalistycznej pomocy może doprowadzić do poważnego rozwoju tej choroby. W Unii Europejskiej wśród młodzieży odsetek poważnych objawów depresji wynosił 1,7% (w Polsce 1,1%). Największą grupę młodzieży z poważnymi objawami depresji stanowili młodzi ludzie mieszkający w Irlandii, Luksemburgu, Słowenii, Szwecji i w Niemczech. W Chorwacji, na Litwie, w Słowacji, Czechach i na Cyprze nie było poważnych zachorowań depresyjnych. Najmniejszy odsetek zachorowań miały Grecja, Portugalia i Hiszpania (Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej, 2019).

Z raportu Fundacji „Edukacja dla Demokracji” wynika, że w opinii nauczycieli i nauczycielek szkół ponadpodstawowych (zwłaszcza wśród nauczycieli i nauczycielek pracujących w liceum) depresja stanowi najpoważniejszy problem uczniów i uczennic, choć nie jest wskazywana jako problem najczęściej występujący w środowisku młodzieży. Częściej deklarowano np. problemy w relacjach z rówieśnikami, zaburzenia koncentracji, uzależnienie od telefonu czy agresję (Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek, 2020). Te problemy nie wykluczają jednak powiązań z zaburzeniami depresyjnymi, mogą z nimi współwystępować lub stanowić ich przyczynę.

W przypadku młodzieży, korzystanie z Internetu za pośrednictwem różnego rodzaju urządzeń (obecnie najczęściej smartfona), komunikowanie się za pomocą mediów społecznościowych może stanowić źródło napięć i problemów psychicznych. Według specjalistów chodzi tu o tzw. mechanizm porównań społecznych. Korzystanie z nich już przez dwie godziny dziennie zwiększa blisko 4-krotnie ryzyko depresji, podobnie jak korzystanie z więcej niż 7 różnych mediów społecznościowych (Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej, 2019).

Niepokojąco przedstawiają się szczegółowe dane na temat skali występowania zaburzeń depresyjnych w populacji nastolatków. Wyniki badań pokazują, że 20% osób przed ukończeniem 18. roku życia doświadczyło epizodu depresyjnego. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych, w tym dużej depresji, dotyczy częściej adolescentów (2–15%) niż dzieci w fazie przedpokwitaniowej (0,2–2%). Wskaźnik depresji w przedziale wiekowym 9–17 r. ż. wynosi średnio 6% (u dziewcząt nawet 10%), w tym 4,9% stanowi duża depresja. W okresie późnej adolescencji (17–19 r. ż.) można zaobserwować dużo wyższe wskaźniki dla dziewcząt niż dla chłopców (dziewczęta 11,8%, chłopcy 6,6%). W konsekwencji 30–70% dzieci, które przeżyły pierwszy epizod depresji, doświadczy drugiego (lub kolejnych) jeszcze w okresie dziecięcym, adolescencji lub w wieku dorosłym (Jankowicz 2018).

Analizując wyniki badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń depresyjnych w Polsce i na świecie można stwierdzić, że wskaźniki są wysokie, a czasami wstrząsająco wysokie. Jednak badania bardzo często prowadzone są w zdrowej populacji metodą kwestionariuszową i dotyczą subiektywnego nasilenia objawów depresyjnych, a nie konkretnych epizodów depresyjnych. Zróżnicowane wyniki w badaniach mogą zatem świadczyć o kryzysie adolescencyjnym, który charakteryzuje się występowaniem negatywnych emocji, psychicznym dyskomfortem, labilnością nastroju (Radziwiłłowicz 2011).

Przejawy i skutki depresji w wieku młodzieńczym

Depresja jest zaburzeniem uwarunkowanym biologicznie, społecznie i psychologicznie. Jej źródłem może być doświadczenie długotrwałego stresu i przeciążenia oraz odczuwanie chronicznego lęku. Objawy depresji w adolescencji łatwo jest przeoczyć, ponieważ dość często są one maskowane przez drażliwość, agresję czy zachowania interpretowane przez dorosłych jako lenistwo. Typowe dla depresji młodzieńczej są: uzewnętrzniane w zachowaniu nieszczęście,

poczucie beznadziejności i brak akceptacji siebie, trudności w koncentracji uwagi, zachowania agresywne, kłopoty w nauce szkolnej oraz izolacja społeczna (unikanie relacji społecznych w grupie rówieśniczej). Występują ponadto zaburzenia nastroju, które poza typowym obniżeniem samopoczucia (smutek, przygnębienie) mogą wyrażać się dysforią (rozdrażnienie, uczucie zmęczenia, brak zainteresowania) lub anhedonią (niezdolnością przeżywania przyjemności) (Bakiera, Stelter 2011). Przejawy depresji zależą od wieku dziecka. Młodsze dzieci częściej mają nastrój drażliwy (nie depresyjny), zgłaszają więcej skarg somatycznych. Mogą odmawiać uczęszczania do szkoły, wycofują się z zabaw i kontaktów. Zaburzenia snu i apetytu są mniej powszechne u dzieci niż u osób dorosłych, rzadziej pojawia się spowolnienie psychomotoryczne i poczucie winy. U starszych dzieci wyraźne jest depresyjne zaburzenie myślenia: poczucie beznadziejności i bezradności, negatywna ocena siebie, świata i przyszłości (Kołodziejek 2008).

Do podstawowych czynników ryzyka wywołujących depresję zaliczamy temperament, wiek oraz płeć. Dzieci różnią się od siebie temperamentem i zachowaniem. Temperament ma zasadniczo charakter biologiczny, stale jednak oddziałuje na niego otoczenie. Stosownie do tej interakcji zmienia się konfiguracja zachowania psychopatologicznego dziecka i ostateczny kształt przejawów depresyjnych (Zorraquino 2009). Z pedagogicznego punktu widzenia warto zwrócić uwagę na czynniki związane z przebiegiem życia danej osoby (doświadczenia z dzieciństwa). John Preston (2002) wskazuje na następujące przyczyny:

- Zaniedbywanie – najnowsze badania pokazały, że zaniedbywanie dziecka na wczesnym etapie rozwoju może doprowadzić do zaburzeń w rozwoju mózgu (szczególnie podwzgórza, co powoduje trwałe zwiększenie wydzielania pewnych związków chemicznych w mózgu, pobudzających produkcję kortykotropiny). Jeśli doszło do takich zaburzeń (szczególnie w pierwszych miesiącach życia), zmiany w funkcjonowaniu mózgu mogą być nieodwracalne, nawet gdyby okoliczności zewnętrzne się poprawiły. Osoby, które w dzieciństwie były zaniedbywane, w wieku dorosłym są bardziej narażone na depresję.
- Utrata bliskiej osoby w dzieciństwie – dzieciństwo to okres, w którym dzieci tworzą z rodzicami silną więź emocjonalną. Zdarza się, że na skutek śmierci, separacji, rozwodu lub innych przyczyn kontakt z jednym z rodziców zanika. Dorośli nie zdają sobie sprawy z tego, że rozłąka dla małego dziecka jest bardzo trudna. Niezaspokojenie podstawowej

- potrzeby bezpieczeństwa może wpłynąć na to, że w życiu dorosłym dzieci będą musiały borykać się z różnymi problemami, jak: trudności w nawiązywaniu intymnych więzi, niepokój, strach, lęk przed bliskością.
- Nadmierna surowość – często zdarza się, że dzieci są bite, w domu panuje „surowa”, „zimna” atmosfera, brakuje wsparcia, miłości, zrozumienia. Takie sytuacje powodują, że młody człowiek będzie czuł się bezwartościowy, a każde niepowodzenie będzie dla niego ciężkim i bolesnym przeżyciem.
 - Brak wsparcia w czasie dojrzewania – w okresie dojrzewania każde dziecko powinno mieć wsparcie ze strony rodziców oraz bliskich osób. Należy popierać decyzje dziecka, być z nim w trudnych chwilach jego młodego życia, pomagać. Nie można natomiast wyręczać dziecka w jego zadaniach. Kiedy młody człowiek staje się być osobą odpowiedzialną, samodzielną i chce stanąć na własnych nogach, musi wiedzieć, że ma na kogo liczyć. Rodzice nie powinni zatem złościć się na dziecko, tylko pozwolić mu samodzielnie wchodzić w „nowy” etap życia.
 - Maltretowanie i seksualne wykorzystywanie dziecka – ma głęboki wpływ na jego życie emocjonalne i wyrządza wiele szkody, szczególnie jeśli oprawcami byli rodzice. Matka i ojciec powinni dać dziecku poczucie trwałości, bezpieczeństwa i muszą zasługiwać na zaufanie. Zdaniem wielu badaczy zajmujących się dziećmi maltretowanymi i wykorzystywanymi seksualnie przez rodziców, takie traktowanie niszczy w młodym człowieku poczucie bezpieczeństwa. Wiele (może nawet większość) ofiar wierzy, że wina leży po ich stronie. W wypadku dzieci wykorzystywanych seksualnie jest to szczególnie prawdziwe. Gdzieś w głębi serca są przekonane, że to one są za wszystko odpowiedzialne, że są wstętnie i złe. Tego rodzaju doświadczenia niszczą poczucie własnej wartości.

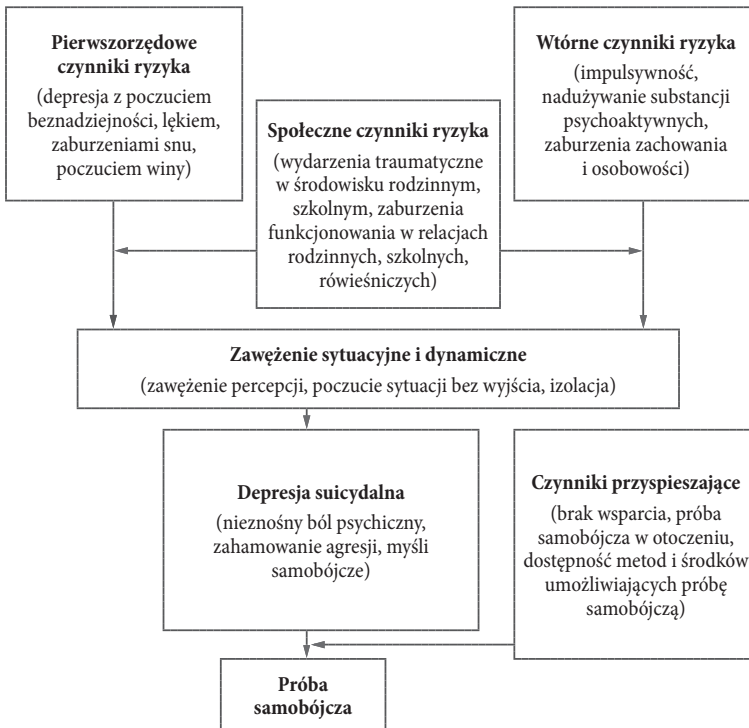
Depresja powoduje wiele negatywnych skutków w funkcjonowaniu rodzinnym, społecznym oraz szkolnym. Dzieci i młodzież mają słabe wyniki w nauce, trudności w kontaktach z członkami rodziny i z rówieśnikami (Kołodziejek 2008). Dla młodego człowieka dotkniętego depresją życie jawi się jako długa droga nacechowana przeciwnościami. Młody człowiek przybiera „maski”, buduje mur odgradzający go od realnej rzeczywistości. Zamyka się w swoim świecie smutku i przygnębienia. Taka młodzież nie chce się uczyć, nie ma autorytetów, brakuje jej sił do życia w coraz bardziej dynamicznej rzeczywistości. Jest załęczniona, boi się przyszłości. Często sięga po alkohol i narkotyki.

Nie stroni od przemocy i agresji, dopuszcza się nadużyć wobec rówieśników, nauczycieli czy rodziców. Młodzież w depresji wszelkie zdarzenia pozytywne traktuje jak przypadek, a odpowiedzialność za zdarzenia negatywne przypisuje własnej osobie. Często myśli i powtarza: „to moja wina, jestem do niczego, nie nawidzę siebie za to, kim jestem i za to, co robię” (Zawadzki 2007).

Depresja w okresie młodzieńczym wiąże się ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa, nadużywania substancji psychoaktywnych, z nasileniem się problemów zdrowotnych, gorszym funkcjonowaniem w pracy oraz trwałymi trudnościami interpersonalnymi w wieku dorosłym. Plany samobójcze dzieci z depresją rzadziej prowadzą do śmierci niż u młodzieży. Adolescenci mogą myśleć o konkretnych sposobach odebrania sobie życia, przejawiać zachowania autodestrukcyjne. Ryzyko podjęcia próby samobójczej jest u nich bardzo wysokie, zwłaszcza u dziewcząt. W ostatnich latach obserwuje się obniżanie wieku młodocianych samobójców (Kołodziejek 2008). Według danych polskiej Policji w 2018 roku choroby i zaburzenia psychiczne były najczęstszymi przyczynami samobójstw – 1037 osób. Trudno jednak stwierdzić, w jakim stopniu czynnikiem determinującym była właśnie depresja. Dane Ministerstwa Zdrowia dotyczące wskaźników samobójstw i prób samobójczych w grupie osób do 18. roku życia pokazują, że w 2017 roku 116 osób w wieku 7–18 lat odebrało sobie życie. W 2018 roku liczba samobójstw nastolatków uległa zmniejszeniu do 97 osób. W 2017 roku zamachy samobójcze podjęło 730 nastolatków, rok później takie próby podjęły 772 osoby w wieku 7–18 lat. W ciągu pięciu lat (2013–2018) liczba prób samobójczych podwoiła się (357 przypadków w 2013 r.) (Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022).

Zaburzenia depresyjne stanowią pierwszorzędkowy czynnik ryzyka podejmowania próby samobójczej u dzieci i młodzieży (schemat 1). Nie oznacza to jednak, że każda próba samobójcza kończy się tragicznym finałem. Z perspektywy wychowawczej i opiekuńczej ważne są również społeczne czynniki ryzyka: traumatyczne życiowe doświadczenia (także szkolne), zaburzenia funkcjonowania w relacjach (rodzinnych, szkolnych, rówieśniczych). Pełnią one istotną funkcję pośredniczącą w procesie „wykluwania się” myśli samobójczych u dzieci i młodzieży i powinny być sygnałem alarmowym dla nauczycieli i rodziców. Świadomość ich wpływu na zdrowie psychiczne nastolatków oraz umiejętność rozpoznawania niepokojących objawów stanowi jeden z głównych elementów procesu zapobiegania samobójstwom w wieku młodzieńczym.

Schemat 1. Związek między depresją i ryzykiem podejmowania próby samobójczej u dzieci i młodzieży



Źródło: Radziwiłłowicz 2011: 95.

Założenia metodologiczne badań

Powyższa problematyka stała się inspiracją do realizacji badań nad postawami nauczycieli wobec zjawiska depresji wśród dzieci i młodzieży. W niniejszym tekście przedstawiono wyniki dotyczące wybranych zmiennych: poziomu wiedzy nauczycieli o zjawisku depresji wśród dzieci i młodzieży oraz aspektu behawioralnego postaw badanych osób. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania: Jaką wiedzę o depresji wieku młodzieńczego deklarują badani nauczyciele? Czy potrafią określić objawy, przyczyny i skutki zaburzeń depresyjnych u nastolatków? Jakie znają formy i sposoby zapobiegania skutkom zaburzeń depresyjnych wśród adolescentów? Jaką pomoc oferują badani nauczyciele w przypadku wystąpienia przejawów zaburzeń depresyjnych u uczniów?

Badania zrealizowano w 2015 roku na terenie miasta Płocka i powiatu płockiego, stosując metodę sondażu diagnostycznego. Na potrzeby badań skonstruowano kwestionariusz ankiety dla nauczycieli (25 pytań). Próba badawcza liczyła 125 nauczycieli gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych, została ona określona w oparciu o dobór warstwowy, proporcjonalny. W doborze wzięto pod uwagę typ szkoły (gimnazjum, liceum ogólnokształcące, technikum, szkoła zawodowa) oraz teren badań. Dla wyróżnionych warstw opracowano operat losowania prostego – spis szkół według określonych czterech typów. Dobór nauczycieli miał charakter losowy. W każdej z wylosowanych szkół przekazano kwestionariusze nauczycielom, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Większość osób badanych stanowiły kobiety (82%).

W opracowaniu statystycznym materiału empirycznego zastosowano test nieparametryczny χ^2 Pearsona oraz współczynnik korelacji V Cramera (Ferguson, Takane 1999; King, Minium 2009). Wykorzystanie testu χ^2 Pearsona służyło sprawdzeniu związku cech dwóch zmiennych mierzonych na skali nominalnej. Współczynnik Cramera zastosowano w celu wyznaczenia siły związku między zmiennymi. Współczynnik ten określa poziom zależności pomiędzy dwiema zmiennymi nominalnymi, spośród których co najmniej jedna przyjmuje więcej niż dwie wartości (King, Minium 2009: 476).

Wyniki badań własnych

Wiedza nauczycieli o depresji wieku młodzieńczego

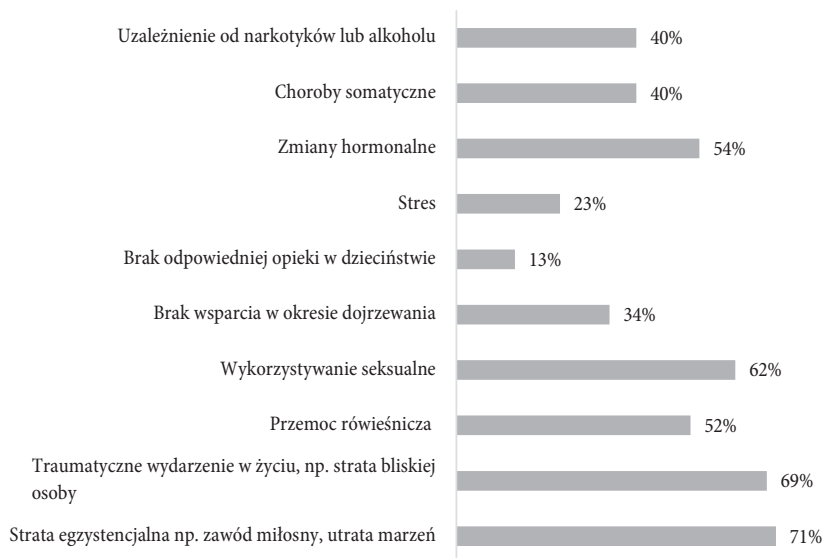
W pierwszej części badań sprawdzano, jaką wiedzę mają badani nauczyciele na temat zaburzeń depresyjnych, jakie rodzaje depresji identyfikują, czy potrafią rozpoznać objawy, czy znane im jest pojęcie i przejawy depresji wieku młodzieńczego, jej przyczyny i skutki.

Odpowiedzi respondentów pokazują, że najczęściej (36% wskazań) kojarzyli oni pojęcie depresji z pesymistycznym postrzeganiem rzeczywistości, brakiem chęci do życia, niską samooceną lub ze smutkiem, przygnębieniem, złym samopoczuciem (33% wskazań). Jedynie 16% wskazań dotyczyło depresji jako choroby, zaburzenia psychicznego. Bardzo rzadko kojarzono depresję z izolacją, lękiem, cierpieniem i bólem. Większość badanych nauczycieli deklarowała znajomość pojęcia depresja poporodowa (78% wskazań) lub depresja sezonowa (67% wskazań). Nieco rzadziej wskazywano np. chroniczną

dużą depresję (48% wskazań), dwubiegunowe zaburzenie nastroju (maniałno-depresyjne) – 32% wskazań. Znajomość depresji wieku młodzieńczego była deklarowana jedynie w 18% odpowiedzi. Taki sam odsetek odpowiedzi dotyczył skali występowania depresji w wieku wczesnej i późnej adolescencji u dziewcząt i chłopców. Tylko co piąte wskazanie było zbliżone do prawidłowych danych. Większość badanych nauczycieli deklarowała potencjalnie niższe wskaźniki występowania depresji u nastolatków w populacji niż podawane w raportach europejskich i polskich. Oznacza to, że nauczyciele na ogół nie byli świadomi skali zagrożenia, jakie niesie ta choroba. Na tym tle nieco lepiej wypadły wyniki badań przeprowadzonych wśród studentów pedagogiki z terenu Lublina w 2016 roku (Raczkowski 2017): większość ankietowanych (80,5%) była przekonana, że dzieci także cierpią na depresję, a aż 98,2% miała świadomość jej występowania wśród młodzieży. Prawdopodobnie spore znaczenie miało to, że studenci zapoznawali się z tym zagadnieniem podczas studiów. Dane zawarte w raporcie Fundacji „Edukacja dla Demokracji” (Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek, 2020) również wskazują, iż świadomość zagrożeń u nauczycieli i nauczycielek wzrosła na przestrzeni kilku ostatnich lat. Uznali oni bowiem, że depresja stanowi obecnie najpoważniejszy problem uczniów i uczennic.

Z danych na wykresie 1 wynika, że badani nauczyciele utożsamiali przyczyny zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży z przyczynami depresji u osób dorosłych. Najczęściej odpowiedzi dotyczyły: straty egzystencjalnej (np. zawód miłosny), utraty marzeń (71% wskazań), traumatycznego wydarzenia w życiu (np. straty bliskiej osoby – 69%). W dalszej kolejności występowały: wykorzystywanie seksualne, przemoc rówieśnicza, zmiany hormonalne charakterystyczne dla wieku adolescencji (niekoniecznie muszą być powiązane z depresją). Dość często wskazywano na choroby somatyczne lub uzależnienie od narkotyków lub alkoholu, co raczej kojarzy się ze skutkami zaburzeń depresyjnych. Stosunkowo niewiele wskazań zanotowano w odniesieniu do takich kategorii, jak: brak wsparcia w okresie dojrzewania (34%), stres (23%), czy brak odpowiedniej opieki w dzieciństwie (13%). Oznacza to, że badani nauczyciele nie mieli dobrego rozeznania w kwestii przyczyn zaburzeń depresyjnych w wieku młodzieńczym. Wiąże się to z wynikami omówionymi powyżej, gdzie większość respondentów rzadko rozpoznawała samo pojęcie depresji u młodzieży.

