

Emilia Dykty

Uwarunkowania autoagresji wśród skazanych

Conditions of auto-aggression behaviours among convicts

Artykuł przedstawia wyniki badań autoagresji wśród recydywistów. Celem badań było poznanie czynników mających znaczenie w patogenezie samoagresji badanych skazanych. Badanie pokazało, że znaczenie mają: trudne doświadczenia z dzieciństwa oraz problemy ze zdrowiem psychicznym i kumulacja tych negatywnych czynników, a także odbywanie kary pozbawienia wolności po raz kolejny.

Słowa kluczowe: autoagresja, etiologia, skazani, urazy psychiczne, zaburzenia psychiczne.

The article presents the results of self-aggression among recidivists. The aim of the research was to discover factors that are important in the pathogenesis of auto-aggression concerning respondents. The study showed that in the etiology of self-aggression, the following are of importance: difficult childhood experiences and mental health problems and the accumulation of these negative factors, as well as subsequent imprisonment.

Key words: auto-aggression, etiology, prisoners, trauma, mental disorders.

Wprowadzenie

„Jak rozumieć poczucie wewnętrznej martwoty ludzi, których tu opisuję? Nie jest tak, że ich dusze po prostu umarły. Mają oni martwe dusze,

ponieważ dusze te zostały zamordowane. Jak do tego doszło? Jak zostały one zamordowane?”¹.

W artykule przedstawione zostały wyniki badań autoagresji wśród skazanych – recydywistów. Problemy badawcze obejmowały obszar patologii rodzinnej i społecznej, w tym przede wszystkim kwestie urazów psychicznych i trudnych doświadczeń z dzieciństwa oraz obszar zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, a także wielokrotność odbywania kary pozbawienia wolności i zjawisko podkultury przestępczej.

„W dzieciństwie następuje rozstrzygnięcie co do radości życia człowieka, tworzenia się poczucia własnej wartości oraz samoakceptacji”² – zgodnie z tą tezą nieprawidłowe stosunki rodzinne w dzieciństwie wywierają przemożny wpływ na decyzję o samounicestwieniu. Stąd też duża część badań poświęcona była właśnie temu obszarowi.

Wyniki badań mogą być pomocne w ustalaniu stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia autoagresji skazanych. Pozwalają na opracowanie profili osób mogących podejmować akty samoagresji i na rozpoznanie sytuacji wysokiego ryzyka w celu ograniczania liczby tych zachowań oraz zapobiegania im wśród osadzonych. Mogą wpływać na kształtowanie się postaw, przekonań i wrażliwości sprzyjających pracy z osobami dokonującymi (zwykle wielokrotnie) samoagresji.

Autoagresja osadzonych – terminologia, formy

Autor „*Agresywnych przestępców*” – Marek Kosewski – zauważa, że zjawiska występujące w zakładzie karnym są wyraźniejsze i silniej zaostrome od tych zachodzących w warunkach „rozrzedzonych” środowiska otwartego³. Maria Jarosz twierdzi, że nigdzie nie ma „tak jednoznacznie traumatyzującego i suicydogennego syndromu sytuacyjnego jak w więzieniu właśnie”⁴. Podkreśla to również Maciej Szaszkievicz i wskazuje na istnienie w izolacji więziennej pewnych charakterystycznych czynników sprzyjających rozwojowi zjawiska samoagresji⁵. Jednym z nich

¹ J. Gilligan, *Wstyd i przemoc. Refleksje nad śmiertelną epidemią*, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2001, s. 58.

² E. Ringel, *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Wydawnictwo Glob, Szczecin 1987, s. 13-14.

³ M. Kosewski, *Agresywni przestępcy*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1977, s. 160-161.

⁴ M. Jarosz, *Samobójstwo. Ucieczka przegranych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 180.

⁵ M. Szaszkievicz, *Samoagresja wśród więźniów*, [w:] *Problemy współczesnej patologii społecznej*, red. B. Urban, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998, s. 157-158.

jest sam fakt uwięzienia (odczuwany jako akt wymuszony), a następnie obowiązek poddania się wymogom (rodzący w osadzonym poniżające uczucie bezsilności), nuda i monotonia (w szczególności deprywacja sensoryczna), brak poczucia własnej odrębności i prywatności (w każdym wymiarze życia, przez całą dobę). Wszystko to prowadzi do frustracji uznawanej za najczęstsze źródło agresji, której nie można rozładowywać w zakładzie karnym (jest ona surowo karana). W przypadku niemożności zrealizowania agresja może przekształcić się w samoagresję (Dollard i Miller, 1938)⁶.

Pojęcie i rodzaje zachowań autoagresywnych

Marek Kosewski, biorąc pod uwagę różnorodność zachowań szeroko rozumianych jako samoagresywne, przyjął, że warunkiem niezbędnym do określenia danego zachowania samoagresywnym jest zaistnienie bezpośredniego celu działania – wyrządzenia krzywdy swojemu organizmowi. Autor rozróżnił dwie kategorie zjawiska samoagresji: samoagresję emocjonalną (lękową i gniewną) i samoagresję instrumentalną (autoagresja jako narzędzie wymuszające realizację celów i potrzeb)⁷.

Wyróżnia się również dwa podstawowe wzorce reagowania autoagresywnego: impulsywno-eksplozywny – osoba działa chaotycznie, nie przygotowuje aktu samoagresji, jest w stanie silnego napięcia psychicznego i pobudzenia emocjonalnego (zazwyczaj w dysforii); zachowuje się impulsywnie, niespodziewanie nawet dla siebie;

1) premedytacyjno-depresyjny – osoba planuje akt samoagresji, czyniąc długotrwałe przygotowania, jest przy tym w obniżonym nastroju (od przygnębienia po depresję, rezygnację) i obniżonej aktywności życiowej (zaniedbanie realizacji potrzeb, zaprzestanie codziennych czynności); często komunikuje innym o zamiarze dokonania aktu autoagresji⁸.

Pierwszy opisany wzorec charakteryzuje usiłowania samobójcze i automutilację psychopatów oraz osób z histerycznymi rysami osobowości. Natomiast drugi opisuje samobójstwa dokonane, suicydentów, osoby

⁶ Ibidem, s. 158.

⁷ M. Kosewski, op. cit., s. 158-159.

⁸ T. Kolarczyk, *Zapobieganie samobójstwom osób pozbawionych wolności*, [w:] „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1993, nr 4-5, s. 74.

samookaleczające się ukierunkowane na samounicestwienie, osoby z zaburzeniami psychiatrycznymi⁹.

Anna Suchańska określa autodestruktywnym „każde dobrowolne, intencjonalne i podejmowane mniej lub bardziej świadomie zachowanie, które stwarza zagrożenie dla zdrowia lub życia jednostki”¹⁰. Rozróżnia autodestruktywność bezpośrednią (intencjonalne uszkodzenia ciała, próby samobójcze i samobójstwa) i pośrednią (o szkodliwości odległej w czasie i zwykle nieoczywistej dla jednostki, gdzie konsekwencje są kosztem uzyskania określonej korzyści)¹¹.

Dodatkowo M. Kosewski zwraca uwagę, że wiele odróżnia samobójstwa i samookaleczenia – co skłania, aby traktować je jako odrębne typy samoagresji¹².

Również inni specjaliści pracujący w tym obszarze (Favazza, Conterio i Lader, Alderman) proponują, aby samobójstwo i samouszkodzenie traktować jako odmienne zjawiska¹³.

