

AUTOAGRESJA. O czym trzeba wiedzieć

**Broszura dla rodziców
i specjalistów**



Historie młodych osób dokonujących samouszkodzeń niesamobójczych

Wiktorija, 14 lat

„Zmagalam się z depresją i atakami lękowymi. Kiedy czułam się smutna, opuszczona, zrezygnowana, to zaczynałam się okaleczać. Na początku nie wyglądało to groźnie, na przykład wbijałam sobie paznokcie w skórę, gryzłam się do krwi czy też kopałam nogą w ścianę. Pomimo terapii autoagresja pogłębiała się. Zaczęłam wtedy jeszcze mocniej się ranić. Uderzałam się coraz mocniej, nie raz sięgnęłam po szkło. Niemal doszło do tragedii, jednak nie odpuszczałam. Przy samookaleczeniu, mimo bólu, czułam się lepiej. Dzięki temu myśli kierowały się ku bólowi fizycznemu. Pomagało mi to zapomnieć choć na chwilę, dawało też swego rodzaju satysfakcję. Mimo terapii i częściowego wyjścia z depresji, autoagresja wraca przy momentach rezygnacji, smutku czy bezsilności.

Okaleczanie się jest często jedynym uzewnętrznieniem problemu. Tak było w moim przypadku. Wiele osób ma poważny problem. Nie wszyscy są na tyle silni, żeby znosić ból psychiczny, który często jest dużo gorszy niż ból fizyczny. Często przełożenie tego, co boli w środku na to, co boli na zewnątrz, jest dużo prostsze i przyjemniejsze.”

Daniel, 16 lat

„Więc dlaczego to robię? W 2017 roku straciłem dom i wtedy się załamalem. Chwilę przed tym zmieniłem szkołę ze względu na nękanie w poprzedniej, więc to też miało wpływ. Żadnych przyjaciół. Tylko całymi dniami siedziałem sam w domu. Po utracie mojego domu jeszcze bardziej się załamalem i musiałem sobie jakoś poradzić, aby rodzicom nie dowalić problemów. Cały czas towarzyszył mi taki wewnętrzny ból, którego nie umiałem się pozbyć. Gdy się nasilał, to chciałem jakoś rozładować emocje i tu się pojawiło samookaleczanie. Mój ból wewnętrzny nie ustawał, a problemów było coraz więcej, więc też coraz częściej to robiłem. To mi dawało tyle, że na kilka minut zapomniałem o tym bólu psychicznym. Zaczynałem czuć ból fizyczny, który był dla mnie lepszy niż tamten i to był jakkolwiek sposób, aby nie myśleć o problemach. Podczas tego o niczym nie myślałem. Patrzyłem na krew i ona mnie hipnotyzowała. Tak samo oparzenia, itp. Całą moją uwagę zabierała rana. Z tego udało mi się wyjść przy pomocy psychiatry, ale

potem doszła transpłciowość. Wtedy już zadawałem sobie ból, bo twierdziłem, że nie jestem normalny i na to wszystko zasługuję. To była zwykła nienawiść do mojego ciała i myślałem, że w taki sposób zacznę być „normalny”. Teraz robię to jeszcze czasami, gdy nie umiem wytrzymać ze swoim ciałem lub z ze swoimi problemami. Nadal mam problemy, ale znalazłem osobę, na której mi zależy, a jej na mnie i dzięki temu też jakoś lepiej funkcjonuję. Staram się znaleźć jwakiś zastępstwa na samookaleczania, ale jest to ciężkie. Robię to kilka razy na miesiąc, ale powoli z tego wychodzę.

To jest poważny problem i nie powinno się go kwestionować. Każdy ma inną psychikę i każdy inaczej sobie radzi z problemami. To może być dla kogoś błaha i niezrozumiała, ale skoro ktoś sobie robi przez to krzywdę, to chyba trzeba jakoś zareagować. To nie jest żadna faza, która szybko mija. To jest poważne uzależnienie, którego konsekwencje mogą być tragiczne. Takim osobom trzeba pomóc, najlepiej nie na własną rękę, a bardziej zaprowadzić do specjalisty, bo niestety my sami nie jesteśmy w stanie za dużo zrobić.”

Dominika, 24 lata

„Pierwszych samookaleczeń dokonałam tak naprawdę w wieku 21 lat, podczas silnych stanów derealizacji i depersonalizacji – nie wiedziałam wówczas, że ten stan się tak nazywa. Jednak lekarka wyjaśniła mi, że było to związane z depresją w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Odczuwałam wszechobecny bałagan, czułam jak wychodzę ze swojego ciała i jestem czymś zupełnie innym, że należę do innego świata. Bałam się. Wydawało mi się, że potrzebowałam „uszczypnięcia”, by się wyrwać z tego marazmu. Wielokrotnie, po przekroczeniu tej granicy, samookaleczeń dokonywałam również w afekcie. Gdy mnie coś bardzo mocno zdenerwuje, albo raczej gdy ja się bardzo mocno na coś zdenerwuję. Nie potrafię jednak nic więcej o tym opowiedzieć, bo robię to bardzo impulsywnie i absolutnie bezrefleksyjnie. Jakby krzyk i płacz to było za mało...”

Samo robienie sobie krzywdy wynika raczej z tego, że ktoś ma problem z poradzeniem sobie z emocjami, z odbiorem rzeczywistości i akceptacją jej. Zdarzają się osoby, które wykorzystują samookaleczanie do manipulacji i szantażu, ale nawet one są tego najczęściej nieświadome. W obydwu przypadkach potrzebna jest terapia, a nie hasło „ogarnij się”.

Magda, 19 lat

„Również ja należę do grona tych osób. Samookaleczałam się. Dlaczego? Zadanie sobie bólu było ukaraniem się, wyładowaniem złości, próbą pocucia czegośkolwiek. Chciałam czuć cokolwiek, wszystko oprócz tego tępego bólu w środku. Momentami, gdy było źle, gdy jakiś nieznany ciężar zaczął dotykać moich pleców, wtedy gdy zaczynałam się trząść, gdy dostawałam ataków paniki i rozpacz, w głowie zawsze miałam „wyjście awaryjne”. A było nim samookaleczenie. Było to próbą ustabilizowania emocji i chaosu w głowie. Czułam ulgę, a wręcz i przyjemność. Wiedziałam, że nie powinnam tego robić, ale widok późniejszych blizn działał na mnie kojąco. Gdy coś kogoś swędzi, odruchem jest podrapanie się. Mnie również swędziało na skórze i w środku. Chciałam się podrapać i drapałam, tylko nie dłonią, a ostrzejszym przedmiotem, chciałam podrapać się w środku. Autoagresja jest oznaką słabości, z którą sobie jeszcze czasem nie radzę. Samookaleczałam się. Więcej grzechów nie pamiętam...”



W Polsce samouszkodzenia są wciąż tematem, o którym mówimy bardzo niewiele. W społeczeństwie wzrasta świadomość depresji, zachowań samobójczych czy występowania zaburzeń odżywiania się, jednak temat samookaleczeń praktycznie nie istnieje, poza świadomością osób, które bezpośrednio się z nim zetknęły.

A jest o czym mówić: według polskich badań z 2015 roku samookalecza się aż 8% młodzieży w szkołach ponadpodstawowych (13-19 lat), z czego najczęściej zjawisko to dotyczy osób w wieku 15 lat (prawie 15%). Badania pokazują, że samouszkodzeń dokonują dzieci już w wieku zaledwie 3 lat! Na świecie częstość występowania tego problemu szacuje się na 4% - 21%, a co najmniej 5% osób dokonujących samookaleczeń popełnia w końcu samobójstwo.

Liczba młodych ludzi dokonujących samookaleczeń stale wzrasta. Może się okazać, że jedną z takich młodych osób może być nasze dziecko, dziecko naszych przyjaciół czy nasz uczeń.