Wykres 1. Co według Pani/Pana jest najczęstszą przyczyną depresji u młodzieży?



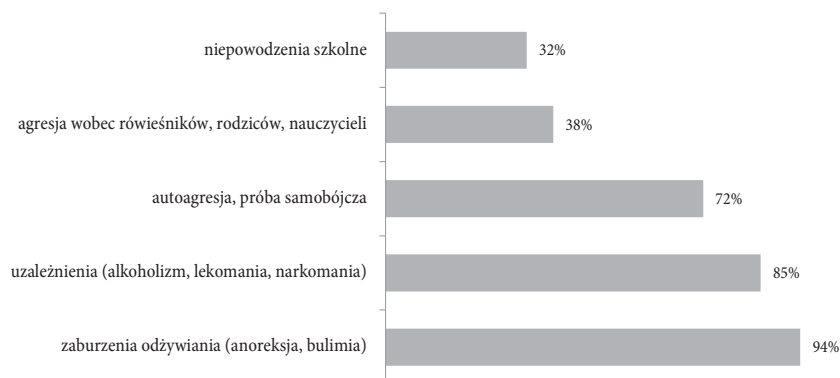
Źródło: Opracowanie własne.

Jeśli chodzi o rozpoznawanie objawów zaburzeń depresyjnych u młodzieży, tu również badani nauczyciele mieli problem z odróżnieniem objawów typowych dla zaburzeń depresyjnych od objawów, które towarzyszą zazwyczaj kryzysowi adolescencyjnemu. Dominowały wskazania dotyczące beczynności, odczucia pustki, nudy (85%), często deklarowano gwałtowne reakcje agresywne lub bierny opór, złośliwość (63% wskazań) oraz chwiejność nastroju (59% wskazań). Takie objawy, jak: lęk przed przyszłością, przewidywanie niepowodzeń, poczucie bezradności nie były często wybierane przez respondentów (23% wskazań). Widać, że nauczyciele mieli nieco trudności w rozpoznawaniu przejawów zaburzeń depresyjnych u młodzieży. Należy podkreślić, że zadanie nie jest łatwe, czasami tylko specjalista może dokonać właściwej diagnozy. Jednak pewne zachowania młodych ludzi, to co mówią i jak reagują, powinny być przedmiotem wnikliwej obserwacji i oceny ze strony nauczycieli. Można wnioskować, że wiedza respondentów na ten temat nie była pełna, a przynajmniej nie byli pewni do końca, które zachowania uczniów należałoby kwalifikować jako przejawy świadczące o zaburzeniach depresyjnych. Być może niektóre z nich po prostu umykały im podczas obserwacji i codziennych kontaktów w szkole.

Problemem, na który zwrócił uwagę psycholog Philip Zimbardo, jest to, że objawy depresji wśród dzieci i młodzieży są efektem odrzucenia przez rodzinę, kolegów, ale przede wszystkim szkołę. Stwierdził on, że „wrogiem są przede wszystkim ci nauczyciele, którzy powodują, że uczniowie czują się gorsi i zamykają się w sobie. Uczeń czuje się upokorzony, gdy nauczyciel się z niego śmieje, wytyka mu słabe punkty” (Bielecki i in. 2013). Badani nauczyciele zostali poproszeni o ustosunkowanie się do tego stwierdzenia. Okazało się, że na 125 respondentów 37% nie zgodziło się z tak postawioną diagnozą, a 40% nie potrafiło odpowiedzieć jednoznacznie. Tylko niespełna co czwarty badany uznał diagnozę za trafną. Prawdopodobnie respondenci mieli inne doświadczenia na ten temat lub instynktownie dawali w ten sposób odpór niezbyt przychylny dla nich diagnozie. Warto jednak zastanowić się nad zachowaniami niektórych nauczycieli, którzy reagują nieadekwatnie, bezrefleksyjnie, mało empatycznie w kontaktach z uczniami, nie mając świadomości, jakie konsekwencje mogą one wywołać w kwestii zdrowia psychicznego ich podopiecznych.

Przewidywanie skutków zaburzeń depresyjnych w wieku młodzieńczym było również przedmiotem niniejszych badań (wykres 2). Respondenci najczęściej deklarowali w odpowiedziach: zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia) – 94%, uzależnienia (alkoholizm, lekomania, narkomania) – 85% oraz zachowania autoagresywne, próby samobójcze – 72%. Nieco rzadziej wskazywano na agresję wobec rówieśników, rodziców, nauczycieli lub niepowodzenia szkolne. Stan wiedzy w tym zakresie w badanej grupie nauczycieli można uznać za wystarczający.

Wykres 2. Jakieg mogą być najczęstsze skutki zaburzeń depresyjnych u młodzieży?



Źródło: Opracowanie własne.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnego różnicowania opinii badanych w kwestii ich poziomu wiedzy o zjawisku depresji wieku młodzieńczego ze względu na płeć respondentów i typ szkoły.

Zachowania nauczycieli wobec ryzyka zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków

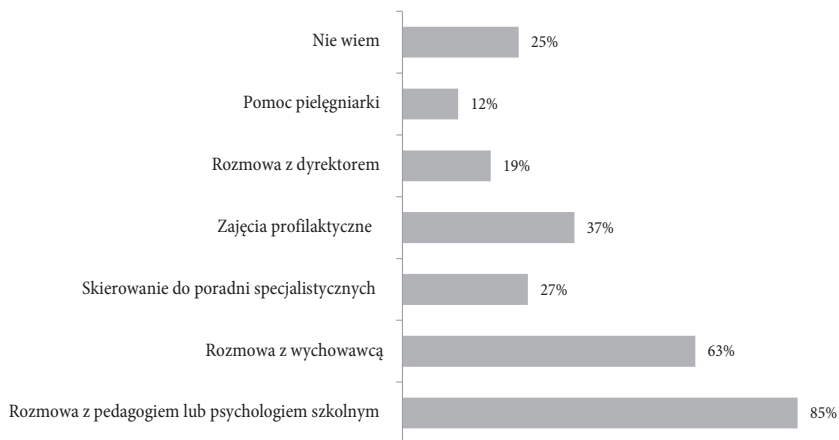
Znajomość objawów jest ważną sprawą, ale warto sprawdzić, w jakim zakresie przekłada się to na realne działania nauczycieli i szkoły. W badaniu poszukiwano odpowiedzi na pytania dotyczące umiejętności obserwowania swoich uczniów pod kątem zaburzeń depresyjnych i ich skutków, pomagania w sytuacjach kryzysowych oraz działań uprzedzających wystąpienie objawów depresji. Wyniki badań pokazują, że ponad połowa respondentów (52%) nie potrafiła jednoznacznie stwierdzić, czy w ich szkole są uczniowie i uczennice z objawami depresji. Jednocześnie duża grupa badanych (40%) potwierdziła, że w szkole są takie przypadki wśród uczniów. Tylko 8% respondentów była przeciwnego zdania. Oznacza to, że jedni nauczyciele uważnie obserwują swoich podopiecznych, dostrzegając pewne symptomy zaburzeń depresyjnych, inni zaś albo nie są tym zainteresowani, albo mają zbyt niski poziom wiedzy o zaburzeniach depresyjnych, aby zauważać niepokojące objawy. Podobny odsetek badanych nauczycieli (52%) deklarował niewiedzę w kwestii występowania w ich środowisku szkolnym przypadków uczniów po próbie samobójczej. W drugiej grupie (48%) niespełna połowa badanych odpowiedziała twierdząco, a co trzeci badany zaprzeczył, jakoby takie przypadki miały miejsce w ich szkole. Nauczyciele prezentowali również odrębne zdanie w kwestii radzenia sobie przez uczniów ze stresem. W opinii prawie połowy respondentów młodzież ma z tym trudności. 40% badanych stwierdziła, że uczniowie raczej potrafią radzić sobie z problemem. Analizując powyższe wyniki, można wyodrębnić dwie dominujące grupy respondentów. Deklaracje jednych nauczycieli wskazują, że uważnie obserwują oni swoich uczniów pod kątem niepokojących objawów, inni albo ich nie dostrzegają, albo – co gorsza – nie chcą zauważyć. Podobnie jest z wynikami dotyczącymi rozpoznania w kwestii występowania przypadków uczniów po próbie samobójczej. Być może jest to spowodowane różnicami we wrażliwości i empatii badanych nauczycieli lub wiąże się to z poziomem posiadanej wiedzy na temat zaburzeń depresyjnych u młodzieży. W porównaniu z danymi uzyskanymi w badaniach Fundacji „Edukacja dla Demokracji” (Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami

nauczycieli i nauczycielek, 2020) nie widać istotnej różnicy w odniesieniu do umiejętności rozpoznawania niepokojących objawów zachowania u uczniów i uczennic. Z raportu Fundacji wynika, że 58% nauczycieli i nauczycielek deklaruje, że jest w stanie zaobserwować problemy psychologiczne lub psychiczne ucznia lub uczennicy.

Ponad $\frac{3}{4}$ badanych nauczycieli deklarowała, iż nie potrafiłaby pomóc uczniowi z objawami depresji. Tylko co czwarty badany odpowiedział twierdząco. Wydaje się to z jednej strony dość niepokojące, a z drugiej strony zrozumiałe w sytuacji, gdy ponad połowa nie potrafiła rozpoznać objawów oraz nie miała dostatecznej wiedzy na temat zachowań suicydalnych wśród uczniów. Badania przeprowadzone przez Adama Raczkowskiego w grupie studentów pedagogiki w 2016 roku pokazały bardziej optymistyczne dane (Raczkowski 2017). W przytoczonych badaniach już tylko niespełna połowa respondentów uznała, że nie wiedziałaby, jak pomóc osobie z depresją. Może to oznaczać, że poziom umiejętności nauczycieli w tym zakresie stopniowo się poprawia.

Nieco inaczej kształtowały się opinie nauczycieli o pomocy instytucjonalnej szkoły. Zdaniem zdecydowanej większości badanych (90% skumulowanych odpowiedzi zdecydowanie tak i raczej tak) młodzież może liczyć na taką pomoc w przypadku problemów życiowych. Szczegółowe dane na temat form oferowanych przez szkołę zawiera wykres 3. Najczęściej deklarowano: rozmowę z pedagogiem szkolnym (85% wskazań), rozmowę z wychowawcą (63%). Inne formy to organizowanie zajęć profilaktycznych (37%), skierowanie do poradni specjalistycznych (27%). Stosunkowo rzadziej wskazywano na wsparcie w postaci rozmowy z dyrektorem szkoły (19%) lub pomoc pielęgniarki szkolnej (12%). Dość często (co czwarte wskazanie) nauczyciele stwierdzali, że nie znają konkretnych form i sposobów pomocy instytucjonalnej szkoły dla uczniów w przypadku problemów życiowych. Uzyskane wyniki na ogół nie odbiegają od danych zawartych w raporcie Fundacji „Edukacja dla Demokracji” (Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek, 2020), gdzie większość badanych nauczycieli i nauczycielek (75%) zadeklarowała gotowość udzielenia pomocy uczniom i uczennicom w przypadku problemów, choć – jak twierdzą badani – biurokratyczne podejście do edukacji znacząco ogranicza im przestrzeń na rozmowę z uczniami i uczennicami o problemach. W raporcie sygnalizowano także potrzebę zwiększenia liczby godzin pracy specjalistów oraz problem nadmiernego obciążenia pedagogów i psychologów szkolnych.

Wykres 3. Jaką pomoc oferuje szkoła?



Źródło: Opracowanie własne.

W zapobieganiu wystąpieniu objawów zaburzeń depresyjnych w wieku młodzieńczym ważną rolę przypisuje się dobrej komunikacji, budowaniu pozytywnych relacji społecznych i emocjonalnych z nastolatkami i wśród nastolatków, okazywanie im zainteresowania, empatii i wsparcia. Z badań wynika, że większość badanych (61%) co najmniej raz w tygodniu rozmawiała ze swoimi uczniami o ich sytuacji w domu czy o relacjach z rówieśnikami, a kilka razy w miesiącu inicjowała rozmowę na temat ich planów na przyszłość (68%). Trudno stwierdzić, na ile są to działania intencjonalne, podejmowane ze świadomością wpisania się w profilaktyczny aspekt zaburzeń depresyjnych. W zestawieniu z wynikami dotyczącymi umiejętności pomagania uczniom z objawami depresji wśród nauczycieli, należy wnioskować, że raczej nie są to działania ukierunkowane i celowe. Wydaje się jednak, iż stanowią dobry symptom w zachowaniach pedagogicznych nauczycieli, bowiem rozmowy z nastolatkami o ich problemach wymagają specyficznego, empatycznego podejścia, wzajemnego zaufania i zrozumienia. Autentyczność zachowań i reakcji nauczycieli przekłada się na otwartość i szczerłość ze strony młodzieży. Częste bliskie kontakty, wymiana poglądów i doświadczeń daje poczucie bycia w relacji, a to z kolei ułatwia wczesne reagowanie w sytuacjach kryzysowych.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnego różnicowania opinii badanych w wartościach zmiennej dotyczącej zachowań nauczycieli wobec zjawiska depresji wieku młodzieńczego ze względu na płeć respondentów i typ szkoły.

Podsumowanie i uwagi końcowe

Dane uzyskane w badaniu pokazują, że poziom wiedzy nauczycieli o zjawisku depresji wieku młodzieńczego nie był na zbyt wysokim poziomie. Respondenci przeważnie nie potrafili prawidłowo zidentyfikować najczęstszych objawów oraz skali statystycznego występowania tego zaburzenia w populacji młodzieży. Przyczyny zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży zazwyczaj utożsamiali z przyczynami depresji u osób dorosłych. Nie potrafili jednoznacznie odnieść się do poglądu Philipa Zimbardo o środowisku szkolnym i postawach nauczycieli jako potencjalnym czynnikiem wyzwalającym objawy zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży. Nieco większą wiedzę wykazali się w stosunku do problemu skutków, jakie może wywołać depresja wieku młodzieńczego. Deklaracje ankietowanych nie różniły się istotnie pod względem płci oraz typu szkoły, w której pracują. Analizując późniejsze wyniki badań (wspomnianych powyżej), gdzie sformułowano podobne problemy badawcze, należy stwierdzić, że poziom wiedzy nauczycieli stopniowo wzrasta, coraz lepiej identyfikują oni zarówno przyczyny, objawy, jak i skutki zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży.

Jeśli chodzi o zachowania nauczycieli wobec ryzyka zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków w codziennym funkcjonowaniu w szkole, to w badaniu zauważono dość wyraźne rozwarstwienie opinii respondentów. Umiejętność skutecznego obserwowania swoich uczniów pod kątem niepokojących objawów, czy rozpoznania sytuacji pod względem przypadków uczniów po próbie samobójczej deklaruje około połowa badanych. Opinie drugiej dużej grupy ankietowanych wskazują na odmienny obraz. Podobne wyniki uzyskano w innym badaniu, omawianym wcześniej w tekście. Dane dotyczące pomagania uczniom z objawami depresji nie wypadły najlepiej, bowiem większość ankietowanych zadeklarowała brak takiej umiejętności (kolejni badacze zauważyli sporą poprawę w deklaracjach badanych nauczycieli). Z przeprowadzonej powyżej analizy porównawczej wynika, że coraz więcej nauczycieli potrafiłoby udzielić takiej pomocy. Jednocześnie optymizmem napawają opinie nauczycieli o pomocy instytucjonalnej szkoły. Zdecydowana większość z nich potwierdza, że szkoła jako placówka jest w stanie podjąć konkretne działania w sytuacjach wystąpienia niepokojących zachowań uczniów związanych z problemami życiowymi. Podobnie rzecz ma się z danymi dotyczącymi działań zapobiegawczych w środowisku szkolnym. Być może nie zawsze są one adekwatne do poziomu posiadanej przez nauczycieli wiedzy o zaburzeniach

depresyjnych, czy jakości proponowanej pomocy, ale jednak wyniki świadczą o tym, że badani mają świadomość wagi dobrej komunikacji ze swoimi uczniami i potrzeby zainteresowania ich sytuacją rodzinną czy relacjami rówieśniczymi. Deklaracje ankietowanych (podobnie jak w przypadku aspektu poznawczego postaw badanych nauczycieli) nie różniły się istotnie pod względem płci oraz typu szkoły, w której pracują.

Interpretując uzyskane wyniki badań warto przypomnieć, że są rezultatem badań przeprowadzonych kilka lat temu. W tym czasie społeczna świadomość zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży znacznie wzrosła. Powstało wiele nowych opracowań i raportów, nie tylko badawczych, ale także analiz rządowych. Prowadzone są społeczne kampanie informacyjne. Wdrożono nowe metody i narzędzia diagnostyczne, WHO systematycznie monitoruje skalę występowania depresji w populacji dzieci i młodzieży. Poprawę sytuacji w niektórych aspektach widać również w zestawieniu z omawianymi późniejszymi wynikami badań nad postawami nauczycieli wobec zjawiska depresji wieku młodzieńczego. Prawdopodobnie jest to właśnie efekt upowszechniania informacji w tym zakresie, także w kontekście rosnącej skali zachowań suicydalnych młodych ludzi.

Dziś już nikt nie zaprzecza, że problem istnieje, choć jeszcze do niedawna w diagnozowaniu depresji w wieku młodzieńczym opierano się na wynikach badań prowadzonych wśród dorosłych. Doskonalone są metody leczenia oparte na psychoterapii i farmakologii. Nadal jednak w Polsce znacznie utrudniony jest dostęp do specjalistycznej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. A wielu ekspertów i lekarzy specjalistów coraz częściej zalicza depresję do chorób cywilizacyjnych XXI wieku.

W przeciwdziałaniu depresji dzieci i młodzieży najważniejsza jest mądra, długofalowa polityka, oparta na przemyślanej strategii profilaktycznej i profesjonalne podejście do problemów młodych ludzi. Istotnym ogniwem w tym procesie są nauczyciele i ich kompetencje diagnostyczne. Badania pokazały nie zawsze optymistyczny obraz tych kompetencji. Być może świadczyły one o niedostatecznej edukacji nauczycielskiej na etapie przygotowania do zawodu lub słabym poziomie doskonalenia zawodowego w tym zakresie. Obecnie w wielu uczelniach, w programach kształcenia nauczycieli uwzględnia się zagadnienia związane z zagrożeniami cywilizacyjnymi i patologicznymi zjawiskami społecznymi. To niezwykle ważny element łańcucha profilaktycznego.

O konieczności upowszechniania wiedzy na temat zaburzeń depresyjnych dzieci i młodzieży przypominają coraz częstsze doniesienia o próbach

samobójczych, czasem zakończonych tragicznym finałem. Takiego rodzaju zjawiska kryzysowe nie pozostawiają złudzeń. Nastolatki w wielu przypadkach nie radzą sobie ze stresem, z naporem przekazów medialnych i internetowych. Nie radzą sobie z presją rówieśników, problemami rodziców, wymaganiami szkolnymi. Co gorsza, nie zawsze potrafią zrozumieć sens własnego myślenia i działania. W tej sytuacji nauczyciele i ich kompetencje pedagogiczne mogą stanowić bufor bezpieczeństwa psychicznego dzieci i młodzieży. Żeby tak się stało, nie mogą „nie wiedzieć, nie widzieć, nie słyszeć”. Ich kontakt z nastolatkami jest bezcenny w prewencji zaburzeń depresyjnych, ale powinni dysponować odpowiednim zapleczem rzetelnej wiedzy specjalistycznej i umiejętności praktycznych. Ma to też znaczenie w budowaniu kultury szkoły jako społecznego organizmu, zintegrowanego i silnego wewnątrznie, aby stawić czoło narastającym zagrożeniom cywilizacyjnym. Wzorce zachowań oraz metody rozwiązywania problemów stanowią wypadkową przekonań i wartości podzielanych przez całą społeczność szkolną: uczniów, nauczycieli, rodziców, dyrektora. W tym kontekście warto zadbać o tworzenie systemowych rozwiązań diagnostycznych i profilaktycznych, które będą trwałym ogniwem procesu wspomagania młodych ludzi w sytuacjach trudnych. Jednocześnie trzeba kontynuować badania, prowadzić regularne monitorowanie potrzeb i oczekiwań nauczycieli w obszarze zaburzeń psychicznych u uczniów w różnym wieku.

Bibliografia

- Bakiera L., Stelter Ž. (2011). *Leksykon psychologii rozwoju człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Bielecki J., Grabek A., Gursztyn P., Kruszewska-Mikucka M., Kwiatkowski O., Olszewska K. (2013). *Polska szkoła niszczy dzieci*, <https://www.rp.pl/edukacja/art12884051-polska-szkola-niszczy-dzieci> [dostęp: 10.09.2013].
- Ferguson G.A., Takane Y. (1999). *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, tłum. M. Zagrodzki, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hammen C. (2006). *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, tłum. M. Trzebiatowska, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Haslam M.T. (1997). *Psychiatria*, tłum. A. Małaczyński, J. Moderscy, Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.
- Jankowicz S. (2018). *Depresja wieku młodzieńczego – etiologia i obraz kliniczny*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Społeczne”, nr 22, s. 183–190.
- Kępiński A. (1985). *Melancholia*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

- King B.M., Minium E.W. (2009). *Statystyka dla psychologów i pedagogów*, tłum. M. Zakrzewska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kołodziejek M. (2008). *Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo-behawioralna*, „Psychoterapia”, t. 2(145), s. 15–33.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, Dz.U. 2017, poz. 458.
- Preston J. (2002). *Pokonać depresję*, tłum. J. Bartosik, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Raczkowski A. (2017). *Depresja dzieci i młodzieży – zjawisko i perspektywy pomocy*, „Wychowanie w Rodzinie”, t. 16(2), s. 315–329.
- Radziwiłłowicz W. (2011). *Depresja u dzieci i młodzieży. Analiza systemu rodzinnego – ujęcie kliniczne*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Yapko M. (2002). *Kiedy życie boli. Zalecenia w leczeniu depresji*, tłum. A. i M. Kacmajor, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zawadzki P. (2007). *Poczucie alienacji, samotności i depresji u współczesnej młodzieży*, „Wychowanie na co Dzień”, nr 12, s. 10–13.
- Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej. Opracowania tematyczne. OT-674. (2019). Warszawa: Kancelaria Senatu.
- Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek. Raport z badania. (2020). Warszawa: Fundacja Edukacja dla Demokracji.
- Zorraquino J.C. (2009). *Depresja u dzieci i młodzieży. Jak odzyskać radość życia*, tłum. zbiorowe, Kraków: Wydawnictwo eSPe.

