

Bartosz Kwiatkowski

Oddziaływania terapeutyczne stosowane wobec osadzonych dokonujących intencjonalnych samouszkodzeń

The therapeutic impacts applied to prisoners undertaking intentional self-mutilations

Populacja więzienna dokonująca intencjonalnych samouszkodzeń stanowi jedną z trudniejszych grup do pracy terapeutycznej. Wynika to z faktu osobistej historii życia osób pozbawionych wolności, jak i negatywnych wpływów środowiska opresyjnego, w którym się znaleźli. Redukcja lub całkowita eliminacja zachowań autoagresywnych osadzonych wymaga zastosowania efektywnych oddziaływań psychologicznych. Jak pokazują badania empiryczne, zastosowanie terapii psychodynamicznej, terapii poznawczo-behawioralnej lub terapii dialektyczno-behawioralnej w istotny sposób przyczynia się do zmniejszenia liczby dokonywanych samouszkodzeń.

Słowa kluczowe: zachowania autoagresywne, oddziaływania terapeutyczne, terapia poznawczo-behawioralna, osoby pozbawione wolności.

The prison population undertaking intentional self-injuries is one of the most difficult groups for therapeutic work. This is due to the fact that the prisoners have a personal life history, as well as experience the negative effects of the oppressive environment in which they find themselves. The reduction or complete elimination of self-aggressive behaviour of inmates requires the use of effective psychological impacts. Empirical studies show that the use of psychodynamic therapy, cognitive-behavioral therapy or dialectical-behavioral therapy significantly contributes to the reduction of the number of self-mutilations.

Key words: self-mutilating behaviours, therapeutic impacts, cognitive-behavioral therapy, persons deprived of liberty.

Wprowadzenie

Patologiczne samouszkodzenia są przykładem nieakceptowanych społecznie zachowań, które powodują rozmaite straty fizyczne oraz psychiczne. Zarówno w środowiskach otwartych, jak i zamkniętych osoby mające inklinacje do umyślnego uszkodzania własnego ciała są negatywnie oceniane, niezrozumiałe i wykluczane przez najbliższe otoczenie. Stygmatyzowanie takich osób hamuje w nich umiejętność korzystania z pomocy terapeutycznej, która w pierwszej kolejności powinna uwzględniać wnikliwe zrozumienie osobistej historii samouszkodzeń i ich motywów, jak i współwystępujących problemów psychologicznych i psychiatrycznych.

W populacji osób odbywających karę pozbawienia wolności obserwuje się podwyższoną skłonność do podejmowania różnego rodzaju zachowań autodestrukcyjnych. W 2018 r. odnotowano nieznaczny spadek aktów autoagresji w polskich jednostkach penitencjarnych w porównaniu do 2017 r.¹. Spośród 223 samouszkodzeń dokonanych w 2018 r. tylko 12 spowodowało u osadzonych rozstrój zdrowia na okres przekraczający 7 dni. Większość samouszkodzeń skazanych powoduje niewielkie lub umiarkowane szkody fizyczne, natomiast ciężkie samouszkodzenia skutkujące długą rehabilitacją medyczną czy prowadzące do nagłej śmierci występują sporadycznie. Na przykładzie badań przeprowadzonych w Anglii oraz Walii wykazano, iż młody wiek oraz biały kolor skóry są uznawane za demograficzne predyktory łagodnych samouszkodzeń osadzonych, natomiast wśród środowiskowych predyktorów znajduje się okres tymczasowego aresztowania, odbywanie orzeczonej kary w wymiarze krótszym niż 12 miesięcy, odbywanie kary dożywotniego pozbawienia wolności oraz doświadczenie w okresie dzieciństwa różnych form przemocy². Incydentalnie poważne samookaleczenia poprzedzają próby samobójcze osadzonych, które obok chorób zakaźnych są jednymi

¹ Dane z całorocznej statystyki Centralnego Zarządu Służby Więziennej dotyczące liczby samouszkodzeń osadzonych. Dane dostępne na stronie internetowej: <https://sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> (dostęp: 24.01.2020).

² K. Hawton, L. Linsell, T. Adeniji, A. Sariaslan, S. Fazel, *Self-harm in prisons in England and Wales: An epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide*, "Lancet" 2014, 383, s. 1147-1154.

z istotniejszych przyczyn śmierci w zakładach karnych. Na podstawie informacji dotyczących poniesionych szkód fizycznych w wyniku samouszkodzenia określa się prawdopodobieństwo ich wystąpienia w przyszłości, jak i zakres potencjalnych czynników sprzyjających ich podejmowaniu. Podobnie jak w przypadku niewielkich samouszkodzeń, tak i poważnych, najbardziej zagrożone są osoby należące do rasy białej. Wśród innych czynników powodujących wzrost ryzyka popełnienia ciężkich okaleczeń znajduje się niski poziom wykształcenia, nadużywanie narkotyków na wolności, przebywanie w zakładzie karnym mniej niż 30 dni, wcześniejsza karalność, a także personalna historia samouszkodzeń dokonywanych w przeszłości. Zaburzenia lękowe i nastroju, przebyte psychozy, a oprócz tego leczenia psychiatryczne także zwiększają to ryzyko, jednak jest ono wyraźnie mniejsze u osób mających wsparcie rodzinne lub pochodzące od osób znaczących³.

W literaturze większą uwagę poświęca się skazanym z myślami oraz tendencjami samobójczymi niż osadzonym dokonującym samouszkodzeń. Wynika to poniekąd z faktu, iż próby samobójcze występują od 3 do 6 razy częściej w populacji więziennej niż na wolności, a zatem stanowią kluczowy problem dla systemu penitencjarnego⁴. Na podstawie dostępnych badań dowiedziono, że oddziaływania terapeutyczne kierowane wobec osób posiadających historię suicydalną przynoszą pożądane efekty, które utrzymują się przez pewien okres po zakończeniu leczenia. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT), terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) oraz terapia psychodynamiczna powodują ograniczenie występowania nawracających myśli rezygnacyjnych oraz rozważań samobójczych⁵. Ograniczenie śmiertelności osób pozbawionych wolności jest zasadniczą kwestią w pracy wychowawczej oraz psychologicznej w krajach współczesnego świata. Warto jednak podkreślić, że wyjaśnienie różnic w poziomie ryzyka samobójczego u osadzonych pomiędzy krajami europejskimi nie jest proste, a dodatkową przeszkodą staje się spójne przedstawienie środowiskowych czynników ryzyka samobójczego, które byłyby wspólne dla

³ A. Rivlin, K. Hawton, L. Marzano, S. Fazel, *Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: Case-control study*, "Br J Psychiatry" 2010, 197, s. 313-319.

⁴ L. Marzano, K. Hawton, A. Rivlin, E.N. Smith, M. Piper, S. Fazel, *Prevention of suicidal behavior in prisons: An overview of initiatives based on a systematic review of research on near-lethal suicide attempts*, "Crisis" 2016, 37(5), s. 323-334.