Gdy ktoś dowiaduje się, że jego dziecko się samookalecza, może zareagować na różne sposoby. Niektórzy mogą poczuć ogromne przerażenie i lęk, inni się zezłością i zaczną krzyczeć na dziecko. Takiej osobie może towarzyszyć poczucie obrzydzenia, szczególnie jeśli rany są głębokie lub rozległe lub jest ich po prostu dużo. Może pojawić się obwinianie (dziecka, partnera, szkoły), ale również obwinianie siebie i pytania: „Czy to moja wina?”, „Co zrobiliśmy źle?”. W takiej sytuacji warto powstrzymać takie pytania i zastanowić się: „Co się takiego stało (lub dzieje) w życiu dziecka, że ono to robi?”, „Co mogło do tego doprowadzić?”, a co najważniejsze: „Jak mogę mu pomóc?”. Umiejętne i odpowiednie reagowanie w takiej sytuacji jest niezwykle ważne.

Wszystkich zainteresowanych odpowiedziami na powyższe pytania, zapraszamy do udziału w BEZPŁATNYCH grupach wsparcia dla rodziców i opiekunów dzieci przejawiających zachowania autodestrukcyjne prowadzonych w Fundacji Zobacz... JESTEM.

Zadaniem niniejszej broszury jest wyposażenie Was w wiedzę - Waszą najważniejszą (po)moc - o tym, czym są samouszkodzenia, jakie pełnią funkcje, jak rozmawiać z dzieckiem, jak je wesprzeć, jak zadbać o siebie, i wiele innych.

Zapraszamy Was do lektury.

Definicje, znaczenia i cele

Autoagresja to działanie lub szereg działań mających na celu spowodowanie samemu (samej) sobie psychicznej albo fizycznej szkody.

Autoagresję możemy podzielić na kilka typów:

- bezpośrednią,
 - pośrednią,
- a także:
- werbalną – polegającą na zaniżaniu własnej samooceny, samooskarżaniu się, obarczaniu się winą i samokrytyce,
 - niewerbalną – w której pojawiają się samookaleczenia i uszkodzanie ciała

Zachowania autoagresywne nie są domeną adolescentów, mogą pojawiać się już w wieku niemowlęcym pod postacią uderzania głową o ścianę lub twarde przedmioty, wrywania sobie włosów, ssania kciuka, gwałtownego obracania głową na boki, drapania się. Powodem występowania takich zachowań u dziecka jest zwykle nieumiejętność rozładowania napięcia emocjonalnego związanego, np. ze złością, smutkiem lub bólem fizycznym, pojawiającym się, np. w trakcie ząbkowania. Maluch szuka sposobów, dzięki którym się uspokaja – a mając „pod ręką” tylko własne ciało, wykorzystuje je do tego.

Autoagresja odnosi się bowiem do szerokiego spektrum intencjonalnych i różnorodnych zachowań, które mogą zagrażać zdrowiu lub życiu. Zachowania te różnią się m.in. pod względem: szkodliwości, intencjonalności, świadomości, powszechności, kulturowego przyzwolenia oraz dystansu do dokonywanych samookaleczeń i możliwości potęczenia działania z jego konsekwencjami.

Bezpośrednie zachowania autoagresywne to takie, które wiążą się z uszkodzeniem ciała. Zamiar, który temu towarzyszy, jest zwykle jasny, a wyrządzona krzywda jest natychmiastowa, np.

- przecinanie, przypalanie, nakłuwanie skóry,
- uderzanie się,
- rozdrapywanie ran,
- wrywanie włosów,

- okaleczenia ciała, twarzy, genitaliów,
- ciężkie okaleczenia, które wymagają założenia licznych szwów.

Pośrednie zachowania autoagresywne to takie, których skutki kumulują się i częściej są odroczone w czasie niż natychmiastowe, np.

- nadużywanie alkoholu, narkotyków, dopalaczy oraz innych substancji psychoaktywnych (pod różnymi postaciami),
- nadużywanie lub niewłaściwe przyjmowanie leków, np. insuliny, środków przeczyszczających lub moczopędnych,
- zaburzenia odżywiania się (anoreksja, bulimia, kompulsywne objadanie się),
- podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych,
- podejmowanie innych ryzykownych zachowań (np. chodzenie wysoko po dachu bez żadnych zabezpieczeń, przechodzenie między szybko jadącymi autami),
- prowokowanie innych osób do agresji skierowanej na siebie.

Pośrednie zachowania autoagresywne pod postacią prowokowania innych osób do agresji skierowanej na siebie mogą przejawiać się w prowokowaniu przez dziecko agresywnych zachowań rodzica względem siebie lub prowokowaniu grupy rówieśniczej do stosowania przemocy fizycznej lub psychicznej.

Należy mieć na uwadze, że przedstawione powyżej przykłady bezpośrednich i pośrednich zachowań autoagresywnych nie wyczerpują w pełni tego zagadnienia.

Autoagresja może pojawiać się w przebiegu różnych chorób (np. autyzmu).

W niniejszej broszurze chcemy skupić się na samouszkodzeniach czyli bezpośredniej i niewerbalnej formie autoagresji. Fachowo nazywamy je samouszkodzeniami niesamobójczymi.

- Samouszkodzenia niesamobójcze są zamierzone, umyślne i nieprzypadkowe czyli intencjonalne.
- Osoba sama dokonuje samouszkodzeń, bez pomocy innych osób, tzn. że sama np. nacina sobie skórę, a nie prosi o to inną osobę (zdarzają się przypadki grupowych samookaleczeń).
- Podejmowane czynności nie są akceptowane społeczne, nie znajdują aprobaty w środowisku kulturowym. Nie nazwiemy samouszkodzeniem niesamobójczym zachowania, którego celem jest upiększenie ciała, ale które łączy się z bólem: jak tatuaże, piercing czy depilacja).

Danemu zachowaniu nie towarzyszy intencja odebrania sobie życia (tzn. dokonując samouszkodzeń osoba chce zadać sobie ból, uszkodzić ciało, nie chce jednak umrzeć od zadanych sobie ran).

Do samouszkodzenia dochodzi najczęściej dlatego, że działanie to modyfikuje i zmniejsza dyskomfort psychiczny. Jego skuteczność jest znaczna i natychmiastowa. Z tych powodów zachowanie to bywa często powtarzane. Naturalne wzmocnienia powodują, że mechanizmy radzenia sobie z napięciem i stresem poprzez autoagresję utrwalają się.

Podsumowując

Samouszkodzenia niesamobójcze to świadoma i zamierzona metoda redukcji cierpienia psychicznego. Mogą przynosić ulgę od trudnych do zniesienia emocji i napięcia, np. smutku, cierpienia, złości, uczucia samotności i poczucia bezradności.