Maria Kocór

ORCID: 0000-0002-8253-8052

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Szkoła i jej profilaktyczna rola wobec zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży

Wprowadzenie

Myśli i czyny samobójcze często mają swój początek w trudnych, traumatycznych przeżyciach z lat dzieciństwa, kiedy dziecko w zaciszu domowym spotyka się z obojętnością, a nawet wrogością. Jest pomijane, źle traktowane, doświadcza upokorzenia i przemocy tych, którzy powinni go bezgranicznie kochać i traktować naturalnie jego wrodzone cechy takie jak: cennaść, bezbronność, zależność, niedoskonałość i niedojrzałość (Kawula 2002: 481–514). Mówi się, że niedosyt uczuć działa bardziej destruktywnie na człowieka niż niedosyt materialny, świadczą o tym różne badania oraz teorie z pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych, jak: psychologia, socjologia, itp. (Jarosz 1980: Kawula 2002: 486).

Także problemy i niepowodzenia szkolne (konflikty z rówieśnikami czy nauczycielami, tzw. „zawody miłosne”, trudne, kryzysowe sytuacje i doświadczenia wyśmiewania, ośmieszania i mobbingu w szkole, brak akceptacji w klasie) wynikające z braku zainteresowania, zrozumienia i tolerancji, z etykietowania, niesprawiedliwego traktowania, lekceważenia potrzeb i zachowań uczniów prowadzą do: separacji, poczucia osamotnienia, zagubienia, bezradności wobec problemów osobistych i szkolnych oraz ciężaru i bezsensu życia, które rozwijają się latami u niektórych osób. Może się zdarzyć, że jednostka nagle ich doświadcza w wyniku traumatycznych przeżyć z racji czynników sytuacyjnych: zła atmosfera w szkole czy klasie, wśród rówieśników żyjących według własnych reguł i potrzeb, którzy nie zastanawiają się, dlaczego ich koleżanka jest taka smutna, zbyt cicha czy głośna, wybucha złością, płacze lub nie przychodzi na zajęcia, ucieka z lekcji, spóźnia się itp.

Zarówno więc rodzina, jak i szkoła czy klasa szkolna jako grupa rówieśnicza formalna i nieformalna, w tym tzw. grupy dewiacyjne, aspołeczne, a nawet przestępcze mogą mieć bardzo duży udział w rosnących statystykach

samobójstw wśród dzieci i młodzieży szkolnej, a także i w życiu dorosłym. Jest to tym bardziej trudne i złożone, jeśli osoba nie może się oderwać od traumatycznych przeżyć, gdy doświadczała przemocy w rodzinie lub w szkole, była wykorzystywana seksualnie, poniżana, nadmiernie obciążana obowiązkami czy lekceważono jej potrzeby, problemy, z którymi nie radziła sobie lub pełniła rolę rodziców swoich rodziców (tzw. parentyfikacja, czyli odwrócenie ról w rodzinie, dzieci stają się rodzicami dla swoich rodziców; Gadamska-Kyrcz 2022: 11–25). Wskazują na nie sytuacje, zdarzenia i przypadki mające miejsce coraz częściej w naszym bliższym lub dalszym otoczeniu społecznym. Są one często akcentowane i opisywane w mediach, np. były uczeń wtargnął do swojej obecnej lub byłej szkoły i dokonał zabójstwa czy samobójstwa, albo miał miejsce nieudany zamach na swoje życie, bo syn lub córka nie wytrzymali upokorzenia i krzywd codziennie doznawanych ze strony rodziców.

Kwestie te skłaniają do myślenia o szkole jako miejscu opieki i wychowania, ale też doświadczeń trudnych, kryzysowych, źródła traumatycznych przeżyć, przemocy i niemocy. Świat zewnętrzny szkoły jest jeszcze bardziej złożony i dwulicowy, bo otwiera przed jednostką wiele szans i możliwości, a z drugiej strony je zabiera, ogranicza i niszczy, lekceważy, pomija. Dlatego też profilaktyczna rola szkoły w kwestii samobójstw dzieci i młodzieży to ważny temat wymagający interdyscyplinarnej dyskusji i badań ilościowych i jakościowych, próbujących problem wyjaśnić, ale też zrozumieć, jakbyśmy byli na miejscu osób w niego uwikłanych. Zagadnienia te omawiam w niniejszym artykule. W pierwszej części wskazałam istotę suicydologii i ważność zagadnienia oraz wybraną literaturę ujawniającą, że jest to problem interdyscyplinarny wymagający badań zespołowych, systemowej profilaktyki i wsparcia ze strony najważniejszych środowisk wychowawczych. Niewątpliwie należą do nich: rodzina, szkoła i grupy rówieśnicze oraz mass media, ze szczególnym uwzględnieniem Internetu, w którym toczy się codzienność młodego człowieka. Rolę szczególną przypisuję nauczycielowi – wychowawcy klasy, który powinien być troskliwy, czujny i wrażliwy, dbać o dobre relacje między uczniami, ale też innymi nauczycielami. Powinien być czujny na problemy ucznia w rodzinie, w szkole i wśród rówieśników, wspólnie z rodzicami i innymi specjalistami pracującymi na rzecz dzieci i młodzieży rozpoznawać je oraz podejmować próby ich rozwiązania. Bez zaufania, zaangażowania i odpowiedzialności tych podmiotów trudno mówić o systemowym podejściu szkoły do problematyki samobójstw dzieci i młodzieży, które mają swoją dynamikę i złożoną strukturę. Problemy jednostki tkwią w dzieciństwie i wieku młodzieńczym,

a zachowania suicydalne mogą ujawniać się dopiero w dorosłości. Profilaktyka zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży ze strony szkoły i nauczycieli ma zatem podwójny wymiar i znaczenie dla zapobiegania takim zachowaniom wśród dzieci i młodzieży, ale też w dalszej ich przyszłości.

Zachowania suicydalne dzieci i młodzieży

Temat roli szkoły jako źródła powstawania i ograniczania samobójstw wśród dzieci i młodzieży, a także myśli i prób z nimi związanych, które składają się na szeroko rozumiane zachowania samobójcze, jest nader dziś ważny i aktualny, ma charakter wzrostowy, rozwojowy w społeczeństwie. Problematyką samobójstw zajmuje się suicydologia jako ich teoria zmierzająca do ustaleń i opisów oraz wyjaśnień takich czynów, jak też praktyka skierowana na rozpoznawanie ich przyczyn i źródeł oraz zapobieganie i ograniczanie (m.in. Hołyst 2002; strona internetowa Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego poświęcona problematyce samobójstw: <https://suicydologia.org/publikacje/>). Istnieje także szeroka literatura z zakresu suicydologii, choć wymaga ona ciągłego aktualizowania i poszerzania. Są to opracowania naukowe z zakresu: prawa, filozofii, socjologii, psychologii oraz jej gałęzi – psychokryminologii, psychiatrii i psychopatologii, ale też pedagogiki i jej subdyscyplin, takich jak pedagogika resocjalizacyjna, pedagogika społeczna, pedagogika opiekuńcza. Ten interdyscyplinarny problem łączy bowiem różne perspektywy, teorie, doświadczenia i podejścia.

Na temat samobójstw wśród dzieci i młodzieży piszą m.in.: Adam Czabański (1997); Alan Carr (2004); Kay R. Jamison (2004); J. Jeffries McWhirter i in. (2005); Claudie Fox, Keith Hawton (2009); Stanisław Kawula (2005); Barbara Pilecka (2010 i in.); Andrzej Bałandynowicz (2014), Agnieszka Gmitrowicz, Marta Makara-Studzińska, Anita Młodożeniec (2015); Joanna Szymańska (2016); Hanna Malicka-Gorzelańczyk (2002); Izabela Jarosławska (2004); Jolanta Tęcza-Ćwierz (2005); Magda Wójcik (2006); Piotr Kowalczyk (2007); Grzegorz Chmielewski (2010), Małgorzata Łuba (2011), Edward Jakubowicz (2011), Jolanta Jarczyńska (2011); Krystyna Kuberska-Przekwas (2014); Joanna Chatizow (2018); Bogusław Kruk (2020); Małgorzata Przybysz-Zaremba (2017, 2021). Jedni badacze zajmują się w sposób interdyscyplinarny samobójstwami, ich diagnozą, zapobieganiem i ograniczaniem, gdyż szersza znajomość problematyki z różnych naukowych perspektyw (jej symptomów, przyczyn

i źródeł) pozwala na poszukiwanie dróg wyjścia. Inni autorzy skupiają się na podejściu w ramach dyscypliny, którą reprezentują, stąd konieczne jest uzupełnienie i konfrontacja z punktu widzenia innych nauk.

Myśli, próby, groźby i zamachy samobójcze podejmowane są przez osoby, które chcą odebrać sobie życie i dokonuje się w nich proces prowadzący do popelnienia samobójstwa. Brunon Hołyst (2014) podaje trzy rodzaje zachowań suicydalnych: samobójstwa prawdziwe, które powodują śmierć; samobójstwa rzekome, w których zakończenie życia jest tylko dopuszczone; gesty samobójcze jako sygnały oznajmiające beznadziejną sytuację życiową, które potencjalny samobójca chce przekazać otaczającym im osobom (Cudak 2020: 120).

Z analizy literatury wynika, że dokonanie samobójstwa poprzedza najczęściej kilka etapów: pojawiają się myśli, groźby czy próby samobójcze, które nie zakończyły się zamachem oraz zamachy samobójcze, które się nie „udały”, z różnych względów. W literaturze nazywa się je zachowaniami suicydalnymi, które występują w różnych formach (zamiar, zamach, samobójstwo; za: Bałandynowicz 2014: 38) i są związane z nasilającym się procesem zmierzającym do samozniszczenia. Samobójstwo to bowiem z reguły proces długotrwały (choć są też procesy krótkie i szybkie), który się rozwija i dojrzewa do ostatecznego finału. Stąd niezmiernie ważne są zachowania je poprzedzające, wysyłane do otoczenia sygnały, zwane w literaturze zachowaniami presuicydalnymi, czy zespołem presuicydalnym jako ograniczeniem życia psychicznego. Pojęcie to wprowadził do suicydologii E. Ringel, akcentując takie symptomy, jak: „zawężenie”, „agresja hamowana”, „autoagresja”, „fantazje samobójcze” (Ringel 1987: 57-92).

Zatem „zachowania samobójcze to złożone zjawisko, na które ma wpływ wiele czynników. Nie ma więc jednej prostej odpowiedzi na pytanie, dlaczego ludzie odbierają sobie życie. Aby zrozumieć tę tragiczną decyzję, należy głębiej przyjrzeć się nie tylko powodom, które stoją za tym czynem, ale także warunkom, w jakich ta decyzja jest podejmowana. W Polsce więcej osób ginie w wyniku samobójstw niż w wypadkach samochodowych. Co 10 lat z mapy naszego kraju znika jedno miasto zbliżonej wielkości do Ełku czy Bełchatowa. Na każdą 28-osobową klasę przypada średnio dwóch uczniów po próbie samobójczej. Każde samobójstwo i próba samobójcza wpływa nawet na 20 osób z najbliższego otoczenia. Żałoba przeżywana w wyniku śmierci samobójczej jest określana jako traumatyczna. Gdy dzieci podejmują próby samobójcze, ich rodzice są przerażeni, bezsilni, często nie wiedzą, gdzie udać się po pomoc. Ta tragedia dotyka także ich rówieśników z klasy, podwórka czy najbliższego otoczenia. Dlatego dzieci potrzebują wsparcia rodziców i opiekunów, zwłaszcza

w momentach, kiedy przychodzą pierwsze problemy i kryzysy” (Kicińska, Palma 2021: 5). Taką rolę wspierającą pełnić powinna rodzina, ale też szkoła.

Zachowania samobójcze zwane suicydalnymi powinny być także przedmiotem badań i analiz w obrębie pedagogiki resocjalizacyjnej, pedagogiki rodziny, pedagogiki szkoły czy pedeutologii jako nauki o nauczycielu, którego zadaniem i wyzwaniem jest zapobieganie zachowaniom suicydalnym, a jeśli pojawiają się niepokojące ich sygnały, to wychowawca powinien natychmiast reagować. Stąd należy nauczycielom bardziej uświadamiać ten problem, motywować i lepiej przygotowywać do poznawania i wspierania uczniów w klasie, tworzenia klimatu opartego na dobrych relacjach i zaufaniu, co nie zawsze jest takie proste w warunkach biurokracji, testomanii i nieudolnych reform szkolnych. Badania wskazują niepokojące dane dotyczące klimatu szkoły (Przewłocka 2015), który nie sprzyja rozwojowi kompetencji emocjonalnych, społecznych i życiowych. Szkoła ogólnodostępna często nie jest skuteczna w przygotowaniu uczniów do radzenia sobie w sytuacjach trudnych i kryzysowych. Nie buduje systemu ich wsparcia we współpracy z rodzicami i podmiotami środowiska.

Dziecko, które nie doświadcza w rodzinie miłości, bezpieczeństwa, akceptacji napotyka na swej drodze wiele problemów i nie zawsze radzi sobie z nimi, a często w tym radzeniu nie jest skutecznym wychowawcą, pedagog, psycholog. Jeśli osoby pracujące w szkole takich zachowań nie rozpoznają lub uczeń ma do nich ograniczone zaufanie, wówczas zamyka się w swoim świecie zniechęcenia, osamotnienia, traumy, doświadczenia w szkole przemocy itp. (m.in. Samson 2001; Bury 1999; Pyżalski, Roland 2010; Pyżalski 2012). O tych problemach i kryzysie zaufania ucznia do nauczyciela świadczą też badania M. Kocór na temat: kryzysu autorytetu nauczyciela (2015), stresu szkolnego (2016), wsparcia w trudnych sytuacjach (2018).

Rodzi to podwójnie trudną dla młodego człowieka sytuację osamotnienia w swoich problemach, bezradności, a nawet poczucia beznadziejności i apatii. Nierzadko konsekwencje trudnych przeżyć i doświadczeń rodzinnych czy szkolnych ciągną się za jednostką przez całe życie, prowadząc do natrętnych myśli, niskiego poczucia własnej wartości i zubożenia, poczucia bezcelowości, a w niektórych przypadkach do depresji czy nawet myśli i prób samobójczych (niestety także tych udanych, widniejących w różnych raportach i statystykach, akcentowanych w mediach, na różnych portalach itp.). Przykładem od lat rosnącego problemu zachowań suicydalnych obecnych i byłych uczniów są choćby dane raportu za lata 2012–2021, opracowanego na podstawie danych

Komendy Głównej Policji. Raport ujawnia gwałtowny wzrost zachowań samobójczych dzieci i młodzieży. Do zachowań tych należą próby samobójcze lub zamachy samobójcze niezakończone śmiercią oraz zamachy śmiertelne. W raporcie czytamy, że w 2021 roku 1496 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia podjęło próbę samobójczą i aż 127 z tych prób zakończyło się śmiercią. W stosunku do 2020 roku jest to wzrost odpowiednio o 77% zachowań samobójczych oraz o 19% śmierci samobójczych. Jednakże dane Komendy Głównej Policji pokazują tylko te próby oraz śmierci samobójcze, o których powiadomiono organy ścigania. Według Światowej Organizacji Zdrowia na każdą odnotowaną w oficjalnych rejestrach śmierć samobójczą młodej osoby przypada od 100 do 200 prób. Jeśli założymy, że współczynnik ten jest adekwatny do Polski, to można uznać, że próbę odebrania sobie życia w ubiegłym roku podjęłoby od 12 700 do 25 400 osób poniżej 18. roku życia (Kicińska, Palma 2021: 5). To znaczne różnice ukazujące jeszcze większy wzrost, budzący niepokój o funkcjonowanie, zdrowie i życie pokoleń. Dlatego wczesne wykrywanie i rozwiązywanie pojawiających się tego typu problemów jest zadaniem i wyzwaniem różnych podmiotów, w tym badaczy z obszaru nauk takich jak: psychologia, socjologia, kryminologia, prawo, pedagogika i suicydologia, która właśnie zajmuje się samobójstwami, próbami samobójczymi i szeroko pojętą autowiktyzacją – autodestrukcją, samookaleczaniem (Hołyst 2002, 2014)¹.

Mając na uwadze te niepokojące dane i fakty, zachowania suicydalne wydają się być złożonym problemem, który ma rozliczne przyczyny i źródła oraz konsekwencje dla dzieci i młodzieży, a także dla dorosłych: ich rodziców i opiekunów, jak też nauczycieli wychowawców, którzy nie dostrzegli problemu lub są bezradni czy mało skuteczni w udzielaniu wsparcia i pomocy uczniom przeżywającym kryzys, ich rodzinom, rówieśnikom. Stąd rodzi się ważne i fundamentalne pytanie: jak zapobiegać zachowaniom suicydalnym wśród dzieci i młodzieży? Co może czynić w tym względzie szkoła i jej podmioty, w tym w szczególności nauczyciel wychowawca? Jego rola jest szczególnie ważna i trudna z uwagi na częstość kontaktów i kierowanie klasą, w której często dochodzą sygnały, że np. coś z Julią jest nie tak, wyciszyła się, schudła albo przytyła bardzo, jest wciąż podenerwowana, smutna, agresywna, popłakuje na

1 Ważniejsze publikacje z zakresu suicydologii Czytelnik znajdzie na stronie Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego: <https://suicydologia.org/publikacje/>; [dostęp: 30.11.2022], którego prezesem jest Brunon Hołyst – specjalista w tej dziedzinie, znawca problematyki w wymiarze krajowym i międzynarodowym.

korytarzach, wybucha złością, zdradziła koleżance swoje problemy, a ta obiecała dochować tajemnicy.

Podsumowując tę część rozważań można zauważyć, że zachowania suicydalne dzieci i młodzieży to wciąż rosnący, bardzo złożony problem pedagogiczny, którego przyczyny są wielorakie. Tkwią one zarówno w jednostce i jej cechach (stanie zdrowia, dysfunkcjach, temperamencie, osobowości, wartościach, zainteresowaniach i uzdolnieniach), jak też głównie w środowiskach socjalizacyjno-wychowawczych – w rodzinie, szkole i grupach rówieśniczych, ale także w mediach elektronicznych, w tym w Internecie, oraz w czynnikach sytuacyjnych – nagłych, niespodziewanych zdarzeniach, sytuacjach i traumatycznych przeżyciach, które jednostkę przerosły, a wołanie o pomoc odbyło się bez echa. Zatem problem zachowań samobójczych dzieci i młodzieży wymaga wieloaspektowego podejścia i interdyscyplinarnych badań pod kątem ich wczesnego wykrywania, a przede wszystkim zapobiegania w trosce i poszanowanie każdej istoty, każdego szczęścia i życia. To wyzwanie dla szkoły i nauczyciela wychowawcy, który musi dbać o dobre relacje i klimat w klasie, w jakiej przyjdzie potencjalnemu samobójcy uczyć się i funkcjonować (w bliskiej lub dalekiej przyszłości jako obecnych lub byłych uczniów).

Szkoła wobec zachowań suicydalnych uczniów z akcentem na wychowawcę klasy

Z problematyką samobójstw wiążą się takie pojęcia, jak: zachowania samobójcze, obejmujące myśli i próby oraz zamachy samobójcze i samobójstwa dokonane. W podjętym temacie istotne są też zachowania i sygnały wysyłane przez przyszłych lub niedoszłych samobójców, zwane w literaturze presuicydalnymi. Zachowania presuicydalne są specyficzne dla ucznia jako potencjalnego samobójcy teraz lub w przyszłości – na zajęciach czy przerwach, w szkole i poza nią. W niniejszym artykule nie sposób wszystkich tych cech i symptomów scharakteryzować, ale istnieje wiele badań i publikacji, których treści dowodzą złożoności przejawów zachowań presuicydalnych i suicydalnych. Przejawiają je częściej uczniowie: osamotnieni, separowani, wyśmiewani, lekceważeni, zamknięci w sobie, nieśmiali lub nadpobudliwi, mający różne dysfunkcje, zaburzenia, uzależnienia i traumatyczne przeżycia, dla których szkoła jest szansą na wzmocnienie, ale też może być źródłem niepowodzeń, rozczarowania, stresu długotrwałego, traumy, lęków, fobii, niechęci życia, itp. Na temat cech,

sygnałów i symptomów zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży istnieje dość bogata literatura opisująca rosnącą niechęć do aktywności i nawiązywania relacji, separację, poczucie osamotnienia, rozczarowanie i pesymizm (por. Jakubowicz 2011; Jarosławska 2004; McWhirter i in. 2005; Kowalczyk 2007; Łuba 2011; Kuberska-Przekwas 2014).