Barent W. Walsh prezentuje aż jedenaście różnic umożliwiających określenie co jest zachowaniem samobójczym, a co samouszkodzeniem. Różnice te wyrażają się w: odmiennym zamiarze towarzyszącym danemu zachowaniu; zastosowanej metodzie, obrażeniach fizycznych i stopniu zagrożenia życia; innym wzorcu zachowania; wielości metod; odmiennym nasileniu bólu psychicznego; różnicach w zawężeniu poznawczym, poczuciu bezradności i braku nadziei; konsekwencjach psychicznych; możliwościach ograniczenia dostępu do metod; kluczowym problemie oraz częstotliwości występowania obu zjawisk¹⁴.

Gloria Babiker i Lois Arnold zwracają uwagę, że przy rozróżnianiu tych zachowań nie należy nadmiernie ich upraszczać: „jednostka dopuszczająca się czynu tego rodzaju może mieć złożoną, ambiwalentną i niewyraźną wizję własnych intencji”¹⁵.

⁹ Ibidem.

¹⁰ J. Wycisk, *Samouszkodzenia umiarkowane – charakterystyka zjawiska*, [w:] *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*, red. A. Suchańska, J. Wycisk, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006, s. 11.

¹¹ Ibidem.

¹² M. Kosewski, op. cit., s. 160.

¹³ B. W. Walsh, *Terapia samouszkodzeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014, s. 38.

¹⁴ Ibidem, s. 22-37.

¹⁵ G. Babiker, L. Arnold, *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, s. 26.

Samookaleczenia (samouszkodzenia)

Jowita Wycisk definiuje samouszkodzenia (samookaleczenia) jako: „powszechnie nieakceptowane akty bezpośredniej autodestrukcji, w których jednostka zmierza do wyrządzenia sobie natychmiastowej szkody, a przedmiotem ataku staje się jej własne ciało, przy czym działanie jej pozbawione jest zamiaru samobójczego”¹⁶.

Ważne jest przytoczenie definicji Barenta W. Walsh: „samouszkodzenie to takie zamierzone, przeprowadzone z własnej woli i stanowiące niewielkie zagrożenie życia uszkodzenie własnego ciała, które nie jest akceptowane społecznie, a jest dokonywane w celu zmniejszenia dyskomfortu psychicznego i/lub zakomunikowania o nim”¹⁷.

Walsh również wskazuje na szkodę dla własnego ciała, jednak dookreślając, że stanowi ona „niewielkie zagrożenie życia”. Definicja ta zawiera w sobie informację o celu tego aktu. Samouszkodzenie zmienia i zmniejsza dyskomfort psychiczny, jego skuteczność jest duża, a zachowanie to przynosi natychmiastową ulgę;¹⁸ „może pełnić funkcję komunikowania cierpienia, wywierania wpływu na innych, aby zmienili swoje zachowanie, albo demonstrowania odwagi i wytrzymałości”¹⁹.

Armando Favazza wyróżnia trzy rodzaje samouszkodzeń: wielkie samookaleczenia (dotyczą stanów psychotycznych), stereotypowe (o podłożu psychoorganicznym i powtarzające się) oraz powierzchowne lub umiarkowane²⁰.

Najbardziej typowe rodzaje aktów samoagresji w warunkach izolacji penitencjarnej opisuje M. Szaszkiwicz. Zaznaczając, że ich różnorodność jest ogromna, ograniczona jedynie fantazją i pomysłowością osadzonych, wymienia: „chlasty” (inaczej pocięcia skóry); „połyki” (połknięcia ciał obcych), „wbitki” (wprowadzanie przedmiotów pod skórę, a także do narządów ciała), „zasypki” (chemiczne lub mechaniczne uszkodzenia gałek ocznych), samozatrucie (które ma przekonać lekarzy, że choroba pojawiła się samoistnie, a nie wynika z samoagresji). Kolejne to: upusty krwi (stosowane, aby upozorować jakąś chorobę np. krwotok, krwawą biegunkę, kaszel lub wywołać ogólne osłabienie organizmu),

¹⁶ J. Wycisk, op. cit., s. 12.

¹⁷ B. W. Walsh, op. cit., s. 20.

¹⁸ Ibidem, s. 20-21.

¹⁹ Ibidem, s. 22.

²⁰ D. Kubacka-Jasiecka, *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń JA*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 155-156.

samozakażenia („wstrzyki” – wstrzykiwanie do ciała zakażonych substancji, w celu wywołania groźnego stanu zapalnego), głódówki (odmowa przyjmowania posiłków) oraz urazy głowy (zadawane sobie samemu i dokonywane najczęściej przez upośledzonych umysłowo lub uzależnionych od alkoholu)²¹.

Tak jak są specyficzne rodzaje samouszkodzeń osadzonych, tak są też specyficzne motywy ich podejmowania w jednostkach penitencjarnych. Kenneth L. Appelbaum wskazuje na kilka motywów podejmowania takich aktów. Są to: zmiana miejsca przebywania na bardziej atrakcyjne, oderwanie się od czynników stresogennych (np. kontaktu z agresywnymi współosadzonymi, odroczenia spłaty zaległego długu); odwrócenie uwagi od cierpienia psychicznego poprzez zadawanie sobie bólu fizycznego; pragnienie otrzymania różnych leków, np. narkotycznych leków przeciwbólowych (chęć przeżycia pożądanych stanów polekowych lub zamiar spieniężenia ich); przeżywanie silnej złości (dążenie do utrudnienia pracy personelu jednostki penitencjarnej w odwecie za odczuwaną obrazę lub poczucie niesprawiedliwego potraktowania)²².

Samobójstwa

Klasyczna definicja Émila Durkheima określa samobójstwo jako „każdy przypadek śmierci, który bezpośrednio lub pośrednio wynika z pozytywnego lub negatywnego działania ofiary, która wiedziała, że da ono taki rezultat”²³.

Eugeniusz Bielicki zwrócił uwagę, że uruchomienie aktywności samoagresywnej nie wiąże się tylko i wyłącznie z obiektywnie zaobserwowanymi zjawiskami zewnętrznymi, lecz również z przeżyciami psychicznymi jednostki, czyli tym jak subiektywnie odbiera ona te zjawiska – jakie nadaje im osobiste znaczenia²⁴.

Według E. Bielickiego samobójstwem jest „każdy zgon wynikły z autoagresywnego (uświadomionego albo afektywnego) zachowania człowieka nastawionego na unicestwienie swojej psychofizycznej struktury,

²¹ M. Szaszkievicz, op. cit., s. 149-156.

²² K.L. Appelbaum, *Samouszkodzenia w instytucjach penitencjarnych*, [w:] B. W. Walsh, op. cit., s. 370-371.

²³ E. Durkheim, *Samobójstwo*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2006, s. 51.

²⁴ E. Bielicki, *Psychospołeczne uwarunkowania samobójstw dokonanych. Studium oparte na badaniach przeprowadzonych w województwie bydgoskim i obejmujących lata 1970-1974*, Wydawnictwo Uczelniane WSP w Bydgoszczy, Bydgoszcz 1978, s. 38.

zdeteminowanego endogennymi i egzogennymi czynnikami współkształtującymi sytuację suicydogeną, która jest przez niego w taki sposób percypowana, że niweczy naturalną skłonność do samozachowania”²⁵.