Źródła i funkcje samouszkodzeń

Trudno określić etiologię samouszkodzeń. Podobnie jak w przypadku wielu problemów emocjonalnych trudno wskazać jedną przyczynę, która sprawia, że u danej osoby pojawiają się samouszkodzenia. Zachowanie to możemy rozpatrywać w kontekście pięciu wzajemnie powiązanych czynników ryzyka: środowiskowego, biologicznego, poznawczego, afektywnego i behawioralnego. Wymiar środowiskowy to sytuacje trudne w życiu dziecka pojawiające się we wczesnym dzieciństwie, zwłaszcza powiązane ze skrajnie trudnymi i stresującymi przeżyciami, np.: przemoc seksualna i/lub fizyczna, opuszczenie, zaniedbanie opieki, nadużycia emocjonalne, brak komunikacji w rodzinie, choroba rodzica fizyczna lub psychiczna, uzależnienia (alkoholizm, narkomania, hazard) lub te związane z brakiem wsparcia ze strony rodziny i środowiska, z nadmiernie wygórowanymi oczekiwaniami w domu i szkole, ze znęcaniem się i odrzuceniem ze strony rówieśników, z poczuciem odmienności, strachem przed własną tożsamością seksualną czy doświadczeniem braku tolerancji, wpływają negatywnie na rozwój dziecka i kształtowanie się jego osobowości. Czynniki zaburzające rozwój, ale także brak czynników ten rozwój wspierających, niosą za sobą wiele skutków, np. brak umiejętności regulowania emocji, co w konsekwencji może prowadzić do strategii regulacji emocji opartej na autoagresji. W wymiarze poznawczym to skłonność do zniekształceń poznawczych, niewielkie poczucie sprawstwa, samooskarżanie. Musicie pamiętać i mieć świadomość, że każde dziecko jest inne i dysponuje różnym repertuarem czynników chroniących i czynników obciążających, tzw. spustowych. To, co dla jednych będzie rozpatrywane w kategoriach "tylko" stresu, dla innej młodej osoby może być ciężarem nie do zniesienia.

Samouszkodzenia niesamobójcze pełnią różne funkcje i mogą zaspokajać różne potrzeby.

Możemy starać się wyjaśniać/rozumieć, dlaczego dana osoba decyduje się na takie zachowanie i co w rezultacie z niego czerpie.

W wielu przypadkach zachowania autoagresywne służą **rozładowaniu trudnych emocji** (np. lęku, gniewu, frustracji), z którymi przeżywająca je osoba nie jest w stanie sobie poradzić. Poprzez samouszkodzenia jednostka daje sobie możliwość wyrażenia i rozładowania emocji, których odzwierciedleniem jest rana fizyczna. W niektórych przypadkach jest to jedyna dostępna strategia radzenia

sobie z trudnymi emocjami i cierpieniem emocjonalnym.

Samouszkodzenia niesamobójcze mogą służyć **zwiększeniu poczucia kontroli i autonomii**. Dzieje się tak w przypadku osób, które mają wysoką potrzebę sprawowania kontroli oraz manifestowania swojej niezależności w kwestiach związanych z samym sobą oraz otaczającym ich światem.

Zadawanie sobie ran może być związane z **karaniem własnej osoby**. Przyczynia się do tego silnie odczuwane poczucie winy oraz wstydu, które związane jest z przypisywaniem sobie odpowiedzialności za zaistniałe trudne doświadczenie, np. pojawiającą się w okresie dorastania niepewność wobec własnej tożsamości płciowej czy orientacji seksualnej. Ukaranie siebie samego w założeniu ma być formą pokuty i w rezultacie prowadzić do uwolnienia się od nieprzyjemnych emocji.

Samouszkodzenie własnego ciała może stwarzać okazje do zaopiekowania się sobą i wejścia w rolę osoby uprawnionej do troski i opieki. Bez względu na to, czy towarzyszy temu ból fizyczny, dana osoba czuje, że przeżyła coś, przez co „zastępuje” na opiekę.

Samouszkodzenia mogą stanowić **próbę nawiązania kontaktu z innymi ludźmi**. Dzieje się tak w sytuacji, kiedy jednostka mimo chęci przekazania komuś jakiegoś komunikatu, czuje się niezdolna do wypowiedzenia tego wprost, bądź towarzyszy jej przekonanie, że nawet jeżeli coś powie, to i tak nic przez to nie osiągnie, np. dlatego, że jej komunikat zostanie zbagatelizowany lub zignorowany. Zadawanie sobie ran w tym przypadku może być próbą zakomunikowania, że coś jest nie tak, w nadziei na to, że ktoś zechce tego wysłuchać.

Zachowania autoagresywne mogą **służyć wywieraniu wpływu na innych**. Osoba postępująca w ten sposób kieruje się oczekiwaniem, że dzięki temu uda się jej przekonać innych, aby zrobili coś dla niej. Często zachowania takie obserwowane są u osób, które mają trudności ze zwracaniem się wprost o pomoc.

Podsumowując

Trzeba podkreślić, że u źródła samouszkodzeń ciała leżą pewne specyficzne doświadczenia, z którymi człowiek nie jest w stanie sam sobie poradzić. Faktem jest również, że samouszkodzenia są zachowaniami, które służą różnorodnym i złożonym celom w życiu jednostki, w związku z czym niełatwo je wyeliminować i zastąpić innymi sposobami radzenia sobie z doświadczanymi trudnościami.

W kontaktach międzyludzkich mogą pełnić funkcję komunikowania cierpienia,

wywierania wpływu na innych (aby zmienili swoje zachowanie), demonstrowania odwagi i wytrzymałości.



Czy istnieje związek między samouszkodzeniami a próbami samobójczymi?

Odpowiedź na to pytanie jest złożona. Pomimo, że samouszkodzenia istotnie różnią się od samobójstwa, są one zarazem istotnym czynnikiem ryzyka podjęcia próby samobójczej. Badania wskazują, że u osób samookaleczających się notuje się aż o 30% więcej samobójstw niż w populacji ogólnej.

Zdaniem Thomas Joiner istnieją trzy konieczne i/lub wystarczające warunki do popełnienia samobójstwa, które łączą się z samouszkodzeniami. Są to:

- **nawyk znoszenia bólu**

Młodzi ludzie, którzy się okaleczają, przyzwyczajają się do doznawania bólu, osważają się z widokiem krwi, eksperymentują z różnymi sposobami zadawania sobie ran i używanymi w tym celu narzędziami.

- **subiektywne poczucie nieudolności i bycia ciężarem dla innych**

Na przykład w przebiegu depresji może pojawiać się nieuzasadnione poczucie winy, np. zaniżam średnią ocen w mojej klasie, poczucie bycia ciężarem, np. dla rodziny, przekonanie o tym, że nic dobrego mnie nie czeka i nic nie jestem wart/a, nic nie potrafię.

- **niezaspokojona potrzeba przynależności**

Poczucie wyobcowania z grona innych ludzi i niezaspokojenie tej podstawowej ludzkiej potrzeby przynależności zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa.

Podsumowując

Jeżeli autoagresja się powtarza, środowisko nie reaguje (i/lub a próbuje zachowanie) a poziom cierpienia osoby nie maleje, ryzyko samobójstwa rośnie. Może ono wydawać się jedynym sposobem wyjścia z istniejącej sytuacji. Podobnie ryzyko samobójstwa u osoby samookaleczającej się rośnie w momencie, kiedy samouszkodzenia przestaną być skuteczne jako sposób regulowania emocji i cierpienia.

W tabeli nr 1.1, którą w niniejszej broszurze umieszczamy za zgodą Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego, chcemy pokazać Wam różnicę między samouszkodzeniami a zachowaniami suicydalnymi.