⁵ L. Mehlum, A.J. Tormoen, M. Ramberg, E. Haga, L.M. Diep, S. Laberg i in., *Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial*, "Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry" 2014, 53(10), s. 1082-1091.

skazanych odbywających karę na terytorium poszczególnych krajów. Nie sposób nie dostrzec, że w europejskiej, jak i polskiej myśli penitencjarnej podejmuje się różnego rodzaju zabiegi mające zapobiegać lub ograniczać popełnianiu samobójstw w zakładach karnych. Interwencje temu służące obejmują wszechstronny program leczenia, który ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa w warunkach więziennych i dostarczenie wsparcia społecznego. Prowadzone szkolenia dla kadry penitencjarnej i innych funkcjonariuszy powinny poszerzać ich umiejętności oraz powszechną świadomość niebezpieczeństw pracy z osobami zagrożonymi samobójstwem. Z drugiej strony, proponowane oddziaływania nie zawsze powodują obniżenie wskaźnika prób samobójczych, czego dowodzą dane statystyczne z kilku krajów europejskich. Na przykładzie Anglii i Walii należy stwierdzić, że zmiana systemu usprawniającego pracę z osadzonymi borykającymi się z tendencjami samobójczymi przyniosła efekty jedynie w krótkiej perspektywie, bowiem po kilku latach ponownie zaobserwowano wzrost współczynnika samobójstw w przytoczonych krajach⁶.

Głównym kryterium rozróżniającym zachowania suicydalne od intencjonalnych samouszkodzeń jest ich odmienny cel. Pierwotnym zamysłem osoby planującej samobójstwo jest potrzeba śmierci, wynikająca zazwyczaj z potrzeby ucieczki od psychicznego cierpienia oraz otaczającej rzeczywistości. Świadoma autoagresja nie jest ukierunkowana na przerwanie swojego życia, lecz jej ostra forma może skutkować nagłą i nieprzewidywaną śmiercią⁷. Jedynie 0,6% samouszkodzeń prowadzi do śmierci zazwyczaj w wyniku przecięcia którejś z tętnic, natomiast w przypadku prób samobójczych wskaźnik śmiertelności znajduje się w przedziale 10-20%⁸. W założeniu samouszkodzenie jest zachowaniem pełniącym wiele kompleksowych funkcji w życiu człowieka. Zasadniczą funkcją jest potrzeba zredukowania nagromadzonych emocji oraz poczucie ulgi. Poważnym problemem dotyczącym tego rodzaju niedostosowanych społecznie zachowań jest ich powtarzalność. Chroniczne samouszkodzenia wynikają z doznawania silnych popędów autodestrukcyjnych, których wyeliminowanie wymaga różnorodnych form leczenia. Brak dostatecznej wiedzy na temat liczby i motywów dokonywanych

⁶ N. Humber, A. Hayes, J. Senior, T. Fahy, J. Shaw, *Identifying, monitoring and managing prisoners at risk of self-harm/suicide in England and Wales*, "Journal of Forensic Psychiatry and Psychology" 2011, 22(1), s. 22-51.

⁷ H.P. Smith, R.J. Kaminski, *Inmate self-injurious behaviors: Distinguishing characteristics within a retrospective study*, "Criminal Justice and Behavior" 2010, 37, s. 81-96.

⁸ B. Walsh, *Treating self-injury: A Practical Guide*. New York, NY: Guilford Press, 2006, s. 9.

samouszkodzeń wynika z faktu, iż niektóre z nich są realizowane w ukryciu, a zatem nie znajdują się w szpitalnych lub policyjnych statystykach. Taka sytuacja utrudnia precyzyjne określenie problemu w populacji wolnościowej, niemniej na podstawie dostępnych badań wskazuje się, że 4% dorosłych ma historię samouszkodzeń, a w przypadku osób z diagnozą zaburzeń psychicznych odsetek ten wynosi około 20%⁹. U osób pozbawionych wolności z poszerzoną diagnozą zaburzeń psychicznych oraz tendencją do nadużywania substancji psychoaktywnych występuje większa skłonność do intencjonalnych samouszkodzeń w porównaniu do ludzi przebywających na wolności. Dostępne opracowania empiryczne potwierdzają także, że prawie 1/3 osadzonych dokonuje samouszkodzeń podczas przebywania w zakładzie karnym¹⁰.

Najbardziej powszechną formą samouszkodzeń osadzonych są pocięcia różnych części ciała, a w szczególności rąk, nadgarstków oraz brzucha. Inne formy występują u nich rzadziej, jednak wcześniejsze uszkodzanie własnego ciała przyczynia się do stosowania kilku wybranych technik zamiast jednej wiodącej. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku motywów samouszkodzeń, które mogą zależeć od niewłaściwego procesu socjalizacji, deficytów intelektualnych, zaburzeń psychicznych czy aktualnego położenia w rzeczywistości więziennej. Rezultaty z badania przeprowadzonego na grupie skazanych dokonujących pocięć powłok skórnych wskazały, że dla tej zbiorowości kluczową przyczyną jest zaznaczanie traumatycznych wydarzeń w okresie dzieciństwa¹¹. W przeważającej liczbie przypadków samouszkodzenie jest sposobem radzenia sobie z negatywnymi emocjami w okresie adolescencji, a zatem zdarza się, że u osób karanych środowisko więzienne nie jest miejscem wystąpienia pierwszego epizodu autodestrukcyjnego. Autoagresja pojawia się zazwyczaj w wieku 13-14 lat i jest odpowiedzią na doznawane trudności osobiste, a w wyjątkowych okolicznościach pozwala także na identyfikowanie się z rówieśnikami¹².

⁹ J. Briere, E. Gil, *Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions*, "American Journal of Orthopsychiatry" 1998, 68, s. 609-620.

¹⁰ C. Brooker, J. Repper, C. Beverley, *Mental Health Services and Prisoners: A review*. Sheffield: University of Sheffield, School of Health and Related Research, 2002.

¹¹ A. Jones, *Self-mutilation in prison: A comparison of mutilators and nonmutilators*, "Criminal Justice and Behavior" 1986, 13, s. 286-296.

¹² M.K. Nock, T.E. Joiner, K.H. Gordon, E. Lloyd-Richardson, M.J. Prinstein, *Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts*, "Psychiatry Res" 2006, 30, 144(1), s. 65-72.