Nie zawsze szkoła jest dla uczniów dobrym doświadczeniem, przyjemnym przeżyciem, źródłem radosnej edukacji i rozwoju. Z funkcjonowaniem szkoły wiąże się określona przestrzeń, infrastruktura, wyposażenie, ale przede wszystkim ludzie, którzy tworzą określoną atmosferę, klimat. Często powstają między nimi różne konflikty, rodzi się poczucie rozczarowania, niesprawiedliwości, bezradności i niemocy. W szkole uczniowie nierzadko doświadczają agresji, przemocy i nietolerancji, pomijania, ośmieszania, a nawet szykanowania czy mobbingu (Pyżalski 2010, 2012). Niektórzy z nich mogą też doświadczać nauczycielskiego antyautorytetu (z różnych przyczyn i względów) jako niezamierzonych zachowań lekceważących, niszczących (Bury 2000; Samson 2001; Nowotniak 2002). Temat szkoły jako źródła trudnych doświadczeń i stresu uczniów poruszyłam w innych publikacjach (Kocór 2015, 2018). Ich lektura, w świetle od lat prowadzonych badań, prowadzi do wniosku, że często uczniowie nie lubią chodzić do szkoły, a przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele. Na niechęć uczniów do szkoły (Kocór 2017) i brak ich zaufania do nauczycieli (Kocór 2016) wpływają czynniki osobowościowe, mentalne, jak też instytucjonalne i organizacyjne: nadmierna kontrola i ciągłe ocenianie w szkole, lęk przed złą oceną i ośmieszeniem ze strony nauczyciela czy rówieśników. Zjawiska te ukazują szkołę jako miejsce stresu, negatywnych przeżyć i doświadczeń (m.in. Martyniuk 2019; Samson 2001) lub bezradności wobec problemów i niepowodzeń uczniów, traumatycznych przeżyć, jakich doświadczają w rodzinie, wśród rówieśników czy w świecie wirtualnym.

Z jednej strony szkoła ma kształcić i wychowywać, z drugiej zaś może utrudniać, niszczyć, ograniczać niezamierzenie uczniowski potencjał, powodując trudne przeżycia i doświadczenia wśród dzieci i młodzieży. Te z kolei mogą prowadzić do długotrwałego stresu, traumy, lęków i fobii szkolnych. Mogą też sprzyjać powstawaniu i rozwojowi depresji, a nawet zachowaniom suicydalnym dzieci i młodzieży w ramach tzw. ukrytego programu szkoły (por. Kwieciński 1995; Janowski 1988, 1995; Żłobicki 2002; Nowotniak 2002 i in.).

Założoną, oczekiwaną rolę nauczyciela, wychowawcy jest wspieranie uczniów w rozwoju oraz udzielanie im pomocy i wsparcia, gdy sobie nie radzą, współpraca ze specjalistami, rodzicami i środowiskiem. Jednakże niektóre

czynniki mogą powodować paradoksalne sytuacje, że nauczyciel staje się dla uczniów antyautorytetem, jest mało wrażliwy na ich potrzeby i problemy (nieodpasowanie zawodowe, niskie kompetencje, wypalenie zawodowe, zubożenie). Należy szukać źródeł takiego stanu i uruchamiać dla nauczycieli pomoc, wsparcie, by nie tracili sił i werwy do swej ambitnej pracy.

Istotną rolę wobec problematyki zachowań suicydalnych odgrywa nauczyciel – wychowawca klasy. Jest to rola profilaktyczna, chroniąca i identyfikacyjna, diagnostyczna, ale też terapeutyczna, wspierająca uczniów i ich rodziców w radzeniu sobie z suicydalnymi problemami. Wychowawca klasy może też niezamierzenie przyczynić się do zachowań suicydalnych wychowanków (teraz lub w przyszłości) poprzez lekceważenie ich potrzeb i problemów, brak zrozumienia i wsparcia, etykietowanie, niesprawiedliwe, przedmiotowe traktowanie, ośmieszanie na forum klasy itp.

Co może robić wychowawca klasy, aby zapobiegać zachowaniom suicydalnym obecnych i byłych uczniów? Przede wszystkim powinien być nauczycielem czułym i wrażliwym, szanującym ich godność i prawa, równo uczniów traktować, być przykładem w budowaniu relacji, troszczyć się o dobre samopoczucie uczniów w szkole, pracować na ich zaufanie, które wiąże się z empatyczną, życzliwą, tolerancyjną postawą. Szczególne zadanie i wyzwanie to uczyć ich rozumienia własnych emocji i radzenia sobie z problemami dnia codziennego oraz niepowodzeniami, jakich doświadczają na różnych płaszczyznach. Wychowawca powinien wspierać uczniów w trudnych, kryzysowych sytuacjach, organizować wsparcie specjalistów, rozwijać pewność siebie i optymizm życiowy poprzez afirmację, uczyć samoregulacji, a przede wszystkim mieć czujność na sygnały i zachowania budzące niepokój.

Wychowawca klasy często pełni kilka ról jednocześnie. Jest rzecznikiem interesów uczniów, powiernikiem, do którego mogą przyjść z każdym problemem, a także arbitrem w sporach i konfliktach. Najważniejszym jego zadaniem jest stworzenie uczniom atmosfery bezpieczeństwa i zaufania, aby uczeń w klasie czuł się akceptowany, miał zagwarantowaną możliwość współuczestnictwa w życiu klasy oraz zapewnioną opiekę, pomoc i wsparcie w sytuacjach trudnych. Nierzadko szkoła jest jedynym miejscem, gdzie dziecko czuje się bezpieczne, ważne jest zatem, aby zawsze, gdy ma jakiś problem, miało odwagę przyjść do nauczyciela po radę i pomoc. Wychowawca jest strażnikiem bezpieczeństwa i interesów uczniów, obrońcą przed krzywdą lub poniżeniem, niesprawiedliwym traktowaniem ze strony innych nauczycieli czy agresywnym zachowaniem rówieśników. Niekiedy musi on bronić ucznia

przed dysfunkcjonalnymi rodzicami, w sytuacjach przemocy domowej, nadopiekuńczości, zaniedbania itp. Powiernik to rola wzmacniająca zaufanie do wychowawcy i wiarę w pomyślne rozwiązanie trudnych spraw i dochowanie tajemnic. Zadaniem wychowawcy jest cierpliwe wysłuchanie ucznia oraz zrozumienie jego stanów emocjonalnych i problemów. Powinien poważnie traktować nawet najmniejsze kłopoty wychowanków, nie wolno ich bagatelizować. Oddziaływania nauczycieli i rodziców powinny być spójne, dlatego zadaniem wychowawcy klasy jest współpracy z rodziną i podmiotami szkoły, jak psycholog, pedagog, terapeuta. Do jego zadań należy też diagnoza problemów i zachowań preisuicydalnych czy suicydalnych uczniów (zachowanie, wygląd, wyraz twarzy i mimika). Nauczyciele muszą być wrażliwi na sygnały ostrzegawcze, symptomy kłopotów w domu, problemy zdrowotne, wewnętrzne konflikty itp. Wychowawca powinien akceptować ucznia takim, jakim jest, z jego wyglądem zewnętrznym, sytuacją rodzinną, usposobieniem czy możliwościami. Bycie autentycznym jest ważną cechą nauczycielskiego autorytetu, jaką akcentują uczniowie (Kocór 2012a, 2012b).

Nauczyciel wychowawca nie może być osamotniony w swoich dążeniach. Musi mieć wsparcie systemowe, odpowiedni klimat i warunki do organizowania spotkań z rodzicami, specjalistami, ekspertami w formie warsztatów, klubów dyskusyjnych, projektów itp. Jak szkoła może zapobiegać zachowaniom suicydalnym wśród uczniów? Na czym ma polegać profilaktyczna rola szkoły? – te pytania wymagają całościowego podejścia.

Profilaktyka zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży – podejście systemowe

Z profilaktyką szkoły w kwestii zachowań suicydalnych wśród uczniów wiążą się dwa jej aspekty: pierwszy to reakcja szkoły na dostrzeżone u nich dysfunkcje, symptomy i sygnały poprzez uruchamianie wsparcia i specjalistycznej pomocy, kiedy uczniowie poza szkołą doświadczają krzywdy i niemocy; drugi zaś aspekt to troska szkoły o dobre relacje i dobry klimat, wspieranie w rozwoju każdego ucznia poprzez spersonalizowane podejście, uczenie samoregulacji, jak też własne samoregulowanie, aby usunąć przyczyny tkwiące w niej samej.

Podjęte dotąd rozważania ujawniają potrzebę opracowania strategii systemowych w zakresie profilaktyki zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży (m.in. Pilecka 2002; Chmielewski 2010; Jarczyńska 2011; Bałandynowicz

2014; Szymańska 2016; Kats et al. 2013). Próba systemowego ujęcia powinna uwzględniać czynniki sprawcze takich zachowań – bezpośrednie i pośrednie, które ujawniają różne badania i doświadczenia. Na ich podstawie warto formułować propozycje oddziaływań na czynniki sprawcze zachowań suicydalnych, które zależą od szkoły, a także od dostosowania pracy szkoły i jej podmiotów, w szczególności nauczyciela do sytuacji i zdarzeń powodujących zachowania suicydalne, które są pochodną czynników tkwiących poza szkołą – w rodzinie, w grupach rówieśniczych, w Internecie oraz w cechach potencjalnych samobójców (choroby, dysfunkcje, niepełnosprawność, uzależnienia, sieroctwo społeczne i naturalne, eurosieroctwo jako ich specjalne potrzeby edukacyjne i rozwojowe).

Budowanie systemu profilaktyki zachowań suicydalnych powinno obejmować:

- **d z i a ł a n i a i n d y w i d u a l n e** ze strony pojedynczych uczniów i nauczycieli: angażowanie ucznia we własny rozwój, aby wzmocnić jego siły życiowe i motywować do pracy nad sobą szczególnie uczniów z grup tzw. ryzyka, którzy są mało uporządkowani, zbyt chaotyczni, wybuchowi, nerwowi, nie mają własnego hobby, są załęknieni, nieśmiali, wycofani, „inni” z uwagi na pochodzenie, kulturę, wyznanie (np. dzieci emigrantów z Ukrainy i innych krajów, eurosieroty itp.). Są to indywidualne działania profilaktyczne dotyczące motywowania ucznia do angażowania się we własny rozwój i nabywanie kompetencji emocjonalnych, komunikacyjnych, życiowych, w zakresie rozwiązywania problemów codzienności, empatii i asertywności; motywowanie i uczenie „samochrony” przed długotrwałym stresem, chorobami, uzależnieniami, niepowodzeniami, lękami; rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem poprzez: aktywność fizyczną i sport, techniki relaksacyjne, medytację, jogę, aromaterapię, muzykoterapię; uczenie samoregulacji, kierowania emocjami wobec siebie i innych osób poprzez rozwijanie inteligencji emocjonalnej; odkrywanie mocnych stron, potencjału i zdolności wychowanka z jego udziałem, afirmacja ucznia, organizowanie kół zainteresowań, zajęć pozalekcyjnych i pozaszkolnych adekwatnie do potrzeb, spersonalizowane podejście – tutoring szkolny; nastawienie na: samorealizację i samorozwój, wykorzystanie czasu wolnego dla regeneracji sił fizycznych i psychicznych, rozwijanie więzi rodzinnych, koleżeńskich i przyjacielskich, inicjowanie samopomocy, wzajemnego wsparcia w trudnych sytuacjach, organizowanie współpracy z różnymi

- podmiotami i udzielania mu specjalistycznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, kiedy napotyka trudności, przeżywa problemy, z którymi sobie nie radzi. To tylko przykładowe działania jednostkowe w zakresie profilaktyki ogólnej i nakierowanej na problem – angażujące ucznia, wzmacniające i motywujące go od wewnątrz, aby był bardziej świadomym i samodzielnym podmiotem, sprawcą własnego rozwoju i losu, ale też miał własny udział we wspieraniu w rozwoju i w sytuacjach trudnych swoje koleżanki i kolegów, aby stawał się członkiem szkolnej wspólnoty;
- **działania instytucjonalne**, kładące szczególny akcent na potrzebę diagnozy potrzeb i możliwości dzieci i młodzieży szkolnej jako podstawy planowania i organizowania edukacji i wychowania uczniów, aby nie dochodziło do konfliktów, nieporozumień, problemów, które ich przerastają, wycofują z aktywności i z życia. Na tym poziomie warto zaakcentować niezmiernie ważną rolę dyrektora jako kierownika organizacji wychowania i wspierania w rozwoju uczniów, lidera szkolnej wspólnoty oraz rolę kadry pedagogicznej – bezpośrednią i pośrednią – w tworzeniu dobrego klimatu szkoły (poszanowania, uznania, zrozumienia, zaufania, szczerości i współodpowiedzialności, dialogu i partnerstwa wychowawczego), sprzyjającego dobremu samopoczuciu dzieci i młodzieży w szkole, ich świadomemu i odpowiedzialnemu uczeniu się i samorozwojowi. Bardzo ważne jest też wsparcie wewnątrzszkolne uczniów ze strony nauczycieli i specjalistów, takich jak: pedagog, psycholog, logopeda, doradca zawodowy, terapeuta, rówieśnicy w ramach samorządu uczniowskiego (sejm, sąd koleżeński, współzarządzenie, współgospodarzenie), bowiem samorząd to wszyscy uczniowie, a nie tylko jego wybrańcy. Janusz Korczak o samorządzie jako metodzie wychowawczej rozwijającej zaangażowanie i podmiotowość uczniów mówił, że: „samorząd istnieje po to, aby każde dziecko miało prawo, równe prawo wykorzystać wszystkie plusy, które posiada, by zwrócić na siebie uwagę” (Korczak 1978). Uwaga i akceptacja ucznia, uznanie i słuchanie dzieci, poszanowanie ich praw i godności, zrozumienie, empatia oraz afirmacja często mają fundamentalne znaczenie profilaktyczne i terapeutyczne w analizowanym problemie;
 - **działania środowiskowe** ze strony instytucji lokalnych, w tym ze strony kuratorium oświaty, które powinno zbierać informacje dla doskonalenia pracy szkół na danym terenie i w Polsce – szukania najefektywniejszych metod wsparcia i rozwoju dzieci i młodzieży. Także

nadzorowanie oceniania pracy szkoły i nauczycieli dla dobra i rozwoju uczniów oraz organizacja współpracy z innymi podmiotami środowiska w tym względzie jest niezmiernie wartościowym aspektem działań profilaktycznych szkoły w środowisku życia uczniów. W profilaktykę czynów samobójczych dzieci i młodzieży warto zaangażować przedstawicieli samorządów lokalnych, decydentów, dla których inwestowanie w edukację i w rozwój młodego pokolenia nie będzie problemem, ale priorytetem, narzędziem służącym zapobieganiu: patologii, przestępczości, narkomanii i alkoholizmowi i innym uzależnieniom, jak uzależnienie od Internetu czy telefonii komórkowej, a pośrednio zachowaniom presuicydalnym i suicydalnym. Nie można pominąć potrzeby budowania lokalnego dialogu, współpracy i współodpowiedzialności rodziców za edukację i los dziecka, aby byli bardziej wrażliwi na jego potrzeby i czujni na niepowodzenia, porażki i problemy by dzieci mogły na nich liczyć, kiedy przychodzi kryzys: relacji, tożsamości, sensu działania i rodzi się niechęć do życia. Ważne jest organizowanie grup wsparcia uczniów, rodziców i wychowawców, którzy mają także własne rozterki i nie zawsze potrafią znaleźć odpowiednie dla dziecka rozwiązanie, dotyczy ich stres i wypalenie. Pożądane wydaje się też otwarcie instytucji kulturalnych w środowisku lokalnym na autentyczne potrzeby młodego pokolenia, aby organizować dla nich spotkania z różnymi ludźmi, nie tylko artystami mającymi same sukcesy, karierę, pieniądze, ale wzniecać inicjatywy i zaangażowanie tzw. sił społecznych;

- **d z i a ł a n i a** o g ó ł n o s p o ł e c z n e ze strony rządu, decydentów i polityków oświaty, ludzi nauki jako badaczy problematyki zachowań suicydalnych wśród dzieci i młodzieży – psychologów, socjologów, lekarzy, prawników, kryminologów i ekonomistów, ale też pedagogów czy też nauczycieli nauczycieli; działania prowadzące do profesjonalnego, spójnego i systemowego podejścia w diagnozowaniu i rozwiązywania trudnych spraw i problemów dzieci i młodzieży, organizowaniu interwencji kryzysowej i specjalistycznej pomocy w postaci psychoterapii, terapii uzależnień, resocjalizacji, opieki i wsparcia pod każdym względem oraz długofalowej przemyślanej polityki reform pozwalającej na każdym z poziomów profilaktyki zachowań suicydalnych realizować podmiotom edukacyjnym i społecznym te zamierzenia i postulaty.

Opisane działania składają się na systemowe ujęcie profilaktyki zachowań suicydalnych z udziałem różnych podmiotów edukacyjnych i społecznych na

gruncie centralnym i lokalnym, a w szczególności na poziomie szkoły, przy równoczesnym zaangażowaniu nauczycieli wychowawców i innych specjalistów, jak też uczniów i ich rodziców. Nie ma bowiem innej drogi niż budowanie zaufania, zaangażowania i odpowiedzialności na zasadach partnerstwa podmiotów edukacyjnych i społecznych – tak lokalnych, jak i centralnych – w profilaktyce ogólnej i nakierowanej na zachowania samobójcze obecnych i byłych uczniów. Warto o tym pamiętać i motywować te podmioty na różnych sympozjach, warsztatach i konferencjach.

Szkoła w profilaktyce zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży

W podjętych rozważaniach podkreślałam miejsce i znaczenie szkoły w profilaktyce zachowań samobójczych młodego pokolenia, wskazując działania ogólnospołeczne, działania lokalne, ale też działania ze strony szkoły i jej podmiotów. Szczególnie akcentowałam potrzebę tworzenia warunków dla rozpoznawania i rozwijania potencjału tkwiącego w każdej jednostce z pożytkiem dla niej samej i środowiska oraz uruchamiania pomocy i wsparcia w sytuacjach, w których sobie nie radzi, przy współpracy z różnymi podmiotami edukacyjnymi, jak: pedagog, psycholog, logopeda, a także rodzice, inni nauczyciele, dyrektor oraz przedstawiciele służby zdrowia, systemu opieki i pomocy społecznej, sąd, kościół, policja, zakłady pracy, organizacje pozarządowe itp.

Aby określić profilaktyczną rolę szkoły, należy uwzględnić także jej poziom, jak:

- profilaktyka pierwszorzędowa (uniwersalna, ogólna) – uwzględnia diagnozę i wsparcie w rozwoju uczniów, u których procesy edukacyjne i rozwojowe przebiegają normalnie. Zadaniem i wyzwaniem szkoły jest tworzenie dobrej atmosfery i komunikacji między jej podmiotami na płaszczyźnie: uczeń-uczeń oraz uczeń-nauczyciel, uczeń-inni specjaliści, uczeń-rodzice itp. Uważność dla ucznia, uznanie dla jego trudu uczenia się i poszanowanie, by stał się aktywnym podmiotem życia szkolnego to niezmiernie ważne zadanie i wyzwanie dla nauczyciela wychowawcy. Sprzyja temu metoda samorządu uczniowskiego, którą stosował i akcentował w swojej pracy m.in. Janusz Korczak.

Z moich badań (Kocór 2011) wynika, że szkoła często niedomaga pod względem rozwijania samorządności uczniów, demokracji w edukacji, partnerstwa edukacyjnego (por. Śliwerski 2008, 2009 i in.) – temat ten wymaga szczególnego potraktowania i badań poszerzonych. Warto przytoczyć słowa wielkiego pedagoga Janusza Korczaka, propagatora idei demokratycznej szkoły i podmiotowej edukacji, który pisał: „samorząd istnieje po to, aby każdy uczeń miał prawo wykorzystać wszystkie plusy, które posiada by zwrócić na siebie uwagę(...) aby jednakowo dobrze działało się wszystkim, którzy razem uczą się, działają (...) Żeby jeden drugiego nie krzywdził, nie przeszkadzał, nie dokuczał. Żeby świadczył przysługi, pomagał, opiekował się, pilnował porządku i praworządności. To nie tylko praca, ale i walka (...) w obronie porządnym, dzielnych i słabych, przeciwko wrogom porządku i sprawiedliwości” (Korczak 1978: 132; Popławska 2001: 15; Ziółkowski 2014);

- profilaktyka drugorzędowa (selektywna, ukierunkowana, wybiórcza) – uwzględnia działania szkoły i jej podmiotów skierowane na uczniów będących w grupie tzw. szczególnego ryzyka, wywodzących się z rodzin ubogich, patologicznych i z ogólnie trudnych wychowawczo środowisk, w których istnieje zagrożenie deprivacji, demoralizacji, dziedziczenia niekorzystnych cech położenia społecznego, doświadczania przemocy, uczniów z różnymi dysfunkcjami, deficytami środowiskowymi, dzieci uchodźców itp. Na tym poziomie profilaktyki powinna mieć miejsce systematyczna diagnoza potrzeb i problemów uczniów, osiąganych przez nich rezultatów edukacji, napotykanym problemom i radzenia się z nimi, stanu ich zdrowia, pozycji w klasie, samopoczucia w szkole, ale też niepowodzeń, kryzysów. Na jej podstawie nauczyciele, wychowawcy i inni specjaliści we współpracy z rodzicami uczniów podejmują działania kompensacyjne, pomocowe, wyrównywania szans edukacyjnych. Szczególną troską otaczają uczniów zagrożonych etykietowaniem, nietolerancją, demoralizacją, przemocą, poczuciem osamotnienia, separacją, lękami i fobią szkolną, depresją itp. Na tym poziomie ważna jest diagnoza i wsparcie w sytuacjach trudnych, stresujących, kryzysowych, a także pomoc koleżeńska, inicjowanie samopomocy (McWhirter i in. 2005; Jarczyńska 2011; Carr 2004; Chatizow 2018);
- profilaktyka trzeciorzędowa (wskazująca, interwencyjna), obecnie uznawana jako wychodząca poza obszar profilaktyki, odnosi się do uruchamiania wsparcia i działań interwencyjnych, kiedy mamy

Rys. 1. Systemowe ujęcie profilaktyki zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży



Źródło: opracowanie własne.

do czynienia już pewnymi sygnałami i symptomami zachowań suicydalnych ze strony konkretnych uczniów. Wówczas potrzebna jest wyjątkowa wrażliwość i czułość, szybkość reagowania na problem oraz odpowiedzialność za zdrowie i życie młodego człowieka. Istotne jest profesjonalne podejście do problemu, aby z uczniem nawiązać dobry kontakt, z(od)budować zaufanie, nawiązać współpracę z różnymi podmiotami, zorganizować wsparcie i pomoc psychologiczno-pedagogiczną lub inną z udziałem szkoły (por. Malicka-Gorzelańczyk 2002; Kowalczyk 2007; Pilecka 2010).