Tabela 1.1 Różnice między próbą samobójczą a samouszkodzeniem

Wybrany aspekt oceny	Próba samobójcza	Samouszkodzenie
Jaki był ujawniony lub nieujawniony zamiar towarzyszący zachowaniu?	Ucieczka od bólu; trwałe wyłączenie świadomości	Ulga po zmniejszeniu się nieprzyjemnego afektu (takiego jak napięcie, gniew, poczucie pustki i martwoty)
Jak poważne były obrażenia fizyczne i potencjalne zagrożenie życia?	Poważne obrażenia fizyczne; zastosowanie środków zagrażających życiu	Niewielkie obrażenia fizyczne; zastosowanie środków niezagrażających życiu
Czy zachowania te tworzą chroniczny, powtarzający się wzorzec?	Chroniczny, powtarzający się wzorzec jest rzadki; czasem powtarzają się przypadki przedawkowania	Zazwyczaj chroniczny, często powtarzający się wzorzec
Czy w dłuższym okresie czasu stosowane były różne metody dokonywania samouszkodzeń?	Zwykle jedna metoda	Zwykle więcej niż jedna metoda w dłuższym okresie
Jakie jest nasilenie cierpienia psychicznego?	Cierpienie nie ustępuje, jest niemożliwe do zniesienia	Cierpienie przynosi dyskomfort, pojawia się i znika
Czy dochodzi do zawężenia poznania?	Poważne zawężenie poznania: samobójstwo jest jedynym wyjściem; zawężona perspektywa; poszukiwanie ostatecznego rozwiązania	Brak zawężenia lub niewielkie zawężenie; dostrzeganie wielu opcji; poszukiwanie tymczasowego rozwiązania
Czy pojawia się poczucie bezsilności i braku nadziei?	Poczucie braku nadziei i bezsilności są dominujące	Pojawiają się okresy optymizmu i poczucia kontroli nad własnym życiem
Czy w następstwie zachowań dochodzi do zmniejszenia dyskomfortu psychicznego?	Brak natychmiastowej poprawy; do jej uzyskania potrzebne jest leczenie	Szybka poprawa i powrót do zwykłego afektu i poznania; udana „zmiana stanu świadomości”
Ograniczenie dostępu do środków	Istotne, często ratuje życie	Niewykonalne, często odnosi skutek przeciwny do zamierzonego
Jaki jest kluczowy problem?	Depresja, gniew z powodu cierpienia, którego nie da się znieść ani uniknąć	Wyobcowanie ciała; w populacjach klinicznych wyjątkowo niekorzystne postrzeganie własnego ciała

Źródło: Copyright © 2012 The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc. Barent W. Walsh, *Treating Self-Injury. A Practical Guide. Second Edition*, Guilford Publications, 2012. © Copyright for Polish Translation and Edition by Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

W tabeli powyżej wyróżnione zostały aspekty oceny danego zachowania. Nie możemy jednak zapomnieć o nagłym i niespodziewanym pogorszeniu się stanu psychicznego, impulsywności czy kryzysie, które samouszkodzenia mogą nagle zmienić w zachowanie samobójcze.

Nigdy nie ignorujcie niepokojących sygnałów.

Jak pomagać, rozmawiać, współodczuwać?

Jak rozpoznawać?

Bardzo trudno jest scharakteryzować osobę okaleczającą się, ponieważ wiele czynników ma znaczenie, szczególnie w obszarze psychicznym, społecznym i behawioralnym. Często są to osoby o niskim poczuciu własnej wartości oraz sprawstwa, o niewystarczających umiejętnościach radzenia sobie w sytuacjach stresujących. W relacji z otoczeniem mogą czuć się opuszczone i samotne. Brakuje im wystarczającego wsparcia społecznego. Dla niektórych ich własne ciało jest narzędziem niewartym troski. Mogą to być osoby, które znalazły się w trudnej dla siebie sytuacji, przeżyły śmierć kogoś bliskiego, doznały przemocy rówieśniczej. Autoagresja często towarzyszy osobom chorującym na zaburzenia nastroju, zaburzenia odżywiania się, zaburzenia lękowe.

Sygnaty, które powinny zaniepokoić w kontekście samouszkodzeń niesamobójczych:

- blizny, zadrapania, skaleczenia, siniaki o nieznanym pochodzeniu;
- ślady krwi na ubraniu;
- liczne i często pojawiające się opatrunki;
- noszenie ubrań nieadekwatnych do pogody (długie rękawy, nogawki, które mogą ukrywać rany);
- unikanie aktywności, podczas których mogą zostać odsłonięte blizny (np. przebieralnie na basenie);
- noszenie przy sobie ostrych narzędzi (żyletki, agrafki, pinezki);
- zachowania ryzykowne (chodzenie po wysokościach bez zabezpieczeń, przebieganie przed jadącym samochodem);

- grafiki, zdjęcia o tematyce samouszkodzeń umieszczane na portalach i komunikatorach społecznościowych.
- oraz
- skrajne, impulsywne reakcje (jako czynnik ryzyka w zachowaniach autodestrukcyjnych i suicydalnych).

Jeżeli zauważycie niepokojące sygnały, porozmawiajcie z dzieckiem, nie bagatelizujcie jego słów i odczuć. Ważny jest dobór słów. Okazujcie zainteresowanie i zachęcajcie do rozmowy, bądźcie otwarci i autentyczni. Mówcie o faktach – „widzę ślady krwi na bluzie, niepokoję się, jeżeli chcesz, możemy o tym porozmawiać”.

Jak rozmawiać?

To, co pomaga w rozmowie:

- wiedza i rozumienie problemu,
- empatia,
- dbałość o poczucie bezpieczeństwa i intymności,
- brak pośpiechu,
- przyzwolenie na brak gotowości do poruszania tematu, np. : „Teraz możesz nie chcieć ze mną rozmawiać. Jeśli chcesz, możemy porozmawiać, kiedy będziesz w lepszym nastroju. Poczekam, bo martwię się o Ciebie i zależy mi na tym, żeby Ci pomóc. Zależy mi, abyś jak najszybciej poczuł/a się lepiej”,
- brak potrzeby natychmiastowych rozwiązań.

Dajcie dziecku **wsparcie**. Podczas rozmowy reagujcie na problemy dziecka z szacunkiem, współczuciem i zrozumieniem. Dziecko potrzebuje, byście je wysłuchali i potraktowali poważnie. Dzięki temu dacie mu do zrozumienia, że może liczyć na Waszą pomoc i troskę. **Słuchajcie**, okazujcie zrozumienie, zainteresowanie i intencję pomocy. Bądźcie spokojni, cierpliwi, życzliwi, empatyczni. Rozmawiajcie zamiast pouczać! **Akceptujcie emocje** – to oznacza, że komunikujecie osobie, która się samookalecza, że jej uczucia i myśli są odpowiednie i możliwe do przyjęcia w danej sytuacji nawet wtedy, kiedy są dalekie od ideału: „Masz prawo do złości w związku z tym, jak Cię potraktowała przyjaciółka”.

Zamiast	Powiedz
Co się z tobą dzieje?	Mam wrażenie, że ostatnio czujesz się nienajlepiej. Czy jest coś, o czym chciałbyś(chciałabyś) ze mną porozmawiać?
Dlaczego to robisz?	Pomóż mi zrozumieć, co się u ciebie dzieje.
Co jest nie tak, że musisz to robić?	Zastanawiam się, czy możesz mi powiedzieć o tym coś więcej, tak abym lepiej zrozumiał(a) to, co robisz.
Może robisz to po to, żeby zwrócić na siebie uwagę?	Wiem, że niektóre osoby robią to, aby poczuć się lepiej, choćby chwilowo. Czy możesz powiedzieć, jak to jest u ciebie?
Pewnie próbujesz w ten sposób wołać o pomoc?	Wyobrażam sobie, że to, co robisz, w jakiś sposób ma ci pomóc, zastanawiam się jak to jest.

To, co szkodzi w rozmowie:

- domyślanie się intencji,
- dopowiadanie emocji dziecka: „Wiem dokładnie, co czujesz, co chcesz powiedzieć, co myślisz...”,
- krytykowanie, ocenianie, zakazywanie: „Nie wolno tego robić!”, „To, co robisz, jest złe”, „Jakbyś była mądra, to byś się nie oszpecała”, itp.,
- narzucanie rozwiązań i działań: „Skończ z tym natychmiast! Powinieneś wiedzieć, że to do niczego nie prowadzi...”,
- niespójność komunikatów – trudno być wiarygodnym w zapewnieniu pomocy, jeśli sami nie stosujemy w swoim życiu metod i sposobów radzenia sobie z emocjami, do których użycia zachęcamy dziecko,
- krzyczenie na dziecko, obwinianie go, np. poprzez mówienie „wpędzisz mnie do grobu”, „przez ciebie same kłopoty”.