Samouszkodzenie jest złożonym, a zarazem skomplikowanym rodzajem zachowania, które zważywszy na swoją niejednorodność wynikającą z cech oraz funkcji wymaga różnych form leczenia. Od wielu lat w polskich warunkach więziennych wskaźnik samouszkodzeń pozostaje na podobnym poziomie, pomimo to pomoc psychologiczna dla skazanych odczuwających nieustanny ból psychiczny pojawia się z reguły dopiero po dokonaniu przez nich samookaleczenia. Przeżywanie ulgi po akcie autoagresji powoduje u skazanych mniejszą potrzebę korzystania z pomocy psychologicznej, jak również wygaszenie zachowań powszechnie uważanych za niezgodne z obowiązującymi normami społecznymi lub prawnymi. Warto jednak podkreślić, że cechą charakterystyczną patologicznych zachowań autoagresywnych jest ich cykliczność występowania w pewnych okresach życiowych. W środowisku więziennym występuje mnogość sytuacji interpretowanych w kategoriach silnie stresogennych. Z tego też względu osoby pozbawione wolności wymagają regularnego wsparcia, natomiast odstępianie od tego może przynosić negatywne konsekwencje, gdyż – jak obrazują wyniki badań – osoby odrzucane na różnych etapach życia mają wyższy poziom apatii, samokrytycyzmu, a także rzadziej utrzymują relacje rodzinne¹³. Ponadto cechuje je mniejszy strach przed dokonywaniem prób samobójczych, wyrażony poprzez posiadanie historii suicydalnej, która współwystępuje z tendencją do samouszkodzeń. Populacja więzienna jest zatem szczególną grupą do pracy terapeutycznej, bowiem wśród niej znajdują się osoby, dla których samouszkodzenie stanowi możliwość wyrażenia swojego sprzeciwu dla działalności administracji więziennej, sądu lub prokuratury. Niezależnie od indywidualnych motywów oraz formy autodestrukcyjnych zachowań osadzonych wymagają oni terapeutycznej oraz psychospołecznej diagnozy, regularnych interwencji psychologicznych oraz specjalistycznej pomocy na każdym etapie odbywania kary pozbawienia wolności.

¹³ J. Muehlenkamp, P.M. Gutiérrez, *An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents*, "Suicide and Life-Threatening Behavior" 2004, 34, s. 12-23.

Rodzaje terapii psychologicznych przeznaczonych dla osób dokonujących świadomych samouszkodzeń

Konieczność leczenia osób dokonujących dobrowolnych samouszkodzeń jest przedmiotem licznych publikacji naukowych¹⁴. W opinii klinicystów osoby o skłonnościach autoagresywnych są jedną z najtrudniejszych grup, gdyż wymagają zastosowania kompleksowego i elastycznego podejścia terapeutycznego. Z tego względu stanowią swego rodzaju wyzwanie dla psychologów, którzy w praktyce zawodowej stosują zróżnicowane formy terapii, pozwalające ograniczyć występowanie wszystkich typów samouszkodzeń.

Oddziaływania psychoterapeutyczne służące leczeniu osób dokonujących samouszkodzeń z powodzeniem są także wykorzystywane do pomocy ludziom ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi. W populacji osób pozbawionych wolności najczęściej stwierdza się występowanie zaburzeń osobowości typu dyssocjalnego, której poszczególne składowe korelują z czynnikami kryminogennymi¹⁵. W mniejszym stopniu u osadzonych pojawiają się zaburzenia osobowości typu Borderline i zaburzenia nastroju, jednak wyniki przeprowadzonych badań dowodzą, że ponad 14% osadzonych doświadcza depresji lub psychozy, którą zdiagnozowano jeszcze przed doprowadzeniem do odbycia orzeczonej kary¹⁶. Niezależnie od rozpoznanych nieprawidłowości w obszarze ludzkiej psychiki wobec osób ze skłonnością do uszkodzania własnego ciała stosuje się oddziaływania terapeutyczne, wśród których najbardziej powszechną metodą jest terapia poznawczo-behawioralna.

W dziedzinie nauki poświęconej terapii poznawczo-behawioralnej dowiedziono, że jej różne rodzaje znacząco przyczyniają się do redukcji tendencji autoagresywnych. Wśród nich należy wyszczególnić standardową terapię poznawczo-behawioralną, terapię dialektyczno-behawioralną oraz terapię nastawioną na rozwiązywanie problemów.

¹⁴ H. Bergen, K. Hawton, K. Waters, J. Cooper, N. Kapur, *Psychosocial assessment and repetition of self-harm: The significance of single and multiple repeat episode analyses*, "Journal of Affective Disorders" 2010, 127, s. 257-265; E.D. Klonsky, J. Muehlenkamp, *Self-injury: A research review for the practitioner*, "Journal of Clinical Psychology" 2007, 63(11), s. 1045-1056; N. Slee, E. Arensman, N. Garnefski, P. Spinhoven, *Cognitive-behavioral therapy for deliberate self-harm*, "Crisis" 2007, 28(4), s. 175-182.

¹⁵ L. Birmingham, D. Mason, D. Grubin, *Prevalence of mental disorder in remand prisoners: Consecutive case study*. BMJ, 1996, 13, s. 1521-1524.

¹⁶ S. Fazel, K. Seewald, *Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis*, "Br J Psychiatry" 2012, 200(5), s. 364-373.

Każda z przytoczonych form posiada unikalne komponenty, niemniej ich wspólne cechy pozwalają na skuteczne zapobieganie zachowaniom autoagresywnym u adolescentów oraz dorosłych. Standardowa terapia poznawczo-behawioralna przyczynia się do zmiany destrukcyjnych podstaw poprzez uczenie specyficznych umiejętności, wśród których ważne miejsce zajmuje rozwiązywanie napotkanych trudności, wzrost tolerancji na stres czy nabycie zdolności asertywnego komunikowania się¹⁷. Ponadto ten typ terapii pozwala na produktywne prowadzenie behawioralnych interwencji poprzez ekspozycję, aktywne planowanie, usuwanie czynników wzmacniających negatywne emocje, a także wdrażanie zmian w strukturach poznawczych. Perspektywa osiągnięcia pozytywnych konsekwencji leczenia w dłuższym czasie wymaga zwiększania świadomości pacjentów poprzez informowanie ich o kluczowych detalach prowadzonej terapii.

W teorii Michelle Berk terapia poznawczo-behawioralna zawiera interwencje nastawione na zdefiniowanie wieloetapowego planu kryzysowego, jak i uszczegółowienie poznawczej konceptualizacji irracjonalnych przekonań dotyczących samouszkodzeń¹⁸. W ramach opisywanej teorii prowadzone są indywidualne sesje terapeutyczne, których ograniczenie do kilku lub kilkunastu spotkań powoduje, iż proponowana forma terapii jest dobrą alternatywą dla osób z niskim poziomem motywacji oraz brakiem chęci do dłuższego leczenia. Podczas poszczególnych spotkań terapeuta jest osobą aktywną i dyrektywną, co przekłada się na skuteczność w zapobieganiu chronicznym samouszkodzeniom. Opracowania naukowe dowodzą, że po okresie półtora roku od zakończenia terapii poznawczo-behawioralnej osoby dokonują o około 50% mniej samouszkodzeń w porównaniu do grupy nieuczestniczącej w żadnej terapii¹⁹. Dodatkowo udział w terapii poznawczo-behawioralnej znacząco obniża doświadczanie negatywnego nastroju, poczucia beznadziejności oraz bezradności. Osiągnięcie zadowalających efektów terapii wynika z umiejętnego zastosowania treningu behawioralnych zdolności, gdyż dzięki niemu istnieje szansa na konstruktywne rozwiązywanie problemów życiowych, w przeciwieństwie do przejawiania pasywnych i unikowych reakcji na doznawane trudności, które cechują osoby dokonujące różnych form autoagresji.