Wyjaśniając podaną definicję (określając przedmioty mieszczące się w zakresie pojęciowym) autor wysuwa następujące twierdzenia:

- a) samobójstwem jest każdy skutek śmiertelny wynikający z samoagresywnego zachowania;
- b) zachowanie takie może mieć charakter emocjonalny bądź ukierunkowany na cel;
- c) zawsze wynika z czynników sytuacyjnych;
- d) suicydogenna siła oddziaływania tych czynników jest większa od siły skłonności do zachowania życia samobójcy;
- e) istnieją ludzie, którzy w analogicznej sytuacji nie popełniają samobójstwa, dlatego też wyjaśnienia różnic trzeba szukać w indywidualnym odbiorze przez samobójcę swojej sytuacji życiowej;
- f) ten indywidualny odbiór danej sytuacji życiowej uwarunkowany jest m.in. typem układu nerwowego, uwewnętrznionym systemem wartości, doświadczeniem ontogenetycznym i innymi czynnikami²⁶.

Maria Jarosz analizując samobójstwa w więzieniach podaje, że preferowaną tam metodą pozbawienia się życia jest powieszenie. Jest to skuteczny sposób śmierci, a „pętle można zrobić praktycznie prawie ze wszystkiego”²⁷. Brunon Hołyst przytacza wyniki badań ukazujące, że 81,6% samobójców w zakładach karnych odebrało sobie życie przez powieszenie, natomiast 6,1% badanych osadzonych poprzez zażycie środków nasennych oraz 6,1% przez przecięcie naczyń tętniczo-żylnych²⁸.

Dariusz Sarzała poza metodą przez powieszenie wymienia również: poderżnięcie gardła, przecięcie dużych naczyń krwionośnych, zadziergnięcie, otrucie lekami bądź innymi substancjami. Zaznacza, iż około 10% to zgony w wyniku samouszkodzeń²⁹.

²⁵ Ibidem, s. 39.

²⁶ Ibidem, s. 39-40.

²⁷ M. Jarosz, op. cit., s. 177.

²⁸ B. Hołyst, *Suicydologia*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002, s. 631.

²⁹ D. Sarzała, *Autoagresja w zakładach karnych (przyczyny i profilaktyka)*, [w:] *Naukowe Forum Pedagogów Olsztyńskiej Szkoły Wyższej im. Józefa Rusieckiego. Przekraczanie kręgu zagubionego człowieczeństwa na resocjalizacyjnej niwie*, red. Przybyliński S., t. IV, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010, s. 208-209.

Inne formy

Innym zachowaniem autodestrukcyjnym opisywanym przez Amy M. Brausch jest ryzykowne zachowanie asfiktyczne (asfiksja gr. Asphyksia – med. ostre zaburzenie oddychania wskutek braku tlenu przy jednoczesnym nadmiarze dwutlenku węgla we krwi – zamartwica³⁰), czyli tzw. „zabawa” w duszenie się³¹.

W celu wywołania zawrotów głowy i doświadczenia „odlotu” młodzi ludzie powodują – na różne sposoby – u siebie lub innych odcięcie dopływu tlenu do mózgu. Często prowadzi to do wystąpienia drgawek spowodowanych niedotlenieniem i do uszkodzeń mózgu.

Istnieje wiele sposobów służących osiągnięciu oczekiwanych rezultatów. „Jedna z metod polega na doprowadzeniu do hiperwentylacji, a następnie tak długim wywieraniu ucisku na szyję lub klatkę piersiową, by dana osoba straciła świadomość. Jest też stosowany duszący chwyt od tyłu, również mający na celu wywołanie chwilowej utraty przytomności³². Do tego celu używane są różne przedmioty, np. sznury, paski, smycze itp. Zwalniany jest szybko ucisk, aby uniknąć poważnego urazu³³.

Niewiele informacji opublikowano na ten temat (poza środowiskiem medycznym), rozpoczynają się badania dotyczące przyczyn i motywacji osób podejmujących ryzykowne zachowania asfiktyczne (SAB: self – asphyxial risk – taking behavior).

Autorka niniejszego opracowania prowadziła badania nad uwarunkowaniami zachowań automutylacyjnych wśród osadzonych w Zakładzie Karnym w Sztumie (E. Dykty, 2015, badania nieopublikowane). Odnotowała wówczas przypadek osadzonego, który poza występowaniem myśli samobójczych, również wielokrotnie w ciągu dnia (nawet 30 razy) podduszał się, zaciskając rękoma szyję, aż do momentu wystąpienia drgawek (co powodowało u niego uspokojenie).

Praca badawcza Amy Brausch dotycząca nakładania się ryzykownych zachowań asfiktycznych i samouszkodzeń (Brausch et al., 2011) ukazuje, że wśród badanych dokonujących samouszkodzeń, jak i SAB, mogą

³⁰ *Słownik wyrazów obcych PWN*, red. nauk. Tokarski J., PWN, Warszawa 1978, s. 51.

³¹ A.M. Brausch, *Ryzykowne zachowania spowodowane asfiksją („zabawa” w duszenie się)*, [w:] B.W. Walsh, op. cit., s. 344-354.

³² *Ibidem*, s. 344-345.

³³ *Ibidem*, s. 345.

współwystępować inne niebezpieczne zachowania, w tym np. myśli i próby samobójcze³⁴.

Osoby, podejmujące te „inne zachowania autodestrukcyjne” – SAB, określają je specyficznie jako: „zabawa w odlot”, „małpki w kosmosie”, „ruletka z duszeniem”, „zemdlenia”, „płaski wykres”, „zaciemnienie”, „kosmiczny kowboj”. Warto zwrócić uwagę na sygnały ostrzegawcze, mogące świadczyć o takich „zabawach”. Są to oznaki fizyczne (przekrwione oczy, podskórne wybroczyny punktowe na twarzy, różne czerwone ślady na twarzy) oraz inne nie tak „bezpośrednie” sygnały, tj. nawracające bóle głowy, oszołomienie osoby po okresie odosobnienia, zmiana ubioru (odzież zakrywająca szyję bez względu na aktualną pogodę)³⁵.

Uwarunkowania zachowań autoagresywnych

Wielość przyczyn samouszkodzeń, a przede wszystkim samobójstw podkreśla Store: „samobójstwo może być pojedynczym aktem, ale wypadki, impulsy i motywy, które powodują taki akt, są skomplikowane, liczne i nieznane”³⁶.

Walsh wskazuje na pięć wymiarów biopsychospołecznego modelu samouszkodzenia: środowiskowy, biologiczny, poznawczy, afektywny i behawioralny. Zastanawiając się nad etiologią tego zjawiska należy odwołać się do wzajemnych relacji między tymi wymiarami, a dla każdej osoby indywidualnie relacja ta jest inna³⁷.

Wymiar środowiskowy. Obejmuje trzy elementy: wydarzenia z przeszłości rodziny (np. nadużywanie substancji psychoaktywnych, samobójstwa oraz samouszkodzenia dokonywane przez członków rodziny, przemoc, choroba psychiczna); wydarzenia z przeszłości jednostki (np. „strata” rodzica w wyniku separacji, rozwodu, długotrwałego pobytu poza domem, śmierć rodzica, doświadczenie zaniedbania, wykorzystywanie fizyczne, seksualne i emocjonalne, a także częsta krytyka ze strony rodzica, unieważniające środowisko rodzinne); aktualne wydarzenia w środowisku (okoliczności z otoczenia jednostki prowokujące samouszkodzenie,

³⁴ Ibidem, s. 346-347.

³⁵ Ibidem, s. 348.

³⁶ D. Kubacka-Jasiecka, op. cit., s. 154.

³⁷ B. W. Walsh, op. cit., s. 82-83.

np. konflikt w związku, molestowanie przez partnera, doświadczenie straty, niepowodzenia w szkole, pracy).