Emocje na widok samouszkodzenia mogą być bardzo różne i wywoływać skrajne reakcje zarówno u opiekunów jak i profesjonalistów. Najczęściej są to reakcje negatywne, gdyż samouszkodzenie stoi w sprzeczności z oczekiwaniem, że naturalnym zachowaniem człowieka jest unikanie bólu. Większość samouszkodzeń wiąże się z bezpośrednim uszkodzeniem tkanek. Widok krwi, ran czy strupów może wywoływać instynktowną reakcję niechęci. Czasami powoduje też chęć ucieczki zwłaszcza, gdy zachowanie autodestrukcyjne jest szczególnie poważnym samouszkodzeniem.

Często pojawia się pytanie, na które sami możemy nie umieć odpowiedzieć: czy potrzebna jest interwencja medyczna? W przypadku wątpliwości zawsze lepiej umówić się ze specjalistą (lekarzem internistą, pediatrą), który zdecyduje o potrzebie (lub jej braku) leczenia zadanych samemu/samej sobie ran.

Dla rodzica / opiekuna

Bycie rodzicem/opiekunem dziecka nie jest łatwym zadaniem. Trudności i problemy, jakie mogą się pojawiać w procesie wychowania, czasami nie dają zaliczyć się do błahych. Rodzina jest bardzo ważną grupą społeczną. Dla młodego człowieka stanowi fundament rozwoju, daje oparcie i płaszczyznę, dzięki której sprawnie wchodzi on w dorosłość. Na kształtowanie się relacji z matką, ojcem i/lub opiekunem oraz innych relacji rodzinnych w znaczącym stopniu wpływa komunikacja, która czasami może nie być łatwa. W obliczu kryzysu rodzice i dzieci mogą zamykać się w swoim cierpieniu, niezrozumieniu i lęku, złości i obwinianiu.

Samookaleczenia, jakich dokonują dzieci czy podopieczni, są jednym z zachowań trudnych do zrozumienia i zaakceptowania przez bliskich z otoczenia dziecka. Choroba czy zaburzenia zachowania jednego z członków rodziny wpływają na funkcjonowanie rodziny jako całości i zmuszają do mierzenia się z nowymi i często trudnymi sytuacjami. Samouszkodzenia mogą wyzwać w rodzicach bardzo silne, nieprzyjemne emocje: gniew, niepokój, przerażenie, poczucie winy, żal nad sobą. Rodzic może zaprzeczać i nie dowierzać zaistniałym faktom. Może nie być w stanie ich zrozumieć i je wypierać. Partnerzy nie zawsze stanowią dla siebie nawzajem oparcie, relacje między członkami rodziny mogą być w dużym stopniu zakłócone. W tych trudnych momentach pomaga kontakt ze specjalistą zarówno osoby, która



się samookalecza jak i członków jej rodziny, cierpiących z powodu zaistniałej sytuacji.

Poczucie winy jest bolesnym uczuciem. Jeżeli towarzyszy mu bezradność, brak nadziei na zmianę, może się stać cierpieniem trudnym do zniesienia. Niektórzy rodzice/opiekunowie pogrążają się w poczuciu winy, wyolbrzymiając swoje błędy i przewinienia. Koncentrują się na sobie, obniża się ich poczucie własnej kompetencji. Konsekwencją może być utrata energii, niepewność w kontakcie z dzieckiem, wycofywanie się z kontaktu, aż do całkowitego opuszczenia emocjonalnego dziecka.

Stały stres towarzyszący staraniom poradzenia sobie z "takim dzieckiem", a co dopiero właściwego postępowania z nim, może przytłoczyć nawet cierpliwego i wyrozumiałego rodzica/opiekuna.

Kiedy rodzic/opiekun jest w kryzysie, lęku i niepewności, dużo trudniej jest mu ocenić sytuację. Wyczerpany, przytłoczony sytuacją, pogrążony w smutku i żalu rodzic/opiekun może przesadnie reagować na zachowania dziecka. Może wstydić się zachowania swojego dziecka. Może je izolować i starać się radzić sobie w ramach systemu rodzinnego. Jednak powoduje to, że izolując się, nie szuka pomocy. Zachowanie dziecka może sprawiać, że rezygnuje on ze spotkań towarzyskich lub grup wsparcia, mając coraz mniej okazji do dzielenia się swoimi doświadczeniami z innymi osobami. Nie spotykając się tym samym z bardzo potrzebnym w takich chwilach wsparciem, rodzic może czuć się osamotniony w swojej w niedoli. Lęk i niepokój są obecne na co dzień. Radość i spokój mogą mieszać się z niepewnością i pytaniami: czym mnie znowu dzisiaj zaskoczy?

Lęk o życie dziecka, o jego przyszłość, widok jego poranionego ciała, konieczność interwencji chirurgicznej, nie pozostają bez wpływu na rodzica!

Pamiętaj, rodzicu/opiekunie! Każda towarzysząca Ci emocja jest naturalna. Masz prawo czuć to, co czujesz. Jak pomóc swojemu dziecku/podopiecznemu?

1. Reaguj od razu.

Nie udawaj, że tego nie widzisz. To samo nie przejdzie.

2. Zachowuj spokój.

Mimo wszystko postaraj się pozostać spokojnym. Bądź życzliwy/a, nie zalewaj ocenianiem, krytyką.

3. Nie krzycz.

Oznaki choroby psychicznej nie są nieposłuszeństwem. Interweniując, wykaż zainteresowanie, empatię i zrozumienie dla dziecka i jego problemów (warto wcześniej ochłonąć).

4. Rozmawiaj.

Zatroszcz się. Rozmawiaj z dzieckiem, szukaj z nim kontaktu, nawet jeśli ono twierdzi, że tego nie chce. Jest to często ostatni moment, kiedy możemy się do dziecka zbliżyć i skutecznie mu pomóc.

5. Słuchaj.

Rozmawiaj, ale też słuchaj. Zadaniem rodzica/opiekuna jest stworzenie przestrzeni na wysłuchanie i sprawienie, żeby dziecko chciało mówić do dorosłych o swoich problemach.

6. Poszukaj terapii.

Rozważ terapię dla siebie i dziecka. Najważniejszym elementem walki z autoagresją jest budowanie wsparcia ze strony bliskich osób oraz fachowa pomoc psychologów, terapeutów i lekarzy psychiatrów.

7. Bądź uważny na dziecko

Towarzysz bliskiej Ci osobie.

8. Dbaj również o siebie.

Dawaj wsparcie, ale szukaj też wsparcia dla siebie. Rodzic/opiekun ma prawo prosić innych o pomoc.

Warto wiedzieć

Efekt latarki (występujący, gdy w rodzinie jest więcej niż jedno dziecko)

Jest to sytuacja, w której dziecko skupia na sobie niemal całą uwagę rodzica/opiekuna, który kierują ją nań niczym reflektor, odwracając ją tym samym od rodzeństwa, które pozostaje całkowicie poza kontrolą, albo pozwala sobie na więcej, niż mogłoby w innych warunkach. Trzeba być ostrożnym i uważnym, aby efekt latarki nie zaistniał, ponieważ może mieć to negatywny wpływ na inne dzieci w rodzinie.

Dla osób pracujących z dziećmi

Kiedy zauważycie niepokojące objawy czy zachowania, które mogą być sygnałami ostrzegawczymi, zanim zareagujecie, zadbajcie o siebie. W obliczu samouszkodzeń można doświadczać różnych emocji i myśli. Jeżeli czujecie się na siłach, zaproście dziecko na rozmowę. Z troską i szczerością nazwijcie fakty i swoje obserwacje, wyrażcie chęć pomocy. Bądźcie autentyczni. Dla wielu młodych osób ważniejsze od doboru słów jest nasze zainteresowanie, gotowość do wysłuchania i poczucie bezpieczeństwa. Pozwólcie dziecku opowiedzieć o trudnościach, których doświadcza. Nie obiecujcie, że uzyskane informacje zachowacie w tajemnicy.