¹⁷ E.D. Klonsky, J. Muehlenkamp, *Self-injury: A research review for the practitioner...*, op. cit., s. 1051.

¹⁸ M.S Berk, G.R. Henriques, D.M. Warman, G.K. Brown, A.T Beck, *A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples*, "Cognitive and Behavioral Practice" 2004, 11(3), s. 265-277.

¹⁹ N. Slee, E. Arensman, N. Garnefski, P. Spinhoven, *Cognitive-behavioral therapy...*, op. cit., s. 176.

Kolejnym przykładem teorii odnoszącej się do racjonalnej rezygnacji z zachowań autoagresywnych jest ujęcie poznawczo-behawioralne przedstawiane przez Davida Rudd'a²⁰. Autor ten proponuje podobne rozwiązanie do teorii Michelle Berk²¹, ponieważ w pierwszej kolejności oddziaływania terapeutyczne są skierowane na eliminowanie zachowań autoagresywnych z życia człowieka, a dopiero na dalszym etapie próbuje się wpływać na pierwotne problemy psychiatryczne leżące u podstaw dokonywanych samouszkodzeń. Zawężona percepcja dotycząca potrzeby samouszkodzenia ciała jest charakterystyczna dla ludzi doświadczających poczucia beznadziejności. Ten rodzaj osobistego przeświadczenia i odczuwania wymaga poszerzonej pracy terapeutycznej, a konkretnie stosowania technik uporządkowujących symptomy samouszkodzeń, a także przeobrażających system przekonań klienta i budowania interpersonalnych zdolności. Ważnym elementem tej teorii jest rozwój silnej więzi pomiędzy klientem a terapeutą, gdyż tylko taka relacja jest gwarantem bezpieczeństwa oraz pozytywnego wsparcia podczas kryzysów życiowych. Harmonia i zgodność w relacji z terapeutą pozwala lepiej zrozumieć istotę dokonywanych samouszkodzeń, a także pomaga w rozwijaniu nowych sposobów radzenia sobie. Z tych powodów wyrażanie empatii i akceptacji przez terapeutów jest podstawowym sposobem nawiązania relacji, a także staje się unikalnym „modelem” dla klientów, którzy uczą się odnosić tego rodzaju uczucia do siebie.

Skuteczne ograniczanie zachowań autoagresywnych możliwe jest także przez zastosowanie terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT). Przedstawienie słabych stron terapii poznawczo-behawioralnej pozwoliło na stworzenie nowej metody przydatnej do zmiany myślenia, odczuwania oraz zachowania. Tego rodzaju podejście do klienta okazuje się pomocne, zwłaszcza gdy odczuwają oni błędne przekonania powodujące unikanie kontaktu terapeutycznego. Terapia dialektyczno-behawioralna łączy techniki standardowej terapii poznawczo-behawioralnej oraz elementy Zen. Zgodnie z teorią Zen pacjenci są zachęceni do większej uważności, jak i prezentowania nieosądzającego stanowiska wobec doświadczanych zdarzeń oraz emocji im towarzyszących²². W koncepcji DBT samoświadomości

²⁰ M.D. Rudd, T. Joiner, M.H. Rajab, *Treatment manuals for practitioners. Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. New York, NY: Guilford Press, 2001.

²¹ M.S. Berk, G.R. Henriques, D.M. Warman, G.K. Brown, A.T. Beck, *A cognitive therapy intervention for suicide attempters...*, op. cit. s. 265-277.

²² N. Slee, E. Arensman, N. Garnefski, P. Spinhoven, *Cognitive-behavioral therapy...*, op. cit. s. 175.

mość jest kluczowa do zapobiegania impulsywności, zmianom nastrojów oraz powracającym samouszkodzeniom. Oprócz tego samoświadomość odgrywa istotną rolę w tworzeniu konstytutywnej relacji terapeutycznej, która jest skupiona na weryfikowaniu osobistych doświadczeń klienta, aby zapobiegać zachowaniom autodestrukcyjnym w przyszłości.

Efektywność terapii dialektyczno-behawioralnej szczególnie obserwuje się w przypadku leczenia osób z zaburzeniami osobowości typu Borderline oraz skłonnościami samobójczymi²³. Pomimo że ten rodzaj terapii korzystnie wpływa na osoby z zaburzeniami typu Borderline, a zarazem nadużywające substancji psychoaktywnych, to jednak nie zmienia ich nastawienia względem szkodliwego używania zakazanych substancji²⁴. Niektóre badania świadczą, że terapia dialektyczno-behawioralna zmniejsza częstotliwość występowania incydentalnych samouszkodzeń, lecz jej rola w redukcji tego typu zachowań jest mniejsza niż w przypadku innych rodzajów terapii²⁵. Inne badania wskazują natomiast, że DBT ma znaczącą przewagę efektywności nad terapią psychodynamiczną oraz poznawczo-behawioralną w kontekście zmniejszenia liczby samouszkodzeń, myśli suicydalnych oraz objawów depresyjnych²⁶.

Niejednoznaczność wyników wskazujących na pożyteczność terapii dialektyczno-behawioralnej w leczeniu intencjonalnych samouszkodzeń przyczynia się do wykorzystywania alternatywnych metod terapeutycznych. Początkowo zakładano, że taką możliwość stwarza uczestnictwo w terapii nastawionej na rozwiązywanie problemów, gdyż poprawia ona zdolność do funkcjonowania człowieka w sytuacjach stresogennych. Przeprowadzone analizy na podstawie uzyskanych wyników badań pokazały, że jej pozytywny efekt jest widoczny w przypadku redukcji zachowań autoagresywnych, a w szczególności ma związek z ograniczaniem występowania świadomych zatruć poprzez zażywanie niebezpiecznych

²³ R.M. Turner, *Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder*, "Cognitive and Behavioral Practice" 2000, 7, s. 413-419.

²⁴ M.C. Van den Bosch, R. Verheul, G.M. Schippers, W. Van den Brink, *Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects*, "Addictive Behaviors" 2002, 27, s. 911-923.

²⁵ M.M. Linehan, K.A. Comtois, A.M. Murray, M.Z. Brown, R.J. Gallop, H.L. Heard, *Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder*, "Archives of General Psychiatry" 2006, 63, s. 757-766.