Wymiar biologiczny. Zachodzi pewien związek między mniejszym poziomem serotoniny i samouszkodzeniami (Osuch i Payne, 2009; Sher i Stanley, 2009). Ponadto istnieje możliwość, iż osoby samouszkodzające się odczuwają przyjemność i/lub zmniejszenie dyskomfortu emocjonalnego (mózg uwalnia endorfiny – naturalne substancje opioidowe, hormony śmierci i szczęścia).

Wymiar poznawczy. Osoby dokonujące samouszkodzeń posiadają irracjonalne, samooskarżycielskie akty poznawcze, myśli wyrażające chęć bycia perfekcyjnym, co jest źródłem bólu psychicznego. Pojawiają się u nich myśli, obrazy i wspomnienia dotyczące przeżytej traumy.

Wymiar afektywny. Emocje powstają z pojawiających się wcześniej myśli i przekonań, które są u tych osób zniekształcone, samooskarżycielskie. Mają oni podatność do przeżywania silnych i długotrwałych emocji (np. złość, lęk, napięcie i smutek).

Wymiar behawioralny. Obejmuje on zauważalne działania poprzedzające samouszkodzenie, towarzyszące lub następujące po nim, np. izolacja, zachowania seksualne, nadużycie substancji psychoaktywnych, kłótnia z członkiem rodziny, poinformowanie innych o tym co zaszło, pójście spać po samouszkodzeniu, powrót do poprzednich zajęć. Behawioralne następstwa to istotne źródło informacji o przyczynach nawrotu tego zachowania³⁸.

Van der Kolk dowodzi, iż nawracające doświadczenia traumatyczne mają długotrwałe, fizjologiczne działanie, tzn. prowadzą do zmian chemicznych w mózgu. Natomiast czynniki biologiczne wpływają na zwiększenie podatności jednostki na oddziaływanie środowiska³⁹.

Wyczerpującej analizy czynników ryzyka samobójstwa dokonał Jarosław Stukan. Autor dzieli czynniki ryzyka samobójstwa na swoje – najsilniejsze i najistotniejsze w diagnozie ryzyka suicydalnego oraz nieswoiste – samodzielnie nie zwiększające zagrożenia, a korelujące z nim silniej lub słabiej.

Za najważniejsze czynniki swoje uważa: rodzinną tradycję suicydalną, historię poprzednich prób samobójczych, hierarchię myśli i zachowań samobójczych (aby mogły być uznane za prognostyczne, nie mogą mieć

³⁸ Ibidem, s. 82-95.

³⁹ Ibidem, op. cit., s. 95.

izolowanej postaci, a szczególną wskazówką jest współwystępowanie np. zaburzeń zachowania, osobowości, uzależnień), wskaźniki suicydalne (bezpośrednie – poznawcze i behawioralne oraz pośrednie – np. samookaleczenia, rodzinna tradycja suicydalna). Pozostałe to: ambiwalencja suicydalna (stan umysłu, w którym współwystępują chęć do życia stłumiona cierpieniem i chęć do śmierci); syndrom presuicydalny (stan psychiczny poprzedzający dokonanie samobójstwa), agresja hamowania i autoagresja (uczucia złości i gniewu wobec innych są tłumione i znajdują ujście „do wewnątrz” w postaci agresji wobec siebie) oraz fantazje samobójcze (stanowią zagrożenie, gdy przyjmują formę natrętnych rozmyślań oraz gdy krystalizują się w określoną metodę)⁴⁰.

Czynnikami nieswoistymi dla ryzyka samobójstwa, według J. Stukana, są czynniki kliniczne, czynniki biologiczne, psychologiczne i psychospołeczne, czynniki osobowościowe oraz czynniki specyficzne i stany umysłu.

Autor za najważniejsze predykatory samobójstwa, zaraz po czynnikach swoistych, uważa czynniki kliniczne. Do niosących bezwzględne ryzyko należą m.in. zaburzenia psychiczne i sytuacje kryzysowe, takie jak: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu, opiatów, kokainy, lotnych rozpuszczalników, kilku substancji psychoaktywnych; zaburzenia stresowe pourazowe PTSD, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, osobowość borderline, schizofrenia, a także przemoc wobec dziecka i przemoc w małżeństwie. Z kolei silnie skojarzone ryzyko niosą za sobą m.in. uporczywe zaburzenia urojeniowe, zaburzenia lękowe z napadami lęku, koszmary senne i osobowość dys socjalna⁴¹.

Pozostałe, czyli psychosocjalne i biologiczne czynniki ryzyka (autor wymienia tu również izolację więzienną) oraz czynniki specyficzne i stany umysłu, nie są samodzielnymi predyktorami ryzyka, a dopiero wtedy nabierają znaczenia, gdy w odpowiedzi na nie dochodzi do dekompenсации emocjonalnej i pojawienia się stanów klinicznych czy czynników swoistych (zaistnieje odpowiednie tło)⁴².

Wielu badaczy podejmowało problem uwarunkowań zachowań autoagresywnych osadzonych w warunkach izolacji penitencjarnej – L. Garmada, 1970; M. Kosewski, 1977; M. Szaszkiwicz, 1998; M. Kopciuch, 2000; M. Chojnacka, T. Karczewski, 2003; J. Stukan, 2008; A. Orzechowska i wsp., 2008; B.W. Walsh, 2014.

⁴⁰ J. Stukan, *Diagnoza Ryzyka Samobójstwa*, Prometeusz, Opole 2008, s. 301-305.

⁴¹ Ibidem, s. 307-311.

⁴² Ibidem, s. 312-313.

Interesujące badania prezentuje Dariusz Sarzała (przeprowadzone w Areszcie Śledczym Warszawa-Białoleka). Autor za najczęstsze przyczyny autoagresji więźniów uznaje: załamanie psychiczne, zaburzenia osobowości, brak kontaktów z rodziną, presja podkultury więziennej, problemy osobiste, wymuszenie na administracji jednostki penitencjarnej różnych korzystnych decyzji, przykre wiadomości dotyczące bliskich, zagrożenie ze strony współwięźniów, narastanie stresu więziennego⁴³.

Marian Kopciuch, badając czynniki sprzyjające dokonywaniu samobójstw przez osoby pozbawione wolności (na grupie 101 osób, które dokonały samobójstwa w latach 1995-1997), stwierdził, że na kształtowanie się zamiaru samobójczego ma wpływ wysoki wskaźnik patologizacji życia społecznego i rodzinnego (już od okresu dzieciństwa). Większość z grupy badanej, tj. 96,1%, miała stwierdzone zaburzenia osobowości i zaburzenia zachowania o różnej etiologii⁴⁴.

Natomiast badania pod kierunkiem Agaty Orzechowskiej (przeprowadzone w Zakładzie Karnym nr 2 w Łodzi na przełomie lat 2006-2007 na grupie 50 osadzonych) ukazały, że 52% osób samouszkodzających się pochodziło z rodzin niepełnych, 80% z badanych przebywało w więzieniu kolejny raz i w większości przypadków byli to osadzeni deklarujący przynależność do podkultury przestępczej – 92%. Najczęstszą i główną przyczyną samouszkodzeń, podawaną przez badanych, były różne zaburzenia emocjonalne (aż 60% badanych)⁴⁵.

Metodologia podjętych badań

Badanie przyczyn zachowań autoagresywnych przeprowadzono w 2017 r. na terenie Zakładu Karnego w Sztumie, przeznaczonego dla skazanych recydywistów. Dobór dotyczył osadzonych dokonujących w przeszłości samoagresji (ostatni raz w okresie do 2 lat poprzedzających badanie). Do badań nie kwalifikowano osób odbywających karę w systemie terapeutycznym w funkcjonującym tam oddziale dla skazanych

⁴³ D. Sarzała, op. cit., s. 209-214.