Jeżeli nie czujecie się na siłach lub nie chcecie rozmawiać z dzieckiem okaleczającym się, włączcie do pomocy specjalistę (psychologa lub pedagoga szkolnego). Być może w placówce są już opracowane procedury, z których dowiedziecie się, jak postąpić w takiej sytuacji i kogo zawiadomić.

Przed spotkaniem z dzieckiem możesz odczuwać obawę, lęk, ciężar odpowiedzialności, bezradność. Może pojawić się wstręt na widok ran. Wszystkie pojawiające się emocje są normalne.

Dziecko może zachowywać się w sposób nieprzyjemny, opryskliwy, może odrzucać pomoc lub po prostu nie wiedzieć, jak opisać to, czego doświadcza.

Pamiętajmy, żeby unikać:

- silnego nienaturalnego zatroskania i wylewnego wsparcia,
- odsuwania się ze strachu, potępienia, wyszydzania, grożenia, okazywania wstrętu,
- używania terminów związanych z samobójstwem, ponieważ zachowanie to nie jest tożsame z samouszkodzeniami.

Jak pomagać

- Warto w trakcie rozmowy wprost zapytać się, dlaczego to robi i jaki jest powód oraz zamiar. Pamiętajmy, że młody człowiek może być w swoich własnych emocjach dezorientowany, może nie chcieć lub nie potrafić opisać, co się dzieje.
- Podczas rozmowy, aby podjąć właściwą interwencję, należy ustalić, czy robi to, by poczuć ulgę w napięciu czy może dodatkowo ma myśli lub zamiary samobójcze.

- Zachęcajcie do wizyt u specjalistów, którzy dokładnie określą przyczyny samouszkodzeń i rozpoczną konieczne leczenie.

Zawsze wtedy, kiedy dziecko dokonuje samouszkodzeń, należy powiadomić rodziców lub opiekunów.

Zadbajmy o to, by dać dziecku poczucie wpływu i możliwość współdecydowania. Porozmawiajmy z dzieckiem o tym, jakie informacje i komu będą przekazane, na spotkanie zaprośmy tego rodzica, którego wskaże dziecko (jeśli wybierze jednego).

Czego nie robić?

- Nie udawać, że nic się nie stało – autoagresja to wołanie o pomoc.
- Nie mówić, że osoba „tylko chce zwrócić na siebie uwagę”, „nie wie, co to prawdziwe problemy”.
- Nie robić z tego wielkiej sprawy, ponieważ może doprowadzić to do ukrywania kolejnych incydentów samouszkodzeń.
- Nie wolno karać, zawstydząć, wyszydząć, śmiać się, załamywać się – wszelkie skrajne reakcje nie są tutaj wskazane.

Należy podejść do zdarzenia z wyczuciem, bez nadmiernego wyolbrzymiania czy bagatelizowania problemu.

ISTOTNE

- Nie należy zakładać, że rodzice wiedzą o dokonywanych przez ich dzieci samouszkodzeniach niesamobójczych lub że mają skuteczne strategie radzenia sobie z kryzysem.
- W rozmowie starajmy się nie obwiniać i nie oceniać rodziców. Opiszmy niepokojące zachowania i prześlemy niezbędną wiedzę, by łatwiej było im zrozumieć zachowanie dziecka.
- Wyłumaczymy, że jest to poważny kryzys i zmotywujemy dorosłych do udzielenia dziecku pomocy poprzez wizytę u profesjonalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym. Poprośmy o informacje zwrotne od rodziców i zalecenia od specjalisty opiekującego się dzieckiem.

ISTOTNE DLA PLACÓWKI

- Stworzenie protokołu specyficznego dla samouszkodzeń niesamobójczych dokonywanych na terenie placówki. WAŻNE – nie należy łączyć zasad i wytycznych dotyczących samouszkodzeń niesamobójczych i zachowań samobójczych.

- Stworzenie planu bezpieczeństwa/wsparcia, który obejmuje pracę z młodym człowiekiem opartą na współpracy. Cel – rozpoznanie sytuacji, znalezienie wsparcia w jego środowisku, monitorowanie sytuacji, wsparcie dziecka.
- Opracowanie strategii i procedur na wypadek pojawienia się samouszkodzenia w trakcie wycieczek i wyjazdów szkolnych.
- Oferowanie i zachęcanie wszystkich pracowników do szkoleń i zdobywania umiejętności w zakresie samouszkodzeń.
- Wyznaczenie osoby lub zespołu, który po przeszkoleniu będzie potrafił przeprowadzić ocenę ryzyka i pracować z młodymi ludźmi dokonującymi samouszkodzeń.

W przypadku, gdy rodzice bagatelizują lub negują przedstawiony problem, mamy możliwość złożenia do sądu rodzinnego wniosku o wgląd w sytuację rodziny.

Jeżeli zachowanie dziecka zagraża jego własnemu życiu i zdrowiu powołując się na zapis "Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994" (Dz. U 1994 nr 111, poz.535) **należy wezwać karetkę w celu zapewnienia w trybie nagłym konsultacji psychiatrycznej bez zgody jego rodziców/opiekunów.**

Jak przeciwdziałać efektowi zarażania się okaleczeniami:

1. Wprowadzenie w placówce zasady „braku zgody na ekspozycję okaleczeń” w tym ran, szwów, opatrunków. Zasady tej należy przestrzegać rygorystycznie i konsekwentnie.

Powinni o niej być poinformowani rodzice/opiekunowie.

2. Wprowadzenie zasady „niemówienia o okaleczeniach”. Zasada powinna obowiązywać na wszystkich zajęciach grupowych. Dorosły, który słyszy, że młodzież rozmawia na temat okaleczeń, powinien jasno postawić granicę.

3. Wszelkie interwencje wobec okaleczających się osób powinny być dokonywane indywidualnie, nie w grupie. Grupa osób okaleczających się może wzmocnić swoje zachowania poprzez budowanie spójności na bazie zachowań nieakceptowanych i w opozycji do specjalistów chcących im pomóc.

Doświadczenia rodziców

„Dzięki Fundacji Zobacz... Jestem trzeci rok uczestniczę w grupach wsparcia. Mogę spojrzeć na moje emocje z dystansem, przyjrzeć się im, inaczej patrzeć na to, co dzieje się z córką, szukać zrozumienia dla tego, co dla mnie niekiedy niejasne, zaskakujące, a również raniące. Szybko zrozumiałam, że nie jesteśmy sami. Takich rodziców jak my: zmęczonych, zdenerwowanych, bezsilnych, jest więcej i łatwiej o wzajemne zrozumienie, gdy problem jest jakby wspólny. Uczę się tu cały czas, jak dbać o siebie, by mieć siły wspierać córkę.”

Ania

„W momencie, w którym dowiedziałam się, że córka się okalecza, byłam przerażona. Mogę powiedzieć, że wpadłam w lekką panikę. Ale później na spokojnie porozmawiałam z córką w atmosferze dużego zrozumienia. Poszliśmy do pani psycholog, która nam wszystko wyjaśniła i udzieliła pomocy. Warto pamiętać, aby nie załamywać się w takiej sytuacji, tylko zastanowić się, co można zrobić.”