²⁶ L. Mehlum, A.J. Tormoen, M. Ramberg, E. Haga, L.M. Diep, S. Laberg i in., *Dialectical behavior therapy for adolescents...*, s. 1082-1091.

substancji²⁷. Techniki charakterystyczne dla terapii ukierunkowanej na rozwiązywanie problemów oraz terapii poznawczo-behawioralnej posłużyły do utworzenia nowego sposobu zapobiegania skłonnościom autoagresywnym. Terapia wspierająca prowadzona w oparciu o metody poznawczo-behawioralne (MACT) przynosi zadowalające efekty w leczeniu takich zachowań. Wiele badań dostarcza dowodów na to, że uczestnictwo w niej opóźnia powtarzanie aktów autoagresji, a jej rezultaty utrzymują się ponad rok od zakończenia leczenia²⁸. Innym przykładem metody terapeutycznej pozwalającej na ograniczanie zachowań autoagresywnych jest terapia psychospołeczna. Wieloletnia analiza empiryczna dowiodła, że po jej zakończeniu ryzyko dokonywania samouszkodzeń w ciągu roku zmniejszyło się o 9% w porównaniu do 2,3% u osób, które dobrowolnie zrezygnowały z oferowanej im pomocy²⁹. Ponadto na przestrzeni 10 lat terapia psychospołeczna redukuje częstotliwość pojawiających się aktów autoagresji o blisko 16%.

Przedstawione modele terapii indywidualnych nie wyczerpują pełnego stadium możliwych oddziaływań powodujących ograniczenie zachowań autoagresywnych. Terapia psychodynamiczna stanowi kolejną propozycję, a zarazem szansę dla osób niemogących samodzielnie powstrzymać przymusu samookaleczeń. W świetle teorii psychoanalitycznej okres dzieciństwa decyduje o pojawiających się na dalszych etapach życia zachowaniach przestępczych lub autoagresywnych, które są powiązane z cechami nieprawidłowej osobowości człowieka. Współczesne koncepcje psychoanalityczne, takie jak: teoria popędów, psychologia „ego”, teoria relacji z obiektem czy psychologia „self” w odmienny sposób interpretują i wyjaśniają źródła, jak i mechanizmy powstawania samouszkodzeń. Mnogość różnorodnych teorii przyczynia się do tworzenia skuteczniejszych procedur diagnostycznych, a także kompletnych modeli pracy terapeutycznej. Analiza psychodynamicznego leczenia przywodzi na myśl powszechny kierunek pracy terapeutycznej, który jest nastawiony na „przetworzenie” przeszłych relacji z innymi ludźmi i budowanie

²⁷ E. Townsend, K. Hawton, D.G. Altman, E. Arensman, D. Gunnell, P. Hazell i in., *The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: Meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness, and improvement in problems*, „Psychological Medicine” 2001, 31, s. 979-988.

²⁸ P. Tyrer, S. Thompson, U. Schmidt, V. Jones, M. Knapp, K. Davidson i in., *Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POMPACT study*, „Psychological Medicine” 2003, 33, s. 969-976.

²⁹ A. Erlangsen, B.D. Lind, E.A. Stuart, P. Qin, E. Stenager, K.J. Larsen i in., *Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: A register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching*, „Lancet Psychiatry” 2015, 2(1), s. 49-58.

zupełnie nowych, ujmowanych w kategorii pozytywnych dla aktualnej sytuacji środowiskowej człowieka. Poprzez psychodynamiczną interakcję wzrasta sposobność wyrażania nagromadzonych emocji, jak i samoświadomość oraz umiejętność tworzenia wyobrażeń dotyczących własnej przyszłości.

Logicznym celem opisanego sposobu leczenia jest polepszanie relacji z rodziną i bliskimi osobami. W każdym środowisku życiowym konsekwentne wsparcie ze strony otoczenia obniża poziom doznawanego stresu, a zatem może eliminować podstawowy motyw dokonywania autoagresji, za jaki uznaje się regulację afektu. Ponadto terapia psychodynamiczna ogranicza negatywne skutki doświadczanych symptomów psychiatrycznych, a w zależności od zastosowanej techniki leczenia charakterystycznej dla danej koncepcji psychoanalitycznej można spodziewać się odmiennych efektów. Bazując na wynikach badań dotyczących skuteczności leczenia metodą odwołującą się do teorii relacji z obiektem, należy stwierdzić, iż pełni ona ważną rolę w wieloaspektowej zmianie psychospołecznych obszarów funkcjonowania człowieka, które są związane z dokonywaniem samouszkodzeń³⁰. Przytoczone wnioski nie potwierdzają natomiast, czy ten rodzaj leczenia obniża zauważalnie stosowanie zachowań autoagresywnych w codzienności osób posiadających deficyty osobowościowe. Pomimo to, na przykładzie osób ze stwierdzonym typem osobowości Borderline zauważono, że terapia psychodynamiczna zmniejsza częstotliwość występowania zachowań autoagresywnych i suicydalnych, a jej efekty utrzymują się przez okres półtora roku³¹. Ponadto w badanej grupie zaobserwowano, że ukończona terapia spowodowała zmniejszenie poziomu stresu, wyeliminowanie lub ograniczenie pewnych objawów depresji czy lęku, a nade wszystko poprawienie relacji z innymi ludźmi.

Poza pozytywnymi konsekwencjami różnorodnych modeli terapeutycznych zdarza się, że są one w sposób subiektywny interpretowane przez uczestników terapii jako szkodliwe lub zagrażające. Niepochlebne opinie wyrażane są w szczególności wobec leczenia ukierunkowanego na stawianie zbyt wysokich wymagań pacjentom, utrzymywanie systematyczności

³⁰ J. Monsen, T. Odland, A. Faugli, E. Daae, D.E. Eilertsen, *Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment*, "Scandinavian Journal of Psychology" 1995, 36, s. 256-268.

³¹ A. Bateman, P. Fonagy, *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up*, "American Journal of Psychiatry" 2001, 158, s. 36-42.

„w opiekowaniu się sobą”, a także skupiających nadmierną uwagę na dokonanych samouszkodzeniach³². Ponadto w pewnych sytuacjach trening relaksacyjny nie przynosi pożądanych rezultatów, gdyż usilna próba przymusowego odreagowania nagromadzonych emocji zmniejsza zdolność powstrzymania się od popędu samouszkodzeniowego³³. Negatywne opinie osób mających skłonność do dobrowolnych samouszkodzeń odnoszą się także do terapii lekowej. Mimo iż brakuje danych statystycznych potwierdzających jednoznacznie efektywność farmakoterapii na ograniczenie tendencji autoagresywnych, to jednak pewne badania dowodzą, że jej stosowanie ma korzystny wpływ na zaburzenia osobowości typu Borderline, depresję oraz lęk, które są związane z samouszkodzeniami³⁴.