⁴⁴ M. Kopciuch, *Analiza przyczyn i uwarunkowań samobójstw dokonanych przez osoby pozbawione wolności w zakładach penitencjarnych w Polsce w latach 1995-1997*, cz. II, [w:] „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2001, nr 31, s. 54-55.

⁴⁵ A. Orzechowska i wsp., *Samouszkodzenia wśród więźniów a czynniki psychospołeczne*, [w:] „Suicydologia” 2008, t. IV, nr 1, s. 42-48.

z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo. Badaniami objęto 20 recydywistów. Byli to w większości mężczyźni w wieku od 21 do 45 lat – 85%, z wykształceniem głównie podstawowym i gimnazjalnym – 55%, pozostający poza związkiem małżeńskim – 90%.

Do próby badawczej skazani dobierani byli na podstawie informacji o odnotowanych w aktach osobopoznawczych, cz. B, zachowaniach autoagresywnych (samouszkodzeniach i zamachach samobójczych).

Określono następujące problemy badawcze:

- Jakie urazy psychiczne, trudne doświadczenia, sytuacje rodzinne z dzieciństwa wpływają na podejmowanie zachowań autoagresywnych przez badanych skazanych?
- Jakie zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania wpływają na dokonywanie aktów samoagresji przez badanych skazanych?
- Czy kumulacja negatywnych czynników ma znaczenie dla podejmowania autoagresji przez badanych?
- Czy ponowne odbywanie kary pozbawienia wolności ma znaczenie w reagowaniu autoagresją wśród badanych?
- Jaką rolę przy dokonywaniu aktów samoagresji **wśród badanych** odgrywa podkultura przestępcza?

Do badania zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i posłużono się opracowanym na potrzeby badań kwestionariuszem ankiety. Ankieta zawierała pytania dotyczące m.in. struktury rodziny (w której wychowywali się badani), trudnych doświadczeń z okresu dzieciństwa, więzi emocjonalnej z rodzicami lub opiekunami, postaw przyjmowanych przez rodziców lub opiekunów wobec nich, ewentualnych pobytów w placówkach wychowawczych i resocjalizacyjnych, związku aktów samoagresji z podkulturą przestępczą, zaburzeń psychicznych i zachowania.

Jako metodę uzupełniającą (weryfikującą) zastosowano analizę dokumentów. Analizowano teczki osobopoznawcze, cz. B (również archiwalne), w szczególności kuratorskie wywiady środowiskowe, wykazy informacji sądowych, opinie sądowo-psychiatryczne oraz psychologiczno-penitencjarne. Zebrane w ten sposób informacje uzupełniały dane pozyskane z ankiet.

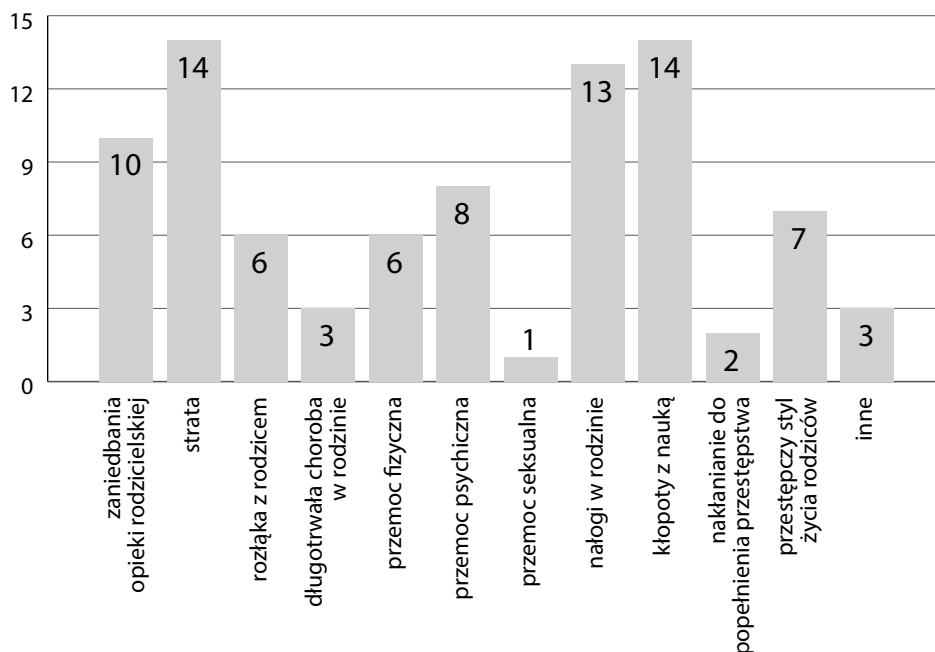
Prezentacja uzyskanych wyników

Jako sytuacje trudne i urazy wieku dziecięcego uznano te przejawy patologii rodzinnej i społecznej, które mają swoje uzasadnienie w literaturze przedmiotu.

Analiza wyników wykazała, że większość z badanych skazanych pochodzi z rodzin o różnym stopniu rozbicia – 65% całej populacji, a jedynie 35% było wychowywanych w rodzinie pełnej. Przy czym wśród tych 7 pełnych rodzin stanowiących 35% ogółu – w 6 z nich odnotowano oznaki patologizacji życia rodzinnego (m.in. przemoc psychiczną, przemoc fizyczną, nałogi czy przestępczy styl życia rodziców).

Następnym badanym elementem były trudne doświadczenia z okresu dzieciństwa – wyszczególniono ich 11 (patrz rysunek nr 1). Wśród badanej grupy wszyscy, czyli 100% skazanych, doświadczyło sytuacji trudnych w dzieciństwie, a w większości przypadków – u 17 osób (85%) – pojawiło się równocześnie 3 i więcej trudnych doświadczeń.

Rysunek nr 1. Sytuacje trudne w dzieciństwie badanych.



Źródło: badania własne.

Na zaniechania opieki rodzicielskiej wskazało 10 osób, czyli 50% ogółu, na długotrwałą chorobę w rodzinie – 3 osoby, tj. 15%, a na kłopoty z nauką 14 skazanych, czyli 70% badanych.

Na rozłąkę z rodzicem wskazało 6 osób (30%), w tym 4 osoby przez pobyt w więzieniu ojca (w jednym przypadku matki i ojca łącznie) i 1 osoba przez pobyt w więzieniu matki.

Przemocy fizycznej w dzieciństwie doświadczyło 6 osób, czyli 30% badanych (bicie, maltretowanie, stosowanie kar cielesnych, znęcanie się), a przemocy psychicznej 8 osób – 40%. W jednym z przypadków było to stosowanie przemocy fizycznej i psychicznej przez matkę i ojca, w innym zaś ojciec stosując kary cielesne bił również żonę na oczach dzieci. Inny z badanych podając przemoc fizyczną ze strony matki wskazał na bicie, znęcanie się, maltretowanie, stosowanie kar cielesnych (np. zakaz jedzenia i spania, długotrwałe „stanie w kącie” z ciężarkami w rękach, ranienie i bicie po głowie). Za dopuszczanie się tych zachowań matka została skazana i odbywała karę pozbawienia wolności. W tym przypadku przemoc stosowana była również przez rodzeństwo (do 14 r. ż. badanego) – poniżanie, obrażanie, wyśmiewanie. Na wykorzystywanie seksualne, molestowanie wskazała 1 osoba (5%).