Na wszystkich poziomach szkolnej profilaktyki niezmiernie istotną i trudną rolę odgrywa nauczyciel – wychowawca klasy w odniesieniu do każdego ucznia z osobna, jak też wobec klasy jako zespołu uczniów, którzy mogą być ważnym źródłem wsparcia w rozwoju i wsparcia w sytuacjach trudnych, stresujących, kryzysowych danej jednostki w szkole. Nauczyciel mający istotny wpływ na zapobieganie zachowaniom suicydalnym obecnych lub byłych uczniów to: badacz i obserwator, powiernik, rozjemca w sporach i konfliktach, to autorytet, dający dobry przykład, którego uczniowie lubią i szanują, mają dla niego poważanie i uznanie. Wychowawca mający istotny wpływ na szkolną profilaktykę to: mediator i negocjator, partner rodziców dziecka i innych nauczycieli wychowawców, współpracujący ze specjalistami, takimi jak pedagog,

psycholog, logopeda, terapeuta. To „refleksyjny praktyk” angażujący się w ciągłe podnoszenie kompetencji, aby swoją postawą, zachowaniem, pasją zachęcał i integrował wychowawców wokół działań dla dobra uczniów. Niezmiernie ważne są kompetencje komunikacyjne, ale też kierownicze, etyczno-moralne.

Zakończenie

W profilaktyce zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży nieprzecenioną rolę odgrywa środowisko lokalne, w którym oni funkcjonują. Jego warunki i stan są częściowo pochodną działań centralnych, ogólnospołecznych. Funkcjonują w nim różne instytucje, placówki oraz grupy formalne i nieformalne, których pomysły i współpraca mogą stać się siłą napędową wsparcia i profilaktyki zachowań samobójczych. Dlatego należy zadbać o to, aby nauczyciele i inne podmioty systemu lokalnego wychowania mogły ze sobą współpracować, dopełniając się nawzajem w ramach szkoły otwartej i samorządowej czy szeroko rozumianej edukacji środowiskowej. Jej celem jest urzeczywistnianie idei demokratycznego społeczeństwa, uczenie podmiotowości i odpowiedzialności za swój rozwój i życie. Nauczyciele powinni mieć większe zaangażowanie i wsparcie podmiotów wychowania równoległego do szkoły, głównie rodziców, pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych, pracowników socjalnych, pracowników służby zdrowia, oraz instytucji jak Kościół, policja (Kocór 2019).

Prowadząc wieloletnie badania sondażowe wśród nauczycieli wychowawców klasy z różnych regionów kraju, pytałam ich o najbardziej stresujące sytuacje czy traumatyczne przeżycia w szkole. Badani akcentowali trudne relacje, a nawet próby samobójcze uczniów (Kocór 2019). Prowadziłam też badania dotyczące szkoły jako źródła stresu (Kocór 2016) i źródła wsparcia społecznego (Kocór 2018) wśród uczniów, jak i nauczycieli. Potwierdzają one kryzys autorytetu, kryzys relacji i kryzys zaufania ucznia do nauczyciela. Rodzi to potrzebę „pomyślenia” na nowo szkoły, która wzmacniałaby własne siły sprawcze, wiarę i pewność siebie, uczyła budować relacje, rozpoznawać emocje, konstruktywnie radzić sobie ze stresem, wzmacniała sieć wsparcia na różnych płaszczyznach, rozwijała optymizm. Do tego potrzebny jest nauczyciel z pasją, etyczny i refleksyjny przyjaciel ucznia, ale też wsparcie specjalistów dla uczniów, a także dla nauczycieli i rodziców. by stawali się oni zaufanymi partnerami rozwoju dzieci i młodzieży.

Bibliografia

- Balandynowicz A. (2014). *Profilaktyka i prewencja zachowań suicydalnych w okresie adolescencji u dzieci i młodzieży*, „Resocjalizacja Polska”, nr 6, s. 17–40.
- Bury B. (1999). *Ukryta przemoc a doświadczenia szkolne w świetle wypowiedzi biograficznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Pedagogiczne”, z. 27, s. 31–47.
- Carr A. (2004). *Depresja i próby samobójcze młodzieży: sposoby przeciwdziałania i reagowania*, tłum. J. Rybski, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Chatizow J. (2018). *Depresja i samobójstwa dzieci i młodzieży: żyć nie umierać – poradnik dla rodziców i nauczycieli*, Warszawa: Difin.
- Chmielewski G. (2010). *Możliwości i sposoby zapobiegania samobójstwom*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 2, s. 43–47.
- Cudak S. (2020). *Myśli i groźby samobójcze jako elementy zachowań presuicydalnych przejawiane u osób pozbawionych wolności*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika”, t. 21, s. 119–132.
- Czabański A. (1997). *Młodzież wobec samobójstwa*, Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Fox C., Hawton K. (2009). *Jak, dlaczego, kiedy rozmawiać z młodymi zagrożonymi samobójstwem*, tłum. K. Bojadziejewa-Wesołowska, S. Kuchta, Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
- Gadamska-Kurcz M. (2021). *Jedno pokolenie – podwójna rola? Charakterystyka wychowania przez rodzeństwo*, [w:] *Wyzwania współczesnego świata*, t. 14, red. J. Kawa, Łódź: Wydawnictwo Naukowe „ArchaeGraph”, s. 11–25.
- Gmitrowicz A., Makara-Studzińska M., Młodożeniec A. (2015). *Ryzyko samobójstwa u młodzieży: diagnoza, terapia, profilaktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Hołyst B. (2002). *Suicydologia*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze „LexisNexis”.
- Hołyst B. (2014). *Bezpieczeństwo jednostki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jakubowicz E. (2011). *Dlaczego dzieci odbierają sobie życie?* „Psychologia w Szkole”, nr 1, s. 142–149.
- Jamison K.R. (2004). *Noc szybko zachodzi: zrozumieć samobójstwo, by mu zapobiec*, tłum. T. Bieroń, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Janowski A. (1988). *Ukryty program polskiej szkoły*, „Res Publica”, nr 4, s. 2–8.
- Janowski A. (1995). *Uczeń w teatrze życia szkolnego*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Jarczyńska J. (2011). *Przeciwdziałanie zachowaniom samobójczym wśród młodzieży w amerykańskich szkołach – przegląd programów i ocena ich skuteczności*, „Edukacja”, nr 2, s. 107–114.
- Jarosławska I. (2004). *Nastolatek woła: pomóżcie mi*, „Dyrektor Szkoły”, nr 10, s. 8–9.
- Jarosz M. (1980). *Dziecko w rodzinie zdeintegrowanej*, „Problemy Rodziny”, nr 1, s. 9.

- Jodłowska B. (2002). *Profilaktyka samobójstw w kontekście procesu wychowawczego*, [w:] *Dziecko w kręgu wychowania*, red. B. Jodłowska, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 45–51.
- Katz C., Bolton S.L., Katz L.Y., Isaak C., Tilston-Jones T., Sareen J. and Swampy Cree Suicide Prevention Team (2013). *A systematic review of school-based suicide prevention programs*, „Depression and Anxiety”, t. 30(10), s. 1030–1045.
- Kawula S. (2002). *Rodziny społecznego i indywidualnego ryzyka*, [w:] *Pedagogika społeczna*, red. S. Kawula, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 481–514.
- Kawula S. (2005). *Samobójstwa: co może zrobić pedagog?* „Nowa Szkoła”, nr 2, s. 4–13.
- Kicińska L., Palma J. *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012 – 2021 na podstawie danych Komendy Głównej Policji*. Raport w ramach projektu „Życie warte jest rozmowy”, <https://www.gov.pl/attachment/82261ed5-8c47-4ab-7-9241-18fca8ea75ab>.
- Kocór M. (2011). *Organizowanie i funkcjonowanie samorządu uczniowskiego w opinii uczniów i nauczycieli*, „Edukacja i Dialog”, nr 9/10, s. 42–47.
- Kocór M. (2012a). *Kompetencje wychowawcy klasy w ocenie uczniów i nauczycieli*, [w:] *Wychowawcza rola szkoły*, red. J. Kirenko, T. Zubrzycka-Maciąg i D. Wosik-Kowala, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 163–184.
- Kocór M. (2012b). *Autorytet współczesnego nauczyciela – oczekiwania a rzeczywistość*, [w:] *Edukacja Jutra. Uczeń i nauczyciel jako główne podmioty edukacji jutra*, red. K. Denek, A. Kamińska, A. Łuszczuk i P. Oleśniewicz, Sosnowiec: Wydawnictwo Wyższej Szkoły „Humanitas”, s. 23–43.
- Kocór M. (2015). *Kryzys nauczycielskiego autorytetu – przyczyny i konsekwencje*, [w:] *Sociální pedagogika vesvětlespolečenského*, red. S. Neslušanová, M. Niklová, E. Jarosz, Brno: Institut Mezioborových Studií, s.r.o., s. 147–156.
- Kocór M. (2016). *Szkoła jako źródło stresu w trudnych sytuacjach w realiach polskich*, [w:] *New methods and technologies in education and practice: XXIXth Didmattech 2016*, red. V. Stoffová, L. Zsakó, P. Szlávi, Eötvös Loránd University in Budapest. Faculty of Informatics, <http://didmattech.inf.elte.hu/proceedings/>.
- Kocór M. (2017). *Dlaczego uczniowie nie lubią szkoły, a nauczyciele wypalają się w zawodzie?*, [w:] *Perspektivy výchovy a vzdělávání v podmínkách současného světa*, red. M. Prokešová, Sborníky České pedagogické společnosti. Praha: Česká pedagogická společnost, s. 389–402.
- Kocór M. (2018). *Szkoła jako miejsce wsparcia społecznego*, „Edukacja–Technika–Informatyka. Kwartalnik Naukowy”, nr 1(23), s. 218–224.
- Kocór M. (2019). *Wypalenie zawodowe nauczycieli: diagnoza, wsparcie, profilaktyka*, Kraków: Towarzystwo Naukowe Societas Vistulana.
- Korczak J. (1978). *Pisma wybrane*, Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Kowalczyk P. (2007). *Samobójca w mojej szkole: profilaktyka*, „Przegląd Oświatowy”, nr 19, s. 7.
- Kruk B. (2020). *Dlaczego szkoła nie radzi sobie z agresją i przemocą?* „Nowa Szkoła”, nr 7, s. 18–28.

- Kuberska-Przekwas K. (2014). *Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna*, „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy. Nauki Społeczne”, nr 9, s. 51–69.
- Kwieciński Z. (1995). *Socjopatologia edukacji*, Olecko–Białystok: Mazurska Wszechnica Nauczycielska; Trans Humana.
- Łuba M. (2011). *Wołanie o pomoc*, „Głos Pedagogiczny”, nr 32, s. 57–59.
- Malicka-Gorzelańczyk H. (2002). *Propozycje działań profilaktyczno-terapeutycznych wobec osób zagrożonych samobójstwem na podstawie badań opinii młodzieży o profilaktyce samobójstw*, [w:] *Młodzież a dorośli. Napięcia między socjalizacją a wychowaniem*, red. R. Kwiecińska, M.J. Szamański, Kraków: Akademia Pedagogiczna, s. 556–567.
- Martyniuk W. (2019). *O doświadczeniu szkoły. Studium fenomenograficzne szkolnej codzienności z perspektywy uczniów*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- McWhirter J. i in. (2005). *Zagrożona młodzież: ujęcie kompleksowe dla nauczycieli, pracowników poradni, psychologów i pracowników socjalnych*, tłum. zbiorowe, Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.
- Nowotniak J. (2002). *Ukryty program szkolnej rzeczywistości*, Szczecin: Agencja Wydawnicza Kwadra.
- Pilecka B. (2002). *Profilaktyka samobójstw w kontekście procesu wychowawczego*, [w:] *Dziecko w kręgu wychowania*, red. B. Jodłowska, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pilecka B. (2010). *Profilaktyka samobójstw w szkole*, „Meritum”, nr 4, s. 37–44.
- Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, <https://suicydologia.org/publikacje/> [dostęp: 15.10.2022].
- Popławska A. (2001). *Idea samorządności. Podmiotowość–autonomia–pluralizm*. Białystok: Trans Humana.
- Przewłocka J. (2015). *Klimat szkoły i jego znaczenie dla funkcjonowania uczniów w szkole. Raport o stanie badań*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Przybysz-Zaremba M. (2021). *Profilaktyka depresji i zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży wobec wyzwań codzienności*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia”, t. 34(1), s. 119–130.
- Pyżalski J. (2012). *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pyżalski J., Roland E. (red.). (2010). *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne – podręcznik metodyczny*, Łódź: WSP w Łodzi, CBB Uniwersytet Stavanger.
- Ringel E. (1987). *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Szczecin: Wydawnictwo Glob.
- Samson A. (2001). *Być uczniem i przetrwać czyli szkoła przeżycia szkoły*, Kraków: Wydawnictwo MCDN.
- Szymańska J. (2016). *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Śliwerski B. (2009). *Problemy współczesnej edukacji. Dekonstrukcja polityki oświatowej III RP*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

- Światowa Organizacja Zdrowia, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne (2003, 2007). *Zapobieganie samobójstwom: poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*, tłum. B. Mroziak, Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
- Tęcza-Ćwierz J. (2005). *Samobójstwo – ingerencja we własne życie*, „Wychowawca”, nr 3, s. 19–22.
- Wójcik M. (2006). *Samobójstwa wśród dzieci*, „Remedium”, nr 2, Dodatek, s. 20.
- Ziółkowski P. (2014). *Samorząd uczniowski – idee, uwarunkowania i doświadczenia*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki.
- Żłobicki W. (2002). *Ukryty program w edukacji. Między niewiedzą a manipulacją*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Magdalena Nuckowska
ORCID: 0000-0001-9473-5902

Krzysztof Gliwa
ORCID: 0000-0003-0278-2504
Uniwersytet Ignatianum w Krakowie

Samobójstwo jako skutek bycia ofiarą przemocy – ujęcie psychologiczne i biologiczne

Wstęp

Życie to balans między bezładem a chaosem. Bezład to brak jakiegokolwiek ruchu, a co za tym idzie – brak życia. Chaos natomiast to brak możliwości do czegokolwiek, w tym do istnienia. Życie więc to walka między tymi dwoma stanami. Człowiek od urodzenia uczy się uciekać od chaosu i bezładu do ładu, co wymaga dużej ilości energii. Jeśli jednak zasoby tej energii się wyczerpią, walka ta staje się cierpieniem (Hołyst 2002). Co się dzieje z ludzką istotą, która wykorzystywała wszystkie swoje zasoby? Jak wygląda wnętrze kogoś, kto nie potrafi już balansować pomiędzy chaosem a bezładem i przebywa w ogromie cierpienia, który przeważa nad chęcią walki? Taka osoba może nie chcieć żyć i nie widzi dla siebie innego rozwiązania jak tylko zakończenie swojego żywota – rodzi się zamiar popełnienia samobójstwa.

Samobójstwo jest uważane za najtragiczniejszy czyn autoagresji człowieka. Jest również najpoważniejszym skutkiem dysfunkcji psychicznych takich jak depresja, zaburzenia lękowe czy schizofrenia. Przyjmuje się, że decyzja i akt odebrania sobie życia nie jest jednostkowym i przypadkowym zdarzeniem, ale to proces, który rozciąga się w czasie. Ten fakt stanowi asumpt do wdrożenia różnorodnych działań profilaktycznych, zapobiegającym samobójstwom. Istnieje wiele czynników doprowadzających do samobójstwa. Jednym z nich jest przemoc. Doświadczenie przemocy staje się powodem różnorodnych skutków społecznych, psychicznych jak również medycznych. Te ostatnie wiążą się z uszkodzeniem struktur mózgowych, zaburzeniami hormonalnymi, biochemicznymi i w neuroprzebieżności. Wszystkie te czynniki bardzo często wtórnie doprowadzają do zaburzeń psychicznych, również tych, które charakteryzuje wystąpienie tendencji samobójczych. Dlatego współczesne spojrzenie

na problem samobójstwa powinno obejmować interdyscyplinarne podejście, które wsparłoby takie nauki jak suicydologia czy psychologia, a w ostateczności skutecznie chroniłoby przed aktem samobójczym. Samobójstwo jest coraz częściej spotykanym aktem patologii społecznej, który polega na odebraniu sobie życia w sposób zamierzony. W wyniku tego zachowania na świecie ginie rocznie ponad 800 tysięcy osób, skazując na cierpienie setki tysięcy innych ludzi, będących bliskimi tych, którzy dopuścili się tego czynu. Artykuł ten ma na celu przybliżyć tematykę zamachów samobójczych, których źródłem jest bycie ofiarą szeroko rozumianej przemocy oraz analizę stanu emocjonalnego osoby w procesie wiktyimizacji, która może skutkować targnięciem się na własne życie.

Charakterystyka przemocy oraz jej ofiar

Niezwykle trudno jest zdefiniować przemoc samą w sobie. Według R. Gellesa oraz M.A. Strauss trudność ta wynika z charakteru tego pojęcia (za: Jedlecka 2017). Nie jest to pojęcie kliniczne ani naukowe, ale jego rozumienie zależy od sytuacji społecznej, w ramach której pojęcie to ma zostać wykorzystane. Przemoc to intencjonalne działanie szkodzące albo zaniechanie działania jednej osoby wobec drugiej. W relacji tej jedna osoba agresora ma przewagę nad ofiarą i wcześniej wspomniane działanie narusza prawa i dobra osobiste drugiej osoby. Ofiara doznaje cierpienia, szkód psychicznych i fizycznych. Najczęściej spotykaną klasyfikacją w literaturze jest: przemoc fizyczna, psychiczna, seksualna, ekonomiczna oraz polegająca na zaniedbaniu. Skutkiem przemocy fizycznej jest naruszenie nietykalności ciała drugiej osoby, uszkodzenia ciała czy też zadawanie bólu. Przemoc psychiczna jest nazywana zamiennie przemocą emocjonalną. Wiąże się ona ściśle z naruszeniem ludzkiej godności, które może odbywać się poprzez ośmieszanie i poniżanie, manipulowanie, kontrolowanie czy też agresję werbalną (wyzwiska). Ten rodzaj przemocy jest często nieuchwytny, najtrudniejszy do udowodnienia. Można bowiem zauważyć siniaki i obicia, nie sposób jednak dostrzec zachwianych emocji ofiary wcześniej wymienionego rodzaju przemocy. Skutki tego rodzaju aktu mogą się ujawniać dopiero po czasie i prowadzić do depresji, stanów lękowych, obniżonego poczucia własnej wartości czy zamachu samobójczego. Przemoc seksualna to zmuszanie osoby do aktywności seksualnej wbrew jej woli. Przypomnienie ten może polegać na użyciu siły fizycznej lub szantażu emocjonalnym.

Przykładem takiej przemocy jest gwałt, obmacywanie. Przemoc ekonomiczna dotyczy naruszania cudzej własności i polega na celowym jej niszczeniu albo pozbawianiu. Z kolei przemoc polegająca na zaniedbaniu dotyczy naruszenia obowiązku opieki ze strony osób bliskich. Jest to rodzaj przemocy powiązany z przemocą ekonomiczną i może oznaczać chociażby niedawanie środków na utrzymanie, pozbawienie jedzenia i schronienia. Nie da się jednoznacznie powiedzieć, kto jest ofiarą przemocy, jednak najczęściej relację ofiara-agresor cechuje pewnego rodzaju dysproporcja. Przemoc bowiem występuje w zestawieniu silniejszy-słabszy. Nie chodzi tu jedynie o siłę fizyczną, ale także psychiczną, ekonomiczną, finansową. Długotrwała przemoc powoduje załamanie się równowagi psychicznej ofiary i może doprowadzić do takich stanów, jak: izolacja społeczna, brak poczucia wpływu na własne życie, zaburzenia snu, dolegliwości psychosomatyczne, objawy PTSD, rozwinięta zależność od sprawcy przemocy, przekonanie o nieważności swoich potrzeb, niepokój, stany lękowe, depresja oraz w ostateczności do zamachu samobójczego. Osoby te również sięgają po różnego rodzaju używki, popadają w nałogi. Skutkiem przemocy uderzającym w zachowanie ofiary jest także wycofanie się z kontaktów społecznych czy też brak motywacji do poszukiwania pomocy. W przypadku ofiar przemocy domowej, osoby te charakteryzują się zaniżoną samooceną, przez co przypisują sobie odpowiedzialność za akty przemocy, niekiedy usprawiedliwiają sprawcę i podporządkowują się mu.

Warte uwagi są również mechanizmy przemocy, które występują w relacji ofiara-sprawca, a które mają bezpośredni wpływ na zachowanie podmiotów biorących udział w tym procesie. Są to m.in.: syndrom wyuczzonej bezradności (Seligman 1967), efekt „prania mózgu”, „syndrom sztokholmski”. Syndrom wyuczzonej bezradności polega na bierności, zatrzymaniu działania, które wynika z przekonania, iż cokolwiek się zrobi, to nie będzie to miało znaczenia dla zmiany sytuacji, w tym przypadku sytuacji przemocy, przez co ofiara znosi krzywdzące zachowania, mimo świadomości, że naruszają one normy społeczne. Efekt „prania mózgu” odnosi się do wpływania na przekonania, poglądy czy też postawy drugiej osoby po to, aby osiągnąć własny cel. Do najczęstszych metod zawierających się we wcześniej wymienionym zjawisku znajdują się izolacja od kontaktów z innymi ludźmi, poniżanie czy też demonstracja siły i okazjonalne okazywanie pobłażliwości. W stanie „syndromu sztokholmskiego” ofiara zaczyna identyfikować się ze swoim oprawcą, okazuje mu współczucie i zrozumienie, przez co usprawiedliwia każdy czyn.