Praca terapeutyczna z osadzonymi ze skłonnością do samouszkodzeń

W europejskich modelach pracy resocjalizacyjnej wskazuje się na potrzebę ingerencji w sferę psychiki osób pozbawionych wolności, aby zapobiegać popełnianiu kolejnych przestępstw, a także wzbudzać ich motywację do pełnienia odpowiednich ról społecznych po opuszczeniu środowiska więziennego. Ważnym aspektem pracy resocjalizacyjnej, której podejmują się wychowawcy oraz psycholodzy, jest także ograniczanie występowania zachowań suicydalnych i autoagresywnych. Konieczność diagnozowania oraz wspierania osadzonych ze skłonnościami autoagresywnymi pozostaje niepodważalna, jednak nietrudno dostrzec, iż jest to wyjątkowo skomplikowane i żmudne zadanie.

Złożoność zachowania autoagresywnego charakteryzująca się specyficzną fenomenologią jest różnorodnie opisywana i interpretowana w literaturze naukowej³⁵. Ponadto istnieje wiele teorii psychologicznych skłaniających do wybierania odmiennych form pracy terapeutycznej

³² A.H. Gonzales, L. Bergstrom, *Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) interventions*, "Journal of Child Adolescent Psychiatric Nursing" 2013, 26(2), s. 128.

³³ Ibidem., s. 127.

³⁴ E.D. Klonsky, J. Muehlenkamp, *Self-injury: A research review for the practitioner...*, op. cit., s. 1053.

³⁵ J.M. Hooley, S.A. St. Germain, *Nonsuicidal self-injury, pain, and self-criticism: Does changing self-worth change pain endurance in people who engage in selfinjury?* "Clinical Psychological Science" 2014, 2(3), s. 297-305; M.K. Nock, T.E. Joiner, K.H. Gordon, E. Lloyd-Richardson, M.J. Prinstein, *Non-suicidal self-injury among adolescents...*, op. cit., s. 65-72.

z osobami dokonującymi intencjonalnych samouszkodzeń. W badaniach wskazuje się, że zarówno terapia psychodynamiczna, jak i różne odmiany terapii poznawczo-behawioralnej przynoszą efekty w postaci zahamowania autoagresywnych skłonności³⁶. Wykorzystywanie przytoczonych form terapii w środowisku więziennym jest znacznie ograniczone, a w pewnych sytuacjach całkowicie niemożliwe. Istnieje wiele heterogenicznych przyczyn mających związek z brakiem stosowania standaryzowanych metod terapeutycznych wobec osadzonych ze skłonnościami autoagresywnymi. Niektóre z nich wynikają z rygorystycznych założeń środowiska opresyjnego charakteryzującego się określonymi zasadami i normami, inne zaś są związane z poziomem intelektualnym, cechami osobowości, czy też indywidualną historią życia sprawców przestępstw.

Negatywne wpływy środowiska więziennego utrudniają nawiązanie właściwej relacji terapeutycznej. Elastyczna i wspierająca relacja ma korzystny wpływ na różne obszary ludzkiej działalności, a jednocześnie stanowi podstawę do kontynuowania kontaktu w kryzysowych sytuacjach. Brak możliwości uzyskania zaufania skazanych czy wyznaczania konkretnych celów realizowanych w kontakcie terapeutycznym wynika poniekąd z częstego przetransportowywania osadzonych do innych jednostek penitencjarnych lub zmieniania im oddziałów mieszkalnych w obrębie tej samej jednostki. Długotrwała relacja z terapeutą przyczynia się do widocznych zmian w obszarze ludzkiego zachowania, stąd też jej brak utrudnia lub całkowicie uniemożliwia skuteczne oddziaływanie na osoby dokonujące samouszkodzeń. Inną kwestią pozostaje fakt, iż nadmiar obowiązków służbowych nałożonych na psychologów więziennych skutkuje ich ograniczonymi możliwościami do pogłębionej pracy terapeutycznej. Z tego powodu niejednokrotnie rola psychologa sprowadza się tylko do opisanego indywidualnych motywów samouszkodzenia dokonanego przez skazanego w zakładzie karnym, lecz nie jest bezpośrednio nastawiona na podjęcie działań zapobiegających ich występowaniu w przyszłości. Nie oznacza to, że nie próbuje się wyeliminować pewnych negatywnych czynników obecnych w środowisku więziennym, wykorzystując do tego wsparcie wychowawcze czy psychologiczne, niemniej zdecydowanie rzadziej podejmuje się starania zmierzające do zmiany utrwalonych postaw decydujących o rozwiązywaniu problemów w sposób destrukcyjny.

³⁶ A. Bateman, P. Fonagy, *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization...*, op. cit., s. 36-42; N. Slee, E. Arensman, N. Garnefski, P. Spinhoven, *Cognitive-behavioral therapy...*, op. cit., s. 175-182.

Poważnym problemem pozostaje także zmienny poziom motywacji do udziału w oddziaływaniach terapeutycznych osadzonych ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi, którzy dokonują samouszkodzeń³⁷. Motywacja skazanych do podjęcia współpracy zależy od wielu niezależnych czynników, jednak nawiązanie relacji opartej na zaufaniu oraz silnym zaangażowaniu osoby prowadzącej terapię stanowi punkt wyjścia do umiejętnego zrozumienia ich osobistych problemów. Prezentowanie oportunistycznych postaw wobec personelu więziennego utrudnia nawiązanie właściwej relacji, natomiast uprzedzenia osadzonych powodują spostrzeganie osób pracujących w zakładach karnych jako wrogich i zagrażających, co skutkuje unikaniem z nimi kontaktu. Brak zaufania pozbawia osadzonych możliwości poszukiwania pomocy terapeutycznej, która jest szczególnie istotna podczas wystąpienia sytuacji trudnych lub ekstremalnych. Odrzucanie pomocy psychologicznej może wynikać z obawy przed poruszaniem tematów dotyczących okresu dzieciństwa i genezy powstawania samouszkodzeń. Zdarza się także, że osadzeni pomimo wyrażenia zgody na uczestnictwo w regularnych spotkaniach terapeutycznych podejmują zabiegi niepozwalające na postawienie właściwej diagnozy dotyczącej historii zachowań autoagresywnych. Przykładem takich zachowań jest zaniżanie liczby uprzednich aktów autoagresji, czy też zaprzeczanie stosowaniu kilku odmiennych typów samouszkodzeń na przestrzeni życia.