Przestępczy styl życia rodziców występował w rodzinach u 7 badanych – co stanowi 35% ogółu. W czterech z tych przypadków to ojcowie (jak już wspomniano – w jednym przypadku matka i ojciec), a w piątym – matka, w konsekwencji odbywali kary pozbawienia wolności. Dwie osoby były w dzieciństwie nakłaniane do popełniania przestępstw, tj. 10% badanych, z czego w jednym przypadku występowała równolegle karalność rodzeństwa, a w drugim karalność ojca (pobyt w zakładzie karnym).

Tak zwanych „innych” sytuacji trudnych doświadczyły 3 osoby – 15% badanej populacji. Jedna osoba doświadczyła wstrząśnienia mózgu z utratą świadomości skutkującym pobytem w szpitalu, dwie pozostałe – karalności rodzeństwa.

Analizując sytuacje trudne w dzieciństwie zwracają uwagę problemy doświadczenia straty i nałogów w rodzinie pierwotnej osób badanych. Szczególnie, że nadużywanie czy uzależnienie od środków psychoaktywnych stanowi ważny czynnik ryzyka w rozwoju zaburzeń emocjonalnych i zachowania u dzieci, podejmowania przez nie problemowych zachowań w przyszłości. „Przynajmniej jedno na czworo dzieci rodziców alkoholików samo zostaje alkoholikiem (...). Nawet jeśli dziecko nie było werbowane

przez rodzica-alkoholika, w dorosłym życiu pozostaje szczególnie podatne na popadnięcie w alkoholizm⁴⁶.

Wśród badanej populacji skala występowania nałogów w rodzinie jest znacząca, dotyczy 13 badanych, czyli 65%.

Natomiast straty (śmierć osoby bliskiej, rozwód, separacja rodziców) doświadczyło 14 skazanych, tj. 70% badanych. W 10 przypadkach analiza akt ujawniła, że były to głębokie straty, ponieważ dotyczyły śmierci osób najbliższych. W pięciu rodzinach były to samobójstwa, w tym w trzech przez powieszenie. Jeden z badanych doświadczył podwójnej śmierci samobójczej (przez powieszenie się ojca i brata) oraz odebrania dwójki rodzeństwa do domu dziecka. Inny badany – potrójną śmierć: jednej siostry tuż po porodzie, drugiej w wyniku zaccadzenia oraz brata. Kolejny przeżył porzucenie przez rodziców oraz śmierć samobójczą babci i matki (przez powieszenie się). Pozostałe 4 przypadki straty dotyczyły rozwodu rodziców.

Analizując więzi emocjonalne z rodzicami badanych osób, na prawidłowe (dobry kontakt, wzajemne zrozumienie, szacunek, zainteresowanie) wskazało 11 skazanych (55% badanej populacji), jako zaburzone więzi (zbyt małe zainteresowanie dzieckiem, jego trudnościami i radościami) określiło 2 badanych (10%), a zdecydowanie negatywne więzi (brak zainteresowania, ignorowanie dziecka, traktowanie z obojętnością) wskazało 7 badanych, tj. 35%.

Wyniki te wykazują, że ponad połowa badanych skazanych wskazała na prawidłowe więzi z rodzicami w procesie wychowania – 55%, natomiast na nieprawidłowe więzi 45% badanych.

W ocenie postaw rodziców (opiekunów) wobec dziecka (badanego) na pozytywne postawy (wsparcie, akceptacja, miłość, wspólne spędzanie czasu) wskazało 6 badanych skazanych, co stanowi 30% ogółu. Jako nadmiernie wymagającą postawę rodziców (stała krytyka, niezadowolenie, brak zrozumienia, zbyt duże wymagania) oceniło 5 skazanych, czyli 25%. Nadmiernie chroniącą (przesadną opiekę, bezkrytyczność, stałe traktowanie jak dziecko) potwierdził 1 badany – 5%, unikające postawy (rodzice zajęci swoimi sprawami, kontakty minimalne z dzieckiem, niewielkie przejmowanie się dzieckiem) wskazało 2 badanych – 10%. Natomiast odtrącających postaw – braku akceptacji, chłodu uczuciowego, bardzo

⁴⁶ S. Forward, *Toksyczni rodzice*, Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa 1992, s. 63.

surowych kar, braku nagród – doświadczyło 6 osób, tj. 30% badanej populacji.

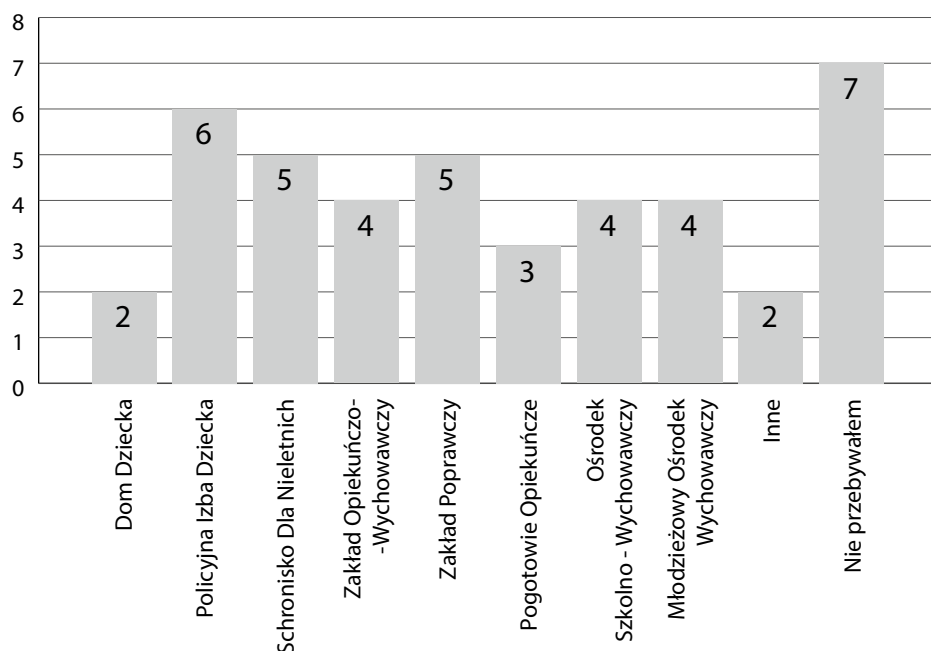
Okazuje się, że zdecydowana większość badanych doświadczyła w procesie wychowania niewłaściwych postaw rodzicielskich, tj. 14 osób (70%) ogółu, z kolei tylko 6 osób (30%) określiła je jako właściwe.

Trzeba zauważyć, że w przypadku badania oceny postaw rodziców wobec dzieci (w odbiorze samych badanych) i więzi dzieci z ich rodzicami (również w subiektywnym odczuciu badanych) wyniki, zdawałoby się, mogłyby być zupełnie inne, biorąc pod uwagę dokonaną analizę akt i składane deklaracje tychże skazanych dotyczące doświadczanych sytuacji trudnych w dzieciństwie.

Analiza akt ukazała, że spośród tych 11 badanych, którzy wskazali na prawidłowe więzi emocjonalne z rodzicami, 9 doświadczyło m.in. przemocy fizycznej, psychicznej, zaniedbań opieki rodzicielskiej, karalności w rodzinie czy nałogów (niewydolność wychowawcza, ograniczona władza rodzicielska); 5 zaś doświadczyło instytucjonalnych oddziaływań wychowawczych. Deklaracje badanych odnośnie trudnych sytuacji w dzieciństwie również to potwierdzają (wskazują na przejawy patologizacji życia rodzinnego).

Zebrany materiał badawczy pozwolił określić, że większość z badanych doświadczyła instytucjonalnych oddziaływań wychowawczych i resocjalizacyjnych, czyli 13 osób, co stanowi 65% ogółu. Zwraca uwagę fakt, że 9 z badanych przebywało w dwóch i więcej placówkach (jedna osoba w siedmiu).