Zjawisko przemocy a samobójstwo

W kontekście samobójstwa warto wspomnieć o syndromie presuicydalnym opisanym przez Erwina Ringela w 1953 roku (Albański 2010) oraz podobieństwie stanów w nim występujących ze stanami podczas bycia ofiarą przemocy. Ringel wymienia następujące etapy:

1. Zawężenie w następujących obszarach funkcjonowania:
 - zawężenie dynamiczne – dominują w nim negatywne myśli i uczucia, niskie poczucie własnej wartości, poczucie bezradności oraz lęk;
 - zawężenie sytuacyjne – poczucie braku nadziei i sensu na polepszenie swojej sytuacji (powoduje to zaniechanie działań mających na celu poprawę obecnego stanu), poczucie znalezienia się w pułapce, niedostrzeganie możliwości zmian;
 - zawężenie systemu wartości – rezygnacja z zainteresowań, dewaluacja wartości oraz swoich potrzeb;
 - zawężenie relacji interpersonalnych – osamotnienie, wycofanie społeczne, poczucie odrzucenia.
2. Pojawienie się fantazji samobójczych (zamach samobójczy postrzegany jest jako pożądane rozwiązanie).
3. Kumulacja agresji i napięcia, które zwrócone są do wewnątrz, czego efektem może być zamach samobójczy.

Wymienione sfery funkcjonowania zawarte w punkcie dotyczącym aspektu zawężania pokrywają się ze stanami i zachowaniami, które występują u ofiary podczas aktu długotrwałej przemocy. Można więc przypuszczać, że istnieje bardzo cienka granica występująca pomiędzy stanami zawężenia a pojawieniem się fantazji samobójczych. Wiele badań wskazuje na związek pomiędzy doświadczaniem przemocy a myślami i próbami samobójczymi, niezależnie czy wiktymizacja dotyczy dzieci czy też dorosłych.

Lanktree i in. (1991) odkryli, że dzieci, które doznały przemocy seksualnej, częściej dokonywały zamachu samobójczego, podejmowały więcej prób w celu jego dokonania oraz istniało większe prawdopodobieństwo diagnozy depresji klinicznej niż u dzieci, które nie zgłaszały problemu przemocy seksualnej. Jeśli ofiarą przemocy jest dziecko, próba samobójcza nie musi następować w momencie jej doznawania. Ze względu na traumę, jaką może wywołać bycie ofiarą, akt odebrania sobie życia może zostać odroczone na późniejszy okres życia. Pokazują to badania Briere (1984), w którym wykazano, że 51% dorosłych ofiar przemocy seksualnej miało w przeszłości próby samobójcze, jak

również badania Makara-Studzińska i Moryłowska (2009) – młodzież, która targnęła się na swoje życie, najczęściej doświadczała w dzieciństwie przemocy fizycznej. Warto również zwrócić uwagę na badania De Wilde i in. (1994), którzy poddali analizie osoby, które w przeszłości chciały dokonać zamachu na swoje życie. Badania te wykazały, iż największy odsetek osób chcących popełnić samobójstwo doznało w przeszłości przemocy fizycznej, seksualnej lub obu tych rodzajów przemocy. Zoroglu i in. (2003) zwracają również uwagę na skutek przemocy przez zaniedbanie oraz przemocy fizycznej – na 862 uczniów szkoły średniej wskaźnik prób samobójczych wyniósł 10,1%, z czego 34,3% osób chcących dokonać zamachu na swoje życie doświadczyło przemocy przez zaniechanie lub przemocy fizycznej. Z kolei badania Borowsky'ego (2013) pokazują, że bullying jest również kolejnym rodzajem przemocy, który może spowodować pojawienie się myśli samobójczych lub próbę samobójczą. Wszystkie te badania pokazują jak bardzo poważnym problemem i jak straszliwe skutki może spowodować przemoc. Każdy z wcześniej wymienionych rodzajów przemocy bezpośrednio oddziałuje na zdrowie psychiczne ofiary mogąc doprowadzić do depresji (Finkelhor 1986; Dąbrowska 2007; Rivera et al. 2019), a ta z kolei jest czynnikiem, który predysponuje do dokonania próby bądź aktu odebrania sobie życia (Isomets et al. 1996; Malone et al. 1995; Takahashi 2001). Tendencje autodestrukcyjne u osoby zmagającej się z depresją dotyczą negatywnego obrazu własnej osoby – wizji siebie jako osoby niepotrzebnej, niedocenionej, niekochanej. Charakterystyczny dla tego zaburzenia rodzaj myślenia obejmuje także aspekty przeszłości i przyszłości (Lavender, Watkins 2004). Przeszłość jawi się jako pasmo porażek i niepowodzeń, a przyszłości nie daje żadnych nadziei na poprawę aktualnego stanu. Wszystkie te aspekty składają się na poczucie beznadziejności, co według Becka jest głównym predyktorem dokonania próby samobójczej lub skutecznego zamachu na własne życie (Beck 1986). Ten sam badacz zwraca również uwagę na zniekształcenia procesów poznawczych, które występują w depresji, a które sprzyjają rozwojowi tendencji autodestrukcyjnych, a w ostateczności mogą skutkować samobójstwem. Są to m.in.: (1) myślenie dychotomiczne, (2) myślenie katastroficzne, (3) wyciąganie ogólnych konkluzji z pojedynczych faktów, (4) selektywne abstrahowanie, (5) wyciąganie negatywnych wniosków na swój temat mimo braku dowodów potwierdzających poczucie własnej beznadziejności, (6) wyolbrzymianie negatywnych doświadczeń z pomniejszaniem pozytywnych, (7) branie własnych emocji jako dowód rzeczywistej sytuacji np. „czuję się podle, więc powinienem zakończyć swoje życie”, (8) notoryczne porównywanie siebie

z innymi, (9) dyskwalifikowanie własnych pozytywnych cech. Deformacje wymienionych wcześniej procesów poznawczych są w stanie przyspieszyć wejście w stan kryzysu psychologicznego, poprzez wzmożenie odczuwania stresu, frustracji, co w efekcie może spowodować ideacje samobójcze jak i zamach na własne życie.

Biologiczne spojrzenie na samobójstwo

Jedną z subdyscyplin psychologii jest nauka zajmująca się rozwojem człowieka od momentu poczęcia aż do śmierci, a więc psychologia rozwojowa. Choć zainteresowaniem tej dziedziny jest cały okres życia człowieka, w swoim pragmatycznym podejściu pomoc psychologiczna skupia się z reguły na wsparciu osób już narodzonych i w pewnym stopniu ukształtowanych. Jeżeli osoba potrzebującą pomocy psychologicznej jest osoba dorosła, to przyczyn zaburzeń poszukuje się w dzieciństwie, w przeszłości, czy w zdarzeniach z teraźniejszości. Ważnym aspektem jest znalezienie pewnego „czynnika wyzwalającego”, a więc indukującego obecną sytuację emocjonalną jednostki. Istotnym jest też obecne lub przeszłe doświadczenie przemocy. Jeżeli pacjentem jest dziecko, to częściej pod uwagę bierze się wpływ opiekunów (np. rodzaj przywiązania) czy też środowiska, w którym to dziecko funkcjonuje. Na czynniki okołoporodowe i przebieg ciąży zwraca się uwagę głównie w przebiegu poważnych schorzeń takich jak dziecięce porażenie mózgowie, padaczka czy wodogłowie. Trudno jednak psychologowi rozważać przyczyny medyczne, mające istotny wpływ na obecne zdrowie psychiczne dziecka, ponieważ nie jest specjalistą w dziedzinie nauk medycznych. Również dla suicydologii obszarem zainteresowania staje się dorosły człowiek oraz niestety, coraz częściej dziecko, rzadziej jednak jego okres przed narodzeniem. Należy jednak zadać sobie pytanie, co z życiem prenatalnym? Negatywny wpływ wielu czynników na rozwój dziecka w łonie matki zdaje się być oczywisty. Przykładowo, powszechnie wiadomo, że nienarodzonemu dziecku może zaszkodzić każda ilość alkoholu spożywana przez jego matkę, ostatecznie wywołując Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS), charakteryzujący się niskim wzrostem, specyficzną budową twarzy oraz upośledzeniem umysłowym (Larkby, Day 1997). Szczególnemu monitoringowi podlega także przyjmowanie leków przez kobiety ciężarne, a wszystko po to, by zapobiec negatywnym konsekwencjom zdrowotnym u jej dziecka, doprowadzającym w skrajnych przypadkach nawet do śmierci.

Biologiczne skutki prenatalnego stresu

Ważnym czynnikiem istotnie wpływającym zarówno na matkę jak i rozwijające się w jej łonie dziecko jest stres. Choć również i ten czynnik wydaje się być oczywistym powodem wielu dysfunkcji psychologicznych u matki, warto skupić większą uwagę na jego niszczącym, często nieodwracalnym wpływie na organizm nienarodzonego dziecka, a w ostateczności na skutkach zdrowotnych, zarówno somatycznych jak i psychicznych po jego urodzeniu (Szydelko i in. 2016). Należy więc w tym miejscu zadać sobie pytanie, w jaki sposób kondycja psychiczna matki, jej zaburzenia psychiczne czy przeżywany dystres wpływają na potomstwo. Co istotne, obecne problemy psychiczne kobiety mogą być spowodowane wcześniejszym lub aktualnym doświadczeniem różnorodnych form przemocy. Rozpatrując szerzej postawione pytanie, trzeba spojrzeć na problemy zdrowotne potomstwa zrodzonego z matki doświadczającej przemocy, jako konsekwencje tej wiktymizacji, wykraczającej poza osoby bezpośrednio jej doświadczającej. Ofiarą przemocy, choć niekoniecznie w zamierzeniu oprawcy, staje się bowiem nienarodzone dziecko. Niestety, konsekwencje wywołane problemami psychicznymi matki są poważne, ponieważ mogą dotyczyć uszkodzenia struktur mózgowych czy zaburzenia biochemii organizmu u jej potomstwa. Skutki także wiążą się z podwyższonym ryzykiem dysfunkcji neuropsychiatrycznych oraz problemów behawioralnych lub interpersonalnych potomstwa. Zauważa się, że stres matki zwiększa ryzyko spontanicznych poronień czy przedwczesnego porodu (den Hove i in. 2006; Wu i in. 2020).

Środowisko życia, doświadczane przez dziecko bezpośrednio lub pośrednio czynniki (np. przez organizm matki), wpływają na jego rozwój we wczesnych etapach życia, dokonując często stałych, nieodwracalnych zmian. Jako, że zmiany te są trwałe, cały proces ich tworzenia został przez naukowców (Welberg i Seckl 2001) określony jako „programowanie mózgu”, na wzór tworzenia trwałego systemu komputerowego. Nazwa taka zdaje się być adekwatna, dobrze obrazująca procesy zachodzące podczas formowania układu nerwowego i endokrynologicznego u rozwijającego się organizmu. Co więcej, układ nerwowy (właściwie cały organizm płodu) jest bardzo wrażliwy i plastyczny, łatwo tu o trwałe zmiany. Cały więc rozwój prenatalny organizmu jest jak „okres sensorywny”, podatny na zmiany zarówno pozytywne jak i negatywne. Dlatego tak ważnym w profilaktyce przeciwdziałania przemocy czy w ochronie zdrowia psychicznego jest nie tylko działanie chroniące kobietę, ale także dokonywanie wszelkich starań, by jej poczęte, a nienarodzone dziecko ustrzec przed dramatycznymi skutkami.

Badania nad skutkami matczynego stresu na jej potomstwo wskazują na zaburzenia w układzie hormonalnym. Przykładowo, Welberg i Seckl (2001) przeanalizowali funkcjonowanie osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, a więc osi HPA, wskazując na jej rozregulowanie, a w konsekwencji zmianę sekrecji hormonów. Oś ta bowiem, to specyficzny układ hormonalny kontrolowany przez mechanizm sprzężenia zwrotnego. Oznacza to, że sekrecja jednego hormonu będzie hamować sekrecję innego, powiązanego z tą osią hormonu, zaś spadek poziomu pobudzać będzie gruczoły endokrynne do jego produkcji. Analizując konkretnie oś HPA, regulacja ta odbywa się przez pobudzenie przysadki mózgowej do sekrecji hormonu ACTH (kortykotropiny) przez hormon podwzgórzowy - kortykoliberynę (CRH). ACTH pobudza z kolei korę nadnerczy do produkcji kortyzolu czy też androgenów. Wzrost poziomu kortyzolu we krwi będzie hamował zwrotnie wydzielanie kortykoliberyny w podwzgórzu, a więc w ostateczności zmniejszy się też ilość wydzielanego kortyzolu (Waugh i in. 2012). Funkcjonowanie osi HPA odpowiada za regulację procesów metabolicznych, poziomu hormonów płciowych, reakcji emocjonalnych i nastroju, a także, co istotne w tych rozważaniach, oś podwzgórze–przysadka–nadnercza jest głównym regulatorem odpowiedzi organizmu na doświadczany stres (Pawlaczyk 2010).

Warto zaznaczyć, że oś HPA stanowi doskonały przykład powiązania układu hormonalnego i nerwowego, a więc powiązania pomiędzy stężeniem (sekrecją) hormonów a przeżywaną reakcją psychiczną (w tym wypadku stresu). Dlatego więc wiele stanów psychicznych wpływa bezpośrednio na zdrowie somatyczne jednostki. Zaburzenia w funkcjonowaniu tego układu, jak wskazuje Pawlaczyk (2010), wpływają na nieprawidłowości w utrzymaniu homeostazy, a więc całościowego stanu równowagi wewnętrznej organizmu – składu środowiska wewnętrznego i synchronii procesów. Przyjmuje się, że każda choroba to konsekwencja zaburzenia homeostazy. Ważnym czynnikiem rozregulującym tę równowagę ustroju jest stres, dlatego tak istotna jest ochrona organizmu przed jego negatywnym wpływem (Waugh i in. 2012). Jak zauważono w badaniach, stres matczynej związanej jest z rozregulowaniem zachowań seksualnych jej dziecka – demaskulinizacją u potomstwa płci męskiej. Ostatecznie badania wykazały, że stres matki istotnie wpływa na rozwój potomstwa, wywołując u niego w późniejszym czasie intensywną reakcję na stres, jak również zaburzenia neuroendokrynne (Welberg, Seckl 2001).

Oprócz zmian w poziomie hormonów, jako konsekwencji stresu matki, obserwuje się również zmiany w strukturze i biochemii mózgu. Zmiany te

rejestrowano z wykorzystaniem technik obrazowania: rezonansu magnetycznego MRI i spektroskopii rezonansu magnetycznego protonów ¹H-MRS. Badania wykonywane były już podczas rozwoju prenatalnego, a dzięki ich zastosowaniu udało się zidentyfikować powiązania między stresem psychicznym matki a rozwojem mózgu płodu, dojrzewaniem kory mózgowej oraz zmianami biochemicznymi. Zmiany w strukturze mózgu dotyczyły zmniejszenia objętości jego obszarów: hipokampa, mózdzku czy istoty szarej. Powiększeniu z kolei ulegało ciało migdałowe, które w organizmie człowieka odpowiada za zespolenie bodźców środowiskowych oraz ich ocenę emocjonalną (Wu i in. 2020). Ciało migdałowe jest więc miejscem integracji emocji, zarówno negatywnych jak i pozytywnych. Funkcjonowanie ciała migdałowego często wiąże się jednak z doznawaniem lęku i emocji negatywnych oraz ich wpływu na pamięć (Ruciński i in. 2015). Naukowcy Weniger, Lange i Irle (2006) wskazują, że pomniejsze ciała migdałowego (często przy jednoczesnym powiększeniu hipokampa) obserwuje się u osób cierpiących na depresję czy dystymię.

Jak wspomniano powyżej, to właśnie stres ciężarnej matki (zaburzenia lękowe czy depresyjne) może wywoływać zaburzony rozwój struktur mózgowych. Widać zatem, jak daleko idące konsekwencje dla dziecka wnosi doświadczenie przez nie przemocy, nawet, jeżeli nie jest jej świadome. Dziecko takie niejako nie wchodzi w życie z „czystą kartą”, ale z pewnym obciążeniem, jest bardziej predysponowane do zaburzeń psychicznych, zarówno lękowych jak i depresyjnych. Co więcej, negatywne emocje może przeżywać o wiele bardziej, wykazując nadmierną reakcję na stres, na co zwracają uwagę Welberg i Seckl (2001).

Zmiany w strukturze mózgu dotyczą również zaburzeń procesu gyryfikacji, rozpoczynającego się już w życiu prenatalnym człowieka, to jest około 4. miesiąca życia. Jest to tworzenie charakterystycznych bruzd i zakrętów w korze mózgowej, przez co znacząco zwiększa się jej objętość i funkcjonalność. W celu pomiaru tego procesu wprowadzono tzw. indeks gyryfikacji (z ang. *GI – gyriification index*), pozwalający ocenić jakość tego pofałdowania. Zwiększony indeks, a więc zwiększona gyryfikacja, wiąże się między innymi z lepszym rozwojem funkcji poznawczych (Gautam i in. 2015). W licznych badaniach wykazano związek pomiędzy zaburzeniami gyryfikacji mózgu a różnorodnymi dysfunkcjami psychicznymi. Proces ten, rozpoczynający się już w życiu płodowym, jest kluczowy dla prawidłowego rozwoju układu nerwowego, a zaburzenia w jego przebiegu w ostateczności prowadzą do zaburzeń psychicznych w późniejszym okresie życia (Sasabayashi i in. 2021). Przykładowo, obserwuje się,

że zwiększona gyryfikacja mózgu powiązana jest z zaburzeniami ze spectrum autyzmu, schizofrenią czy zaburzeniami lękowymi (Wallace i in. 2013; Molent i in. 2018). Wykazano, że ponad połowa osób, u których zdiagnozowano zespół Aspergera, doświadcza myśli samobójczych, a odebranie sobie życia jest najczęstszą przyczyną śmierci osób ze spektrum autyzmu (Cassidy, Rodgers 2017). Osoby cierpiące na schizofrenię również charakteryzuje zwiększona tendencja do aktów samobójczych, na co wskazuje Makara-Studzińska i Koślak (2009).

Negatywnym zmianom pod wpływem stresu przeżywanego przez matkę ulega nie tylko struktura mózgu płodu, ale i jego biochemia. Zaobserwowano, że stany depresyjne matki przyczyniły się do zmniejszenia poziomu choline oraz zaburzeń w metabolizmie glutaminianu w mózgu płodu (Wu i in. 2020). Cholina jest związkiem niezbędnym do prawidłowego rozwoju mózgu – wspomaga proliferację komórek nerwowych. Odgrywa więc kluczową rolę w formowaniu układu nerwowego oraz przewodnictwie neuronalnym. Jest również składnikiem fosfolipidów, budujących błony komórkowe. Przykładem takiego fosfolipidu jest sfingomielina, tworząca struktury nerwowe, występująca w znacznych ilościach w mózgu i tkance nerwowej (Murray i in. 1994). W swej budowie zawiera cholinę, a więc niedobory choline w mózgu będą wiązać się ze zmniejszoną syntezą sfingomieliny, co w ostateczności prowadzi do nieprawidłowości w budowie układu nerwowego. Cholina bierze również udział w syntezie acetylocholine (ACh), jednego z najważniejszych neuroprzekaźników w organizmie ludzkim. Wahania w ilości choline będą zatem bezpośrednio wpływać na syntezę, a więc poziom acetylocholine w ustroju. Jak wskazuje Markowicz-Narękiwicz (2011), niski poziom ACh skutkuje zaburzeniami pamięci, a nawet prowadzi do demencji, w tym choroby Alzheimera. Obserwuje się również, że osoby, u których występuje wysoki poziom acetylocholine, wykazują tendencję do zaburzeń depresyjnych i lękowych. Co więcej, zaburzone neuroprzekaźnictwo, w które zaangażowana jest acetylocholina, związana jest z pojawieniem się objawów typowych dla schizofrenii (Higley, Picciotto 2014). Jak wspomniano powyżej, wahaniom ulega również poziom glutaminianu w mózgu. Aminokwas ten jest głównym neurotransmiterem pobudzającym w układzie nerwowym człowieka. Ponadto, bierze on udział w procesach poznawczych, wspomaga pamięć i zdolność uczenia się (McEntee, Crook 1993). Podobnie jak w przypadku acetylocholine, badania wskazują, że zmiany poziomu glutaminianu oraz zaburzenia w jego neuroprzekaźnictwie są przyczyną wystąpienia schizofrenii – tzw. teoria glutaminergiczna (Madeira i in. 2018; Wójciak i in. 2020).

Skutki wczesnodziecięcych negatywnych doświadczeń

Konsekwencje związane ze stresem nie dotyczą jedynie okresu prenatalnego. Dziecko, choć może nie mieć jeszcze wykształconej pamięci (okres prewerbalny), może również doświadczać wielu sytuacji stresowych, będąc świadkiem lub pośrednią ofiarą przemocy domowej. Te wczesne traumatyczne doświadczenia, podobnie jak w okresie prenatalnym, prowadzą niejednokrotnie do nieodwracalnych, degradujących zmian w organizmie dziecka. Dzieje się tak, ponieważ w pierwszych latach życia układ nerwowy w dalszym ciągu się formuje i, jak wskazuje Nemeroff (2004), przez swą plastyczność pozostaje podatny na wiele trwałych zmian. Dlatego występowanie zaburzeń psychicznych w późniejszych latach życia człowieka upatruje się nie tylko w czynnikach genetycznych, ale także w środowiskowych, gdzie szczególne znaczenie ma doświadczenie wczesnodziecięcej traumy. To właśnie zmiany w systemie nerwowym, powstałe we wczesnych latach życia, na wskutek negatywnych doświadczeń, są przyczyną wielu schorzeń psychicznych, zarówno o podłożu depresyjnym jak i lękowym (Bankiewicz, Werner 2013).