W swojej istocie praca z osadzonymi przejawiającymi tendencje do samouszkodzeń powinna opierać się na zrozumieniu ich zniekształconego spostrzegania otaczającej rzeczywistości. Wiele współczesnych modeli terapeutycznych pozwala na poznanie takiej perspektywy, jednak zastosowanie specyficznych oddziaływań cechujących każdą z nich zwiększa szansę na ograniczenie częstotliwości występowania samouszkodzeń. W realiach więziennych szczególnie przydatne może okazać się zastosowanie niektórych komponentów terapii poznawczo-behawioralnej, lecz niezależnie od wybranej formy leczenia ważne jest, aby psychologowie, oferując profesjonalną pomoc, odznaczali się podwyższonym poziomem empatii oraz zrozumienia dla traumatycznych zdarzeń stanowiących o personalnej historii danego skazanego. Umiejętność kreowania pozytywnych przekonań dotyczących własnej osoby jest przykładem

³⁷ K.L. Appelbaum, J.A. Savageau, R.L. Trestman, J.L. Metzner, J. Baillargeon, *A national survey of self-injurious behavior in American prisons*, "Psychiatric Services" 2011, 62(3), s. 289.

postępowania naprawczego, które warto kierować wobec skazanych, gdyż stwarza ono okazję do zmiany ich wewnętrznego nastawienia względem zachowań autoagresywnych. Korzystne efekty zmiany łatwiej zaobserwować u osób obdarzonych ponadprzeciętnym poziomem inicjatywy i zaangażowania w aktywności ukierunkowane na lepsze życie w nadchodzącej przyszłości. Tego typu działania są charakterystyczne dla proaktywnych osadzonych, którzy posiadają zasoby eliminujące negatywne wpływy środowiskowe oraz ułatwiające radzenie sobie z nadmiernym stresem³⁸. Z drugiej strony, w pracy terapeutycznej warto podejmować starania mobilizujące osadzonych do podejmowania świadomych aktywności, a zarazem spędzania czasu w sposób konstruktywny. Jest to szczególnie istotne w terażniejszości więziennej, w której osoby pozbawione wolności są skłonne używać niedozwolonych substancji psychoaktywnych. Zażywanie narkotyków jest wyjątkowo szkodliwą formą postępowania, ponieważ w skrajnych przypadkach prowadzi do nagłej śmierci, a w łagodniejszych przyczynia się do powstawania zjawiska przemocy. Wyższy wskaźnik zachowań agresywnych osadzonych jest nie tylko pośrednim rezultatem zażycia zabronionego środka, lecz także wynika z potrzeby odzyskania długów zaciągniętych na substancje odurzające³⁹.

Oferowana pomoc terapeutyczna powinna zwiększać tolerancję skazanych na częste zmiany nastrojów, które wynikają z ich aktualnej sytuacji, jak i uprzednich doświadczeń. Radzenie sobie z negatywnymi emocjami jest podstawą do zmiany społecznie nieakceptowalnych zachowań. W tym rozumieniu szczególnie przydatne może okazać się uczenie osadzonych nowych form komunikacji, a także wspieranie ich społecznych zdolności. Przyniesione formy oddziaływań wpisują się w ideę poznawczo-behawioralnej terapii przynoszącej wymierne efekty w pracy z osobami samouszkodzającymi się na różnych etapach życia. Terapia psychodynamiczna przynosi podobne korzyści, niemniej jej stosowanie w izolacji penitencjarnej jest trudnym i ryzykownym przedsięwzięciem. Pozytywne efekty tej terapii wynikają z długotrwałego procesu leczenia, który w warunkach zakładu karnego jest zadaniem nad wyraz skomplikowanym do zrealizowania. Ponadto świadomość braku możliwości zaoferowania osadzonym

³⁸ B. Kwiatkowski, *Proaktywne konstruowanie przyszłości w izolacji więziennej*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2016, 93, s. 43-59; B. Kwiatkowski, *Poziom proaktywności kobiet odbywających karę pozbawienia wolności*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2017, 96, s. 69-86.

³⁹ S. Fazel, A.J. Hayes, K. Bartellas, M. Clerici, R. Trestman, *Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions*, „Lancet Psychiatry” 2016, 3(9), s. 872.

gwarancji stabilności, regularności, a nade wszystko ciągłości kontaktu terapeutycznego, rodzi wątpliwość, czy z etycznego punktu widzenia w warunkach więziennych w ogóle powinno się wykorzystywać terapię psychodynamiczną.

W związku z powyższym wydaje się, że w polskich realiach więziennych oprócz różnych form oddziaływań przyporządkowanych terapii poznawczo-behawioralnej należy stosować holistyczny model leczenia. Przytoczony model charakteryzuje się poszukiwaniem funkcji samouszkodzeń oraz ich omawianiem na wyznaczonych sesjach. Tego rodzaju czynności są możliwe do zrealizowania nawet na kilku spotkaniach, a jednocześnie mogą być wstępem do pogłębionej pracy psychologicznej. Zrozumienie podstawowych funkcji samouszkodzeń poszerza wiedzę osób, która dotychczas była dla nich niedostępna, a zatem może stanowić ważne źródło informacji o podłożu patologicznych uszkodzeń własnego ciała. Na podstawie subiektywnych opinii pacjentów uczestniczących w warsztatach poświęconych tematyce funkcji samouszkodzeń stwierdzono, że przynoszą one pozytywne efekty w pewnych warunkach środowiskowych⁴⁰. W praktyce oznacza to, że powinny być one uzupełniane o inne formy pracy, takie jak trening medytacji lub zajęcia poświęcone zagadnieniu ludzkiej duchowości. Nie sposób jednak przewidzieć, czy zastosowanie tych dwóch metod wobec osadzonych przyniesie pozytywne efekty, niemniej należy je uznać za alternatywne formy wsparcia, w szczególności dla osób elastycznych i poszukujących urozmaiconych sposobów radzenia sobie. Podobną rolę pełnią oddziaływania edukacyjne skupiające się na podstawowych elementach anatomii i fizjologii człowieka, zastosowaniu technik pierwszej pomocy, jak i umiejętnym zapobieganiu chorobom zakaźnym i powstawaniu trwałych blizn⁴¹.

Próba eliminowania destrukcyjnych zachowań osadzonych stanowi wyzwanie dla kadry psychologicznej. Wdrażanie kompleksowego leczenia może spowodować zredukowanie liczby samouszkodzeń w jednostkach penitencjarnych, a także zapobiegać ich występowaniu po zakończeniu kary pozbawienia wolności. W pewnych sytuacjach stosowanie farmakoterapii wobec osadzonych jest nieodzownym elementem wspierającym pomyślność procesu leczenia, a zatem nie należy z niej usilnie i zbyt

⁴⁰ K. Inckle, *At the cutting edge: Creative and holistic responses to self-injury*, "Creative Nursing" 2010, 16(4), s. 160-165.