Rysunek 2. Rodzaje placówek wychowawczych, w których przebywali badani.



Źródło: badania własne.

Analiza dostępnych materiałów ujawniła przy tym, że w grupie rodzin bez pobytu badanego w placówce (7 rodzin), w większości przypadków (w 6 rodzinach) występowały jednak różne sytuacje trudne i przejawy patologii życia rodzinnego, m.in. nałogi, przemoc fizyczna i psychiczna, zaniedbania opieki rodzicielskiej i kłopoty w nauce.

Trzeba podkreślić, że w zdecydowanej większości (poza oceną więzi emocjonalnych z rodzicami przez samych badanych) badane elementy, wskazujące na występującą patologię rodzinną i społeczną, występowały w znacznym natężeniu u osób badanych – każdy w co najmniej 65%, tzn. rozbitcie rodziny (65%), nałóg alkoholowy (65%), pobyt w placówkach wychowawczych (65%), niewłaściwe postawy rodzicielskie (70%), a różne inne trudne doświadczenia w dzieciństwie – aż w 100% ogółu badanej populacji. Wydaje się więc, że musi to mieć znaczenie w kształtowaniu się zachowań samoagresywnych wśród badanych skazanych.

Badanie wykazało, że u 20 osób (co stanowi 100% badanych) stwierdzono problemy ze zdrowiem psychicznym. Analiza wypełnionych

kwestionariuszy ankiet oraz analiza opinii sądowo-psychiatrycznych i psychologiczno-penitencjarnych pozwoliła ustalić rodzaje stwierdzonych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Najliczniejszą grupę wśród osób badanych stanowią osoby uzależnione (z zaburzeniami psychicznymi i zachowania spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych) – 17 osób, czyli 85% badanej populacji. Kolejną dominującą grupę tworzą osoby z zaburzeniami osobowości – 13 badanych, tj. 65%, wśród których 6 osób ma stwierdzoną osobowość dyssocjalną, 3 osoby charakteropatię, a w przypadku pozostałych 4 osób brak informacji o typie zaburzonej osobowości. Kolejnymi grupami są zaburzenia nerwicowe u 6 osób (30%) i zaburzenia nastroju (m.in. zaburzenia depresyjne) również u 6 osób (30%). Z kolei u 4 osób stwierdzono upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim, co stanowi 20% badanych. Wśród „innych” wymienionych przez 2 osoby (10%) są: zaburzenia psychotyczne okresowo w przebiegu uzależnienia od substancji psychoaktywnych i ADHD oraz zespół urojeniowy.

Wyłączając problem uzależnienia, aż u 19 osób stwierdzono inne zaburzenia psychiczne (osobowości, nerwicowe, nastroju, upośledzenie umysłowe, zespół urojeniowy), co stanowi 95% badanej populacji.

Badania pokazały, że różne stany kliniczne współwystępują ze sobą. Dotyczy to 17 badanych osób, czyli 85% i tylko w 3 przypadkach występują pojedyncze stany kliniczne (jest to odpowiednio u każdej z tych osób uzależnienie od alkoholu, zaburzenie osobowości, zespół urojeniowy). Bardzo wysoki odsetek współwystępowania ze sobą różnego rodzaju zaburzeń psychicznych i zachowania wskazuje na ogromne znaczenie tego zjawiska jako przyczyny występowania aktów samoagresji tych badanych.

Uzyskane wyniki badań ukazały, że 19 osób, czyli 95% badanej populacji, dokonywało samoagresji jeszcze przed osadzeniem w jednostce penitencjarnej, a tylko 1 osoba (5%) po raz pierwszy w życiu podjęła zachowanie samoagresywne w warunkach izolacji więziennej.

Pozyskany materiał badawczy wskazał, że 6 z badanych (30% badanej populacji) już podczas odbywania kary pozbawienia wolności po raz pierwszy dokonało samoagresji, natomiast 14 osób (co stanowi 70%) zdecydowało się na podejmowanie tych zachowań w trakcie kolejnych pobyków w izolacji (wśród tej grupy znalazł się skazany, który nie podejmował autoagresji przed osadzeniem, natomiast podjął ją w trakcie trzeciego pobytu w izolacji).

Zdecydowana większość osób zanim odbyła karę pozbawienia wolności po raz pierwszy (95% badanych) miała już za sobą doświadczenie dokonywania autoagresji. Część z tej grupy badanych, tj. 6 z nich (ok. 31,6%) reagowało autoagresywnie od pierwszego pobytu w izolacji, z kolei 13 z badanych (ok. 68,4%) dalej reagowało w ten sposób (tak jak przed osadzeniem) dopiero w trakcie kolejnych pobytów w warunkach izolacji – nie za pierwszym pobytym (6 osób za drugim pobytym, 3 osoby za trzecim razem, 2 osoby za czwartym, 1 osoba za piątym oraz 1 za szóstym pobytym w ZK).

Jak wskazuje powyższa analiza fakt wielokrotnego pobytu w izolacji może mieć znaczenie dla reagowania samoagresją wśród badanych. Na tę ocenę ma wpływ również to, że pomimo doświadczenia autoagresji u większości przed pierwszym osadzeniem, wielu z nich dokonywało samoagresywnych aktów odbywając karę pozbawienia wolności po raz kolejny (mimo że „weszli” z tym wzorcem reagowania, to „odtwarzali”, „uruchamiali” go w późniejszych pobytach).

Zebrany materiał badawczy ukazuje, że wśród badanej grupy tylko 1 skazany, co stanowi 5% ogółu, deklaruje przynależność do podkultury przestępczej.

Badani, określając związek dokonywanych aktów samoagresji z podkulturą przestępczą (więzienną), wskazali w 70% (14 osób), że nie było żadnego powiązania. Natomiast 30%, tj. 6 osób wskazało na ten związek, z czego 3 osoby (50% tej grupy) zadeklarowały, iż zachowania autoagresywne wynikały z presji podkulturowej, czyli jej zasad, wobec nich stosowanych. Pozostałe 3 osoby (50%) określiły, że działo się to w powiązaniu ze stosowaniem przez nich norm i zasad tejże podkultury (jeden badany wskazał swoją aktualną przynależność, dwaj pozostali przynależeli do podkultury w przeszłości).

Powyższe wyniki pokazują, że w przypadku zachowań samoagresywnych badanych osób zjawisko podkultury przestępczej odgrywa niewielką rolę.

Podsumowanie

W etiologii autoagresji osadzonych mają znaczenie trudne doświadczenia z dzieciństwa. Badania ujawniły, że wszyscy (100% badanej populacji)

doświadczyli sytuacji trudnych w dzieciństwie, a w 85% pojawiło się równocześnie trzy i więcej trudnych doświadczeń.

W znacznym stopniu u osób badanych wystąpiły w procesie wychowania niewłaściwe postawy rodzicielskie u 70%, przemocy fizycznej doświadczyło w dzieciństwie 30% badanych, a psychicznej 40%.

Wśród badanej populacji skala występowania nałogów w rodzinie jest znacząca i wynosi 65%. Większość doświadczyła również w takiej skali (65%) instytucjonalnych oddziaływań wychowawczych, przebywała w różnych placówkach wychowawczych oraz resocjalizacyjnych.

Również większa część osób pochodzi z rodzin o różnym stopniu rozbicia (65%), a straty w dzieciństwie doświadczyło 70% badanych, przy czym w 50% ogółu były to głębokie straty, dotyczące śmierci osób najbliższych.