Podobnie jak w przypadku czynników wpływających na rozwój prenatalny, skutki po przeżyciu wczesnodziecięcej traumy obejmować mogą zmiany w strukturze mózgu, neuroprzeżywalności oraz gospodarce hormonalnej. W przypadku hormonów, zmiany mogą dotyczyć sekrecji kortykoliberyny, glukokortykosteroidów (kortyzolu, kortykosteronu), adrenaliny czy noradrenaliny, a więc hormonów biorących udział w reakcjach stresowych (Pawłaczyk 2010). Kortykoliberyna (CRH) jest peptydowym neuroprzeżywalnikiem i hormonem regulującym reakcję neuroendokrynologiczną na stres, dlatego też długotrwały stres wzmacnia jego produkcję. CRH cechuje hamowanie zachowań seksualnych i aktywację stanów lękowych (Landowski 2007). Reakcje stresowe i ich konsekwencje zależą od wieku osobnika, który ich doświadcza. Jak zaznacza Penza i współpracownicy (2003), to właśnie ekspozycja na stres we wczesnym okresie życia wykazuje najbardziej dysfunkcyjny wpływ na oś HPA. Ponadto okazuje się, że u osób z depresją i PTSD zaobserwowano nieprawidłowości w funkcjonowaniu tej osi. Nadmierna ekspozycja na stres wiąże się także ze zwiększoną sekrecją kortyzolu. Hormon ten w wysokich stężeniach wykazuje właściwości neurodegeneracyjne. Przykładowo, obserwuje się zmniejszenie całkowitej objętości mózgu lub jego niektórych struktur jak istota szara czy hipokamp (Ouanes, Popp 2019). Wysokie stężenia kortyzolu upośledzają również funkcje poznawcze i pamięć, nasilają lęk i objawy depresyjne,

co potwierdzają liczne badania (m.in. Stokes 1995; Gold i in. 2002). Warto zaznaczyć, że skutki fizjologiczne długotrwałego stresu, w tym doświadczenia traumy, dotyczą również osób dorosłych. Obejmują one zaburzenia w funkcjonowaniu układu hormonalnego i nerwowego oraz uszkodzenie struktur mózgowych, co opisują m.in. wspomniani autorzy: Stokes (1995), Ouanes, Popp (2019), Gold i inni (2002).

Jak wykazano powyżej, rozregulowanie funkcjonowania układu nerwowego i hormonalnego spowodowane wczesnymi traumatycznymi doświadczeniami, prowadzi do późniejszych zaburzeń depresyjnych i lękowych. W obu tych dysfunkcjach charakterystycznym jest wystąpienie myśli i prób samobójczych, przy czym to depresja jest najczęstszą ich przyczyną. Myśli samobójczych doświadcza bowiem większość osób chorych na depresję (aż 80%), a próby samobójcze podejmuje ponad połowa osób na nią cierpiących (nawet 60%). Co więcej, 15% chorych dokonuje skutecznej próby samobójczej, a więc traci życie w wyniku takiego aktu (Ruszel i in. 2022). Wskazano również, że uszkodzenie struktur mózgowych prowadzić może do schizofrenii i autyzmu, czyli zaburzeń, w których również należy spodziewać się stanów prowadzących do aktów samobójczych. Samobójstwo jest więc najtragiczniejszą konsekwencją przemocy i zaburzeń psychicznych.

Podsumowanie

Śmierć samobójcza zawsze jest tragedią, jeszcze większą niż zgon z przyczyn naturalnych, gdyż ze zdwojoną siłą sprawia cierpienie bliskim tej osoby, która dokonała zamachu na własne życie. Wpływ samobójstwa na osoby najbliższe jak i społeczeństwo jest ogromny i często utrzymuje się jeszcze długo po śmierci. Wielu takich sytuacji można by uniknąć dzięki odpowiedniej prewencji, czy też zaniechaniu stygmatyzacji ogólnie pojętego aspektu kryzysu suicydalnego. Nauką zajmującą się problematyką samobójstw jest suicydologia. Dzięki postępowi w tej dziedzinie może ona coraz głębiej i lepiej poznawać motywy i czynniki kryjące się za aktem zamachu samobójczego. Jednym z takim czynnikiem jest bycie ofiarą przemocy. Niezależnie od rodzaju sytuacji przemocowej, zostawia ona trwałe ślady w psychice człowieka, bezpośrednio oddziałując na sferę emocjonalną, doprowadzając do traum, depresji, obniżonego poczucia własnej wartości, a w najgorszych sytuacjach do myśli i prób samobójczych. Co ważne, doświadczenie przemocy może obejmować osoby, które nie były

jej bezpośrednim adresatem. Ofiara ta nie musi być nawet świadomym świadkiem traumatycznego zdarzenia, ponieważ skutków przemocy doświadczają mogą nawet nienarodzone dzieci. Również postnatalne, wczesnodziecięce traumatyczne doświadczenia, wyciskają niezmywalne piętno w psychice oraz organizmie młodego człowieka. Konsekwencje te rozciągnięte są w czasie – nie dotyczą tylko okresu dzieciństwa, ale przyczyniają się do wystąpienia zaburzeń praktycznie w całym późniejszym życiu człowieka, zaburzeń, które finalnie mogą doprowadzić do aktu samobójczego. W tym kontekście proces wikty-mizacji obejmuje o wiele szersze grono osób niż w pierwszej kolejności można wziąć pod uwagę. Fakt ten poszerza spojrzenie na samobójstwo będące skutkiem przemocy. Powyższa analiza etiologii zaburzeń psychicznych wskazuje, jak kluczowe są nawet „drobne” zmiany w homeostazie organizmu, ponieważ zmiana ta może prowadzić do ich wystąpienia. W poszukiwaniu przyczyn dysfunkcji psychicznych, a w konwencji pojawienia się myśli i prób samobójczych, ważne jest podejście interdyscyplinarne i odpowiednia edukacja. Sama wiedza psychologiczna wydaje się być niewystarczająca, ponieważ wymienione problemy dotyczą wielu dyscyplin naukowych. Rozważając problematykę samobójstw, należy skupiać się nie tylko na czynnej pomocy osobom doświadczającym już tendencji samobójczych (wsparcie różnorodnych organizacji, telefony zaufania, centra interwencji kryzysowej, pomoc psychologiczna), ale również na jak najwcześniejszym wdrażaniu programów ochrony każdej potencjalnej ofiary, z udziałem specjalistów z różnych dziedzin. Ten stan rzeczy stawia ogromne wyzwanie przed społeczeństwem, władzami, osobami wykwalifikowanymi, aby jak najwcześniej zareagować w sytuacji przemocy – w rodzinie, szkole, w innych środowiskach – w celu jak najefektywniejszej pomocy ofiarom, ażeby nie dopuścić do momentu, gdy ofiara nie zauważy innego wyjścia ze swojej sytuacji, jak tylko zakończenie swoje życia.

Bibliografia

- Albański L. (2010). *Wybrane zagadnienia z patologii społecznej*. Jelenia Góra: Kolegium Karkonoskie w Jeleniej Górze.
- Bankiewicz J., Werner M. (2013). *Wpływ wczesnych doświadczeń życiowych na rozwój układu nerwowego i wzorców reakcji z perspektywy potencjalnych zagrożeń. Jak naprawiać szkody – czy psychoterapia zmienia mózg?*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, nr 59, s. 135–140.

- Beck A.T. (1986). *Hopelessness as a predictor of eventual suicide*, „Annals of the New York Academy of Sciences”, t. 487(1), s. 90–96.
- Borowsky I. W., Taliaferro L.A., McMorris B.J. (2013). *Suicidal Thinking and Behavior Among Youth Involved in Verbal and Social Bullying: Risk and Protective Factors*, „Journal of Adolescent Health”, t. 53(1), s. 4–12.
- Briere J. (1984). *The long-term effects of childhood sexual abuse: Defining a post-sexual abuse syndrome*. Paper presented at the Third National Conference on the Sexual Victimization of Children. Washington, DC.
- Browne K., Herbert M. (1999). *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, tłum. M. Babiuch, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Cassidy S., Rodgers J. (2017). *Understanding and prevention of suicide in autism*, „The Lancet Psychiatry” t. 4(6), s. 3–11.
- Ciesielska M. (2014). *Mechanizmy przemocy w rodzinie. Kultura bezpieczeństwa*, „Nauka–Praktyka–Refleksja”, nr 16, s. 61–70.
- Dąbkowska M. (2007). *Ocena wybranych funkcji poznawczych ofiar przemocy domowej*, „Psychiatria Polska”, t. 12(6), s. 837–849.
- De Wilde E.J., Kienhorst C.W., Diekstra R.F.W., Wolters W.H.G. (1993). *The Specificity of Psychological Characteristics of Adolescent Suicide Attempters*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry”, t. 32(1), s. 51–59.
- De Wilde E.J., Kienhorst C.W., Diekstra R.F. (1994). *Social support, life events and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting suicide*, „Adolescence”, t. 29(113), s. 45–51.
- Domańska J.M. (2017). *Teoretyczne aspekty zjawiska samobójstw*, „Pedagogika. Studia i Rozprawy”, t. 2(26), s. 187–201.
- Finkelhor D., Browne A. (1986). *Initial and long-term effects: a conceptual framework*, [w:] *A Sourcebook on Child Sexual Abuse: New Theory and Research*, red. D. Finkelhor, Beverly Hills, CA: Sage, s. 180–198.
- Gautam P., Anstey K.J., Wen W., Sachdev P.S., Cherbuin N. (2015). *Cortical gyrification and its relationships with cortical volume, cortical thickness, and cognitive performance in healthy mid-life adults*, „Behavioural Brain Research”, t. 287, s. 331–339.
- Gold P.W., Drevets W.C., Charney D.S. (2002). *New insights into the role of cortisol and the glucocorticoid receptor in severe depression*. *Biological Psychiatry*, t. 52(5), s. 381–385.
- Green A.H. (1993). *Child Sexual Abuse: Immediate and Long-Term Effects and Intervention*, „Psychiatry” t. 32(5), s. 890–902.
- Higley M.J., Picciotto M.R. (2014). *Neuromodulation by acetylcholine: examples from schizophrenia and depression*, „Current Opinion in Neurobiology”, t. 29, s. 88–95.
- Hołyst B. (2002). *Suicydologia*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis.
- Hołyst B. (2018). *Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnościatowy*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
- Isomets T., Henriksson M., Aro H.M., Heikkinen E., Kuoppasalmi K.I. (1996). *Major depression*, „Postgraduate Medicine”, t. 100(1), s. 99–100.

- Jarosz M. (2004). *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jedlecka W. (2017). *Formy i rodzaje przemocy*, [w:] *Przemoc w prawie i polityce. Violence in law and politics*, red. M. Sadowski, Wrocław: Wrocławskie Studia Erazmiańskie, s. 13–29.
- Landowski J. (2007). *Neurobiologia reakcji stresowej*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia”, t. 2(1), s. 26–36.
- Lanktree C., Briere J., Zaidi L. (1991). *Incidence and impact of sexual abuse in a child outpatient sample: The role of direct inquiry*, „Child Abuse & Neglect”, t. 15(4), s. 447–453.
- Larkby C., Day N. (1997). *The effects of prenatal alcohol exposure*, „Alcohol Research and Health”, t. 21(3), s. 192–198.
- Lavender A., Watkins E. (2004). *Rumination and future thinking in depression*, „British Journal of Clinical Psychology”, t. 42(2), s. 129–142.
- Madeira C., Alheira F.V., Calcia M.A., Silva T.C., Tannos F.M., Vargas-Lopes C., Fisher M., Goldenstein N., Brasil M.A., Vinogradov S., Ferreira S.T., Panizzutti R. (2018). *Blood levels of glutamate and glutamine in recent onset and chronic schizophrenia*, „Frontiers in Psychiatry”, t. 9, s. 713–721.
- Makara-Studzińska M., Koślak A. (2009). *Wpływ objawów pozytywnych i negatywnych na zachowania samobójcze w schizofrenii: przegląd aktualnej literatury*, „Psychiatria Polska”, t. 43(4), s. 411–420.
- Makara-Studzińska M., Moryłowska J. (2009). *Rola doświadczenia przemocy w dzieciństwie w podejmowaniu zachowań ryzykownych w okresie adolescencji*, „Roczniki Psychologiczne”, t. 12(2), s. 83–101.
- Malicka-Gorzelańczyk H. (2001). *Psychospołeczne uwarunkowania zamachów samobójczych dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Malone K.M., Haas G.L., Sweeney J.A., Mann J.J. (1995). *Major depression and the risk of attempted suicide*, „Journal of Affective Disorders”, t. 34(3), s. 173–185.
- McEntee W.J., Crook T.H. (1993). *Glutamate: its role in learning, memory, and the aging brain*, „Psychopharmacology”, t. 111(4), s. 391–401.
- Michalska-Suchanek M. (2011). *Fenomen samobójstwa. Długa historia krótko opisana*, Mikołów: Instytut Mikołowski.
- Molent C., Maggioni E., Cecchetto F., Garzitto M., Piccin S., Bonivento C., Maiero M., D'Agostini S., Balestrieri M., Perna G., Altamura A.C., Brambilla P. (2018). *Reduced cortical thickness and increased gyrification in generalized anxiety disorder: a 3 T MRI study*, „Psychological Medicine”, t. 48(12), s. 2001–2010.
- Murray R.K., Granner D.K., Mayes P.A., Rodwell V.W. (1994). *Biochemia Harpera*, tłum. Z. Aleksandrowicz, wyd. 5., Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Nemeroff C.B. (2004). *Neurobiological consequences of childhood trauma*, „Journal of Clinical Psychiatry”, t. 65(10), s. 18–28.
- Ouanes S., Popp J. (2019). *High cortisol and the risk of dementia and Alzheimer's disease: a review of the literature*, „Frontiers in Aging Neuroscience”, t. 11(43), s. 1–11.

- Pawlaczyk B. (2010). *Rola hormonów w regulacji homeostazy organizmu człowieka*, „Homines Hominibus”, nr 6, s. 7–20.
- Penza K.M., Heim C., Nemeroff C.B. (2003). *Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety*, „Archives of Women's Mental Health”, t. 6, s. 15–22.
- Pilecka B. (2004). *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rivara F., Adhia A., Lyons V., Massey A., Mills B., Morgan E., Simckes M., Rowhani-Rahbar A. (2019). *The effects of violence on health*, „Health Affairs”, t. 38(10), s. 1622–1629.
- Rodziński P., Rutkowski K., Ostachowska A. (2017). *Progresja myśli samobójczych do zachowań samobójczych w świetle wybranych modeli suicydologicznych*, „Psychiatria Polska”, t. 51(3), s. 515–530.
- Ruciński J., Wądołowska A., Czerwiec K., Kurowska E., Myślińska D., Majkutewicz I. (2015). *Ciało migdałowe a zaburzenia lękowe*, Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Ruszel K., Dubel R., Czekał A., Namroży N., Dubel J., Pieciewicz-Szczęśna H. (2022). *Wpływ pandemii Covid-19 na zamachy samobójcze wśród dzieci i młodzieży – porównanie statystyk z lat 2013-2021. Profilaktyka zachowań suicydalnych wśród dzieci i młodzieży*, „Journal of Education, Health and Sport”, t. 12(7), s. 357–365.
- Sasabayashi D., Takahashi T., Takayanagi Y., Suzuki M. (2021). *Anomalous brain gyrification patterns in major psychiatric disorders: a systematic review and transdiagnostic integration*, „Translational Psychiatry”, t. 11(1), s. 1–12.
- Seligman M.E.P., Maier S.F. (1967). *Failure to escape traumatic shock*, „Journal of Experimental Psychology”, t. 74(1), s. 1–9.
- Stokes P.E. (1995). *The potential role of excessive cortisol induced by HPA hyperfunction in the pathogenesis of depression*, „European Neuropsychopharmacology”, t. 5, supl. 1, s. 77–82.
- Szydelko J., Szydelko M., Piątek D., Tuzim K., Boguszewska-Czubara A. (2016). *Wpływ chronicznego stresu u kobiet w ciąży na kształtowanie się zachowań żywieniowych u ich potomstwa w życiu postnatalnym*, „Medical Review”, t. 14(1), s. 83–92.
- Takahashi Y. (2001). *Depression and suicide*, „Japan Medical Association Journal”, t. 44(8), s. 359–363.
- Uno H., Eisele S., Sakai A., Shelton S., Baker E., DeJesus O., Holden J. (1994). *Neurotoxicity of glucocorticoid in the primate brain*, „Hormones and Behavior”, t. 28(4), s. 336–348.
- Van den Hove D.L., Steinbusch H.W., Scheepens A., van De Berg W.D., Kooiman L.A., Boosten B.J., Prickaerts J., Blanco C.E. (2006). *Prenatal stress and neonatal rat brain development*, „Neuroscience”, t. 137(1), s. 145–155.
- Vezina G., J. du Plessis A., Limperopoulos C. (2020). *Association of prenatal maternal psychological distress with fetal brain growth, metabolism, and cortical maturation*, „JAMA Network Open”, t. 3(1), e1919940-e1919940.

Renata Staszal-Joniak
ORCID: 0000-0002-3471-885X
Sąd Rejonowy w Zakopanem

Rola wiatru fenowego a samobójstwa dokonane na Podhalu

Wstęp

Tematyka samobójstw w polskim piśmiennictwie jest wciąż niewielka, toteż nadal niewiele wiemy odnośnie do tego zjawiska. Na temat samobójstw na terenie Podhala nie powstało żadne większe opracowanie. Wielu autorów starało się nawiązać do tematyki zachowań autoagresywnych na tym terenie, jednakże były to wybrane wątki, np. *Wiatr halny a przestępczość* (Zachuta 1974), czy artykuł pt. *Samobójstwa w górach* (Ryn 1990: 112–126), w którym autor zajął się zachowaniami autodestrukcyjnymi na terenie gór w latach 1945–1986. Obecnie, gdy tylko w Tatrach powieje mocniejszy wiatr typu fenowego, pojawia się wiele informacji na ten temat. Z licznych artykułów w lokalnych periodykach można wyczytać, że na Podhalu odsetek samobójstw jest dużo wyższy niż w innych rejonach kraju. Przykładowo, na Podhalu śmiercią samobójczą ginie o 70 procent osób więcej niż przeciętnie w Polsce (Kaniewski 2004: 10). Sam wiatr halny żywo wpływa zarówno na stany pogodowe, jak i na samopoczucie ludzi, wywołując poczucie senności, popadanie w stany depresyjne, agresję, a nawet autoagresję (Siadek 1970: 27–29; Rajwa 1991: 4–6). Charakterystyczna jest odnotowywana w podhalańskich kronikach kryminalnych rosnąca liczba bójek, rozbojów, zabójstw i samobójstw w okresach wiania halnego (Trepieńska, Piotrowicz, Bąkowski, Bolechała, Trela 2005: 788–794). Wiatr ten, a zwłaszcza towarzyszące mu gwałtowne spadki ciśnienia mogą być przyczyną przypadłości układu krążenia i innych chorób (Łukaszewski 1969). Oddziały pogotowia ratunkowego i dyżurni psychologów odnotowują wówczas zintensyfikowany napór potrzebujących porady i interwencji (Przybyła 1994: 31–48).

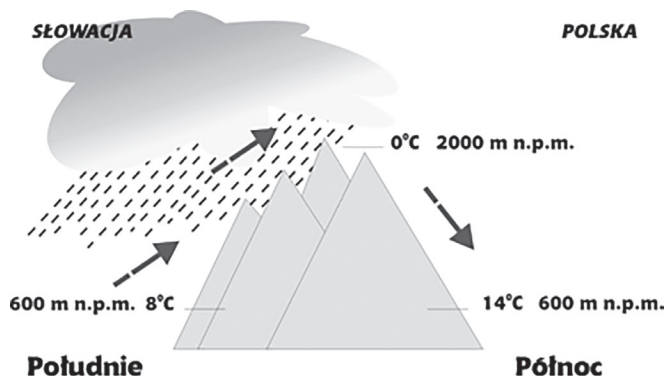
Od momentu powstania kryminologii przedmiotem badań i rozważań kryminologów był wpływ klimatu na przestępczość, a pośrednio także na zjawisko samobójstwa. Jednym z ciekawszych czynników klimatycznych do badań jest wiatr typu fenowego, który występuje także w Polsce. Halnemu, bo

o nim mowa, przypisuje się na Podhalu szczególne znaczenie, niekoniecznie trafne. To właśnie na terenie powiatu tatrzańskiego i nowotarskiego istnieje przekonanie, że odsetek samobójstw jest dużo wyższy niż w innych rejonach kraju, mimo że w tym zakresie nie przeprowadzono żadnych naukowych badań, które jednoznacznie łączyłyby i popierały powyższe teorie. Mieszkańcy Podhala, jak i przyjezdni winią za ten stan rzeczy wiatr halny.

Charakterystyka wiatru typu fenowego

Wiatr halny na terytorium Polski szczególnie odczuwany jest w dwóch powiatach: tatrzańskim i nowotarskim. Tworzy się on w specyficznych warunkach układu barycznego przy przesuwającym się ku wschodowi niżu atlantyckim, gdy na wschód od północy Karpat leży obszar wysokiego ciśnienia, a na zachodzie od nich pojawi się ośrodek niskiego ciśnienia. Wtedy masy powietrza (zgodnie z ruchem obrotowym ziemi) dążą z południa ku północy. Napotykając zapórę masywu tatrzańskiego, podnoszą się po zboczach południowych i ochładzają adiabatycznie o około 0,6 stopnia Celsjusza na każde 100 metrów; skrapla się zawarta w powietrzu para wodna, a jej drobniutkie kropelki tworzą charakterystyczny podłużny wał chmur nad górami. Pozbawione pary wodnej masy powietrza przewalają się przez grań Tatr i spadając wzdłuż ich północnych stoków ogrzewają się adiabatycznie o 1 stopień Celsjusza na każde 100 metrów spadku. Dlatego im niżej, tym wiatr halny jest cieplejszy, na szczytach górskich zaś raczej chłodny lub nawet zimny (<http://z-ne.pl>).