Basia

„Na początku kompletnie nie rozumiałam zjawiska autoagresji i też byłam pewna, że mój syn na pewno nie ma z tym problemem. Ale okazało się inaczej. Żeby pomóc synowi, sama najpierw potrzebowałam wsparcia. Na całe szczęście uzyskałam je i miałam siłę, aby dać wsparcie mojemu dziecku. Raz jest lepiej, a czasami znowu gorzej. Ale rozmawiamy ze sobą szczerze i próbujemy razem walczyć. Myślę, że rodzice dzieci, które się okaleczają, powinni pamiętać, że mają prawo do szukania pomocy i nie wstydzienia się tego.”

Edyta

„Młody się nie ciął, ale ciągle rozdrapywał to samo miejsce. Zawsze miał dobre wytłumaczenie: „zahaczyłem o szafkę, to jest pod ochraniaczem i rozwalilem na treningu, nie wiem, kiedy to się stało”. Ponieważ to nie były wyraźne cięcia, podświadomie tłumaczyłam sobie, że to nie są samookaleczenia. Długo nie przyjmowałam do wiadomości, że coś jest nie tak. Synek opowiedział o okaleczeniach swojej starszej koleżance, to ona do mnie zadzwoniła i powiedziała, że młody robi

to specjalnie. Najpierw szok i wyrzuty sumienia, że się nie zorientowałam, że to moja wina, że jestem wyrodną matką. Potem drążenie tematu: dlaczego?”

Anka

„Mój Marcel ma liczne ślady po samookaleczeniach. Na początku były to zadrapania i zawsze zwał na kota. Potem okazało się, że tym kotem była maszynka do golenia... Potem były grubsze narzędzia, jak żyłotka, którą znalazłam w szufladzie biurka. Szafy były pełne zakrwawionego bandaża czy koszulek upchniętych w kąt. Robił to w miejscach dla mnie niewidocznych. Gdy pierwszy raz zobaczyłam go w koszulce na ramiączkach, myślałam, że umrę od tego widoku... Ciął ramiona, na górze. Z jednej i z drugiej strony. Dziś te blizny są jasne, ale wyraźne. Bardzo wyraźne. Widać każde pociągnięcie żyłtką. Gdy je zobaczyłam, były czerwone... Dziś Marcel się nie samookalecza. Ratuje go miłość, która na dziś dzień wyzwoliła go od robienia sobie krzywdy... Dla mnie krzywdy. Dla niego była to ulga... Natomiast do dziś rozdrapuje rany... Gdy szedł do łazienki, za każdym razem bałam się, że znowu to zrobi. Za każdym razem, widząc plaster, pojawiał się w brzuchu gorąco z obawy i strachu... Teraz mam spokój, ale wiem, że to może wrócić... Mamy umowę... Że gdy będzie potrzebował się pociąć, ma przyjść do mnie, przytulić się, wyplakać. Raz zadziało. Innym razem nie...”

Magda

„Zaczęło się przypalaniem zapalniczką. Potem dopiero głębokie podłużne cięcia na rękach i nogach. Dowiedziałam się od psychiatry. Szok. Najpierw chęć zaleczenia wszystkiego, potem udawanie, że nie ma problemu, nie zwracanie uwagi, bo młoda tak chciała. Trudne to strasznie. Boję się, że wróci...”

Magdalena

„Za każdym razem gdy moje dziecko jest w łazience, boję się o to, jakie nowe rany pozostawi na swoim ciele. Ma ich tyle... Tak strasznie to wygląda. Nie pomagają krzyki, prośby, pilnowanie. Kompulsywnie rozdrapuje stare rany, notorycznie tworzy nowe. Boję się nowych infekcji, boję się widoku ran. Po terapii przybywa nowych, świeżych i zawsze jest dla nich wytłumaczenie...”

Sławka

„Mój Michał okaleczał się w szkole podstawowej, mniej więcej 6.-7. klasa.

Powodem były ataki jego klasy na naszą rodzinę i na niego. Wszystko z powodu orientacji. Syn miał depresję, bał się, że stanie się krzywda jemu lub nam. Pomogła zmiana klasy, na szczęście. Do tej pory ma znaki na rękach i nogach. Nie są duże, ale widoczne. Michał od dawna jest pod opieką psychologa i psychiatry. Teraz, po nieudanym związku, znalazł osobę, która go kocha, wspiera i motywuje do działania. Już się nie tnie. Był to dla nas bardzo trudny czas.”

Ula

„Dzień, w którym dowiedziałam się, że Igor się tnie, był chyba najgorszym dniem w moim życiu. Dzisiaj mamy to już chyba za sobą, chociaż ślady są do dzisiaj. Igor leczy się na depresję, bardzo dużo rozmawiamy, chociaż wiem, że nigdy nie uzupełnię mu tej pustki, którą odczuwa i nie zastąpię mu ojca, który przez całe życie go odrzuca. Żyjemy dalej i jakoś to się toczy.”

Katarzyna

„Zrozumiałam (o ile można tak powiedzieć), co kieruje moim Maksem, po przeczytaniu książki „Małe życie”. Jeden z bohaterów też się okaleczał. Próbował z tym walczyć. Ciężki temat i bardzo złożony.”

Lidka

„U mojego Samuela samookaleczenia zobaczyła wychowawczyni na w-fie. Pytała mnie, czy wiem o tym. Poczulałam się, jakby ktoś dał mi w twarz, że ja, matka, tego nie zauważyłam, a widziałam nieraz, jak wykręca nożyki z temperówek. Nawet nie przypuszczałam, że do tego celu. Czekałam na moment, aż odstłoni rękę (bardzo się pilnował). Gdy spytałam, odpowiedział, że kot, komar (od zawsze się drapał). Wiedział, że nie uwierzyłam. Odbyliśmy długą rozmowę. Obiecał, że więcej tego nie robi. Sprawdzałam. Zdarzyło się jeszcze raz. Drugiej obietnicy dotrzymał. Cztery lata jest „czysty”. Najgorsze były „dziury po komarach” – znikły.”

Jolanta

„Za każdym razem było mi potwornie przykro i czułam się bezradna. Raz byliśmy na SORze na szyciu... Moje dziecko przyznawało mi się PO. Czasem po prostu płakaliśmy razem...”

Dużo wyjaśniła mi informacja, że cierpienie psychiczne jest tak nieznośne, że samookaleczenie przynosi ulgę, bo podczas skaleczenia wydzielają się endorfiny, które poprawiają nieco samopoczucie psychiczne.”

Anna

Gdzie szukać pomocy

Jeśli potrzebujecie pomocy dla siebie lub dla dziecka, zachęcamy do podjęcia kontaktu z odpowiednim specjalistą. Poniżej przedstawiamy pokrótce, którzy specjaliści czym się zajmują w obrębie zdrowia psychicznego.

Psycholog – osoba, która ukończyła studia magisterskie na kierunku psychologia. Psychologowie prowadzą terapie krótkoterminowe. Udzielają również poradnictwa i prowadzą szeroko zakrojoną psychoedukację. Mogą również prowadzić treningi poszczególnych umiejętności (np. trening umiejętności społecznych, trening asertywności, trening uważności czy relaksacji). Psycholog pracować może również z dziećmi i rodzicami w celu rozwinięcia pełnego potencjału dzieci, uniknięcia lub pomocy w trudnościach w nauce (jak dysleksja, dyskalkulia). Psychologowie pracują w różnego rodzaju szpitalach, pomagając osobom chorym podczas diagnozy chorób, zmiany stylu życia, radzenia sobie ze stresem.