Znaczna część skazanych dokonujących samoagresji jest uzależniona od środków psychoaktywnych (85% badanej populacji), cierpi na zaburzenia osobowości (65%) oraz zaburzenia nerwicowe i nastroju (które wystąpiły w podobnej do siebie skali – po 30%). Badanie wykazało, że wszystkie osoby w nim uczestniczące miały stwierdzone problemy ze zdrowiem psychicznym. Znaczące jest, że u 85% badanych różne stany kliniczne współwystępowały ze sobą.

Fakt ponownego odbywania kary pozbawienia wolności ma znaczenie w reagowaniu autoagresją, gdyż na podejmowanie takich zachowań, nie w pierwszym, a w trakcie drugiego i kolejnych pobytów w warunkach izolacji zdecydowało się 70% badanych.

Przy czym badania ukazały, że 95% badanej populacji, dokonywało samoagresji jeszcze przed pierwszym osadzeniem.

Zjawisko podkultury przestępczej odgrywa niewielką rolę przy dokonywaniu aktów autoagresji, gdyż wśród badanej grupy przynależność do podkultury przestępczej dotyczyła 5% ogółu badanych, a w 70% wyniki wskazały na brak powiązania ze zjawiskiem podkultury.

Przeprowadzone badania pozwalają na ustalenie znacznego stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia autoagresji skazanych w przypadkach, w których występują poniższe czynniki:

- 1) wysoki wskaźnik patologii rodzinnej i społecznej w dzieciństwie, czyli rozbiecie rodziny, niewłaściwe postawy rodzicielskie wobec dzieci, pobyty w placówkach wychowawczych lub resocjalizacyjnych, doświadczenie różnych sytuacji trudnych, a przede

- wszystkim głębokiej straty i nałogu w rodzinie; duże znaczenie ma kumulacja wymienionych sytuacji, negatywnych czynników;
- 2) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, w szczególności uzależnienie od środków psychoaktywnych i zaburzenia osobowości; duże znaczenie ma współwystępowanie różnych stanów klinicznych;
 - 3) odbywanie kary pozbawienia wolności po raz kolejny.

Powyższe czynniki ryzyka pozwalają na opracowanie profili osób mogących podejmować akty samoagresji i na rozpoznanie sytuacji wysokiego ryzyka w celu dalszego ograniczania liczby tych zachowań, a także zapobiegania im wśród osadzonych.

K.L. Appelbaum wskazuje, że czasami pojawiają się wątpliwości i konflikty dotyczące tego, czy samouszkodzenie jest problemem psychiatrycznym czy też bezpieczeństwa. Określa, że wszystkie przypadki wymagają wspólnego, stałego działania pracowników opieki medycznej, działu penitencjarnego, jak i samych strażników. Chodzi tu o wzajemne uzupełnianie się, dzielenie odpowiedzialności i wrażliwość w pracy. „Kiedy dochodzi do podziałów i rozłamów, interwencje raczej nie mają sensu powodzenia.”⁴⁷

Aby profesjonalnie spojrzeć na ten problem i pomagać, personel musi uwolnić się od etykietyzowania (więźniowie jako „manipulatorzy”) i różnych błędnych przekonań na temat samouszkodzania się osadzonych, na temat motywacji podejmowania tych zachowań oraz na temat samej relacji w kontakcie ze sobą („jeśli ugoda jest postrzegana jako kapitulacja, profesjonalne spojrzenie na problem przestaje istnieć”⁴⁸). Gdy postępowanie osadzonego określone jest jako manipulacja, to relacja staje się nacechowana wrogością, a on sam odbierany jest jako uciążliwy, koniunkturalny i trudny (pojawia się duży ładunek emocjonalny po obu stronach).

Warto jednak założyć, że osadzeni czasami dokonują samouszkodzeń, ponieważ nie dostrzegają innych możliwości. Trzeba przyjąć, że decyzję o samouszkodzeniu wywołał również pewien dyskomfort. To założenie jest o wiele bardziej otwierające. Należy zrozumieć (poznać źródła dyskomfortu i osobiste cele osadzonego) i zaakceptować motywę działania.

⁴⁷ K.L. Appelbaum, op. cit., s. 372.

⁴⁸ Ibidem, s. 373.

Wszelkie plany oddziaływań i interwencji powinny być zindywidualizowane. Interesującym jest, że w Stanach Zjednoczonych tworzone są specjalne oddziały terapeutyczne dla więźniów dokonujących samouszkodzeń⁴⁹.

„Być przytłoczonym wstydem i upokorzeniem to doznać zniszczenia poczucia własnej wartości i szacunku dla siebie, a bez pewnego minimum poczucia własnej wartości i szacunku dla siebie załamuje się jaźń i umiera dusza”⁵⁰.

⁴⁹ Ibidem.

⁵⁰ J. Gilligan, op. cit., s. 62.

Bibliografia

- Appelbaum K.L., *Samouszkodzenia w instytucjach penitencjarnych*, [w:] Walsh B.W., *Terapia samouszkodzeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Babiker G., Arnold L., *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Bielicki E., *Psychospołeczne uwarunkowania samobójstw dokonanych. Studium oparte na badaniach przeprowadzonych w województwie bydgoskim i obejmujących lata 1970-1974*, Wydawnictwo Uczelniane WSP w Bydgoszczy, Bydgoszcz 1978.
- Brausch A.M., *Ryzykowne zachowania spowodowane asfiksją („zabawa” w duszenie się)*, [w:] Walsh B.W., *Terapia samouszkodzeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Durkheim E., *Samobójstwo*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2006.
- Forward S., *Toksyczni rodzice*, Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa 1992.
- Gilligan J., *Wstyd i przemoc. Refleksje nad śmiertelną epidemią*, Media Rodzina, Poznań 2001.
- Hołyst B., *Suicydologia*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002.
- Jarosz M., *Samobójstwo. Ucieczka przegranych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Kolarczyk T., *Zapobieganie samobójstwom osób pozbawionych wolności*, [w:] „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1993, nr 4-5.
- Kopciuch M., *Analiza przyczyn i uwarunkowań samobójstw dokonanych przez osoby pozbawione wolności w zakładach penitencjarnych w Polsce w latach 1995-1997, cz. II*, [w:] „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2001, nr 31.
- Kosewski M., *Agresywni przestępcy*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1977.
- Kubacka-Jasiecka D., *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń JA*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Orzechowska A. i wsp., *Samouszkodzenia wśród więźniów a czynniki psychospołeczne*, [w:] „Suicydologia” 2008, t. IV, nr 1.
- Ringel E., *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Wydawnictwo Glob, Szczecin 1987.
- Sarzała D., *Autoagresja w zakładach karnych (przyczyny i profilaktyka)*, [w:] Naukowe Forum Pedagogów Olsztyńskiej Szkoły Wyższej im. Józefa Rusieckiego. Przekraczanie kręgu zagubionego człowieczeństwa na resocjalizacyjnej niwie, red. Przybyliński S., t. IV, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
- Słownik wyrazów obcych PWN*, red. nauk. Tokarski J., PWN, Warszawa 1978.
- Stukan J., *Diagnoza Ryzyka Samobójstwa*, Prometeusz, Opole 2008.

Szaszkiewicz M., *Samoagresja wśród więźniów*, [w:] *Problemy współczesnej patologii społecznej*, red. Urban B., Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998.

Walsh B.W., *Terapia samouszkodzeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

Wycisk J., *Samouszkodzenia umiarkowane – charakterystyka zjawiska*, [w:] *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*, red. Suchańska A., Wycisk J., Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006.