Rys. 1. Schemat powstawania wiatru halnego



Źródło: <http://www.ceper.pl/articles/6079-skad-sie-bierze-halny> [dostęp: 20.08.2022].

Charakterystyka powiatu tatrzańskiego i nowotarskiego

Powiat tatrzański i nowotarski wykazują się w stosunku do pozostałych ziem Polski pewną odrębnością geograficzną, kulturową, cywilizacyjną oraz historyczną. Podhale, Spisz i Orawa – trzy krainy historyczno-geograficzne określane wspólną nazwą Podtatrza, tworzą rozległą kotlinę pomiędzy Tatrami, Gorcami, Babią Górą i Pieninami, z administracyjnego punktu widzenia stanowiąc powiaty nowotarski i tatrzański.

Podhale jest najdalej wysuniętą na północ częścią Karpat Centralnych. W jego skład wchodzi w powiecie nowotarskim miasto Nowy Targ i gminy Czarny Dunajec, Czorsztyń, Jabłonka, Krościenko nad Dunajcem, Lipnica Wielka, Łapsze Niżne, Nowy Targ, Ochotnica Dolna, Raba Wyżna, Spytkowice, Szaflary, a w powiecie tatrzańskim miasto i Zakopane oraz gminy Biały Dunajec, Bukowina Tatrzańska, Kościelisko, Poronin.

Z kolei polski Spisz i Orawa nie stanowią samodzielnych jednostek administracyjnych. Polski Spisz stworzony jest z 14 wsi w trzech gminach:

1. Bukowina Tatrzańska (powiat tatrzański): Czarna Góra, Jurgów, Rzepiska,
2. Łapsze Niżne (powiat nowotarski): Falsztyn, Frydman, Kacwin, Łapszanka, Łapsze Niżne, Łapsze Wyżne, Niedzica, Trybsz,
3. Nowy Targ (powiat nowotarski): Dursztyn, Krempachy, Nowa Biała.

Polski Spisz leży między granicą polsko-słowacką na południu, rzeką Dunajec na północnym wschodzie oraz rzeką Białką na zachodzie i północy. Natomiast polską część Orawy tworzą dwie gminy: Jabłonka i Lipnica Wielka. W skład gminy Jabłonka wchodzi wsie: Jabłonka, Chyżne, Lipnica Mała, Orawka, Podwilk, Zubrzyca Dolna, Zubrzyca Górna. W skład gminy Lipnica Wielka wchodzi wsie: Lipnica Wielka i Kiczory. Do Orawy należą również trzy wioski leżące w gminie Raba Wyżna (Podsarnie, Harkabusz i Bukowina Osiedle) oraz dwie wioski znajdujące się w gminie Czarny Dunajec (Piekienik i Podszkle). Na przestrzeni wieków mieszkańcy Podhala, Spiszu i Orawy wypracowali odrębną gwarę, rozpoznawalny strój, muzykę, sztukę i zwyczaje, które kultywują do dnia dzisiejszego.

W życiu mieszkańców Podtatrza ważną rolę pełnią Kościoły oraz wiara katolicka, dlatego mogłoby się wydawać, że zachowania samobójcze na tym terenie powinny być rzadsze niż w innych częściach Polski. Istnieją bowiem badania wykazujące pozytywne korelacje pobożności z etnocentryzmem, autorytaryzmem, dogmatyzmem, dystansem społecznym, sztywnością sądów i brakiem tolerancji dla nieokreśloności oraz ze specyficznymi formami uprzedzeń (Wulff 1999).

Badania naukowe dotyczące wiatru typu fenowego

Polscy badacze, jak Andrzej Zachuta, Zdzisław Ryn i Zofia Schiffer, zwracali uwagę na wiatr typu fenowego, zajmując się pokrewną do samobójstw tematyką. Pierwszy z wymienionych przywołał wyniki badań prowadzonych przez III Klinikę Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Krakowie w latach 1964–1965, z których wynikało, że w tym okresie pogotowie ratunkowe interweniowało w Zakopanem 148 razy w przypadkach uszkodzeń ciała doznanych w bójkach i pobiciach oraz innych incydentach, z czego aż 118 interwencji (ok. 77%) przypadło na okres wiatru halnego (Zachuta 1974). Według cytowanych badań, analogicznie kształtuje się liczba wypadków przy pracy oraz groźnych wypadków. Natomiast Ryn powołując się na pracę Zachuty stwierdził, że rozkład czasowy samobójstw w górach w latach 1945–1986 jest nierównomierny i wydaje się przypadkowy. Zwrócił uwagę, że nie przeprowadzono wówczas korelacji między warunkami meteorologicznymi w górach a częstością samobójstw, co jego zdaniem potwierdziłoby istnienie takich zależności (Ryn 1990: 112–126). Z kolei Schiffer w swoich badaniach nad wpływem zaburzeń pogodowych na liczbę samobójstw i bójek (Schiffer 1986a, 1986b) stwierdziła istotną statystycznie zależność pomiędzy tymi wydarzeniami a stanami pogody zaburzonej (wiatrem halnym lub przemieszczaniem się frontu, zwłaszcza chłodnego). Jednakże i te badania nie wykazały żadnej zależności między poszczególnymi elementami pogody a samobójstwami i bójkami. Porównując współczynnik samobójstw dokonanych w Polsce w latach 2000–2013 (dane Głównego Urzędu Statystycznego) ze współczynnikiem samobójstw dokonanych na terenie powiatu tatrzańskiego i nowotarskiego (dane z akt spraw prowadzonych przez Prokuraturę Rejonową w Zakopanem i Prokuraturę Rejonową w Nowym Targu w latach 2000–2013) w tych latach można wyciągnąć wniosek, że w większości porównywanych lat oba współczynniki są sobie równe i wzajemnie się przeplatają.

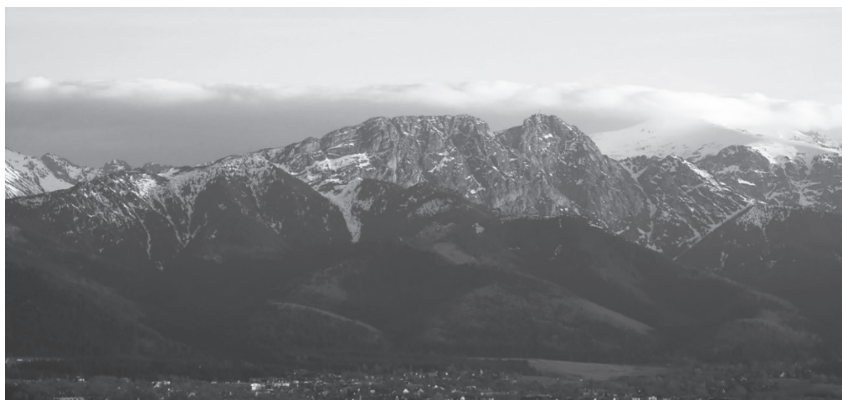
Mając na uwadze powyższe czynniki należało zbadać, czy występujący tylko na tym terenie Polski czynnik atmosferyczny, jakim jest wiatr typu fenowego, rzeczywiście ma tak istotny wpływ na podjęcie decyzji o samobójstwie. Od pokoleń na Podtatrzu powtarza się bowiem tezę, że to „przez halny ludzie się wieszają”, co nigdy nie zostało zbadane w sposób dostateczny, aby potwierdzić lub zaprzeczyć lokalnym doniesieniom powtarzanym zarówno przez górali, jak i turystów. Powyższe skłoniło mnie do przeanalizowania samobójstw na terenie powiatu tatrzańskiego i nowotarskiego i skorelowania ich z czynnikiem atmosferycznym w postaci wiatru typu fenowego.

Zakres przedmiotowy obejmował akta spraw samobójstw dokonanych, gdyż na Podtatrzu niewielki odsetek prób samobójczych jest zgłaszany na policję lub do prokuratury. Wynika to w większości ze wstydu samego niedośzłego samobójcy, jak i jego rodziny. Kulturowo nie jest przyjęte okazywanie słabości, a za taką niewątpliwie uważana jest decyzja o targnięciu się na własne życie. Liczba spraw dotycząca samobójstw dokonanych w latach 2000–2013 wyniosła 519 (325 spraw prowadzonych przez Prokuraturę Rejonową w Nowym Targu i 194 sprawy prowadzone przez Prokuraturę Rejonową w Zakopanem) i tyle danych udostępniono mi do wglądu, co wydaje się wystarczające do weryfikacji tezy, czy istotną rolę w samobójstwach dokonanych na Podhalu odgrywa wiatr typu fenowego. W poszukiwaniu ewentualnych odrębności fenomenu samobójstw na Podhalu, uzyskane w swoich badaniach empirycznych dane zestawiono z danymi ogólnopolskimi. Takie porównania można było czynić w ograniczonym zakresie i tylko na znacznym stopniu ogólności. Dane dotyczące powiatów nowotarskiego i tatrzańskiego uzyskałam na podstawie badań akt, więc z natury rzeczy były one bardziej szczegółowe niż dostępne dane ilościowe dotyczące reszty Polski, opublikowane przez dwa główne źródła statystyk prezentujących zachowania samobójcze. Należą do nich dane zbierane i opracowywane przez Główny Urząd Statystyczny oraz Komendę Główną Policji. Pierwsza instytucja zbiera i przetwarza dane o zamachach autodestrukcyjnych na podstawie lekarskich kart zgonów, natomiast w KGP do 2012 roku dane dotyczące samobójstw gromadzone i generowane były na podstawie druku „Stp-10” (*Zgłoszenie zamachu samobójczego*), który wprowadzany był do Policyjnego Systemu Statystyki Przestępczości „Temida” (PSSP Temida) po przeprowadzeniu i zakończeniu postępowania sprawdzającego, w trybie art. 308 kpk lub postępowania przygotowawczego. Od 2013 roku zmienił się sposób gromadzenia i generowania danych statystycznych dotyczących zamachów samobójczych. Obecnie dane wprowadzane są do Krajowego Systemu Informacyjnego Policji (KSIP) za pośrednictwem formularza KSIP 10 (*Rejestracja zgłoszenia zamachu samobójczego*) bezpośrednio po wydarzeniu w momencie ustalenia, że doszło do zamachu samobójczego.

Analizowane dane statystyczne pokazują, że w Polsce co roku skutecznie odbiera sobie życie ponad pięć tysięcy osób. W powiecie tatrzańskim i nowotarskim w latach 2000–2013 średnio około 35 osób rocznie odbierało sobie życie. Porównując współczynnik samobójstw dokonanych w Polsce w latach 2000–2013 (dane GUS) ze współczynnikiem samobójstw dokonanych na terenie powiatu tatrzańskiego i nowotarskiego (dane z akt spraw prowadzonych

przez Prokuraturę Rejonową w Zakopanem i Prokuraturę Rejonową w Nowym Targu) można wyciągnąć wniosek, że w większości porównywanych lat oba współczynniki są sobie równe i wzajemnie się przeplatają.

Fot.1. Wał halniakowy nad Giewontem, czyli pasmo chmur utrzymujące się na granicy szczytów gór



Źródło: R. Staszal-Joniak, kwiecień 2018 r.

Aby przeprowadzić charakterystykę wiatru halnego w analizowanym okresie, zostały wykorzystane kryteria wyznaczenia potencjalnych warunków do wystąpienia wiatru fenowego na Kasprowym Wierchu, opracowane w pracy doktorskiej Zbigniewa Ustrnula pt. *Wiatry fenowe w Karpatach Polskich* (1991). Na podstawie serii danych pomiarowych pochodzących z 4 stacji synoptycznych Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej, tj. z Zakopanego, Kasprowego Wierchu, Hali Gąsienicowej i Poronina została opracowana charakterystyka wiatru halnego. Dane zawierały cogodzinne wartości temperatury powietrza ($^{\circ}\text{C}$), prędkości ($\text{m}\cdot\text{s}^{-1}$) i kierunku wiatru (16-kierunkowa róża wiatru) oraz wilgotności względnej powietrza (%). Dzięki tym wartościom możliwe było wyznaczenie momentu wystąpienia wiatru halnego oraz jego efektów. Określone warunki konieczne, które zawsze muszą być spełnione, aby wystąpił potencjalny fen, musiały wystąpić w ciągu dwóch terminów pomiarowych.

Analizowane dane występowania potencjalnych fenów na wybranych czterech stacjach synoptycznych Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej z okresu 2000–2013 porównano z typami cyrkulacji powietrza według *Kalendarza typów cyrkulacji atmosfery dla Polski południowej – zbiór komputerowy* (Niedźwiedz 2013). Aby można było określić, które typy cyrkulacji najbardziej

sprzyjają pojawieniu się potencjalnych sytuacji fenowych, zostało policzone ich prawdopodobieństwo warunkowe.

Wykonane obliczenia umożliwiły scharakteryzowanie oraz przeprowadzenie klasyfikacji fenów w powiecie tatrzańskim i nowotarskim. Następnie skorelowano dane dotyczące dni, w których popełnione zostały samobójstwa z dniami, w których wiał wiatr typu fenowego i w tym celu przeprowadzony został test niezależności chi-kwadrat, który stosuje się, aby zbadać zależności pomiędzy dwiema zmiennymi nominalnymi (kategorialnymi).

Tabela 1. Występowanie potencjalnych fenów z typami cyrkulacji powietrza

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1				Dni			Dni		
2				Ogółem	Halny	Bez halnego	Ogółem	Halny	Bez halnego
3				5114	1214	3897	5114	1214	3897
4	519	Ogółem samobójstwa	Razem	9,9	2,3	7,5	3,1	13,0	4,1
5	90		Kobiety	56,8	13,5	43,3	0,5	2,3	0,7
6	429		Mężczyźni	11,9	2,8	9,1	2,6	10,8	3,4
7	138	Samobójstwa i halny	Razem	37,1	8,8	28,2	0,8	3,5	1,1
8	17		Kobiety	300,8	71,4	229,2	0,1	0,4	0,1
9	121		Mężczyźni	42,3	10,0	32,2	0,7	3,0	0,9
10	381	Samobójstwa bez halnego	Razem	13,4	3,2	10,2	2,3	9,6	3,0
11	73		Kobiety	70,1	16,6	53,4	0,4	1,8	0,6
12	308		Mężczyźni	16,6	3,9	12,7	1,8	7,7	2,4

Źródło: opracowanie własne.

Z powyższej tabeli wynika, że w latach 2000–2013 było ogólnie 5114 dni (D3; G3), w tym 1214 dni z wiejącym wiatrem halnym (E3; H3) oraz 3897 dni bez wiejącego wiatru typu fenowego (F3; I3). Samobójstw w powiecie tatrzańskim i nowotarskim w badanym okresie było ogółem 519 (A4), w tym 90 samobójstw kobiet (A5) i 429 autodestrukcji mężczyzn (A6).

W badanym okresie samobójstw dokonanych w czasie wiania halnego popełniło 138 osób (A7), w tym 17 kobiet (A8) i 121 mężczyzn (A9), natomiast

samobójstw dokonanych w czasie, gdy wiatr typu fenowego nie występował, popełniło 381 osób (A10), w tym 73 kobiety (A11) i 308 mężczyzn (A12).

Po przeprowadzonych testach niezależności chi-kwadrat, tj. po skorelowaniu powyższych danych dotyczących dni, w których popełnione zostały samobójstwa, z dniami, w których wiał wiatr halny, zgadzając się na niższy błąd wnioskowania, aby wyniki były pewniejsze (czyli 5%), wówczas jednoznacznie wynika, iż wiejący wiatr halny i popełniane samobójstwa na terenie Podhala, wbrew powszechnemu przekonaniu, nie są ze sobą powiązane.

Podsumowanie

W świetle powyższych analiz można wysnuć wniosek, że czynnik klimatyczny, jakim jest wiatr halny, który w powiecie tatrzańskim i powiecie nowotarskim jest najbardziej odczuwalny, wbrew powszechnemu przekonaniu nie ma istotnego wpływu na zjawisko samobójstwa na tym terenie. Ponadto porównując współczynnik samobójstw dokonanych w Polsce (dane Głównego Urzędu Statystycznego i Komendy Głównej Policji) ze współczynnikiem samobójstw dokonanych na terenie powiatu tatrzańskiego i nowotarskiego (dane z akt spraw prowadzonych przez Prokuraturę Rejonową w Zakopanem i Prokuraturę Rejonową w Nowym Targu w latach 2000–2013) można wyciągnąć wniosek, że w większości porównywanych lat oba współczynniki są sobie równe i wzajemnie się przeplatają. Obala to powtarzany od lat mit, że na Podhalu śmiercią samobójczą ginie o 70% osób więcej niż przeciętnie w Polsce (zob. Kaniewski 2004: 10).

Bibliografia

- Kaniewski Ł. (2004). *Powstrzymać wiatr*, „Dziennik Rzeczpospolita”, nr 59, s. 10.
- Łukaszewski J. (1969). *Próba ustalenia zależności pomiędzy warunkami pogodowymi a występowaniem chorób układu wieńcowego w Krakowie*. Maszynopis pracy magisterskiej, Kraków: Zakład Klimatologii IG i GP Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Niedźwiedz T. (2013). *Kalendarz typów cyrkulacji atmosfery dla Polski południowej – zbiór komputerowy*, Sosnowiec: Uniwersytet Śląski, Katedra Klimatologii.
- Przybyła R. (1994). *Próba określenia wpływu stanów pogody na samopoczucie ludzi chorych psychicznie w Zakopanem w latach 1983–1987*, „Zeszyty Instytutu Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN”, nr 24, s. 31–48.

- Rajwa A. (1991). *Wiatr halny*, „Tatry”, nr 2, s. 4–6.
- Ryn Z. (1990). *Samobójstwa w górach*, „Wierchy”, nr 55, s. 112–126.
- Schiffer Z. (1986a). *Wiatr halny a samobójstwa i bójki*, [w:] *Biometeorologia a organizm ludzi i zwierząt*, red. R.J. Wojtusiak, Warszawa-Kraków: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Schiffer Z. (1986b). *Próba określenia faz pogody i ich wpływu na nasilenie się schorzeń meteorotropowych*, [w:] *Biometeorologia a organizm ludzi i zwierząt*, red. R.J. Wojtusiak, Warszawa-Kraków: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Siadek B. (1970). *Halny...*, „Poznaj Świat”, nr 18(6), s. 27–29.
- Trepińska J., Piotrowicz K., Bąkowski R., Bolechała F., Trela F. (2005). *Wpływ warunków meteorologicznych na wypadki samobójstw przez powieszenie*, „Przegląd Lekarski”, t. 2(8): s. 788–794.
- Ustrnul Z. (1991). *Wiatry fenowe w Karpatach Polskich*, praca doktorska, Kraków: Wydział Biologii i Nauki o Ziemi UJ.
- Wulff D.M. (1999). *Psychologia religii. Klasyczna i współczesna*, tłum. P. Jabłoński, M. Sacha-Piekło, P. Socha, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Zachuta A. (1974). *Wiatr halny a przestępczość*, „Problemy”, nr 11(344).

Netografia

- <http://www.ceper.pl/articles/6079-skad-sie-bierze-halny> [dostęp: 20.08.2022].
- <http://www.statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/122325,Zamachy-samobojcze-od-1999-do-2012.html> [dostęp: 20.08.2022].
- <http://z-ne.pl> [dostęp: 20.08.2022].

Przedstawiony do recenzji tom stanowi przykład interdyscyplinarnego podejścia do zagadnienia zachowań samobójczych i autowiktyimizacyjnych. Docenić należy zaangażowanie w przygotowanie książki tak teoretyków, jak i praktyków. Różnorodność przedstawianych perspektyw powoduje, że jest to pozycja kierowana do szerokiego spektrum odbiorców. Interesujące wątki znajdą tu dla siebie nauczyciele, wychowawcy, psychologowie, biegli sądowi, przedstawiciele wymiaru sprawiedliwości, ale także studenci nauk społecznych i humanistycznych. Zebrane w tomie teksty są ciekawe, dostarczają nie tylko rzetelnej wiedzy merytorycznej, ale także uwrażliwiają na człowieka będącego w kryzysie.

Dr hab. Agnieszka Barczykowska, prof. UAM

Samouszkodzenia ciała oraz zachowania samobójcze stanowią istotne wyzwanie dla specjalistów związanych z ochroną zdrowia, systemem edukacyjnym, wymiarem sprawiedliwości, ale również zajmujących się socjologią, filozofią czy religią. [...] Niepokój wzbudza również obniżanie się wieku, w którym młode osoby podejmują próby samobójcze czy dokonują samouszkodzeń. Przyczyny tych zjawisk są złożone, wymagają współpracy wielu specjalistów, zajęcia się nie tylko ich konsekwencjami, ale również przyczynami, stworzenia programów profilaktycznych zapobiegających rozwojowi zaburzeń psychicznych oraz zachowań autodestrukcyjnych.

Książka ma charakter monografii wieloautorskiej. Wśród autorów znalazły się osoby prowadzące w tym obszarze badania naukowe, na co dzień pracujące z pacjentami oraz zajmujące się innymi ważnymi elementami związanymi z przyczynami i konsekwencjami zachowań autodestrukcyjnych. Autorzy w oparciu o przegląd literatury, a także własne doświadczenia, przedstawiają najważniejsze trudności pacjentów, widziane zarówno z perspektywy osób wymagających pomocy, jak i z perspektywy specjalistów.

Prof. dr hab. med. Agnieszka Słopień

ISBN 978-83-7614-590-7



Fundacja
Ignatianum