Psychoterapeuta – warto, by była to osoba, która ukończyła studia magisterskie na kierunku psychologia (choć formalnie takiego wymogu nie ma). Ważna jest również szkoła psychoterapii, którą ukończyła dana osoba, ponieważ to od niej zależy sposób, w jaki będzie z nami pracowała. Psychoterapeuta może nas skierować do psychiatry (jeśli pacjent wymaga wsparcia farmakologicznego) lub psychologa (jeśli problem nie jest na tyle poważny, by prowadzić terapię długoterminową). Psychoterapeuta może prowadzić terapię krótkoterminową i długoterminową (której nie może i nie powinien prowadzić psycholog). Posiada wszystkie uprawnienia, jakie przysługują psychologom, w związku z tym może prowadzić poradnictwo psychologiczne, psychoedukację, wszelkiego rodzaju treningi, interwencję kryzysową, itd. Prowadzi terapie długoterminowe zaburzeń psychicznych: zaburzeń osobowości, depresji, zaburzeń lękowych, obsesyjno-kompulsyjnych, itd.

Psychiatra – przede wszystkim diagnozuje problemy i zaburzenia psychiczne, wystawia tak zwaną diagnozę kliniczną. Co ważne, jako jedyny specjalista zdrowia psychicznego z wyżej wymienionych, ma prawo przepisywać środki farmakolo-

giczne – jeśli więc ktoś uważa, że może potrzebować wsparcia leków (przeciwdepresyjnych, uspokajających) należy udać się właśnie do psychiatry. Ani psychoterapeuta ani psycholog nie mają prawa wypisywać recept na leki. Psychiatra może również prowadzić psychoterapię długoterminową lub skierować nas w tym celu do terapeuty (co zdarza się zdecydowanie najczęściej). Może również prowadzić terapię krótkoterminową lub skierować na nią do psychologa. Lekarz psychiatra jako jedyny z omawianej grupy ma prawo wypisać skierowanie do szpitala psychiatrycznego lub wystawić zwolnienie z pracy.

Gdzie zgłosić się po pomoc?

Szukanie pomocy może być trudne i czasochłonne, ale NALEŻY jej szukać. Można znaleźć ją w wielu instytucjach na terenie Polski.

- Na początku najlepiej zacząć od miejsc nam najbliższych – porozmawiać z psychologiem lub pedagogiem szkolnym lub umówić wizytę w poradni psychologiczno-pedagogicznej.
- Można również zwrócić się do Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie (<https://wcpr.pl/>) lub do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie (<http://www.pcpr.info>).
- Celem uzyskania pomocy psychologicznej można umówić się na spotkanie ze specjalistą w Poradni Zdrowia Psychicznego lub Poradni Psychologicznej. Pod adresem: <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/#> dostępna jest wyszukiwarka świadczeń medycznych dostępnych na NFZ. W pole „Jakiego świadczenia szukasz?” należy wpisać „poradnia zdrowia psychicznego” lub „poradnia psychologiczna”, następnie w odpowiednie pola wpisać województwo i miasto.

By uzyskać wsparcie, można również zadzwonić na numer telefonu:

Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Stanie Kryzysu Psychicznego – **800 70 2222**

Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży – **116 111**

Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka – **800 12 12 12**

Telefon Zaufania dla Osób Dorosłych w Kryzysie Emocjonalnym – **116 123**

Telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawie bezpieczeństwa dzieci – **800 100 100**

Policyjny Telefon Zaufania – **800 12 02 26**

Można skorzystać z wizyty w nowopowstających **Centrach Zdrowia Psychicznego (CZP)**, więcej informacji na stronie internetowej <https://czp.org.pl/>.

Kontakt do CZP:

Warszawa-Bielany: **536 777 251**

Warszawa-Wola: **22 389 48 77**

Warszawa-Bemowo: **22 163 70 20**

Warszawa-Mokotów: **22 840 66 44**

Warszawa-Ursus/Podkowa Leśna/Pruszków: **22 739 13 62**

Pamiętajcie! W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia należy dzwonić na numer alarmowy – 112.

Na izbę przyjęć szpitala psychiatrycznego można zgłosić się bez skierowania od jakiegokolwiek lekarza. Szpitalna opieka psychiatryczna w Polsce jest bezpłatna zarówno dla dzieci i młodzieży jak i dla dorosłych. W przypadku szpitala psychiatrycznego nie obowiązuje również rejonizacja, nie musi to być nawet szpital w województwie mazowieckim.

Ważne: osoby bezrobotne, o ile są zarejestrowane w urzędzie pracy, objęte są ubezpieczeniem zdrowotnym i do takiego ubezpieczenia mogą zgłosić członków swojej rodziny.

Możliwe formy wsparcia

- Indywidualna terapia psychologiczna
- Terapia rodzinna
- Konsultacja psychiatryczna i/ lub leczenie farmakologiczne
- Interwencja chirurgiczna w przypadku, głębokich lub rozległych ran
- Hospitalizacja
- Zajęcia grupowe dla młodzieży
- Szkolenia, warsztaty, zajęcia psychoedukacyjne dla rodzin i szkół
- Grupy wsparcia dla rodziców i bliskich

Zapraszamy na bezpłatne spotkania grupy wsparcia dla rodziców i opiekunów dzieci z zachowaniami ryzykownymi i zagrożonych samobójstwem (Projekt Jestem PoMOC edycja 2 zadanie finansowane ze środków m.st. Warszawa. Więcej informacji na stronie www.zobaczjestem.pl)

O Fundacji

Fundacja Zobacz...JESTEM zajmuje się szeroko rozumianą pomocą dzieciom i młodzieży z problemami emocjonalnymi. Specjalizuje się szczególnie w tematyce zaburzeń odżywiania się, autoagresji, depresji, zachowań samobójczych i przemocy rówieśniczej. Prowadzi działania edukacyjne i wspiera rodziców, nauczycieli oraz wszelkie instytucje pracujące na rzecz dzieci i młodzieży.

W ramach Poradni JESTEM prowadzimy psychoterapię indywidualną, grupową i rodzinną, zapewniamy pomoc psychologiczną, konsultacje, doradztwo. Prowadzimy projekty dla dzieci i młodzieży.

Działamy po to, aby leczyć, wspierać, edukować.

JESTEŚMY dla tych najmniejszych, trochę starszych i zupełnie dorosłych.

Kontakt:

Adres korespondencyjny i siedziba:

ul. Dobra 5/2

00-384 Warszawa

Numer telefonu:

(+48) 883-336-883

(+48) 883-337-883

E-mail: kontakt@zobaczjestem.pl

Wiecej informacji na zobaczjestem.pl oraz zobacznikam.pl

Jesteśmy Organizacją Pożytku Publicznego

Wesprzyj nasze działania:

- Zostań naszym DARCZYŃCĄ
- Podaruj nam swój 1% podatku, KRS 0000453024
- Zostań naszym wolontariuszem.

Autorki:

Renata Chronowska, psycholog, psychoterapeuta, Marta Korporowicz, psycholog, doktorantka, Uniwersytet Łódzki

Bibliografia

Gloria Babiker Lois Arnold (2002) Autoagresja mowa zranionego ciała. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Gdańsk

Heininger, J. E., Weiss, S. K. (2005). Od chaosu do spokoju. Jak wychować dziecko z ADHD i innymi zaburzeniami zachowania. Poznań: Media Rodzina.

Klonsky, E. D., Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1, s. 22-27.

Slesinger, N.C., Hayes, N.A., Washburn, J.J. (2019). Nonsuicidal self-injury: the basics. [w:] J.J. Washburn, Nonsuicidal self-injury. New York – Abingdon: Routledge.

Suchańska, A., Wycisk, J. (red.). (2006). Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

Walsh, B. (2014). Terapia samouszkodzeń. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.



Projekt został sfinansowany ze środków m.st. Warszawy.

Projekt został zrealizowany w ramach konkursu: Małe dotacje w Biurze Pomocy i Projektów Społecznych: środki z zakresu pomocy społecznej, w tym pomocy rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywania szans tych rodzin i osób – działania dot. poradnictwa specjalistycznego w 2022 r. ogłoszonym przez: Urząd Miasta Stołecznego Warszawy – Biuro Pomocy i Projektów Społecznych.