⁴¹ L. Pembroke, *Limiting self harm*, "Emergency Nurse" 2006, 14(5), s. 8-10.

szybko rezygnować⁴². Kluczową formą pomocy powinny być jednak oddziaływania terapeutyczne stosowane przez wykwalifikowaną grupę psychologów więziennych, którzy muszą dostosowywać metody pracy psychologicznej do realiów polskich zakładów karnych. W tym kontekście terapia poznawczo-behawioralna wydaje się być optymalnym rozwiązaniem wobec skazanych mających skłonność do intencjonalnych samouszkodzeń, a zarazem obdarzonych niskim poziomem motywacji do terapii długoterminowej. Nawiązanie prawidłowej relacji terapeutycznej, skuteczne regulowanie afektu, ingerowanie w struktury poznawcze, czy też trening behawioralnych umiejętności, to poszczególne czynniki terapii poznawczo-behawioralnej przyczyniające się do redukcji zachowań autoagresywnych. Określenie planu terapeutycznego jest sprawą indywidualną, a zatem należy w nim uwzględnić biologiczne, rozwojowe, społeczne, psychologiczne i psychiatryczne problemy osób odbywających karę pozbawienia wolności. Kluczową kwestią pozostaje jednak motywacja osadzonych do pracy z psychologiem więziennym, więc na jej budowaniu powinno zależeć nie tylko kadrze penitencjarnej, lecz także innym funkcjonariuszom mającym styczność z osobami przymusowo izolowanymi od społeczeństwa.

⁴² I.A. Yoon, K. Slade, S. Fazel, *Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: A systematic review and meta-analysis*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology" 2017, 85(8), s. 783-802.

Bibliografia

- Appelbaum K.L., Savageau J.A., Trestman R.L., Metzner J.L., Baillargeon J., *A national survey of self-injurious behavior in American prisons*, "Psychiatric Services" 2011, 62(3).
- Bateman A., Fonagy P., *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up*, "American Journal of Psychiatry" 2001, 158.
- Bergen H., Hawton K., Waters K., Cooper J., Kapur N., *Psychosocial assessment and repetition of self-harm: The significance of single and multiple repeat episode analyses*, "Journal of Affective Disorders" 2010, 127.
- Berk M.S., Henriques G.R., Warman D.M., Brown G.K., Beck A.T., *A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples*, "Cognitive and Behavioral Practice" 2004, 11(3).
- Birmingham L., Mason D., Grubin D., *Prevalence of mental disorder in remand prisoners: Consecutive case study*. BMJ, 1996, 13.
- Brooker C., Repper J., Beverley C., *Mental Health Services and Prisoners: A review*. Sheffield: University of Sheffield, School of Health and Related Research, 2002.
- Erlangsen A., Lind B.D., Stuart E.A., Qin P., Stenager E., Larsen K.J. i in. *Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: A register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching*, "Lancet Psychiatry" 2015, 2(1).
- Fazel S, Seewald K., *Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis*, "Br J Psychiatry" 2012, 200(5).
- Fazel S., Hayes A.J., Bartellas K., Clerici M., Trestman R., *Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions*, "Lancet Psychiatry" 2016, 3(9).
- Gonzales A.H., Bergstrom L., *Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) interventions*, "Journal of Child Adolescent Psychiatric Nursing" 2013, 26(2).
- Hawton K., Linsell L., Adeniji T., Sariaslan A., Fazel S., *Self-harm in prisons in England and Wales: An epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide*, "Lancet" 2014, 383.
- Hooley J.M., St. Germain S.A., *Nonsuicidal self-injury, pain, and self-criticism: Does changing self-worth change pain endurance in people who engage in selfinjury?* "Clinical Psychological Science" 2014, 2(3).
- Humber N., Hayes A., Senior J., Fahy T., Shaw J., *Identifying, monitoring and managing prisoners at risk of self-harm/suicide in England and Wales*, "Journal of Forensic Psychiatry and Psychology" 22(1), 2011.
- Inckle K., *At the cutting edge: Creative and holistic responses to self-injury*, "Creative Nursing" 2010, 16(4).

- Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A.M., Brown M.Z., Gallop R.J., Heard H.L., *Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder*, "Archives of General Psychiatry" 2006, 63.
- Klonsky E.D., Muehlenkamp J., *Self-injury: A research review for the practitioner*, "Journal of Clinical Psychology" 2007, 63(11).
- Kwiatkowski B., *Proaktywne konstruowanie przyszłości w izolacji więziennej*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2016, 93.
- Kwiatkowski B., *Poziom proaktywności kobiet odbywających karę pozbawienia wolności*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2017, 96.
- Jones A., *Self-mutilation in prison: A comparison of mutilators and nonmutilators*, "Criminal Justice and Behavior" 1986, 13.
- Marzano L., Hawton K., Rivlin A., Smith E.N., Piper M., Fazel S., *Prevention of suicidal behavior in prisons: An overview of initiatives based on a systematic review of research on near-lethal suicide attempts*, "Crisis" 2016, 37(5).
- Monsen J., Odland T., Faugli A., Daae E., Eilertsen D.E., *Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment*, "Scandinavian Journal of Psychology" 1995, 36.
- Muehlenkamp J., Gutiérrez P.M., *An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents*, "Suicide and Life-Threatening Behavior" 2004, 34.
- Mehlum L., Tormoen A.J., Ramberg M., Haga E., Diep L.M., Laberg i in., *Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial*, "Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry" 2014, 53(10).
- Nock M.K., Joiner T.E., Gordon K.H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M.J., *Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts*, "Psychiatry Res" 2006, 30, 144(1).
- Pembroke L., *Limiting self harm*, "Emergency Nurse" 2006, 14(5).
- Rivlin A., Hawton K., Marzano L., Fazel S., *Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study*, "Br J Psychiatry" 2010, 197.
- Rudd M.D., Joiner T., Rajab M.H., *Treatment manuals for practitioners. Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. New York, NY: Guilford Press, 2001.
- Slee N., Arensman E., Garnefski N., Spinhoven P., *Cognitive-behavioral therapy for deliberate self-harm*, "Crisis" 2007, 28(4).
- Smith H.P., Kaminski R.J., *Inmate self-injurious behaviors: distinguishing characteristics within a retrospective study*, "Criminal Justice and Behavior" 2010, 37.
- Townsend E., Hawton K., Altman D.G., Arensman E., Gunnell D., Hazell P. i in., *The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: Meta-analysis*

of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness, and improvement in problems, "Psychological Medicine" 2001, 31.

Turner R.M., *Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder*, "Cognitive and Behavioral Practice" 2000, 7.

Tyrer P., Thompson S., Schmidt U., Jones V., Knapp M., Davidson K. i in., *Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POMPACT study*, "Psychological Medicine" 2003, 33.

Walsh B., *Treating self-harm: A Practical Guide*. New York, NY: Guilford Press, 2006.

Van den Bosch M.C., Verheul R., Schippers G.M., Van den Brink, W., *Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects*, "Addictive Behaviors" 2002, 27.

Yoon I.A., Slade K., Fazel S., *Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: A systematic review and meta-analysis*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology" 2017, 85(8).

Strony internetowe:

Statystyka Centralnego Zarządu Służby Więziennej; adres internetowy strony:

<https://sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> (dostęp: 24.01.2020).

